

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIFESP – BAIXADA SANTISTA**

TAINA OLIVEIRA ROSSI

**O SERVIÇO SOCIAL NA SENIC: A ASSISTÊNCIA SOCIAL A GESTANTE
PORTADORA E AO PORTADOR INFANTO-JUVENIL DO HIV NA CIDADE DE
SANTOS.**

SANTOS

2014

**O SERVIÇO SOCIAL NA SENIC: A ASSISTÊNCIA SOCIAL A GESTANTE
PORTADORA E AO PORTADOR INFANTO-JUVENIL DO HIV NA CIDADE DE
SANTOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de São Paulo, como exigência para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Luzia Fátima Baierl.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA**

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

SANTOS

2014

R831s

Rossi, Tainá Oliveira, 1991-

O serviço social na SENIC: a assistência social a gestante portadora e ao portador infanto-juvenil do HIV na cidade de Santos. / Tainá Oliveira Rossi; Orientadora: Profa. Dra. Luzia Fátima Baierl. – Santos, 2014. 82 f. ; 30 cm.

Trabalho de conclusão de curso (Serviço Social) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Serviço Social, 2014.

1. HIV. 2. AIDS. 3. Serviço social. 4. Interdisciplinaridade. I. Baierl, Luzia Fátima, Orientadora. II. Título.

CDD 361.3

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Tagé Thomaz

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que não vem no conhecimento uma forma de poder dominar, mas de libertar a si e a seu igual, dividindo e compartilhando cotidianamente este momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Nestor Rossi e Diva Marques de Oliveira Rossi, pelo companheirismo desde antes do meu primeiro dia de vida. Ao meu irmão Yanick Oliveira Rossi, meu grande amigo e pessoa que completa minha família tornando-a núcleo do meu caráter.

Agradeço a todos que contribuíram na minha formação básica e na superior, me orientando e acreditando em mim.

Agradeço aos que me acolheram e àqueles que acolhi em Santos, dividindo o cotidiano e compartilhando experiências. Com eles pude crescer como pessoa e aprender com suas vidas.

Agradeço as equipes e programas em que estagiei. A oportunidade de ver a prática do Serviço Social elucidou-me sobre a mesma e contribuiu nas minhas escolhas pessoais e profissionais.

Agradeço a todos os quais hoje divido uma parcela da minha vida, em especial à pessoa que amo, pela compreensão e oportunidade de crescermos todos juntos e evoluirmos como indivíduos.

A todos, muito obrigado.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo identificar e analisar o papel, as competências e o desenvolvimento do trabalho do Assistente Social na Seção Núcleo Integrado da Criança, a SENIC, através do levantamento de dados e entrevistas com profissionais de Serviço Social que lá atuaram e as transformações que foram ocorrendo na estrutura do serviço durante seus vinte anos de existência, focando no Serviço Social e a assistência a gestante portadora e o portador infanto-juvenil do HIV na cidade de Santos. Para a pesquisa, profissionais do Serviço Social foram entrevistados e a história do equipamento foi construída a partir destes relatos. Os temas abordados foram relevância do Serviço Social neste serviço, as competências deste profissional nesta área, sua interação com a equipe multiprofissional e suas contribuições na construção do perfil da SENIC. Apresentamos também o contexto global da epidemia, a fim de dimensionar seu impacto na sociedade e as ações políticas tomadas pelos governos e pelo Brasil para responder a Questão Social resultante.

Palavras Chave: HIV, AIDS, Serviço Social, Interdisciplinaridade, Questão Social.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
CDC – Control Disease Center
COCERT – Coordenadoria do Centro de Referência e Tratamento
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV – Human Immunodeficiency Virus
INAMPS – Instituto Nacional da Previdência Social
ONG – Organização Não-Governamental
PAM – Plano de Ações e Metas
POA – Plano Operacional de Ações
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SECRAIDS – Seção Centro de Referência em AIDS
SENIC – Seção Núcleo Integrado da Criança
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificações
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS – Sistema Único de Saúde
SVE – Sistema de Vigilância Epidemiológica
TARV – Terapia Antirretroviral
UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

Apresentação

Nesta pesquisa pretendemos apresentar, identificar e analisar de que maneira o projeto profissional do Serviço Social veio a contribuir na construção do projeto de trabalho da SENIC, unidade especializada no tratamento do HIV infanto-juvenil e acompanhamento de gestantes na cidade de Santos.

Para tanto, a pesquisa trabalhou no Capítulo I a conceituação do HIV. As teorias a cerca do seu surgimento, como ele tornou-se uma pandemia, seus tipos e subtipos, formas de transmissão, testagem e tratamento.

Com isso conceituado, iniciamos a análise dos impactos e medidas adotadas pelos governos para lidar com a questão. O pânico e o estigma causado pelo crescente número de sujeitos infectados pelo HIV e como o preconceito prejudicou e ainda prejudica, às vezes mais que o vírus em si, os sujeitos afetados por ele.

Com o início da corrida da identificação do vírus, e sua posterior classificação, a pesquisa foca no cenário brasileiro. Mostramos aqui como o sistema de saúde funcionava e como sua reformulação contribuiu no tratamento do HIV. Depois, apresentamos como o movimento social e as constantes pressões sociais movimentaram o cenário político para que o tratamento do HIV fosse integral, universal e gratuito, tal como a Constituição Federal de 1988 e o projeto da construção do Sistema de Único de Saúde, o SUS, dispunha.

Apresentamos também o cenário atual do HIV no Brasil. Os números da epidemia brasileira e como eles são construídos, através de um conglomerado de dados que, quando e cruzados, formam o Boletim Epidemiológico, publicação que mostra o quantitativo do HIV.

Após essa apresentação do cenário brasileiro e como ele foi construído, partimos para o contexto da pesquisa em si. Isso ocorre no Capítulo II. É nele que apresentamos o contexto de Santos. Apresentamos também a SENIC no organograma da Prefeitura Municipal de Santos. Onde ela se localiza no programa de Saúde, sua missão e seus objetivos.

Feito isso, atribuímos então as competências profissionais do Serviço Social na área da Saúde, baseando-se na cartilha produzida pelo Conselho

Federal de Serviço Social, intitulada Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, que balizará nossa conceituação da profissão para que então trabalhem os conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade em equipes multiprofissionais. Como se dá o debate da questão e como cada termo é visto pelos autores aqui apresentados, a fim de apresentarmos e caracterizarmos o trabalho em equipe realizado na SENIC e sua interação com o Serviço Social.

E por último, entramos na parte histórica da pesquisa, ao entrevistarmos e analisarmos os relatos coletados de três Assistentes Sociais em períodos históricos distintos, para que possamos conhecer a realidade do HIV na época de atuação de cada uma, a composição da equipe multidisciplinar, as competências e os desafios do Serviço Social, a existência ou não de trabalho multi e interdisciplinar tal qual conceituamos e a finalidade de um equipamento especializado como a SENIC hoje, baseando-se no contexto atual da epidemia.

Discutiremos estes temas para podermos identificar e analisar o papel, as competências e o desenvolvimento do trabalho do Assistente Social na Seção Núcleo Integrado da Criança, a SENIC, através do levantamento de dados e entrevistas com profissionais de Serviço Social que lá atuaram e as transformações que foram ocorrendo na estrutura do serviço durante seus vinte anos de existência, focando no Serviço Social e a assistência a gestante portadora e o portador infanto-juvenil do HIV na cidade de Santos, esperamos que a relevância de tal profissão seja neste contexto possa ser estudada e os objetivos desta pesquisa sejam cumpridos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. CAPÍTULO I – HIV: O INÍCIO DO MAL DO SÉCULO	16
2.1 Conhecendo o HIV	17
2.2 A Epidemia mostra o caminho.....	22
3. CAPÍTULO II – A EPIDEMIA ENTRE NÓS	36
3.1 O Tratamento do HIV em Santos	37
3.2 O Serviço Social em foco na SENIC	52
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
6. ANEXOS	80

1. Introdução

HIV. A simples combinação destas três letras faz com que qualquer pessoa reflita sobre a vida e se posicione sobre o assunto. Não é para menos. O HIV, desde sua identificação nos anos 1980 até a presente data, tem sido o vírus mais amedrontador as condições sociais das sociedades humanas pelo mundo. Muito se deve pelo fato da sua transmissão se dar exclusivamente por ato sexual, levando o vírus a ser atribuído antigamente como 'punição divina' aos sujeitos com vida sexual ativa. A infecção pelo vírus levava a concepção de um comportamento libidinoso do indivíduo, atribuindo a ele uma visão preconceituosa, muito pelo fato da visão dogmática atribuída ao ato sexual.

Esta visão, bem como os sujeitos sociais em que o vírus começou a ser identificado, influenciou na construção de uma visão preconceituosa da sociedade para com os soropositivos para o HIV que perdura até os dias atuais. O início da pandemia foi devastador para os que enfrentavam essa condição. Pouco foi feito no intuito de combater a doença, muito por conta das populações atingidas por ela, que eram constituídos, em sua maioria, por grupos homoafetivos masculinos. O preconceito rondava o HIV e os indivíduos por ele infectados tinham de enfrentar, mais do que a própria infecção e falta de recursos na época, a morte social. O desconhecimento quanto aos meios de transmissão gerou pânico e o isolamento destes sujeitos, quebrando vínculos afetivos, sociais e familiares. Mais do que a morte, o sujeito infectado pelo HIV enfrentava aqueles que amavam. O vírus expunha laços afetivos, colocando em xeque todas as concepções de amor, família, amizade, afeto e prazer.

Com os avanços nas pesquisas sobre o vírus, os sujeitos infectados pelo HIV hoje possuem uma sobrevida muito maior se comparada aos que o enfrentaram nas décadas de 1980. O HIV hoje possui o status de doença crônica, quando o tratamento ocorre devidamente. Ainda não existe a cura, mas é possível viver com o vírus sendo controlado biologicamente por meio de coquetéis de medicamentos. No entanto, o HIV está presente em todos os grupos sociais, não se restringindo mais a determinadas populações, como se

pensava no início da pandemia. Tais grupos são conhecidos como 'populações de risco', que são indivíduos com determinados comportamentos que os expõe a uma possível contaminação pelo vírus do HIV. Nestes grupos encontram-se indivíduos de ambos os sexos, e quando a mulher soropositiva para o HIV vem a engravidar, ela corre o risco de transmitir o vírus para o feto em gestação.

A fim de se evitar esta exposição ao contágio do HIV, é feito um acompanhamento de pré-natal diferenciado a esta mãe e a criança, para que se possa evitar a transmissão. Na cidade de Santos, este acompanhamento é feito por uma unidade de atendimento especializada chamada Seção Núcleo Integrado de Atendimento a Criança – SENIC, que integra a Coordenadoria do Centro de Referência e Tratamento - COCERT. A SENIC é a responsável dentro desta coordenadoria por acompanhar a mãe durante o período de gestação até o parto e a criança até o primeiro ano e seis meses de vida, isso quando o vírus não é transmitido. Esta instituição acompanha também os casos em que ocorre a transmissão do vírus de maneira vertical, da mãe para o feto, e casos em que o contágio ocorre posteriormente, em indivíduos infanto-juvenis até os 18 anos de idade.

A SENIC foi fundada em 1994 para dar suporte, inicialmente, as crianças infectadas pelo HIV e as suas famílias. Com as mudanças nos contextos e como forma de controlar melhor a epidemia, faz parte do público-alvo de atendimento desta unidade a mulher em gestação. Esta integração ao atendimento fez-se necessária a fim de dar atenção ao indivíduo desde sua gestação até, quando necessário, a maioridade legal. Para obter esta totalidade na atenção, a SENIC conta com uma equipe multidisciplinar e um destes profissionais é o Assistente Social, profissão a qual será o objeto desta pesquisa, que pretende apresentar e analisar o papel, as competências e o desenvolvimento do trabalho do Assistente Social na Seção Núcleo Integrado da Criança, a SENIC, na qual estagiei durante cerca de dois anos, através do levantamento de dados e entrevistas com profissionais de Serviço Social que lá atuaram e as transformações que foram ocorrendo focando no Serviço Social e a assistência a gestante portadora e o portador infanto-juvenil do HIV na cidade de Santos.

Com a escolha deste tema, pretendo pesquisar a importância do Serviço

Social na Seção Núcleo Integrado de Atendimento à Criança, a fim de avaliar o seu papel numa equipe multidisciplinar em que é pretendido o atendimento ao paciente soropositivo, a garantia de direitos aos usuários inseridos neste contexto e as competências do Assistente Social incumbido do atendimento e enfrentamento da face da questão social que se caracteriza com o HIV.

Vejo esta pesquisa como necessária a fim de comprovar a relação da atuação do profissional de Serviço Social com a promoção de um atendimento mais eficaz ao paciente soropositivo ao HIV e como suas determinadas capacidades e/ou propriedades da profissão fazem com que os profissionais objetivem sua intencionalidade e contribuam para o atendimento e a este usuário no enfrentamento da Questão Social causada por esta doença que hoje é encontrada em todas as camadas sociais.

Para tanto, pretendo coletar relatos de profissionais de Serviço Social, a fim de reconstruir a trajetória da profissão, bem como sua inserção na SENIC e apresentar suas contribuições enquanto profissão na instituição, bem como para a equipe multidisciplinar que atende o usuário deste serviço. Sendo assim, os objetivos específicos são:

- Identificar as especificidades e competências do Assistente Social no atendimento ao usuário da SENIC;
- Apresentar as contribuições destes profissionais para a instituição;
- Evidenciar sua função e importância na equipe multidisciplinar;
- Caracterizar resultados obtidos e avaliar a instrumentabilidade da profissão a partir da sua consolidação no serviço;

Por se tratar de uma pesquisa quali-quantitativa, pretendo utilizar-me de instrumentais tais como entrevistas semiestruturadas, coleta de dados em sites oficiais e documentos oficiais da Secretária de Saúde de Santos, na particularidade da Seção Núcleo Integrado de Atendimento à Criança. Os sujeitos da pesquisa serão profissionais do Serviço Social que atuaram na SENIC ao longo da sua trajetória, a partir de três períodos pré-estabelecidos, e

a escolha destes sujeitos será através de um procedimento em rede, a partir de indicações por parte de entrevistados de outros Assistentes Sociais que poderiam contribuir para a reconstrução do projeto profissional do Serviço Social na SENIC.

Para a coleta de dados, haverá o contato prévio com o entrevistado para que, caso haja consentimento na participação, o mesmo assine o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE, anexo 1) e utilização dos dados, no qual os participantes terão apenas sua função revelada, sem identificação, para que não haja quebra no sigilo. Coletados os dados, será feita a reconstrução da trajetória histórica do Serviço Social inserido na SENIC a partir de relatos pessoais dos assistentes sociais que ali trabalharam e do levantamento de dados realizados na instituição com a conexão entre os direitos destes usuários e o acesso promovido pelo Serviço Social para que facilite a contextualização da profissão no serviço.

Sendo assim, serão utilizadas categorias teóricas que possibilitarão a construção do objeto de estudo, bem como, possibilitarão a análise dos dados:

- a) Contextualização histórica do equipamento público
- b) O trabalho interdisciplinar e multidisciplinar
- c) A instrumentalidade e o Serviço Social
- d) Legislação pertinente à profissão: Lei de regulamentação da profissão, Código de Ética dos Assistentes Sociais e Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.
- e) Legislação pertinente aos direitos e medidas protetivas vinculadas ao atendimento a gestantes e as crianças portadoras do HIV.

Definidas estas categorias teóricas, poderei analisar o objeto a fim de entender, conhecê-lo e espero conseguir reconstruir a história da inserção do Serviço Social na SENIC para comprovar a necessidade do Assistente Social numa equipe interdisciplinar atento as questões de origem social que advém do HIV e os direitos dos usuários que vivem neste contexto a fim de mostrar a relevância da atenção deste profissional,

2. CAPÍTULO I – HIV: O INÍCIO DO ‘MAL DO SÉCULO’

2.1 Conhecendo o HIV

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil¹, HIV é a sigla em inglês utilizada para denominar o *human immunodeficiency virus* (VIH – vírus da imunodeficiência humana). É assim denominado pelo fato deste vírus afetar o sistema imunológico, que é responsável por defender o organismo de doenças, e que sem o tratamento adequado, causa uma síndrome, conhecida como síndrome da imunodeficiência adquirida, SIDA ou pela sua abreviação em inglês, AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*). Denomina-se síndrome por tratar-se de um conjunto de sintomas que afetam o sistema imunológico do hospedeiro, tornando o indivíduo mais suscetível a contrair doenças oportunistas à sua condição atual.

Vírus são agentes infecciosos que tem como principal característica a necessidade de atacar as células de um organismo e reproduzir-se no mesmo a fim de propagar sua existência, em detrimento ao hospedeiro. O HIV tem como ‘alvo’ as células brancas do sistema imunológico humano. Tais células são conhecidas como linfócitos e dentro deste grupo, existem aquelas responsáveis por identificar e coordenar as defesas imunológicas do organismo, conhecidas como linfócito T auxiliar, ou linfócito T4. Por possuir receptores CD4+, o linfócito T4 torna-se propenso a atrair o vírus HIV, que possui o mesmo receptor, facilitando a absorção do vírus ao linfócito por meio deste receptor. Desta forma, o HIV infecciona o sistema imunológico do organismo, que incapaz de identificar o vírus, sem o tratamento adequado, sucumbe à síndrome por ele causada.²

Ao ser infectado pelo vírus, o principal sintoma apresentado assemelhasse a uma gripe de pouca duração, não demonstrando nenhum sintoma mais agravante e é neste período que a pessoa torna-se portadora do

¹Dados retirados do site oficial do Ministério da Saúde, www.aids.gov.br, endereço virtual do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. O Departamento é ligado a Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e seu papel é reduzir a transmissão do HIV/AIDS e das hepatites virais, promovendo a qualidade de vida dos pacientes.

² Para mais dados sobre a virologia e fisiopatologia do HIV, consultar o artigo em inglês sobre o tema, denominado ‘*Mechanisms of CD4+T lymphocyte cell death in human immunodeficiency virus infection and AIDS*’, produzido por Judie B. Alimonti

vírus, ou soropositiva para o HIV. A única forma de detectar o vírus no organismo é através de exames laboratoriais por análise de sangue colhido, para detectar a presença de células CD8+, que são associadas à atividade imunológica anti-HIV. Após instalar-se no organismo, o vírus pode ficar de cinco a dez anos, variando de pessoa para pessoa, em período de incubação, alterando o DNA do linfócito T4 e se replicando no hospedeiro, diminuindo desta forma a eficácia do sistema imunológico, pois quanto menor o número de células CD4+T, menor é a defesa do organismo e mais propenso a doenças oportunistas ele se torna, como infecções ocasionadas por fungos na pele, boca e garganta, diarreia crônica há mais de 30 dias ocasionando perda de peso, pneumonia, tuberculose disseminada, neurotoxoplasmose, neurocriptococose, citomegalovirose, pneumocistose, dentre outras.

Hoje existem dois tipos de vírus HIV caracterizados genotipicamente. Ambos são do tipo de lentivirus e são denominados HIV-1 e HIV-2. Lentivirus são vírus que possuem um período de incubação longo, demorando a se manifestar no organismo infectado. A diferença entre estes vírus é a taxa de replicação, tornando o HIV-1 mais virulento e por consequência, mais presente no mundo e mais suscetível a infectar novos hospedeiros. Já o HIV-2 é menos virulento, mas não menos fatal. Por conta desta característica, o HIV-2 não tem uma área de abrangência igual a do HIV-1. Dentre estes dois tipos existem também os subtipos de HIV. Existem dois grupos de subtipos para o HIV-1, classificados em grupo M (*major*) no qual se encontram os subtipos A, B, C, D, E, F, G, H, e I, e grupo O (*outlier*), que possui apenas um subtipo. Já no HIV-2, existe apenas um grupo e os subtipos A, B, C, D e E estão inseridos nele.

Para combater a propagação do vírus a medicação utilizada hoje em dia varia e é um combinado de remédios, por isso tem o nome de coquetel, ou Terapia Antirretroviral (TARV), que age em diferentes momentos do processo de replicação do vírus, inibindo a ação do mesmo e impedindo-o de enfraquecer o sistema imunológico, mas nunca o eliminando totalmente do organismo infectado.

O uso desta terapia é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas com o HIV e AIDS. Por ser um processo muito complexo, devido à quantidade de remédios e a reação biológica do corpo a medicação, é

necessário o acompanhamento médico para avaliar possíveis efeitos colaterais ao uso dos medicamentos, bem como a possível adaptação do vírus a eles, sendo necessária a readequação da terapia, além do acompanhamento nutricional, devido à perda de peso por conta de reações contrárias a medicação; acompanhamento psicológico, para dar suporte às questões referentes à autoestima e confrontos internos com o diagnóstico; e acompanhamento social, a fim de garantir os direitos assistenciais ao portador soropositivo.

Já no caso das gestantes, é muito importante o acompanhamento pré-natal, pois desta forma é possível identificar casos de gestantes soropositivas e evitar a transmissão do vírus, pois 90% dos casos de HIV em crianças se dão pela transmissão vertical (de mãe pra filho). Sem o acompanhamento durante o pré-natal e tratamento adequado, o risco de transmissão vertical é de 20% e quando há o tratamento adequado, o risco de infecção entre mãe e filho pode ser reduzido para cerca de 1%.

A testagem para o HIV é recomendada no 1º e 3º trimestre da gestação. Caso a gestante não tenha feito o pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na maternidade, através do Teste Rápido para o HIV. Se identificado antes, é possível o tratamento com medicamentos para prevenir a transmissão para o feto. Após o nascimento, o recém-nascido não deve ser amamentado, pois o leite materno é uma via de transmissão do vírus e deve ser substituído por leite artificial. A criança deve também fazer uso do medicamento acima citado por seis semanas, minimizando assim o risco de transmissão do vírus³.

Por ser um vírus, o HIV precisa infectar organismo para sobreviver. Sem isto, ele morre. Sabe-se hoje que o vírus do HIV é bastante lábil em meio externo. Se encontrado em partículas intracelulares, ou seja, células infectadas, o vírus sobrevive por até no máximo um dia. Já partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias à temperatura ambiente ou até 11 dias a 37°C, mas quanto maior o calor, menor seu tempo de sobrevivência no

³ Estas condutas foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde, no documento 'Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes', de 2010.

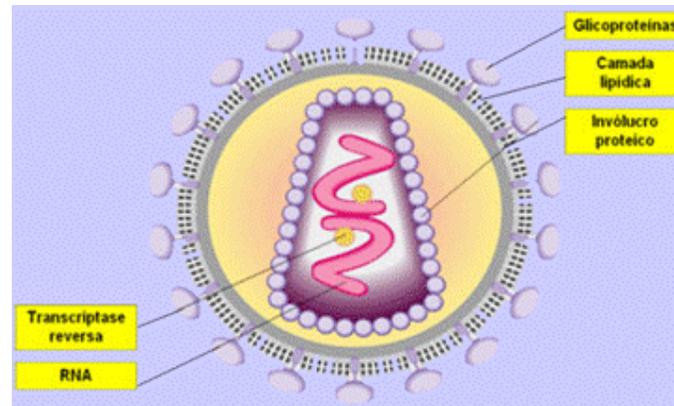
ambiente.

Sendo assim, o vírus precisa infectar um organismo humano a fim de poder se reproduzir e propagar-se. Por se concentrar nos chamados fluidos corporais, as principais formas de contágio e infecção pelo HIV se dão pela exposição a estes fluidos. Prevenir-se do contágio ainda é o melhor remédio.

As formas de transmissão identificadas atualmente são:

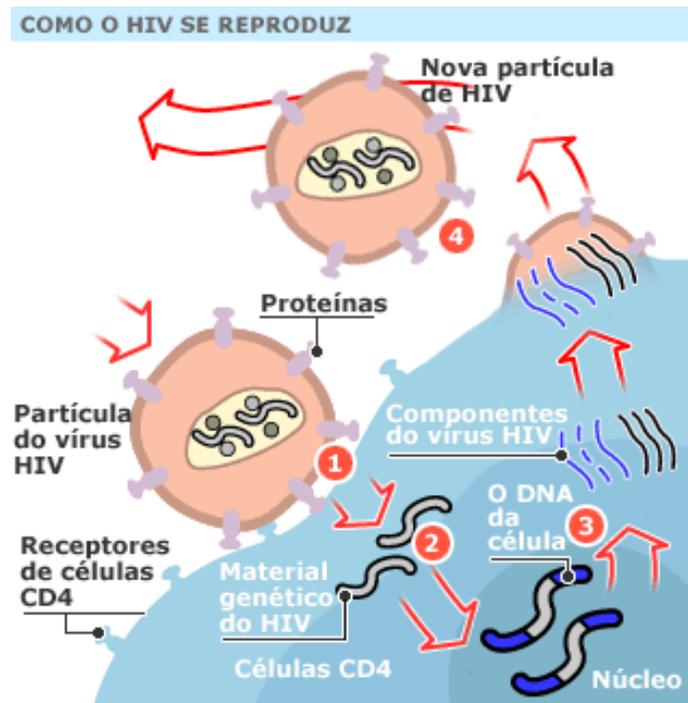
- Sexo desprotegido – seja vaginal, anal ou oral.
- De mãe infectada para o filho durante a gestação (Transmissão Vertical) ou pela amamentação da criança pela mãe soropositiva.
- Compartilhamento da mesma seringa ou agulha contaminada por mais de uma pessoa.
- Transfusão de sangue contaminado com o HIV.
- Instrumentos que furam ou cortam, quando infectados e não esterilizados corretamente.

Figura 1: O Vírus HIV



Fonte: Só Biologia – Os Vírus⁴

Figura 2: Infecção de uma célula pelo vírus HIV



Fonte: BBC – Infográfico sobre HIV⁵

⁴ Disponível em: <<http://www.sobiologia.com.br/figuras/Seresvivos/virus2.gif>> Acesso em 24 nov. 2014

⁵ Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/especial/1357_biolgia_aids/page6.shtml> Acesso em 24 nov. 2014

2.2 A epidemia mostra o caminho

Os primeiros casos de AIDS no mundo foram detectados na década de 1980, nos Estados Unidos da América, no Haiti e na África Central. Já existiam indícios da doença em regiões do Congo, na década de 1960⁶, mas a classificação da nova síndrome ocorreu apenas em 1982, pelo CDC, sigla em inglês para Centros de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention*), órgão responsável pela política de saúde nos EUA.

Até então a AIDS era 'nova' no cenário científico e as únicas formas de identificação advinham da constatação das doenças oportunistas, que se apresentam apenas no estágio final da síndrome. Assim, a AIDS ou era confundida com uma pneumonia por *Pneumocystis carinii*, ou confundida com um câncer de pele raro chamado Sarcoma de Kaposi. A única semelhança nestes casos era o constante diagnóstico em determinados grupos sociais que as doenças atacavam, que em sua maioria era constituída de usuários de drogas injetáveis e homens homossexuais.

Sem conhecer as formas de transmissão da AIDS, os pesquisadores estadunidenses começaram a coletar dados a respeito de pessoas homossexuais que houvessem mantido relações sexuais entre si, a fim de mapear a síndrome. Esta coleta de dados revelou que esta população entrevistada teve contato com um mesmo homem, um comissário de bordo de origem franco-canadense, que mais tarde passou a ser conhecido como paciente zero e que com ele, o HIV cruzou o oceano atlântico.

No entanto, com o passar do tempo, o HIV se alastrou para outros grupos de risco, atingindo haitianos, hemofílicos e as trabalhadoras do sexo, que junto com os heroinomanos (usuários de drogas injetáveis como a heroína) e os homossexuais, levou as autoridades a adotar o nome da, ainda não identificada AIDS, como a Doença dos 5H. Este nome se deve aos seus componentes: os haitianos, os hemofílicos, os heroinomanos, os homossexuais e as hookers. (trabalhadoras do sexo em inglês são conhecidas como *hookers*).

⁶ SHARP, PM; Hahn, BH. (2011). "Origins of HIV and the AIDS Pandemic". *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*

Desta forma, o medo social causado pela até então desconhecida doença, levou a estigmatização destes grupos, que começaram a serem denominados como grupos de risco, devido a constante apresentação da doença nos indivíduos pertencentes a estes grupos e devido ao estilo de vida levado por eles⁷.

Isto levou a imprensa geral, tomada pelo medo e opinião pública, a denominar a nova síndrome como câncer-gay, devido à população atingida, ou GRID, sigla em inglês para *gay-related immune deficiency* (deficiência imunológica relacionada aos gays). A divulgação destas informações de forma preconceituosa e desorientada, sem o devido conhecimento da transmissão do vírus levou ao preconceito e a segregação destes grupos.

O recorrente medo e o desconhecimento a respeito das formas de contágio levou a comunidade acadêmica a centrar sua atenção no transmissor do vírus, associando-o a epidemiologia da Hepatite B, que atingia os mesmos grupos, levando estes pesquisadores a associar o HIV a ela e a partir do isolamento do vírus por dois diferentes e rivais grupos de pesquisa, um liderado pelo estadunidense Robert Gallo e o outro liderado pelo francês Luc Montagnier, foi possível constatar e identificar o HIV, o vírus causador da AIDS e que só foi ser chamado desta forma posteriormente. O processo se deu através de coleta e análise de sangue de pessoas infectadas, constatando-se que o vírus se concentrava na corrente sanguínea e que poderia ser transmitido através do contato com este fluído⁸.

Como o crescente número de transmissões através do contato com sangue e relativos tornou-se numeroso demais para ser ignorado, e os recentes casos da doença em mulheres e em crianças, juntamente com o pânico da população, a recém-descoberta de que se tratava mesmo de um vírus e que por isso, sua transmissão se não se atearia apenas aos

⁷Em sua obra 'Doença como Metáfora, AIDS e Suas Metáforas' de 2007, Susan Sontag descreve o processo da estigmatização pelo vírus onde "A metáfora dá forma à visão de uma doença particularmente temida como um "outro" alienígena tal como o inimigo é encarado nas guerras modernas; e a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima. A ideia de vítima sugere inocência. E inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa".

⁸ Esse embate entre os dois grupos, o início da epidemia da AIDS nos Estados Unidos, a manipulação da mídia sobre a questão e o medo social é retratado no filme 'E a Vida Continua' (*And the Band Played On*), de 1993.

denominados grupos de risco, pouco a pouco, a opinião pública foi mudando, bem como o direcionamento de esforços em busca de uma solução, pois o HIV estava se tornando uma pandemia global e um mal a ser combatido.

O Brasil foi um dos pioneiros no enfrentamento a epidemia da AIDS. O primeiro caso foi descoberto em 1980, mas só foi classificado em 1982. Junto com este caso, outros seis foram detectados em São Paulo, onde todos eram homens com orientação homossexual. Até o início de 1990 os casos de HIV no Brasil atingiram mais de 10.000 pessoas⁹.

Os avanços no enfrentamento ao vírus no Brasil se deram juntamente com a crise no modelo de governo militar, que no ano de 1982, sofreu uma derrota democrática da oposição nos principais estados brasileiros, abrindo espaço para que representações das forças sociais, que se fortaleceram ao longo da década de 1970 e ocuparam posições estratégicas nos setores decisórios do cenário político do país, fato que foi fundamental para a discussão e implantação de políticas sociais reformistas, ainda que no primeiro momento estas estivessem circunscritas a alguns estados brasileiros (Marques, 2002).

Foi neste contexto, que foi criado em 1983, o Programa Estadual de DST/AIDS (PE-DST/AIDS) de São Paulo, com quatro objetivos básicos: Vigilância epidemiológica, esclarecimento à população para evitar o pânico e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde, no combate a nova epidemia¹⁰.

Juntamente a isto, estava em ebulição à reforma da saúde previdenciária em âmbito nacional e os principais representantes deste movimento acabaram por serem convocados a assumirem posições estratégicas nos estados onde a oposição havia obtido sucesso em se eleger, para poder se manter no poder e para tomar medidas em frente ao contexto da época.

⁹ Outros dados e tabelas da época constam em Ministério da Saúde, Brasil. *Número e percentual de casos de AIDS segundo período de diagnóstico e casos notificados no período, segundo local de residência (Unidade Federada e Macrorregião)* – Brasil, 1980–1990.

¹⁰ Hoje o Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo tornou-se Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRT DST/AIDS). É pertencente à Secretaria de Saúde e é responsável por coordenar e ser a referência técnica em DST/AIDS no estado de São Paulo.

As três bandeiras pregadas pelo movimento de reforma do sistema de saúde no Brasil eram equidade, universalidade e saúde como direito e dever do Estado. Aliado a isto, havia a pressão exercida pela sociedade, que se organizava. Neste contexto é criado o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) em São Paulo, a primeira Organização Não Governamental do Brasil e da América Latina a lutar contra a AIDS, o preconceito, e discriminação, e lutar pela garantia de direitos humanos e sociais evidenciando o desejo de luta da sociedade civil por um melhor tratamento da questão.

Toda essa mobilização da sociedade levou a multiplicação das ONGs pelo país, com grande concentração no estado de São Paulo, as quais, segundo Guerra (2007:35):

(...) tinham o trabalho de associar as pessoas com HIV/AIDS e lutar por seus direitos; pressionar o Poder Legislativo; atuar na prevenção; discutir sobre sexualidade e droga; promover discussões; partilhar e difundir informações; combater a discriminação, inclusive com assistência jurídica; apontar os problemas do comércio de sangue; e, muitas vezes, providenciar assistência direta aos doentes.

O pioneirismo do estado de São Paulo no enfrentamento a AIDS se deu devido a forte mobilização da sociedade civil e acadêmica, principalmente em Santos, que ao ter passado pelas experiências acima citadas, pode estruturar suas reivindicações e direcionar seus esforços. No entanto, mesmo com estes avanços, a estrutura do governo em frente à epidemia estava engatinhando, e os casos da doença continuavam a subir gradativamente. A pressão exercida pela sociedade ao governo, que não adotava uma postura de enfrentamento nacional a síndrome e não subsidiava os estados, os quais deveriam articular-se por si só em frente à doença, deu resultado.

Galvão (2000) e Teixeira (1997) argumentam que os avanços obtidos, desde então, foram fruto da atuação articulada e sistemática de setores progressistas da saúde pública, de movimentos e grupos comunitários e da sociedade civil, intermediada pela imprensa, que criava o cenário favorável à exigência e implantação de medidas consideradas como politicamente avançadas. Além disso, outros atores, como universidades, conselhos de

medicina e igrejas também tiveram papéis de destaque na geração e adequação de políticas públicas para controle da AIDS.

A resposta do governo federal para este contexto da doença foi a criação do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, órgão que seria responsável pelas ações de combate à doença. No entanto, Marques (2003) ressalta que no período houve uma tendência à centralização de ações e afastamento da parceria dos estados e grupos organizados a partir da criação do Programa Nacional, ficando na contramão dos princípios de descentralização de participação da sociedade civil nas formulações das políticas a serem implantadas.

Esta ação do Programa Nacional refletia o contexto histórico da política no Brasil, que passava por um processo de redemocratização, mas que ainda possuía setores políticos com posturas que buscavam fragmentar as ações, principalmente na saúde, o que dificultava o desenvolvimento de programas de saúde pública universais.

O que vem a mudar este contexto, segundo Marques (2003) foi a intensa mobilização política e social para o processo de discussão e aprovação da Constituição Federal de 1988. A autora cita também que tal avanço, especificamente no setor da saúde, levou a organização e reestruturação do sistema de saúde e do sangue, sendo tais temas amplamente discutidos. A partir da discussão e construção de políticas de saúde foi possível estabelecer as medidas e ações necessárias para a construção e aprovação do Sistema Único de Saúde, o SUS, que na época descrita acima não existia e que foi implementado a partir da Lei Nº 8.080/90.

O modelo de atenção à saúde até então se chamava SUDS, Sistema Único e Descentralizado de Saúde, e tinha como conduta o atendimento apenas aos cadastrados no INAMPS, Instituto Nacional de Previdência Social, e que para serem atendidos era necessário estar registrado no mercado formal de trabalho e estar contribuindo para a previdência, o que dificultava o acesso da população nas áreas mais subdesenvolvidas, locais que mais necessitavam de assistência médica.

A ideia principal da implantação do Sistema Único de Saúde era romper com este cenário, tornando a saúde um direito universal, sem custos, com

integralidade de suas ações e serviços, e principalmente, com equidade a todos os que a ela acessarem. Deve-se à implantação do modelo de saúde do SUS e a universalização da saúde brasileira o aprimoramento do Programa Nacional de DST/AIDS.

Apesar deste início esperançoso da década de 1990, o que se viu nos dois primeiros anos seguintes foi um despreparo do Estado, o que acabou gerando uma desarticulação entre governo federal, estados, ONGs e demais instituições envolvidas, freando os possíveis avanços e abandonando a política de combate ao HIV (Marques, 2003; Villarinho, 2013).

Este período obscuro e centralizado da gestão federal sob a política de saúde só veio a terminar com o impeachment do presidente Fernando Collor. Com sua saída, o governo federal reestabeleceu o contato com as instâncias estaduais e a sociedade civil, e reformularam suas estratégias, abrindo espaço para o envolvimento, a participação e o debate com os grupos organizados, instituições e outras entidades ligadas ao combate à AIDS, levando a construção das ações governamentais para enfrentamento da epidemia.

É neste contexto, com a retomada da participação da sociedade civil no planejamento das ações do Programa Nacional de DST/AIDS e com os avanços gradativos no território nacional que esse estabelece um acordo do governo federal com o Banco Mundial. Tal acordo, segundo Mattos (2000), fazia parte de uma estratégia do Banco Mundial que desejava uma atuação mais expressiva no âmbito da saúde para os países em desenvolvimento. O Banco Mundial era responsável por apresentar propostas de políticas de saúde, cujo objetivo era a reforma dos dispositivos de financiamento dos serviços de saúde. Essa reforma, segundo o autor, incluía a redução da participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde e o fortalecimento dos setores não-governamentais ligados à prestação de serviços e à descentralização dos sistemas públicos de saúde.

Este é um ponto chave da história do combate à epidemia no Brasil, pois após este acordo, o Programa Nacional de DST/AIDS pode estabelecer o “Projeto AIDS I”, “Projeto AIDS II”, “Projeto AIDS III”, e o Plano Operacional de

Ações (POA), que mais tarde tornou-se o Plano de Ação e Metas (PAM)¹¹, medidas que foram essenciais para aumentar a abrangência e a eficácia deste programa.

Como visto acima, os acordos entre o governo brasileiro e o Banco Mundial ampliaram as ações de prevenção e assistência no enfrentamento à epidemia. Estas ações, no entanto, tinham um interesse econômico por parte do Banco Mundial. Com o aumento do diagnóstico de pacientes soropositivos para o HIV e o incentivo às pesquisas para criação de medicamentos que combatessem a ação do vírus, aumentou-se a demanda por medicamentos antirretrovirais, fomentando a indústria farmacêutica mundial devido ao seu alto custo (Guerra, 2007: 39; Marques, 2003). Sendo assim, o acordo do Banco Mundial visava o lucro através do tratamento destes pacientes. O que eles não contavam era com a forte pressão da sociedade civil organizada, que exigia a distribuição ou redução do custo do tratamento, muito caros à época.

Esta forte pressão fez com o que o governo brasileiro cedesse e iniciasse em 1992 a distribuição gratuita de medicamentos nas unidades de referências para tratamento de pacientes soropositivos cadastrados. Anos mais tarde, em 1996 o Brasil aprova a Lei Nº 9.313/96, que garante a distribuição gratuita de medicamentos para todos que são soropositivos em tratamento para o HIV, contrariando as recomendações do Banco Mundial.

Com esta nova lei referente à distribuição gratuita de medicamentos para soropositivos em tratamento, viu-se um aumento exponencial na sobrevivência dos pacientes, diminuindo internações hospitalares e reduzindo casos de morbimortalidade. Aliado a isto, esta a introdução da HAART (*Highly Active*

¹¹ Estes projetos foram estabelecidos através de acordos entre governo federal e Banco Mundial. O AIDS I durou de 1994 até 1998 e priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais. O segundo projeto, AIDS II, firmou-se após a eficácia do primeiro. Durou de 1998 até 2003. As metas deste projeto eram reduzir a incidência de casos de HIV, expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas soropositivas. O Projeto AIDS III deu-se logo após o término do AIDS II, sendo executado de 2003 a 2006 e aprimorava a gestão entre governo e sociedade civil organizada, promovia o desenvolvimento tecnológico e científico, ampliava o acesso ao diagnóstico precoce do HIV e melhorava a atenção às DST/AIDS oferecida pelo SUS. Além destes projetos, os gestores brasileiros organizavam os Planos Operacionais de Ações (POA), que possuem o dever de articular no território brasileiro as diretrizes propostas pelos projetos AIDS I, II e III. O POA veio a se tornar PAM em 2002. PAM é a sigla para Plano de Ações e Metas, e funciona como instância de planejamento, monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos municípios que recebiam incentivo financeiro do Programa Nacional de DST/AIDS, repassado pelo Banco Mundial.

Antiretroviral Therapy), que é mais conhecido popularmente como Coquetel no Brasil. Esta terapia tem este nome por se tratar de um combinado de remédios, cada um com seu papel, para tratar o avanço da doença. Com esta terapia, a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica, que se manejada e tratada de forma adequada, diminui, consideravelmente, a probabilidade de adoecimento e morte de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Nos dias atuais, segundo o Boletim Epidemiológico da Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo (PE DST-AIDS – SP), está ocorrendo uma tendência de queda da incidência da AIDS no estado, bem como a queda da mortalidade e dos casos de transmissão vertical do HIV.

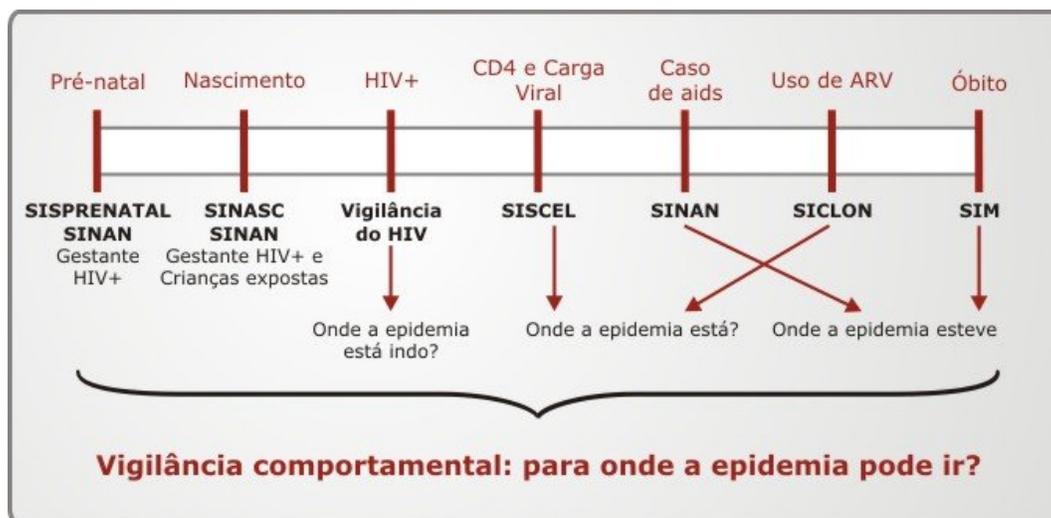
Estes dados, que serão apresentados no subtítulo 1.3, são construídos pela vinculação das notificações de casos de AIDS do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)¹², com aquelas do Sistema de Informação de Mortalidade junto à Fundação Seade¹³, complementada pelo relacionamento com a base de dados do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DN DST-AIDS e HV) do Ministério da Saúde – trabalho este de integração que, segundo o Boletim Epidemiológico, já vem sendo feito pelo quarto ano consecutivo. Para compor esse sistema de dados de vigilância comportamental da epidemia, os dados utilizados precisam responder à complexidade dos agravos que busca conhecer, desenvolvendo novos modelos, que não sejam baseados exclusivamente na notificação de casos e que podem estar representando eventos ocorridos anos antes. Desta forma, segundo o endereço eletrônico do Ministério de Saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, é necessário conhecer oportunamente as populações vulneráveis, comportamento, riscos, entre outros fatores, de forma a subsidiar intervenções mais efetivas. No fluxograma abaixo está às várias

¹² Segundo o endereço eletrônico do SINAN, o sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória determinada pela Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Informação retirada de <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/> Acessado em 03/11/2013, as 23:05:40.

¹³ Sigla para Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Seade é um centro de referência nacional na produção e disseminação de análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas dos 645 municípios do estado de São Paulo. Informação retirada de http://www.seade.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=8, Acessado em 03/11/2013, as 23:20:30.

fontes de informação utilizadas pela vigilância da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) no Brasil.

Figura 3: Fluxograma sobre fontes de informação utilizadas pela vigilância da AIDS e outras DSTs no Brasil



Fonte: Endereço eletrônico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais¹⁴

A vigilância epidemiológica da AIDS, além de se basear em informações fornecidas pela notificação de casos registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui dois sistemas particulares: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

As informações do SINAN, no caso particular da AIDS, são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de casos de AIDS adotada no país. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica da epidemia, assim como para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

O SIM tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país. Contém informações sobre o óbito, como a causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre o

¹⁴ Disponível em <www.aids.gov.br/node/365> Acesso em 24 nov. 2014.

indivíduo que faleceu, tais como a idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação e município de residência.

O SISCEL foi desenvolvido com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia antirretroviral.

O SICLOM foi desenvolvido com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos antirretrovirais, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de AIDS e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

A análise dos dados de AIDS é elaborada a partir dos casos notificados no SINAN, acrescidos dos dados registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e fundamentada na técnica de relacionamento probabilístico. O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi utilizado para validação das informações contidas no SISCEL, quando do relacionamento deste com o SIM. A base de dados resultante do relacionamento do SISCEL com o SIM é, posteriormente, relacionada com o SINAN para compor o banco relacionado, de acordo com o algoritmo de relacionamento de banco de dados, realizado pelo Departamento de DST e AIDS¹⁵.

Segundo estimativas do Boletim Epidemiológico HIV – AIDS de 2013, cerca de 718 mil indivíduos vivem com HIV/Aids no Brasil, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, dos quais em torno de 80% (574 mil) tenham sido diagnosticados. Entre 1980 e 2012 foram registrados 686.478 casos de AIDS no Brasil, dos quais 265.698 evoluíram para óbito por causa básica AIDS. No estado de São Paulo, onde se concentra a maior parte da epidemia nacional (33% dos casos do país), segundo Boletim Epidemiológico HIV – AIDS de 2013, foram registrados 228.698 casos novos de AIDS até junho de 2013, e 103.267 óbitos por AIDS.

¹⁵ Dados retirados do endereço eletrônico oficial do Ministério da Saúde, referente ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - www.aids.com.br/node/365. Acessado em 10/08/2014, às 14:10:34.

Entre 2000 e 2010 houve uma queda de 30% na taxa de incidência de AIDS no Estado, segundo o Boletim. Em 2011, a incidência foi de 20,8 casos novos para cada 100 mil habitantes-ano – 41% menor do que o pior ano, que foi 1998. A taxa de mortalidade vem caindo ao longo do tempo: de 13,4/100.000 habitantes-ano em 1991 para 6,6/100.000 em 2012, mantendo uma tendência de queda iniciada em 1996, em decorrência, segundo o Boletim, da introdução da terapia antirretroviral combinada (TARV).

Em Santos é possível observar através da interpretação dos dados do Boletim Epidemiológico a ocorrência de uma redução na taxa de óbito e também na taxa de diagnóstico. De 2000 a 2013, segundo o Boletim, 3.501 casos de HIV foram diagnosticados na cidade de Santos, representando 6,9% de notificações do estado de São Paulo. Em 2012, 315 casos foram notificados, já em 2013, apenas 140 tiveram seu diagnóstico, representando uma diminuição de 44,4% na taxa de notificação.

Tabela 1: Casos notificados de AIDS, óbitos por AIDS não notificados no SINAN, casos captados pelo Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Departamento Nacional de DST/AIDS (DN), segundo ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1980 a 2013.

Ano de Diagnóstico	Casos notificados SINAN	Óbitos FSeade	BIPAIDS (SINAN+ FSeade)	SISCEL + SICLOM (DN DST-Aids-HV) **	BIPAIDS+DN-DST-Aids-HV***	Proporção de casos captados de outras fontes de informação		Total
						FSeade	DN DST-Aids-HV	
1980	1	-	1	-	1	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	8	-	8	-	8	-	-	-
1983	25	-	25	-	25	-	-	-
1984	85	-	85	-	85	-	-	-
1985	341	10	351	-	351	2,8	-	2,8
1986	613	15	628	-	628	2,4	-	2,4
1987	1.533	49	1.582	-	1.582	3,1	-	3,1
1988	2.542	98	2.640	-	2.640	3,7	-	3,7
1989	3.443	110	3.553	-	3.553	3,1	-	3,1
1990	5.066	298	5.364	-	5.364	5,6	-	5,6
1991	6.684	442	7.126	-	7.126	6,2	-	6,2
1992	8.191	489	8.680	-	8.680	5,6	-	5,6
1993	8.765	630	9.395	-	9.395	6,7	-	6,7
1994	9.161	609	9.770	-	9.770	6,2	-	6,2
1995	10.169	305	10.474	-	10.474	2,9	-	2,9
1996	11.023	272	11.295	-	11.295	2,4	-	2,4
1997	11.303	589	11.892	-	11.892	5,0	-	5,0
1998	12.315	174	12.489	-	12.489	1,4	-	1,4
1999	10.702	389	11.091	-	11.091	3,5	-	3,5
2000	10.510	184	10.694	4	10.698	1,7	-	1,8
2001	9.904	328	10.232	62	10.294	3,2	0,6	3,8
2002	9.663	434	10.097	551	10.648	4,3	5,2	9,3
2003	9.203	441	9.644	682	10.326	4,6	6,6	10,9
2004	7.877	470	8.347	917	9.264	5,6	9,9	15,0
2005	7.528	445	7.973	1265	9.238	5,6	13,7	18,5
2006	7.176	418	7.594	1269	8.863	5,5	14,3	19,0
2007	6.688	471	7.159	1320	8.479	6,6	15,6	21,1
2008	6.699	611	7.310	1401	8.711	8,4	16,1	23,1
2009	6.465	608	7.073	1547	8.620	8,6	17,9	25,0
2010	6.134	585	6.719	1601	8.320	8,7	19,2	26,3
2011	6.051	482	6.533	2122	8.655	7,4	24,5	30,1
2012***	5.257	-	5.257	2304	7.561	-	30,5	30,5
2013***	1.510	-	1.510	1062	2.572	-	41,3	41,3
Total	202.635	9.956	212.591	16.107	228.698	4,7	7,0	11,4

* Dados preliminares até 30/06/13 (SINAN) e óbitos 31/12/11 (Seade), sujeitos a revisão mensal.

** DN - Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatite Virais - Casos de AIDS pelo Critério CDC Adaptado - Contagem de Linfócitos T CD4+ menor do que 350 células/mm3

*** Não foi realizado relacionamento entre a base de óbitos e o SINAN

Tabela 2: Casos notificados de AIDS, segundo idade em anos e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1980 a 2013*.

Idade (anos)	Ano de Diagnóstico												Total
	80 a 89	90 a 99	00 a 04	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
0 - 4	242	2.896	1.152	122	77	68	82	78	73	79	81	17	4.967
5 - 9	32	456	496	58	47	31	30	12	18	20	12	8	1.220
10 - 12	28	119	102	23	23	25	18	22	14	11	14	4	403
13 - 14	34	128	64	12	12	13	16	6	18	12	9	1	325
15 - 19	437	1.999	674	104	103	85	123	110	83	123	107	34	3.982
20 - 24	1.285	10.545	3.493	535	499	489	512	572	605	616	631	195	19.977
25 - 29	1.822	21.269	7.887	1.231	1.154	1.139	1.173	1.233	1.173	1.140	1.052	356	40.629
30 - 39	3.177	38.421	20.746	3.493	3.298	3.077	3.045	2.928	2.663	2.910	2.516	855	87.129
40 - 49	1.262	15.439	11.395	2.459	2.415	2.302	2.382	2.282	2.248	2.340	1.928	645	47.097
50 - 59	382	4.494	3.878	952	913	926	1.011	1.003	1.054	1.023	901	337	16.874
60 - 69	124	1.400	1.081	197	267	254	250	305	292	298	249	100	4.817
70 e mais	21	278	237	46	51	70	64	63	72	75	61	20	1.058
Ignorados	27	132	25	6	4	0	5	6	7	8	0	0	220
Total	8.873	97.576	51.230	9.238	8.863	8.479	8.711	8.620	8.320	8.655	7.561	2.572	228.698

* **Dados preliminares até 30/06/13 (SINAN) e óbitos até 31/12/11 (Seade), sujeitos a revisão mensal¹⁶.**

É com este sistema de dados fornecidos pelos serviços de saúde em níveis local, municipal e estadual que se faz possível a identificação do comportamento da epidemia de AIDS no Brasil. O Boletim Epidemiológico é composto através desta tabulação. No entanto, este documento oficial ressalta que estes dados devem ser vistos com cautela, uma vez que a notificação de portadores do HIV, que nunca tiveram a doença AIDS, é recomendada no estado de São Paulo e não é compulsória, pode haver aspectos que impliquem na pouca representatividade dessas informações. Se por um lado os dados permitem avaliar possíveis impactos de medidas ou estratégias de prevenção adotadas, por outro, são sujeitos a viés devido à possibilidade de captação diferenciada de casos em consequência de fatores relacionados à organização e oferta de serviços, à compreensão diferenciada de risco de vários grupos populacionais envolvidos e outros de ordem cultural e psicossocial.

Segundo Guerra (2007), é necessário ressaltar que o atraso e a sub-notificação de casos de AIDS é um problema de fundamental importância para o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), devendo ser considerado na análise das informações obtidas e é importante salientar que, devido à facilidade das formas de transmissão do vírus HIV, é possível que muitos casos

¹⁶ Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico*. CN-DST/AIDS. Ano XXVII n. 01, jan/dez. 2013.

ainda não tenham acessado os serviços de saúde, ou, ainda, que as notificações não ocorreram de forma adequada, muitas vezes devido a dificuldades operacionais, como falta de pessoal para fazer, a não priorização pela coordenação das equipes de saúde, a falta de treinamento da equipe, a não sistematização de dados como metodologia de trabalho.

Ainda há muito a ser feito em termos de políticas para o HIV, principalmente no âmbito de direitos. Por conta de seu início devastador, a doença veio a estigmatizar os indivíduos infectados e principalmente os seus hábitos. O HIV marginalizou populações e ainda marca com seu preconceito. Apesar dos avanços obtidos pela ciência, as questões sociais que envolvem esta doença seguem enraizadas na sociedade e na sua forma de compreender e posicionar-se em relação à AIDS.

3. CAPITULO II – A EPIDEMIA ENTRE NÓS

3.1 O tratamento do HIV em Santos

Santos é um dos municípios que compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista e está localizado no litoral do estado de São Paulo, no Brasil. Por conta da sua posição geográfica, tem como principal característica a atividade portuária, sendo o porto da cidade de Santos o maior da América Latina. Graças a esta atividade, Santos possui sua população residente e uma população flutuante, que seriam indivíduos presentes no território por um período de curta duração, por motivos recreativos, de turismo, visita a familiares ou de negócios.

Essa movimentação populacional faz com que Santos absorva em suas características diversas culturas e costumes tornando-a uma cidade em constante evolução que graças ao intercâmbio social promovido pela sua principal atividade econômica, é uma das cidades com o maior número de habitantes do estado de São Paulo, sendo sua estimativa populacional para 2014 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 433.565 habitantes¹⁷.

O grande número de habitantes faz com que Santos possua o segundo maior número de pessoas vivendo com HIV/AIDS do estado¹⁸. O número de habitantes da cidade e o número de sujeitos vivendo com HIV/AIDS não possuem uma relação direta, mas devido a grande densidade demográfica e a sazonalidade dos sujeitos que transitam por Santos, a cidade acaba por ser um território propício de se encontrar inúmeros contextos, dentre eles, o do HIV.

A cidade obteve destaque negativo quanto à epidemia do HIV quando nos anos 1990 o ranking do número de casos de HIV/AIDS era proporcional à população do município, chegando à taxa de 110,37 soropositivos para cada grupo de 100 mil habitantes, rendendo-lhe a alcunha de ‘capital nacional da AIDS’ no período citado.

¹⁷ Dados retirados do endereço eletrônico oficial do IBGE referente à cidade de Santos. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354850>, acessado em 07/12/2014 às 01:28:38.

¹⁸ Segundo dados coletados no Boletim Epidemiológico do Programa Estadual de DST-Aids de São Paulo, do ano de 2013, que referem a região de Santos com a segunda maior taxa de incidência de HIV do Estado de São Paulo, ficando atrás apenas de Barretos e sendo a quinta região com o maior número de notificações de casos em 2012.

Apesar desta infame designação, o município de Santos é considerado referencia nacional no enfrentamento a epidemia, que segundo Guerra (2007), tornou-se a primeira cidade a disponibilizar gratuitamente a medicação antirretroviral aos pacientes e também foi uma das primeiras cidades do Estado de São Paulo a organizar serviços de atendimento aos pacientes soropositivos.

Estas ações visam sempre o tratamento dos indivíduos e a estabilidade da epidemia, que na cidade de Santos, devido a sua sazonalidade social, sempre se manteve em níveis alarmantes, segundo matéria no portal de notícias G1¹⁹, mas que caminham para uma estabilidade, com períodos de leves aumentos e quedas nos indicadores, contribuindo para o entendimento de que a epidemia está controlada, quando na verdade ela está agindo silenciosamente.

As ações administrativas no município partem da esfera pública, uma vez que a responsabilidade de prestar assistência, prevenção e acompanhamento às pessoas soropositivas são atribuídos a Prefeitura Municipal de Santos – PMS, na qual, a Secretária de Saúde desenvolve ações para este trabalho. Dentro da Secretária de Saúde existe o Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais, o qual é gerenciado pela Coordenadoria do Centro de Referência e Tratamento – COCERT. Este centro de referência é uma instituição na qual se encontram outros serviços que compõe o complexo responsável pela atenção integral ao paciente soropositivo.

Os serviços que compõe este complexo são: Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, responsável pela testagem e aconselhamento populacional, o qual promove campanhas de conscientização referentes às doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais juntamente com a Seção de Prevenção de Doenças Infectocontagiosas - SPREDIN, sendo a 'entrada' do serviço, uma vez que tem a função de captar indivíduos

¹⁹ Notícia referente ao contexto vivido pela cidade de Santos e o HIV, bem como os índices e fatores que caracterizam a epidemia no município. A matéria traz informações sobre a característica portuária de Santos e como isso contribuiu na caracterização da epidemia, bem como as medidas que estão sendo tomadas para o enfrentamento desta questão. Matéria disponível em <http://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2014/07/considerada-capital-da-aids-santos-reduz-casos-mas-ainda-vive-epidemia.html>, Acessada em 11/11/2014, as 19:07:36.

soropositivos e oferecê-los o diagnóstico e encaminha-los para o tratamento. Estas seções compõem a área de prevenção da epidemia.

Já na área de assistência e tratamento ao paciente soropositivo encontra-se a Seção Centro de Referência em AIDS – SECRAIDS. Esta unidade foi fundada em 1990, sendo uma das primeiras do Estado de São Paulo e pioneira no tratamento ao paciente soropositivo. Hoje a SECRAIDS compõe o complexo da COCERT e sua atribuição é a assistência integral a saúde dos pacientes soropositivos para o HIV/AIDS que residem em Santos. A SECRAIDS conta com uma farmácia com dispensário ambulatorial próprio e especializado no tratamento do HIV, além de uma casa de repouso à pacientes em estado de saúde grave, os quais necessitam de internação e acompanhamento mais próximo, instalando-se na Seção Casa de Apoio e Solidariedade aos Pacientes de AIDS – SECASA. Estes serviços compõem a rede de atendimento a população adulta que deseja conhecer seu diagnóstico para o HIV/AIDS e receber tratamento e assistência às questões futuras que venham a existir.

O diferencial desta política de saúde, assistência e prevenção ao HIV se dá no atendimento assistencial e ambulatorial as crianças. A COCERT conta em seu complexo com uma unidade de tratamento denominada Seção Núcleo Integrado de Atendimento à Criança - SENIC, a qual foi fundada há 20 anos e é responsável por garantir um espaço adequado para crianças e gestantes portadoras do vírus HIV no pré-natal e na fase pós-parto, além de adolescentes expostos ao vírus ou soropositivos com o acompanhamento clínico e psicossocial de seus pacientes.

Aprofundo-me em descrever a SENIC porque nesta unidade realizei meu estágio supervisionado em Serviço Social durante um ano e quatro meses. Na SENIC pude acompanhar diariamente os atendimentos as gestantes infectadas pelo vírus do HIV, e que tem à disposição um serviço de orientação, apoio e tratamento, referência no setor e exemplo na luta contra a AIDS.

A SENIC conta para realizar seus atendimentos com uma equipe multiprofissional, composta por Psicólogo, Dentista Infectologista, Pediatra Infectologista, Médico Infectologista, Ginecologista, Enfermagem e Assistente Social para promover a saúde da mãe e do bebê e evitar a transmissão vertical

da doença, bem como prestar atendimento integral a criança e o adolescente soropositivo para o HIV.

Durante o pré-natal, a gestante atendida na rede pública da cidade realiza uma série de exames, e entre eles é oferecido o teste do HIV, que se recomenda a periodicidade de três vezes ao ano, sendo uma a cada trimestre. Quando é detectada a presença do vírus, a mulher realiza todo o acompanhamento da gravidez com os profissionais da SENIC, onde recebe medicamentos, passa por exames, consultas de médicos e dentista, além de ter apoio psicológico e assistência social.

Por ano, são realizados cerca de 10 mil exames em gestantes e crianças e 12 mil consultas, além da distribuição de 6 mil unidades de medicamentos antirretrovirais que inibem a reprodução do HIV, 12 mil fraldas, 2.400 latas de leite especial, pois as mães puérperas não podem amamentar devido ao risco de transmissão e 500 cestas básicas àqueles que necessitam desse benefício.

A unidade também possui realiza acompanhamento da transmissão vertical do HIV, situação em que a criança é infectada pelo vírus da AIDS durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. Atualmente, existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão, como o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de remédios antirretrovirais, o parto cesariano programado, a substituição do aleitamento materno por leite artificial e outros alimentos.

Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção da gestante pelo HIV, maiores são as chances de evitar a contaminação do bebê. A taxa de transmissão vertical pode chegar a 25%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 25 podem contrair o vírus, caso nenhuma ação de prevenção seja feita na gestação. Com ações de prevenção, no entanto, esse índice pode ser reduzido para menos de 1%. Após o parto, a atenção ao bebê continua até atingir 1 ano e 8 meses de idade quando a criança passa por uma série de testes de anticorpos, para verificar se contraiu ou não o vírus da mãe.

No caso de crianças que contraem o HIV, elas são acompanhadas pela SENIC até completarem 18 anos. Este fato se dá porque a SECRAIDS é uma unidade especializada no tratamento do HIV, onde o Médico Infectologista atende apenas adultos maiores de 18 anos, ficando sobre responsabilidade do

Pediatra Infectologista da SENIC, o acompanhamento aos usuários abaixo dessa faixa etária. Após essa idade, o atendimento é passado para a SECRAIDS (Seção Centro de Referência em AIDS), que também fica no complexo territorial da COCERT.

Estas são as atribuições e competências da SENIC no organograma da Coordenadoria do Centro de Referência e Tratamento, responsável pelo Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais no município de Santos. Dentro desta unidade, pude acompanhar o atendimento prestado ao âmbito da questão social advinda do HIV e os esforços e ações tomadas para amenizar este tensionamento causado pelo contexto da epidemia. Foi durante estes acompanhamentos supervisionados do estágio obrigatório que me surgiu o interesse em pesquisar sobre o papel do Serviço Social na SENIC e como seu trabalho contribuiu ao colocar em foco o recorte social, a individualidade do sujeito e seu contexto, a fim de efetivar o projeto ético-político da profissão que pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação.

Para entender melhor este papel e poder nortear a pesquisa, trabalharei fundamentando-me com os conceitos publicados na cartilha do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, intitulado ‘Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde’, a qual, segundo o CFESS em seu endereço eletrônico, atribui à publicação a finalidade de referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde²⁰. É com estes parâmetros que pretendo definir a importância da profissão do Assistente Social em um espaço como a SENIC.

Para se observar estes parâmetros, é importante definirmos alguns conceitos, que segundo o CFESS (2010), são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade.

²⁰ Segundo a própria publicação, este debate se fez necessário devido a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àqueles que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. (CFESS, 2010)

Segundo a publicação, o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “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” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Baseando-se nas consultas a estas leis e artigos, podemos compreender que a saúde não possui mais apenas o recorte biológico, o que somado a outros conceitos, amplia o entendimento do conceito de saúde, sendo fundamental o contexto e as condições sociais do indivíduo que acabam por impactar no processo saúde-doença fundamentado por estes decretos.

Ao definirmos a concepção acima como central para a importância do Serviço Social na área da saúde atribui-se então ao assistente social a incumbência de trabalhar o fortalecimento do indivíduo e o de sua família no seu território a fim de contribuir com o entendimento que o sujeito possui do seu papel na construção da sua identidade sócio-histórica, contribuir com a equipe multidisciplinar da unidade por meio do seu olhar crítico sobre a questão social que se forma pela violação de direitos resultante do tensionamento existente entre a concepção e a efetivação das políticas públicas e sociais e apoiar e nutrir o trabalho com as unidades de atendimento da rede de serviços responsáveis por garantir as diversas políticas sociais de proteção social que ocorrem hoje em caráter minimalista devido às políticas de Estado minimalista e de sucateamento da rede pública afetando a integralidade proposta e defendida pela Constituição Federal de 1988.

Dessa forma, a cartilha avalia este campo de atuação como privilegiado para o assistente social, uma vez que a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos

pelo projeto ético-político, resultarão em uma contribuição no fortalecimento do indivíduo enquanto sujeito histórico do seu processo.

O documento ressalta a importância que o profissional de Serviço Social precisa ter sobre suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas.

Encontram-se nestas ações as visitas domiciliares, importante instrumento a ser utilizado segundo CFESS (2010), porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, essa prática faz com que o profissional ao conhecer a realidade do usuário tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados pelo mesmo. Nesse sentido, a publicação condena a ação de utilizar tal instrumento como meio de verificação de dados fornecidos pelo usuário. Deve-se, segundo a mesma, “superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas” (CFESS, 2010, pág. 44).

Tendo estes conceitos de prática direcionados, o documento que me utilizo para fundamentá-las designa quais são as principais ações a serem desenvolvidas pelo Assistente Social, dentre elas:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; enfatizar os

determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;

- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;

Estas são algumas das ações atribuídas ao Assistente Social no campo da saúde. São a partir delas que o Assistente Social efetiva o projeto ético-político defendido pela profissão. Para que a prática seja efetivada, a profissão possui a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662, de 7 de Junho de 1993, a qual transforma em decreto o exercício da profissão de Assistente Social e dispõe sobre a mesma e que aliado a esta Lei, a profissão conta também com seu próprio Código de Ética Profissional, o qual fora aprovado em 13 de Março de 1993 e norteia a prática. Estes decretos são marcos na luta e organização desta classe trabalhadora e que referenciam e balizam a prática.

Traçados estes pontos, devemos olhar agora para o Serviço Social enquanto profissão inserida e participante de uma equipe multidisciplinar,

conceituando-o e apresentando este objeto a fim de que se possa conhecer como se dá a relação de trocas de conhecimentos e práticas entre os membros da equipe e como os saberes e as disciplinas que cada um representa se articulam no cotidiano.

Para isso, a cartilha do CFESS expõe que o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. O diferencial do Serviço Social, segundo CFESS (2010) se dá no momento em que ao participar do trabalho em equipe na saúde, o assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos outros profissionais.

Conceituar a prática da interdisciplinaridade tem sido um desafio e, mais que isto, um aprendizado a todos aqueles que se debruçam sobre a questão. Para tanto, nesta pesquisa, considero parâmetros para a prática interdisciplinar baseando-me nos estudos reunidos no livro “O Que É Interdisciplinaridade?”²¹, mas ressalto que ao fazê-lo, tenho o intuito de caracterizá-la de maneira genérica sem aprofundar ou definir o termo, pois segundo Miranda (2008) a característica polissêmica do termo tem muito a contribuir para bases sólidas de reflexão crítica, justamente por não aquietarem nossas concepções. Para ela, o movimento de acomodação do termo resultaria em sua morte de sentido e, partindo e concordando com este ponto, apresento parte da extensa discussão proveniente deste debate no intuito de analisar a interdisciplinaridade no contexto desta pesquisa.

A discussão deste termo se faz necessária à ótica do Serviço Social pela equivalência existente entre a proposta de ambas. Miranda (2008) coloca que a

²¹ “O Que É Interdisciplinaridade?” – Livro organizado por Ivani Catarina Arantes Fazenda, doutora em Antropologia pela Universidade de São Paulo (USP); Livre docente em Didática pela Universidade Estadual Paulista (UNESP); Atualmente é professora titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e professora associada do Centre de Recherche et intervention educative (CRIE) da Universidade de Sherbrooke – Canadá. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Ensino-Aprendizagem, atuando principalmente nos temas referentes à interdisciplinaridade, educação, pesquisa currículo e formação. O livro contém textos de doutores, pós-doutores e mestres que participam do CRIE e apresentaram sua produção em diversos congressos de educação.

característica que marca os estudos das práticas interdisciplinares sustenta a afirmação de que a interdisciplinaridade se faz possível por sua capacidade de adaptar-se ao contexto vivido, reafirmando o respeito às questões do que se apresentam como realidade contextual, seja no aspecto político, econômico e/ou cultural. Sendo assim, apresenta sustentação na base da leitura da realidade tal como ela é assumindo sua nuance e singularidade, bem como a diversidade presente, agindo como transgressora, abrindo brechas às formas estabelecidas e enraizadas e convivendo com a diferença, impotência, hegemonia e poder. Quando colocada nestes termos, a prática da interdisciplinaridade tem muito a contribuir na prática do projeto ético-político defendido pelo Serviço Social.

Ao caminharmos para o cerne da discussão sobre interdisciplinaridade, somos apresentados à importância da sua prática. Isto se dá uma vez que no mundo moderno envolto em competitividade, os profissionais técnicos se veem cada vez mais impelidos ao ‘conhecimento’, incitados a acumular coisas, defendendo territórios particulares e se isolando em um micro saber. Esta dinâmica global na qual ‘o conhecimento é poder’ isola cada vez mais os donos do conhecimento. Em uma entrevista a revista *EntreTeses* nº2 – Junho 2014, a professora doutora em Filosofia, Olgária Chain Féres Matos²², nos dá uma apresentação da prática interdisciplinar ao argumentar que os saberes não são compartimentados, não existindo alas ou áreas específicas que não transitem entre outras; há uma semelhança de objetivos ou de modos de trabalho entre diversas disciplinas. Dessa forma, os saberes, na atualidade, demandam a colaboração simultânea de vários campos do conhecimento para se desenvolverem, sem que ocorra a negação da evolução do saber, até aquele momento, ignorando a sua história no processo.

Por outro lado, isso faz com que a competência profissional não seja mais medida pelo usuário e sim pelo outro profissional da mesma área. Ela ressalta que isto se faz necessário devido à complexidade dos ‘saberes’ atuais e de sua conversão em especialidades. Porém, há uma confusão de conceitos

²² Olgária Chain Féres Matos é titular da Universidade de São Paulo (USP) e professora visitante do curso de Filosofia da Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (EFLCH) da Universidade Federal de São Paulo – (Unifesp – Campus Guarulhos). Olgária é doutora em Filosofia pela USP e mestre a mesma área pela Universidade Paris 1.

quando se acredita que, por conta desta singularidade, a complexidade de um saber ou outro acaba por dar maior importância a uma ou outra área do conhecimento. Em sua entrevista a revista *EntreTeses* nº2 – Junho 2014, Olgária cita a questão da especialidade ou da perda dela, que pode ser muito comprometedor quando se confunde democracia nas instituições com democracia política, na qual cada indivíduo corresponde a um voto.

Sendo assim, faz-se necessária a responsabilização técnica. É neste contexto que a interdisciplinaridade deve atuar e se fazer presente. Ela deve vir quando cada especialista, compreendendo a complexidade do seu conhecimento, estabelece relações entre os diferentes campos do saber. Uma atitude democrática na qual o técnico, que aqui seria a fonte deste complexo saber, deságua seu conhecimento, como uma foz para compor algo maior sem perder sua importância. É disto que trata a interdisciplinaridade segundo Zabala (2002, p. 33): uma interação entre duas ou mais disciplinas que pode implicar na transferência de leis de uma disciplina para a outra, originando em alguns casos, uma nova disciplina. Portanto, a interdisciplinaridade pode ser considerada uma nova atitude diante da questão do conhecimento, uma abertura à compreensão de aspectos ocultos, exigindo na prática, uma profunda imersão no trabalho cotidiano, incluindo nele o autoconhecimento profissional, englobando suas experiências, técnicas e teorias.

Este debate sobre o ato de se reconhecer incapaz se inicia, segundo Fazenda (2008) na universidade, com a necessidade de inclusão do ser humano na organização dos estudos, o que acaba por ampliar progressivamente a novos desafios. Dentre estes desafios encontramos as diferentes esferas da sociedade que se veem no papel de rever as exigências dos diversos tipos de sociedades capitalistas, nas quais o cotidiano das atividades profissionais se desloca para situações complexas, para as quais as disciplinas convencionais não se encontram adequadamente preparadas.

Apesar de consideradas estas definições, o conceito permanece amplo, sendo insuficiente para fundamentar as práticas interdisciplinares, segundo Fazenda (2008). Desta maneira, se recorre então a Fourez (2001), que argumenta sobre a existência de duas ordenações distintas, porém complementares, para a formação interdisciplinar; uma ordenação científica e

uma ordenação social.

A ordenação científica denota sobre a organização e hierarquização dos saberes na estruturação do conhecimento. Essa cientificidade oriunda das disciplinas, segundo Fazenda (2008), torna-se interdisciplinaridade no momento em que obriga o profissional a rever suas práticas, redescobrir seus talentos e tem seu movimento incorporado ao movimento da disciplina; uma interação orgânica.

Já a segunda ordenação, no caso a ordenação social, busca, segundo Fazenda (2008):

O desdobramento dos saberes científicos interdisciplinares às exigências sociais, políticas e econômicas. Tal concepção coloca em questão toda a separação entre a construção das ciências e a solicitação das sociedades. [...] tenta captar toda complexidade do que constitui o real e a necessidade de levar em conta as interações que dele são constitutivas. Estuda métodos de análise do mundo, em função das finalidades sociais, enfatiza os impasses vividos pelas disciplinas científicas em suas impossibilidades de sozinhas enfrentarem problemáticas complexas.

O mais comum de se ter contato hoje nas equipes técnicas é a multidisciplinaridade. Alguns autores definem este conceito como:

Multidisciplinaridade: é a organização de conteúdos mais tradicional. Os conteúdos escolares apresentam-se por matérias independentes uma das outras. As cadeiras ou disciplinas são propostas simultaneamente sem que se manifestem explicitamente as relações que possam existir entre elas. (Zabala, 2002, p. 33)

Multidisciplinaridade é a prática de reunir os resultados de diversas disciplinas científicas em torno de um tema comum, sem visar um projeto específico. Muitos currículos ou programas de ensino se limitam a ser multidisciplinares, quer dizer, a reunir um conjunto do ensino de diversas disciplinas sem articulação entre elas. (Fourez, 2001)

A multidisciplinaridade constitui uma associação de disciplinas, por conta de um projeto ou de um objeto que lhes sejam comuns. (Morin, 2001, p 115)

A partir destas conceituações, fica clara a diferença entre a inter e a multidisciplinaridade. Uma visa à interação total dos conhecimentos, envolvendo nos processos diferentes saberes como o de experiência, os técnicos e os teóricos, interagindo sem linearidade ou hierarquização que subjulgue os profissionais participantes, transformando isto em algo orgânico. Já na multidisciplinaridade, há uma mecanização do processo, na qual os técnicos se reúnem no intuito de congregarem seus saberes em torno de solucionar uma situação-problema, com um olhar mais incisivo e restringido, cerceando a possibilidade de interação entre si dos saberes. Resolvida à situação-problema, cada disciplina retorna a sua área e o lampejo momentâneo interativo cessa.

Sendo assim, a multidisciplinaridade ocorre a partir de disciplinas reunidas em torno de um objetivo e, alcançadas estas metas, a interação cessa, sem que ocorram trocas democráticas entre elas. A interdisciplinaridade ocorre em torno de si e em si, possibilitando se transmutar em algo novo no fim do processo. Enquanto a multidisciplinaridade resolve as dificuldades encontradas em um problema, a interdisciplinaridade resolve as situações e soluciona no processo suas próprias deficiências.

Conceituamos assim as interações possíveis entre as disciplinas em uma equipe multidisciplinar e sua transposição ao ocorrer ações interdisciplinares. Pretendo agora apresentar as práticas as quais tive contato durante o estágio em observação do Serviço Social na SENIC e elenca-las, de maneira que, ao fazer isto, convidarei à reflexão das mesmas, a fim de elucidar a contribuição do profissional de Serviço Social em uma equipe multidisciplinar que compõe a SENIC.

São competências do Assistente Social da Seção Núcleo Integrado da Criança – SENIC:

- Acolhimento e adesão ao tratamento;
- Assistência às famílias dentro das suas necessidades;
- Aconselhamento e orientação em conflitos familiares;
- Acompanhamento de casais sorodiscordantes e nas faltas de condições básicas como alimentação, trabalho e moradia;

- Atuar em casos de abandono e negligência com a criança, amparando-se no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA²³;
- Acompanhamento de órfãos em famílias extensivas;
- Busca de apoio familiar;
- Orientar quanto ao Planejamento Familiar aos casais e as usuárias;
- Fortalecer a autoestima do usuário, buscando apoio e serviços que ampliem a inserção social da família;
- Encaminhar para recursos da rede que auxiliem na melhoria de qualidade de vida dos usuários;
- Atuar junto à Vara da Infância e Adolescência com as famílias que se candidatam a adoção²⁴.
- Realizar Visitas Domiciliares;
- Participar nas reuniões de equipe para discussão de casos e articulação de novas propostas de atuação;
- Participar em reuniões da rede para discussão de casos;

Estas foram as ações com as quais tive contato, observei e participei. Foi a partir da experiência deste cotidiano que surgiu em mim o interesse de pesquisar a contribuição desta profissão na construção da identidade da SENIC como uma unidade de tratamento especializado para o HIV. Para isso, entrevistei três assistentes sociais que fizeram parte da equipe da unidade em

²³ O Estatuto da Criança e do Adolescente foi estabelecido e aprovado pela Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990 e dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Seu artigo 3º afirma que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. O artigo 4º impõe como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. E o artigo 5º defende que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Estes três artigos são os que respaldam a atenção integral no campo da saúde para a criança e o adolescente soropositivo para o HIV.

²⁴ O Serviço Social atua neste item orientando e preparando as famílias para as questões ligadas as crianças expostas ao vírus HIV ou portadoras do mesmo. Esta ação visa esclarecer possíveis dúvidas sobre DST/AIDS, buscando com isso a eliminação do preconceito em relação à doença, facilitando o momento de escolha das crianças habilitadas para adoção.

momentos distintos a fim de que se possa, a partir da visão do Serviço Social e dos diferentes contextos desses profissionais, reconstruir o processo histórico da trajetória desta profissão inserida no contexto da SENIC. Pretendo agora apresentar trechos das entrevistas e analisá-los a partir dos termos que conceituamos, buscando compreender os discursos e os contextos históricos da epidemia, trabalho interdisciplinar, papel da unidade no enfrentamento da doença, contribuições e desafios do Serviço Social nesta luta cotidiana que é o enfrentamento das faces da questão social advinda do HIV.

3.2 O Serviço Social em foco na SENIC

Neste capítulo da pesquisa pretendo abordar o objeto dela, o Serviço Social e sua visão, contribuição e relevância no contexto do atendimento especializado que é realizado na SENIC.

Para tanto, realizei entrevistas com três assistentes sociais que atuaram em diferentes momentos históricos na unidade: uma no início do atendimento na unidade, em uma época em que o Serviço Social contribuiu com sua visão na criação do serviço; a segunda em período mais recente, quando houve a vinculação do profissional a unidade; e uma terceira, a qual sua vinculação à SENIC é em período mais recente. Os indivíduos não foram identificados, a fim de que apenas seus discursos entrem em pauta, de modo a preservá-los.

Optei por esta abordagem metodológica, pois a entrevista dos atores na pesquisa nos aproxima dos contextos e cotidianos por eles transformados sociopoliticamente e historicamente. Esse método de abordagem visa conhecer a realidade do momento pesquisado por meio do recorte proporcionado pelo sujeito que a viveu. O risco que se corre de tomar esta abordagem é estabelecer tal momento como atual, datando a prática, situação a qual se deve evitar.

A pesquisa propõe a caracterização do profissional de Serviço Social em determinado contexto histórico e social, sem avaliar condutas ou práticas trabalhadas na instituição. Pesquisar, assim como Martinelli (1999) propõe, com qualidade, refletindo sobre a prática e procurando os núcleos fundantes, mas com olhos no presente, a fim de construir uma prática social condizente a realidade e as demandas.

Tal abordagem pode vir a possuir poucos atores. Porém, uma vez designado o objeto pesquisado e os referenciais necessários para a aproximação, bem como a metodologia desta abordagem, sendo a desta pesquisa o uso de entrevistas, a riqueza dos dados coletados poderá ilustrar e provocar a intenção de ruptura proposta por Martinelli, uma vez que refletiremos sobre a construção e a prática social do Serviço Social em uma instituição para tratamento infanto-juvenil para o HIV.

Iniciaremos esta construção partindo de um momento anterior ao início da SENIC. Esta pesquisa irá apresentar a idealização pela qual passou a unidade e para isso devemos conhecer o contexto da epidemia na época da idealização e a motivação dessa ação. Para tanto, utilizarei o relato colhido da assistente social que estava no cerne da formação da SENIC na época. Seu nome, bem como os nomes das outras profissionais será alterado, para que suas identidades sejam preservadas.

A primeira assistente social a participar deste processo, segundo ordem cronológica, será identificada como Andréia. Em sua entrevista ela nos relata o contexto em que a idealização da SENIC teve o seu início:

A realidade do HIV era... Criança chegava com AIDS aguda. A expectativa de vida era de cinco anos. O investimento das famílias nas crianças era o mínimo. Investimento no sentido de pensar no futuro. Era uma atenção extremamente diferenciada... Então numa família muito carente, a única que comia iogurte era a criança HIV. Os irmãos não podiam comer. Então tinha uma discriminação positiva. Uma superproteção e isso é uma forma de discriminação também. E limita. Porque a comunidade científica, os técnicos e os familiares pensavam que em 5 anos as crianças soropositivas morreriam, então vamos dar tudo a elas, porque...Elas vão morrer. Depois veio a imunoglobulina, que era uma medicação injetável. A criança tomava uma vez por mês e melhorava o sistema imunológico e ela poderia viver um pouco mais. E depois, os antirretrovirais, e aí, a terapia combinada... E tudo isso foi mudando essa perspectiva. Hoje nós temos crianças que fizeram faculdade, que já são formadas, que trabalham... Mas que isso era impensável em 1994... Até... 1998.

A realidade do HIV na cidade de Santos era extremamente nociva aos pacientes soropositivos, especialmente às crianças, já que o único meio de identificar a infecção pelo vírus na época era quando as doenças oportunistas já estavam agindo, devido ao total enfraquecimento do sistema imunológico do paciente. Essa realidade chocava aqueles que tinham contato com ela, uma vez que tratavam crianças em estado terminal de saúde, enfrentando a falta de recursos e de tratamento com eficiência comprovada para a epidemia.

Como o vírus era global, ganhando inclusive status de pandemia, a troca de conhecimentos e saberes a respeito do tema fez com que palestras e seminários ocorressem por todo o globo, no intuito de socializar os avanços ao

tratamento do HIV.

Em uma destas trocas interculturais de práticas e técnicas para a profilaxia do HIV, foi ofertado a um grupo de técnicos da Prefeitura Municipal de Santos a oportunidade de realizar estágio de observação em uma unidade de atendimento especializada no tratamento da AIDS pediátrica, nos Estados Unidos da América, mais precisamente no Children's Hospital da Universidade de Nova Jérsei.

Esse convite à equipe técnica se deu após um primeiro contato com a universidade americana, que convidou uma pediatra da SECRAIDS para realização de estágio. Após o término do mesmo, não houve grandes alterações na dinâmica da unidade de atendimento brasileira, porém contribuiu em aproximar ainda mais as instituições, o que culminou em uma segunda oportunidade. Sobre este momento, Andréia recorda:

Em 1994, eu fui convidada pra fazer um estágio de AIDS pediátrica em New Jersey... Fiz o estágio no Children's Hospital da Universidade de New Jersey, de uma organização lá que chamava Fundação François-Xavier Bagnoud²⁵, que é uma fundação que trabalha com... Questão da orfandade de AIDS no mundo todo, por conta disso a gente foi pra ver como era um serviço de AIDS pediátrica, como é que ele deveria ser montado e tudo isso. A gente já tinha tido uma experiência anterior de uma pediatra ter ido pra lá sozinha... Assim nós propusemos que fosse uma equipe. Que fosse uma enfermeira, um psicólogo, uma assistente social e uma pediatra.

E aí nós ficamos um mês fazendo todos os tipos de trabalho, atendendo junto com as enfermeiras practitioners²⁶, que atendem junto com o médico, vendo a recepção do serviço, vendo o laboratório, fazendo visita domiciliar, atendendo as famílias com todos

²⁵ A Fundação François-Xavier Bagnoud, conhecida mundialmente como FXB Foundation foi fundada pela mãe de François-Xavier, que foi um piloto de helicóptero especializado em resgates em áreas de difícil acesso. François-Xavier veio a falecer em um destes resgates, o que levou sua mãe a criar a fundação há 25 anos, no intuito de continuar a salvar pessoas, como seu filho fazia. O foco da organização não-governamental é o trabalho ao redor do mundo para resgatar pessoas da extrema pobreza, visando cinco eixos de atuação: a falta de saúde, habitação, educação, nutrição e pobreza. Dados retirados do endereço eletrônico da Fundação FXB em <http://www.fxb.org>, acessado em 16/11/2014, as 08:46:20.

²⁶ Enfermeiro Practitioner é uma classe na profissão da Enfermagem que designa o enfermeiro especializado em determinada área e com prática 'avançada'. O termo surgiu nos Estados Unidos da América e é utilizado para diferenciar o profissional de enfermagem generalista daquele que possui uma especialização, caracterizando tal indivíduo como mais capacitado a atuar em tal área. Hoje essa categoria profissional já atua em mais de 50 países pelo mundo. Dados retirados do endereço eletrônico do Conselho Internacional de Enfermeiros – CIN (International Council of Nurses – ICN), acessado em 16/11/2014, as 08:55:14.

os membros da equipe e participando de cursos de formação também.

A gente também foi visitar uma casa de apoio às crianças terminais em Nova Iorque, que chamava Incarnation House²⁷, que era um pediatra que coordenava e a gente passou um dia inteiro lá...

A experiência motivou extremamente a equipe que realizou o estágio e fez aflorar o desejo de aplicar os conceitos aprendidos no cotidiano de seus atendimentos no Brasil. Apesar disso, a estrutura da unidade não permitia tal abordagem, uma vez que o atendimento a criança era realizado no mesmo ambulatório de saúde especializada dos pacientes adultos.

Era consensual entre a equipe que esse atendimento deveria ocorrer em ambientes diferentes, para que o espaço da criança fosse preservado, bem como seu tempo de maturidade, sem que houvesse necessidade de lidar com tal temática em idade precoce, tratando o risco de morte de maneira lúdica, a fim de reduzir possíveis impactos psicológicos futuros.

Foi com esse desejo de mudar que a equipe buscou a Prefeitura Municipal de Santos, apresentando à ela o projeto que constituía na criação de um espaço de atendimento especializado à criança soropositiva, com intuito de preservá-la e diferenciar seu atendimento na abordagem biológica, psicológica e social. Infelizmente a Prefeitura não podia arcar com os gastos da criação desta unidade na época, o que desmotivou o grupo.

(...) a gente veio muito motivado, muito cheio de gás. E aí nós viemos com a proposta de escrever o projeto. Nós fomos conversar em primeiro lugar com a prefeitura, que era o nosso patrão, né... Os quatro (profissionais) eram do programa de AIDS, e naquele momento não dava pra Prefeitura montar um serviço e aí nesse meio tempo né... (Andréia)

²⁷ A Incarnation House é na verdade Incarnation Children's Center – ICC. Foi criada em 1988 no intuito de criar um 'lar' as crianças soropositivas que eram abandonadas, órfãs ou retiradas de seus pais por causa do abuso de drogas, negligência ou abuso infantil e é atuante até hoje na luta em favor das crianças soropositivas da cidade de Nova Iorque. Dados retirados do endereço eletrônico da instituição <http://www.incarnationchildrenscenter.org/about-us/history/>, acessado em 16/11/2014, as 09:02:23.

Foi então que surgiu um novo ator na história da criação da SENIC. Em Santos, há a Associação Casa da Criança de Santos, uma organização não governamental fundada há 121 anos e que tem como proposta o atendimento e cuidado às crianças órfãs, sendo referência na área por conta do seu histórico e sua atuação nesta temática.

Por conta da epidemia do HIV na época, a Casa da Criança se aproximou dos profissionais do SECRAIDS, no intuito de desenvolver ações conjuntas, uma vez que a epidemia iniciou um fenômeno mundial chamado 'órfãos da Aids'. Esta denominação referia-se às crianças que perderam a família por conta do vírus e nesta aproximação foi colocada em discussão a criação de um espaço para o tratamento do HIV voltado apenas para as crianças.

A Casa da Criança possuía uma área territorial extensa e cedia espaço neste terreno para parceiros desenvolverem projetos, dentre eles, a Prefeitura Municipal de Santos²⁸. Com a concessão deste espaço físico e a adesão à causa da Casa da Criança, foi possível começar a planejar a estrutura física da SENIC. Andréia nos conta como foi a interação destes atores e relembra sobre o período:

Uma pessoa que dirigia a Casa da Criança de Santos, uma ONG que cuida de crianças a vida toda, tendo hoje mais de 100 anos de idade na cidade... Eles tinham construído um espaço... Eles tinham um terreno enorme, que é um quarteirão inteiro e eles tinham construído um espaço que eles queriam fazer um hospital pra crianças com AIDS.

(...) E aí eles vieram conversar com a gente, né... Antes de construir né... Eles tinham a ideia de construir alguma coisa pra crianças com AIDS, e aí eles queriam construir um hospital e a gente, não, mas as crianças não precisam de um hospital, elas precisam de um ambulatório, porque elas são atendidas num ambulatório de adulto (SECRAIDS) e isso não é uma coisa legal pras crianças... O espaço delas não fica preservado... E a gente queria um projeto assim... E começamos a sonhar junto...

²⁸ Sobre esta concessão, o endereço eletrônico oficial da Associação Casa da Criança de Santos, em sua página dedicada ao histórico da organização cita tal ato ao informar que vem participando intensamente durante toda sua história no auxílio à Comunidade Santista e que em sua cessão para a Prefeitura Municipal de Santos de local em sua sede foram instaladas duas unidades, sendo uma delas o NIC – Núcleo de Amparo a Infância, cujo objetivo, segundo a Associação, era a prevenção e tratamento para as crianças portadoras do vírus HIV e inaugurada em 1995, que se tornaria SENIC. Disponível em <http://www.casadacriancasantos.org.br/historico.html>, acessado em 16/11/2014, as 09:10:53.

E ele (diretor da Casa da Criança) era um engenheiro por coincidência... E aí num papelzinho ali começou... Como é que você via então o traçado da sala e não sei o que e tá... Tá... Tá... E daquela conversa, ali, daquele papel, ahn... Manuscrito... Virou uma planta... E virou um projeto... E virou uma construção...

Já com a estrutura física construída e o espaço disponível, agora era necessário pensar na composição da equipe de atendimento da unidade e buscar parceiros para tal proposta. Foi com essa intenção que o grupo inicial começou a pensar na rede e em como ela poderia contribuir para conceder profissionais dispostos a atuar nesta área.

A Prefeitura Municipal de Santos era considerada inviável por conta do partido político eleito na época, segundo Andréia. A direção da Casa da Criança contribuiu para esse pensamento, no qual não havia confiança em tal união. Então, a parceria foi descartada, com o receio de que a unidade fosse municipalizada e a proposta da unidade sofresse alterações. Houve também a ponderação sobre uma possível parceria com a esfera estadual, porém o partido político eleito neste âmbito não agradava a direção da Casa da Criança, sendo mais uma vez descartada essa possibilidade.

Decidiu-se então buscar parceiros institucionais. Foi assim que se deu a entrada do Hospital Guilherme Álvaro – HGA. O contato se deu com o diretor da unidade que aderiu a ideia e introduziu neste conjunto a Fundação Lusíada²⁹, instituição parceira do HGA e que criou a Faculdade de Medicina, a qual é mantenedora até hoje, mas que não acabou contribuindo no processo, apesar da intenção de que ela fizesse parte. Com esse contato estabelecido, a SENIC, que na época era apenas NIC, foi criada. Podemos nos aproximar desta realidade pelo relato de Andréia sobre o período, citado abaixo:

²⁹ A Fundação Lusíada foi criada por Eduardo Dias Coelho e seu ideal surgiu do desejo de criar um curso de Medicina na cidade de Santos. Eduardo utilizou de seus contatos pessoais e de influência para compor uma equipe de instituidores, que com seus recursos, criaram a Fundação Lusíada em 1966 e depois, em 1967, a Faculdade de Ciências Médicas de Santos, a qual era mantida pela Fundação. Por conta desta relação, a Lusíada é parceira de longa data com o Hospital Guilherme Álvaro e outras instituições médicas da Baixada Santista, contribuindo e financiando seus projetos e ações na área da saúde. Dados disponíveis no endereço eletrônico oficial da Fundação <http://www.lusiada.br/unilus/historia>, acessado em 16/11/2014, às 09:22:36.

E aí tava tudo construído... E aí? Né?... Como é que a gente vai fazer? A Prefeitura vai montar? Mas tinha toda uma neura.

(...) A diretoria dessa organização (Casa da Criança) de achar que se a gente deixa a prefeitura entrar aqui dentro (SENIC), eles vão tomar... O espaço é da gente, a gente não quer perder o espaço... Essas questões políticas... E aí nós fomos quem era o parceiro possível. E aí o Estado não era... Né?

(...) E aí nós fomos conversar com o Guilherme Álvaro. Fomos lá e falamos, olha... É um projeto assim, assim, assado. Fomos vender o peixe!

(...) No Hospital Guilherme Álvaro... Com o diretor que era um ortopedista. Explicamos toda a situação e tal e ele comprou a ideia... Não, esse projeto é super legal e a gente pode tá junto. Chamou a Fundação Lusíada, que é da Faculdade de Medicina, e aí a gente começou nessa jornada de construir a parceria. A SENIC ela foi criada... Era NIC, né... Núcleo Integrado da Criança... E aí era uma composição de... Atores... A vontade dos técnicos, que tinha ido lá... Esses quatro técnicos... E nós conseguimos uma parceria muito interessante.

A parceria citada por Andréia se deu entre o grupo que desejava criar o NIC e uma Organização Não-Governamental chamada Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação – ASPPE, a qual foi convidada a gerenciar a interação destes atores, criando o modelo de gestão inicial da SENIC. Dessa maneira, esta ONG iria coordenar as ações do NIC, enquanto a Casa da Criança concederia o espaço físico e o HGA contribuiria com a equipe técnica da unidade. O grupo inicial era composto por uma Pediatra, uma equipe de Enfermagem, uma Nutricionista, uma equipe de Limpeza. A Cozinheira e a Assistente Social foram contratadas pela ASPPE, pois o HGA não pode conceder estes profissionais. E por último, a Prefeitura contribuiria com os insumos e materiais de enfermagem e prevenção, formando assim toda a estrutura física e operacional do NIC.

Estabelecida essa estrutura, a equipe técnica iniciou treinamentos e supervisões internas na unidade. Antes da sua abertura ao público, eles compareceram durante uma semana em seminários internos, treinamentos formais e dinâmicas de grupo sobre ética, sigilo, trabalho em equipe e HIV/AIDS.

Nós, os técnicos, conseguimos uma associação pra gerir, que é a ASPPE... Associação Santista de Pesquisa e Prevenção. O Hospital Guilherme Álvaro que entrou com todos os funcionários e que fazia quase que a gestão junto... Em parceria com a ASPPE... E a Prefeitura, que entrou com os insumos de prevenção... A Prefeitura que entrou com os insumos de prevenção... (Andréia)

Então a gente tinha toda a equipe do Guilherme Álvaro, né? A pediatra, os enfermeiros, a nutricionista e os técnicos de enfermagem. A gente tinha a equipe de limpeza, que era também do Hospital Guilherme Álvaro, num primeiro momento, depois ficou da prefeitura. A gente tinha toooda parte de medicamento, enfermagem, algodão... Etc... Da Prefeitura... E a gente tinha o pessoal de cozinha, que era uma cozinheira contratada e a Assistente Social, contratados pela ASPPE... E aí a gente fazia uma gestão colegiada disso. (Andréia)

Quando a gente tinha a equipe toda definida, antes da inauguração, a gente já tinha a equipe definida. Então nós fizemos 40 horas da equipe assim... Numa imersão total... Sobre brinquedoteca, porque a gente trabalhava com brinquedo, pra diminuir o estresse... Sobre AIDS, sobre AIDS pediátrica, sobre preconceito... Sobre ética, sobre sigilo, sobre trabalho equipe... Tudo isso porque eles estavam todos lá pra trabalhar, mas não estava aberta ao público. Então durante duas semanas nós tivemos treinamentos formais, com dinâmica de grupo... E essa primeira equipe que entrou... Né... Que a gente tem até hoje a técnica de enfermagem, que entrou nesse processo... E... A pediatra... É... Desse processo. Desse primeiro processo e que ainda está aí à gente tem a pediatra e uma auxiliar de enfermagem. (Andréia)

E aí saiu... Veio a SENIC enquanto uma unidade de saúde pública municipal.

Totalmente municipal?

Até um primeiro momento, ela não era nada assim. Não era nada não... Ela fazia um monte de coisa, mas não era vinculada nem 100% no estado, nem 100% na Prefeitura... (Andréia)

Assim, em 1994, o Núcleo Integrado de Atendimento a Criança iniciou suas atividades. Dentro da equipe multidisciplinar, estava o assistente social. Para Andréia, o papel deste profissional na equipe se constitui em ser um ator dentre os vários que compõem a equipe responsável pela atenção integral à criança e sua família, no intuito de fortalecer estes sujeitos. Sua atuação é respaldada e orientada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe sobre a responsabilidade de toda a sociedade ao promover e proteger o desenvolvimento de crianças e adolescentes, independente das suas condições ou status social.

(...) acho que dentro da perspectiva do cuidado integral da criança exposta e da sua família, né... Da gestante... E do adolescente... Compondo a equipe multiprofissional. Não é um espaço exclusivo do Serviço Social. O monitoramento desses casos... O cumprimento do ECA... O sistema de direitos... Diminuir a vulnerabilidade dessas famílias... É um dos atores que vem trabalhar com isso dentro da equipe... Eu acho que não é exclusivo do Serviço Social. É lógico que o Serviço Social, ele acaba enfrentando muito mais a Questão Social, mas ele também tem que fazer o meio de campo com a equipe, no sentido de mostrar que isso é uma responsabilidade compartilhada. (Andréia)

Notam-se conceitos de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade ao analisarmos que o Serviço Social é um ator dentro da equipe, que contribui na resolução da situação-problema. Apesar de a equipe ser multidisciplinar, o discurso revela a proximidade da profissão do assistente social com o enfrentamento da Questão Social, a qual, quando trabalhada na singularidade que ela promove, apresenta interface de interdisciplinaridade. Este trabalho é realizado de forma a desenvolver os saberes, envolver e tratar seus atores com igualdade, sem perder o foco na responsabilidade democrática do processo,

Sendo assim, a responsabilidade democrática e compartilhada em uma equipe multidisciplinar só se faz possível, segundo Andréia, pela responsabilidade que o ECA atribui à sociedade na resolução desta Questão Social. O Estatuto funciona como um meio de garantir e proteger os direitos das crianças e adolescentes, bem como a atenção integral. É a partir desta resolutiva que as disciplinas se organizam em prol do cumprimento das leis e artigos contidos no ECA, atuando no contexto abordado.

Não é só da equipe, ela é de toda a sociedade. Porque o trabalho do NIC é protegido pelo ECA e o ECA diz que a criança é responsabilidade de toda a sociedade... A criança e o adolescente, ela não é responsabilidade do Serviço Social, então toda equipe tem que pensar nisso. Diferente da contextualização do adulto, onde o Serviço Social, na interface da equipe interdisciplinar, ou transdisciplinar ou o nome que você quiser chamar né... Multi, trans, enfim... Tem quinhentos nomes na literatura, cada um com determinado conceito, mas que colocam que todos os atores tem que trabalhar no sentido de melhorar a qualidade de vida daquele usuário. No de adulto, fica assim... No que as pessoas não sabem lidar, fica com o Serviço Social... Na criança, não pode ter esse papo... Por quê? Porque a criança tem uma legislação específica, que diz que todo mundo tá no mesmo nível de responsabilidade... (Andréia)

Aliado a este contexto singular do HIV estão às questões que abrangem outras esferas do sujeito coletivo como sua territorialidade e seu contexto sócio-histórico, que acabam por potencializar os impactos causados pelo vírus, como a pauperização, drogadição, violência doméstica e prostituição. Quando estas questões se cruzam, o resultado é devastador para o indivíduo e mais ainda para a criança inserida neste contexto.

Esta equação acaba por ser o foco do Serviço Social, pois dentre as profissões que compõem a equipe, é o assistente social que tem como atribuição o trabalho cotidiano com expressões da Questão Social, um dos desafios da profissão neste contexto. Esses fatores acabam por influenciar na adesão e tratamento do HIV. Sendo assim, em alguns casos, focar na questão saúde-doença do sujeito, sem considerar as outras esferas, pode catalisar uma situação prejudicial ao mesmo.

Eu acho que é a questão do empobrecimento... Que aumenta consideravelmente a vulnerabilidade dessas crianças né... É um desafio... A angústia da defesa do direito dessa criança ser criada pela sua família biológica e a maternagem e a paternagem pra isso... É sempre um dilúvio... Um sofrimento pro Serviço Social... Pra equipe toda, mas a gente tá focando no Serviço Social... (Andréia)

Essa coisa do empobrecimento que a epidemia traz pra gente, essas linhas cruzadas da tuberculose, de drogadição, de violência e exploração sexual, violência doméstica... O tempo todo elas se cruzam com a questão da criança vivendo com HIV... (Andréia)

O modelo de gestão colegiada do NIC se deu desde a sua fundação até o ano de 1998, quando com a mudança no governo municipal, a Casa da Criança se aproximou dessa nova gestão e iniciou a conversa sobre municipalizar a unidade.

A ASPPE, que também gerenciava o NIC, concordou em transferir a coordenação da unidade para a Prefeitura de Santos e em 1998 a mudança foi realizada. Inicialmente como Núcleo Integrado da Criança, a unidade passou a se chamar Seção Núcleo Integrado da Criança. Com isso, a gestão da unidade agora era de responsabilidade da Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos. Ao Serviço Social, o impacto dessa alteração foi o fim do vínculo de

contrato entre a profissão e a ASPPE, que com a mudança da gestão levou a Prefeitura a contratar uma nova profissional para esta área, a qual relata a realidade que lhe foi apresentada.

Naquela época estava começando a medicação de controle de transmissão vertical. Até então, não se tinha... A medicação que a gestante tomava. Por isso a gente tinha um grande número de crianças infectadas e a maioria dos casos de infectados que tem lá em acompanhamento (SENIC), são de épocas desse período mesmo, porque o protocolo vem em 98... Né? Protocolo de Controle da Transmissão Materno Infantil, que é a medicação... AZT pra gestante tomar a partir do quarto mês... Então até 98, você tinha... Mulher engravidava e o risco né... De infectar o bebê era muito grande e aí nós tínhamos uma porta de entrada grande. Então com o protocolo, já começa a diminuir mais a transmissão materna, mas mesmo assim você tem... Fora crianças com o diagnóstico tardio. Crianças que nasceram e as mães amamentaram e depois com o crescimento, essa criança fica doente e tem o diagnóstico aos 6... 7 anos. Hoje a gente já consegue ter mais cedo, mas naquela época acontecia isso, pois a criança... Começa a evoluir e depois começa e ter pneumonia e tal... E aí você vai ver, ela vive com HIV desde que nasceu e ninguém desconfiou... Então você tinha um quadro de epidemia grave pra infecção de crianças e adolescentes para aquele período. (Sílvia)

Durante esse período de quatro anos em que a SENIC foi fundada e depois se tornou unidade municipal, a medicina avançou no combate a epidemia, tornando possíveis algumas ações que mudaram muito a vida da população soropositiva. Dentre elas, estava o desenvolvimento da terapia HAART, conhecida no Brasil como coquetel anti-HIV, por combinar diversos medicamentos que atuam em determinados processos do ciclo reprodutivo do HIV, inibindo sua replicação no organismo e permitindo que o corpo possa voltar a produzir anticorpos para o não desenvolvimento da AIDS, mesmo que sem a eliminação completa do vírus no indivíduo.

Essa terapia aumentou a sobrevivência do paciente soropositivo e fez com que o HIV entrasse no grupo de doenças crônicas, que não possuem cura até o momento. Porém, com os medicamentos corretos aplicados e adesão total do paciente, a terapia impede que a doença se desenvolva e leve-o a óbito. Por isso, hoje o paciente soropositivo é denominado Pessoa Vivendo Com HIV/AIDS - PVHA.

Com essa mudança na profilaxia e nas ações para o combate da epidemia, subepidemias começaram a ser detectadas, ou seja, manifestações específicas do HIV em grupos singulares e com diferentes contextos. O foco no

combate sempre foi a adesão à terapia e a prevenção da transmissão. Com o avanço no controle do desenvolvimento do vírus no paciente, se fez possível pensar outras ações na área da transmissão, dentre elas a profilaxia da Transmissão Vertical do HIV³⁰, a qual ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto em si ou a amamentação (Ministério da Saúde, 2010).

Esse novo protocolo de atuação alterou a abordagem do assistente social na unidade, que introduziu a gestante soropositiva como novo alvo de intervenção no seu trabalho, bem como a família desta paciente. A assistente social Silvia, apresentou o papel e os desafios do Serviço Social segundo sua passagem e experiência na SENIC.

É compreender que famílias são essas... Qual a problemática que envolve essas famílias e como é que esse projeto, essa missão desse serviço atende efetivamente a partir do contexto dessas famílias, porque eu acho que essa é a riqueza do Serviço Social. É conseguir trazer pra dentro do serviço, através do trabalho do Serviço Social, qual é a complexidade dessas famílias...

Começava a tomar medicação, a gente já fazia orientação... Olhava a rotina da família pra pensar como é que aquele esquema da medicação daquela criança e dos pais se entrelaçava... Por que agora você tem a medicação do adulto, mais a medicação da criança... É? Né?

(Visita Domiciliar) é um instrumento fundamental de vinculação... De sair desse processo da institucionalização do espaço do serviço de saúde pra uma aproximação do território... Sabe? Pra você sentir como é que a pessoa se organiza espacialmente falando até pra dar conta de dar a medicação...

Com a introdução de medidas profiláticas à gestante soropositiva, ocorreu uma grande redução no número de novos bebês infectados pelo vírus. Agora, a paciente adulta soropositiva acompanhada pela SECRAIDS, ao engravidar, é transferida para a SENIC, realizando seus atendimentos com a equipe multidisciplinar da unidade.

³⁰ A transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas intervenções de profilaxia, ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas. Entretanto, a administração da Zidovudina (AZT) na gestação e o uso de AZT no parto e no recém-nascido, reduz a taxa de transmissão vertical para 8,3%. A literatura mostra uma redução dessa taxa para níveis entre 1 a 2% com a aplicação de todas as intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS. Essas intervenções, atualmente, são: o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia antirretroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade. (Ministério da Saúde, 2010).

A equipe multidisciplinar da SENIC era composta na época por duas pediatras, uma dentista, uma fonoaudióloga, a equipe de enfermagem, uma psicóloga e uma assistente social. A interação entre eles ocorria de maneira pontual e as demandas que extrapolavam o recorte saúde-doença ocorriam apenas no campo do Serviço Social e da Psicologia, sem que isso ecoasse para as outras disciplinas.

(...) A gente tem que pensar. Eu só posso pensar se eu conhecer. O que vai me dar sentido ao trabalho também e principalmente é o sujeito. Então se eu não conheço os pacientes, não sei quais os conflitos, quais as questões que estão envolvidas, eu não consigo construir vínculo, já tem uma coisa que dificulta... (Silvia)

A necessidade de uma atenção que sai do ambiente institucional e adentra o território do sujeito coletivo, a fim de compreender este indivíduo em seu processo cotidiano para entender como ele se relaciona e se organiza, contribui para que a instituição consiga se aproximar da realidade daquele indivíduo, resultando em uma interação benéfica a ambos.

Assim, muitas falhas são exatamente porque não se tem... Não se consegue cuidar de uma forma mais eficiente, vamos dizer assim, ou desenvolver um trabalho se essa equipe não for uma equipe mais unida, né? Agora, eu particularmente acho que isso não existia na minha época. Você tinha uma centralização médica... Medicocêntrica e tal... Fora que algumas demandas que principalmente a Psicologia e o Serviço Social criam as pessoas não gostam muito, porque quer fazer o recorte pela doença só né? Nós temos que cuidar disso aqui... Como se a doença tivesse um limite...

(...) Lógico que a gente não vai dar conta do mundo, mas é na complexidade do ser que o contexto da doença aparece...

(...) Então eu não acho que existia... Tinha algumas ações pontuais e tentavam fazer algumas parcerias... Melhores com uns, piores com outros... Não havia um projeto de trabalho em discussão...

Essa descrição do trabalho de equipe na época de Silvia demonstra que a instituição mantinha-se apenas no recorte saúde-doença, mecanizando o processo sócio-histórico do indivíduo. Sua demanda, no que se infere pela fala de Silvia, era pontual e o que extrapolava o cuidado à criança, adolescente e

gestante, tal como foi citado acima por Andréia, acabava por recair ao Serviço Social, que tinha na Psicologia um apoio.

A hierarquização do saber e neste caso, da demanda, engessa a reflexão da prática profissional na instituição. Atribuir importância à determinada disciplina e ignorar as demandas advindas dos outros saberes resultam em um processo descontinuado.

Nota-se isso na fala de Silvia, ao exemplificar domicílios em que o usuário não se organiza, especialmente falando, em sua residência. Isso tem impacto em seu tratamento, uma vez que o coquetel anti-HIV requer uma série de precauções e deve ser administrado com disciplina. Desconsiderar este aspecto pode prejudicar a adesão e, no caso do HIV, que pode se adaptar aos medicamentos, fortalecer o vírus e dificultar seu tratamento.

A postura profissional do assistente social, também por conta do seu projeto ético-político, visa a leitura crítica da realidade e do cotidiano, atento a singularidade que esta ação produz. Essa postura profissional flerta com as práticas sociais e interdisciplinares, pois segundo Martinelli (1999), tais práticas são construções sociopolíticas e históricas, e o sujeito da prática é aquele que constrói cotidianamente e coletivamente este projeto profissional.

Desse modo, é vital ao Serviço Social interagir com todas as esferas e disciplinas existentes, conhecendo seu usuário e seu contexto e introduzir esse contexto singular no coletivo institucional para desconstruir o olhar de que o centro de referência da prática é aquele que a realiza e não o sujeito que a faz necessária.

No entanto, se houver isolamento da profissão, sem se articular com as disciplinas da equipe ou com o sujeito alvo dessa prática, o Serviço Social acaba por perder o seu diferencial e sua capacidade de ser a profissão com maior envolvimento com a vida cotidiana da população atendida pelas políticas sociais. Por isso a defesa do seu projeto ético-político, aliado à construção de um projeto profissional atrelado as demandas é imperativo à profissão.

A presença de Andréia na pesquisa justifica-se por ter sido a assistente social da SECRAIDS que contribuiu na construção e idealização da SENIC. Já a relevância de Silvia nesta pesquisa é que ela foi a assistente social que iniciou a criação do projeto ético-político na instituição. Antes dela, o

atendimento do Serviço Social constituía-se em ações pontuais. Foi com ela que a profissão iniciou a sua caracterização na SENIC.

Com isso, é agora discutido o conteúdo colhido ao entrevistar Inês, aquela que tem como justificativa nesta pesquisa o trabalho no contexto mais recente da epidemia.

Então... Quando eu entrei no programa... O programa tava num processo... É... De... Vou dizer pra você, parece que num processo de estagnação. Existiam já os projetos de prevenção... Os programas... Os projetos de populações vulneráveis então pareciam uma coisa assim mais tranquila, mais calma...

Essa imagem foi realmente se alterando muito, até o ponto em que estamos hoje, que é uma preocupação muito grande em relação a como tá essa situação toda da AIDS no Brasil... Como é que isso tudo evoluiu. A gente tem hoje, um excesso de contaminação entre os idosos, os adolescentes também e estamos voltando a ter a AIDS acometendo também a população LGBT, então a gente tá numa mudança, eu acredito, num retrocesso, porque a população, por mais que você esteja orientando, fazendo programas de acesso a adolescentes, idosos, essa informação não está chegando, tanto que estamos com o índice alterado nesse momento.

Então eu acho que o programa hoje, ele tá num processo nítido de mudança, não só nas questões de contaminação, mas também nos parâmetros de proposta do programa hoje no Brasil. Está iniciando uma mudança... Hoje o HIV não está mais sendo visto como uma doença que teria que ser tratada e observada separadamente. Ele está sendo tratada como uma doença infectocontagiosa, como hepatite e as demais DSTs... Então ele tá sendo tratado igualmente...

A maneira como a epidemia era abordada mudou muito com o passar dos anos. Antes o vírus estampava os principais jornais e revistas. Hoje, com os avanços na medicina preventiva e assistencial, desconstruiu-se a visão sobre a doença. A população em sua grande maioria hoje, assim como Inês nos seus primeiros anos no programa, conhece apenas uma parte da temática.

No geral, a população apresenta um conhecimento superficial sobre o que é o HIV, algumas estratégias de prevenção e a ausência de cura. Porém, devido ao relaxamento sobre a questão, o vírus não é mais tratado com a relevância de outrora, aglutinando-se a outras epidemias e doenças crônicas.

Dessa maneira, a SENIC tem a sua relevância questionada quanto ao seu papel como unidade de saúde especializada, uma vez que o HIV não precisaria mais de um atendimento singular e as demandas de seus usuários seriam atendidas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, da rede municipal.

Hoje está se iniciando uma ideia aí de transformar os atendimentos de HIV em atendimentos de unidade básica e não mais de unidades especializadas como foi até hoje no programa de AIDS. (Inês)

Neste momento, é questionada a importância de se ter um serviço especializado que trabalha com uma demanda específica e que ao longo dos anos e dos avanços medicinais, vê seu público se reduzir mais e mais, graças às medidas profiláticas nas gestantes.

Apesar da redução numérica, o contexto social da epidemia ainda é complexo. Para poder realizar seus atendimentos no período de atuação de Inês, a SENIC contava com uma equipe multidisciplinar mais ampla em suas disciplinas.

A equipe era super bem estruturada... Tínhamos uma estrutura individualizada dentro do programa, né? O programa em Santos ele se dividia em Centro de Testagem e Aconselhamento, que era o CTA. O CRAIDS, que é o Centro de Referência em AIDS, que trabalhava com adultos e a SENIC, que trabalhava então com as crianças, os adolescentes e as gestantes.

Então nós tínhamos três divisões bem distintas... E quando eu entrei, a SENIC era uma unidade bem estruturada... Com recepção própria... Arquivo próprio... Com uma equipe muito bem montada, desde administrativos, até equipe técnica, que seriam médicos, enfermeiros, odontologista, ginecologista...

Então a gente tinha uma equipe muito bem montada. Só que... Desde o momento que eu entrei, muita coisa mudou... Em três anos, houve uma mudança muito grande, que acompanha essa visão de unificar o atendimento ao paciente. (Inês)

Com a municipalização da unidade, a SENIC começou a ser administrada pela Prefeitura Municipal de Santos. Isso influenciou nas mudanças e alterações ocorridas na dinâmica de atendimento. Antes a SENIC funcionava em um prédio individualizado, localizado em um endereço diferente do complexo da COCERT. Isso contribuía para a atenção às crianças e adolescentes.

Então, a SENIC foi transferida para o complexo da COCERT. A mudança reduziu os recursos disponíveis na unidade, uma vez que ela agora compartilhava com as outras seções itens como o carro para visitas domiciliares e profissionais técnicos.

Nesta nova contextualização, o assistente social tem sua prática redefinida. A alteração no contexto e o discurso colhido da população, de que essa mudança afeta sua identificação, deve ser trabalhada e canalizada. A política só se faz possível quando os atores dela estão cientes e esclarecidos de seus contextos.

Então... A nossa proposta é o trabalho com essas famílias né... Que estão lá. Pais sejam eles adotantes ou pais das crianças mesmo... É com os adolescentes e as gestantes... É de transformar esse período de tratamento... Num período em que a pessoa possa se reestruturar, se esse for o caso... Então as demandas são várias... Desde acompanhar a condição de melhora de adesão ao tratamento, em que às vezes a pessoa chega sem essa condição... A transformação da vida daquela pessoa. A transformação no sentido de que ela esteja mais consciente dos seus direitos esteja mais consciente daquilo que ela tá vivendo, da importância da sua saúde, da importância de reivindicar os direitos dela enquanto usuária do serviço de saúde, não só do nosso, como da rede como um todo...

*Então... A nossa proposta é o trabalho com essas famílias né... Que estão lá. Pais sejam eles adotantes ou pais das crianças mesmo... É com os adolescentes e as gestantes... É de transformar esse período de tratamento... Num período em que a pessoa possa se reestruturar, se esse for o caso... Então as demandas são várias... Desde acompanhar a condição de melhora de adesão ao tratamento, em que às vezes a pessoa chega sem essa condição... A transformação da vida daquela pessoa. A transformação no sentido de que ela esteja mais consciente dos seus direitos esteja mais consciente daquilo que ela tá vivendo, da importância da sua saúde, da importância de reivindicar os direitos dela enquanto usuária do serviço de saúde, não só do nosso, como da rede como um todo...
(Inês)*

Segundo Martinelli (1999), os assistentes sociais têm um diferencial, pois ao discutir a prática social, se faz necessária à discussão da identidade dessa prática, o contexto onde se realiza suas articulações e suas finalidades. Para ela, as práticas sociais são eminentemente construções sociopolíticas e históricas e este seria o diferencial do Serviço Social, uma vez que a sua atividade se constrói na trama do cotidiano, precisando ser revista e refletida sempre que necessária.

Ela enfatiza a nova concepção do sujeito da prática social, por meio de um profissional que constrói cotidianamente e coletivamente este projeto de atuação. A autora demonstra preocupação ao citar que nem sempre percebemos exatamente quem é o sujeito com o qual trabalhamos, construindo um olhar enviesado, como se o centro de referência da prática fosse aquele

que a realiza e não o sujeito que a constrói conosco. Em casos extremos, chega-se a considerar que a instituição está a serviço do profissional e não da população usuária, como aponta Martinelli (1999), resultando em uma total inversão de valores.

Outro conceito importante citado pela autora é a construção da prática social a partir de uma intenção de ruptura, procurando superar a identidade atribuída e visando a possibilidade de ruptura. Para ela, quando se elenca a intenção de ruptura, devemos considerar a possibilidade da produção de práticas que estejam sintonizadas com as demandas postas pela realidade, construídas de acordo com as carências e necessidades que são postas socialmente.

Essa concepção elencada pela autora, coloca em questão como a política intervém no projeto profissional do Serviço Social. Nota-se no discurso de Inês o questionamento sobre a eficácia das alterações propostas pelos que tem como papel gerenciar uma unidade de saúde especializada.

Acho que o processo que hoje a SENIC tá passando... Essas novas propostas que a política pública tem imposto ao serviço, tem consequências à equipe. A equipe hoje, ela se vê impotente, se vê desarticulada, se vê desrespeitada pela condição dessa política, que ela própria, não se define.

Equipe sempre foi unida. Hoje mesmo com toda dificuldade, a equipe ainda tenta manter uma união para desenvolver seu trabalho.

Havia uma troca de conhecimento, sempre houve. A equipe sempre foi muito unida, sempre trocou informações e tem domínio dos pacientes que atende, inclusive a SENIC, em comparação tem um número bem reduzido de pacientes pra atender, mas a gente mantinha esse número reduzido de pacientes com qualidade de atendimento... Hoje isso é questionável. (Inês)

O discurso da equipe teria maior força e impacto caso fosse aliado aos usuários. Colocar este indivíduo em foco na construção da política de atendimento da SENIC o faria protagonista de seu próprio contexto, empoderando-o e, conseqüentemente, transformando a unidade a partir da visão daquele que faz com que ela seja necessária.

Pelo citado acima, a equipe possui características multidisciplinares e não inter, uma vez que os conhecimentos trocados mantinham-se apenas as situações provocadas pelas problemáticas dos usuários.

Refletir sobre o momento da unidade, elencar ações possíveis e colocar em foco o contexto e a singularidade do paciente à instituição e à equipe, com a intenção de romper com a política aplicada é uma ação que mudaria esse contexto.

O projeto profissional construído pelo Serviço Social na SENIC teve de ser reconstruído ao longo do tempo em que foi presente na unidade. No contexto apresentado por Inês, a equipe multidisciplinar era responsável pelo questionamento da política vigente e das alterações propostas pela mesma. O risco que se corre por tal atitude é modelar a instituição e o serviço à sua vontade, desconsiderando o papel da população nessa construção.

Por conta deste contexto, as três assistentes sociais foram questionadas sobre a atual finalidade de uma unidade de atenção especializada como a SENIC. Apesar de terem passado pelo serviço, as três ainda estão envolvidas no Programa de AIDS e possuem conhecimento sobre a conjuntura atual.

Então, na verdade ele vem mudando cada vez mais o seu perfil. Porque né? Felizmente por conta das medidas profiláticas na gestação e no parto, você vai ter uma redução radical da transmissão vertical, e o nosso desejo é que daqui um tempo, a gente não vai ter mais criança. Então a gente tem de um lado as crianças que nasceram antes da terapia, que estão virando adulto e vindo pra unidade de adulto... E de outro lado, nós temos as crianças que estão ficando negativas... Então, hoje ela tem um acompanhamento de criança exposta, né... Que é durante dois anos e depois desses dois anos ela vai embora e já não é mais da SENIC, então cada vez mais vai ser uma unidade esvaziada... E é isso que tem que ser, até que né... Se tudo der certo, nós não vamos mais ter crianças soropositivas... Todos chegaram à adolescência... Na fase adulta... Vão deixar de ser pediátricos... Vão passar pra unidade de adultos e nós não vamos ter mais crianças. (Andréia)

Você vai ter um ambulatório do segmento de crianças expostas, que você vai acompanhar por dois anos e que depois né... Um ano e pouco você já vai ver que ela vai ficar negativa mesmo, e a perspectiva é que ela vá pras unidades básicas de saúde. E se a gente avançar mais um pouco, talvez a gente não precise fazer o acompanhamento das crianças expostas aqui... Se a gente tiver um serviço muito bom na atenção básica, é lá que ela tem que ficar... Com o cuidado de uma atenção básica e não numa unidade que seja mais estigmatizadora... Mas isso vai depender da gente conseguir organizar o município pra isso... Então de qualquer maneira, se tudo correr bem, ela tem que terminar. Se ela não terminar, é porque não correu bem... É uma questão programática. (Andréia)

Em sua fala, Andréia demonstra o contexto pelo qual a epidemia está caminhando e como a demanda está se transformando a partir das medidas profiláticas para o cuidado integral das crianças expostas ao vírus.

Seu discurso condiz com o pensamento de unificar a gestão da coordenação SENIC – SECRAIDS, uma visão que estava sendo discutida entre as unidades e a Secretaria de Saúde de Santos.

Se a gente pensar em política pública e recurso, né... E quantos adolescentes têm em acompanhamento... Um serviço se justifica com a demanda. Lógico que você tem as gestantes, mas elas podem completamente serem incorporadas na unidade de adulto. (Sílvia)

Se a gente tivesse uma concepção de atenção básica, essas mulheres portadoras de HIV poderiam continuar no acompanhamento de adulto, ter o trabalho dela de gestante, porque é importante ter um acompanhamento nesse processo gestacional, mas esse processo da criança poderia ser na unidade básica... E a gente ter referência no território e facilitar o acesso dessa criança... E aí ter sim uma referência clínica nossa... (Sílvia).

Sílvia também argumenta sobre essa mudança na concepção do atendimento à demanda da SENIC. Ela ressalta a importância do território do indivíduo na construção da sua identidade e como tal processo facilitaria a adesão e acompanhamento, cabendo a SENIC apenas o monitoramento deste tratamento.

Outro campo abordado por ela é a atenção à gestante soropositiva. Para ela, a atenção a esta paciente não tem a necessidade de ser descontinuada do atendimento adulto. Essa ação faz com que o usuário perca sua referência na instituição e precise reestabelecer vínculos.

Com métodos de trabalho em equipe diferentes, alterar a dinâmica do atendimento de usuário pode culminar em perdas e descontinuidade em seu tratamento. Manter a paciente soropositiva em um ambulatório adulto seria o ideal, sem que o processo fosse reiniciado com uma possível transferência de unidades que funcionam no mesmo prédio, sob projetos distintos.

A SENIC... Ela continua tentando manter este atendimento de crianças e adolescentes, apesar das interferências, das dificuldades, o atendimento... Esse atendimento, ele é... Eu vejo prioritário. Eu não consigo imaginar que ele pare... Apesar das propostas políticas que estão chegando... Das ideologias que estão vindo... Colocando esta

fatia do programa como uma coisa simplória e na verdade não é... Porque se você for pensar que a gente trabalha em cima do futuro de tantas crianças que nascem hoje destes pacientes que nós temos... E a nossa briga e a nossa luta pra que essa criança seja liberada com um ano e meio e siga sua vida em frente... Que não fique contaminada... Eu acho que isso era o fundamental... A coisa mais importante. (Inês)

Já Inês defende a unidade ao argumentar que o saber e as ações realizadas pela equipe são responsáveis por garantir o direito à vida das crianças expostas acompanhadas. Tais ações tornam o serviço fundamental e a relevância da SENIC na história do combate a epidemia do HIV, ímpar.

Colocada às visões dos profissionais sobre a conjuntura da unidade, podem ser abordadas as contribuições do Serviço Social a SENIC a partir da ótica das assistentes sociais entrevistadas, para que seja possível a observação de como a instrumentabilidade da profissão contribuiu na construção do projeto profissional coletivo da seção.

Eu acho que em todos os momentos... Na idealização do projeto... Na concretização do projeto... De ir buscar apoio no Estado, no município, na ONG, na Casa da Criança... De ver quem é o parceiro... Eu acho que o Serviço Social contribuiu em todos os momentos... Não só eu, mas os outros Assistentes Sociais que passaram lá o tempo todo... Eu acho que eles sempre tiveram um papel importantíssimo de tentar amarrar essa rede... De tentar melhorar a condição de vida dessas crianças... Eu acho que o compromisso da equipe é inegável... De todas as equipes que passaram por lá... A gente passa e mergulha de cabeça... Claro que temos os conflitos, os diferentes olhares, as diferentes interpretações, como sempre vai ter todas as equipes, mas sempre vai ter o compromisso, independente dos governos que passaram, sempre teve. E, felizmente, eu acho que a gente ainda tem esse compromisso com a criança e com o adolescente... (Andréia)

Eu acho que um grande papel do Serviço Social é compreender que família são essas, qual a problemática que envolve essas famílias e como é que esse projeto. (Silvia)

É conseguir trazer pra dentro do serviço, através do trabalho do Serviço Social... Qual é a complexidade dessas famílias... (Silvia)

(...) Porque muitas vezes o serviço, ele se organiza de uma forma autoritária em relação ao usuário... (Silvia)

Olha... Nós somos... Eu digo nós porque tive outras colegas que iniciaram esse trabalho... Eu vejo o Serviço Social como uma peça fundamental no processo todo de criação até o presente momento, no atendimento destes pacientes. Eu vejo como fundamental. A gente lida com situações muito limite. Então, o Serviço Social, ele traz pra equipe uma visão diferenciada, porque como é uma equipe

multidisciplinar, a parte que nos cabe, a parte do Serviço Social que nos cabe, ela não é somente em relação a população, mas em relação em mostrar a própria equipe que aquele indivíduo a importância que ele seja respeitado na sua individualidade, porque as vezes, fica muito fácil você imaginar que rapidamente você pode resolver as situações de uma forma mais autoritária, que na realidade não é isso. (Inês)

Proposta do Serviço Social é mostrar a importância de ser preservada e respeitada a individualidade. O livre arbítrio dessa população atendida, o respeito aos pacientes e as suas famílias e lidar e mostrar pra equipe também a importância de lidar com as diferenças. Isso não é uma coisa fácil de ser feita. (Inês).

(...) Serviço Social é peça fundamental para que estes itens sejam absorvidos pela equipe. (Inês)

Todas elas concordam que o diferencial do Serviço Social é introduzir na equipe multidisciplinar o contexto do indivíduo e a sua singularidade, aliado ao tratamento da epidemia, para que a equipe visualize a relevância que esta esfera social possui.

Mesmo com as opiniões distintas, as três concordam que a defesa dos direitos do usuário pelos assistentes sociais que atuaram ao longo da história na SENIC sempre teve seu compromisso garantido.

O que se vê nas entrevistas coletadas são mudanças na dinâmica do serviço com base em ações políticas de gestão e organização da unidade. A equipe e a política acabam por influenciar no atendimento prestado pelo Serviço Social, uma vez que esta profissão se encontra no meio do tensionamento existente entre instituição e usuário, classe dominante e classe trabalhadora.

Portanto, as ações desenvolvidas pelo Serviço Social ao longo da história da SENIC são de grande relevância para a equipe e para a unidade. Dialogar com os usuários e transportar isso para o cotidiano da instituição é agir de maneira interdisciplinar e construir o saber de acordo com a demanda do usuário, partindo do pressuposto que este indivíduo está ciente da sua história e construção sociopolítica cotidiana.

Trabalhar o HIV atualmente excluindo do seu contexto o cotidiano do paciente soropositivo é uma atitude desumana, no sentido que as linhas cruzadas da epidemia acabam por interferir no tratamento e devem ser consideradas no construir das ações e campanhas do Programa de AIDS. A

instituição deve estar sempre à disposição deste indivíduo e os técnicos da mesma são os referenciais na construção deste trabalho, estimulando e construindo junto à população o projeto profissional da unidade.

É assim que uma unidade como a SENIC se reinventaria e se adaptaria frente ao HIV, que molda suas ações baseada nos números da epidemia, mas não considera a singularidade dos usuários ao pensar tais ações. É neste campo que o Serviço Social torna-se indispensável à equipe.

4. Considerações Finais

Apesar do foco da SENIC ser o tratamento e a prevenção do HIV, o Serviço Social acaba por se tornar imprescindível, pois como vimos na pesquisa, o vírus, além de ser letal, é carregado de preconceito, estigmas e desigualdades.

As especificidades e competências do Serviço Social na SENIC foram apresentadas e refletidas, demonstrando a importância que elas possuem na efetivação do trabalho do assistente social com a equipe multiprofissional e do compromisso com a atenção integral à saúde do paciente soropositivo.

A instrumentabilidade da profissão foi evoluindo, como podemos reconstruir com os depoimentos coletados, e a discussão sobre o futuro da SENIC mostra a relevância que o Serviço Social tem, pois é a profissão que trabalha com o cotidiano e tece nele e com o sujeito que a apresenta a sua prática social e profissional.

Hoje o caráter biológico dele pode ser tratado, mas a violação dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS ainda é recorrente. Como o escopo da epidemia tem, novamente, se concentrado em determinados grupos, o Serviço Social precisa trazer este olhar crítico para dentro da unidade e da equipe. Este é o desafio do Serviço Social na SENIC.

Este desafio profissional está atrelado à equipe. O Serviço Social é importante no enfrentamento da questão do HIV, porém não está e nem deve fazê-la sozinho. A profissão deve procurar parceiros e discutir propostas para poder tecer um projeto de trabalho junto com a equipe, a unidade, o complexo do qual faz parte e o município.

É neste desafio colocado no cotidiano que os conceitos aqui trabalhados referentes à interdisciplinaridade agem. O Serviço Social com sua Prática Social precisa realizar ações que transponham a SENIC. E para isso, o usuário deve entrar em foco para construir essa prática. É em torno dele que o atendimento ocorre e seu contexto singular deve caracterizar o atendimento realizado nesta unidade. E é neste ponto que o Serviço Social se faz necessário.

A proposta de se trabalhar de maneira interdisciplinar desafia mais do que o sujeito. Ela desafia a história do indivíduo. Desafia-o a pensar que todo o seu conhecimento tem importância, porém não mais do que o conhecimento do

seu próximo, seja ele um membro de equipe, um conhecido, um familiar ou um indivíduo da sociedade.

É por isso que a ação interdisciplinar une seus conceitos, como vimos, com a intenção de ruptura, porém uma não se torna a outra. Torna-se algo novo. Algo que mais vale a prática impensada do que o desafio de conceituá-la. Algo orgânico.

A resultante desta análise é que o Serviço Social se fez necessário desde a idealização da SENIC até hoje, pois nunca deixou de defender os direitos daqueles acometidos pelo HIV. O compromisso da profissão com essa população renova-se no dia-a-dia.

As gestões, as populações, as equipes e os profissionais mudaram, mas o compromisso do profissional de Serviço Social ao longo destes 20 anos de existência da SENIC ainda é essencial para que uma população constantemente excluída tenha voz e, mais que isso, tenha o direito à vida, em sua singularidade, identidade e territorialidade.

É com essa visão que o Serviço Social na SENIC deve dia após dia trabalhar, construir e lutar por uma sociedade mais interdisciplinar, menos hierarquizada e mais suscetível a integrar igualmente e não a excluir humanos, suas ciências e seus contextos. O HIV é apenas uma expressão dentre várias que colocam a prova à necessidade desta luta pela pluralidade, a liberdade e a igualdade de todos.

5. Referências

ALIMONTI, J. B. *Mechanisms of CD4+ T lymphocyte cell death in human immunodeficiency virus infection and AIDS*. Journal of General Virology, v. 84, n. 7, p. 1649-1661, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: 07 Dez. 2014.

_____. *Lei nº 8.080*, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm>. Acesso em: 07 Dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

FAZENDA, Ivani. (Org.). *O Que É Interdisciplinaridade?*. - São Paulo: Cortez, 2008.

FOUREZ, G. Fondements épistémologiques pour l'interdisciplinarité. In (Org.) LENOIR, REY, B. FAZENDA, I. *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement*. Sherbrooke: Éditions du CRP, 2001

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. São Paulo: Editora 34, 2000.

GUERRA, Maria Natália Ornelas Pontes Bueno. *Aids e pobreza: sofrimento, resistência e direito à vida*. Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. *Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil*. Hist. Ciência. Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702002000400003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 07 Dez. 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org.). *Pesquisa qualitativa um instigante desafio*. São Paulo: Veras Edit. 1999.

MATOS, O. *Entrevista Olgária Matos*. depoiment. Jul. 2014. São Paulo: Revista EntreTeses nº 2 – Junho/ 2014. Entrevista concedida a Rosa Donnangelo.

MATTOS, Rubens A. *Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico*. CN-DST/AIDS. Ano XXVII n. 01, jan/dez. 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. ***Número e percentual de casos de AIDS segundo período de diagnóstico e casos notificados no período, segundo local de residência (Unidade Federada e Macrorregião) – Brasil, 1980–1990.***

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Brasília (DF): MS; 2004.

MIRANDA, Raquel. “Da Interdisciplinaridade”. apud FAZENDA, Ivani (Org.). *O Que é Interdisciplinaridade?*. – São Paulo: Cortez, 2008.

MONTEIRO, Ana Lucia e VILLELA, Wilza Vieira. *A criação do Programa Nacional de DST e AIDS como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira*. Rev. psicol. polít. [online]. 2009, vol.9, n.17, pp. 25-45. ISSN 1519-549X.

SHARP, P. M. Hahn, B. H. *Origins of HIV and the AIDS Pandemic*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine. v. 1, n. 1, p. a006841-a006841, 2011.

SONTAG S. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.

TEIXEIRA, Paulo R. Políticas Públicas em AIDS. Em: Parker, Richard. (Org.), *Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, Jorge Zahar. 1997.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al . *Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença*. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 66, n. 2, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 07 Dez. 2014.

ZABALA, Antoni. *Enfoque globalizador e pensamento complexo: uma proposta para o currículo escolar*. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

Sites consultados:

<http://www.aids.gov.br>

<http://www.aids.gov.br/node/365>

http://www.bbc.co.uk/portuguese/especial/1357_biologia_aids/page6.shtml

<http://www.casadacriançasantos.org.br/historico.html>

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354850>

<http://www.crt.saude.sp.gov.br>

<http://www.fxb.org>

<http://www.incarnationchildrenscenter.org/about-us/history/>

<http://www.lusiada.br/unilus/historia>

<http://www.sobiologia.com.br/figuras/Seresvivos/virus2.gif>

6. ANEXOS

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

2. Roteiro de Entrevista

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convite

Convidamos V.S. a participar da pesquisa **O Serviço Social na SENIC: A Assistência Social a Gestante portadora e ao portador Infanto-Juvenil do HIV na cidade de Santos** como exigência de Trabalho de Conclusão do curso de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista. A pesquisa tem como objetivos: reconstruir historicamente a identidade do Serviço Social e sua inserção profissional da SENIC, avaliar suas técnicas operativas na instituição ao longo do tempo e sua contribuição para a equipe interdisciplinar que atende o usuário deste serviço. E como objetivos específicos: Identificar as especificidades e competências do Assistente Social no atendimento ao usuário da SENIC; Caracterizar resultados obtidos a partir da consolidação da profissão no serviço; Avaliar contribuições destes profissionais para a instituição; Analisar seu trabalho com os órgãos que compõe a rede de serviços. Serão realizadas entrevistas com profissionais a partir de roteiro prévio, e deverão ser gravadas com o consentimento do entrevistado.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pesquisados, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Após o término da pesquisa, todos os participantes terão acesso à produção final, se assim o desejar.

Em qualquer etapa do estudo, o participante terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é a Professora Dra. Luzia Fátima Baierl que pode ser encontrada no endereço R. Silva Jardim, 136 cidade de Santos – SP. Telefone (11)999723076 e o estudante Tainá Oliveira Rossi. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj, 14 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Contamos com sua participação e seu consentimento.

Tainá Oliveira Rossi

Eu, _____, abaixo assinado declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizadas, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Roteiro para Entrevista

Este roteiro de perguntas servirá para nortear a pesquisa **“O Serviço Social na SENIC: A Assistência Social a Gestante Portadora e ao Portador Infanto-Juvenil do HIV na cidade de Santos”**. As perguntas seguem abaixo:

- 1) Identificação
 - a) Nome:
 - b) Idade:
 - c) Profissão:
 - d) Tempo de formado:
 - e) Vinculo Empregatício:

- 2) Sobre o serviço:
 - a) Qual sua função/ demanda na Seção Núcleo Integrado de Atendimento à Criança?
 - b) Como se deu sua inserção no serviço?
 - c) Há quanto tempo você atua nesta unidade?
 - d) Qual era a realidade do HIV à época de sua inserção no serviço?
 - e) Em sua opinião, qual era o papel do serviço à época de sua inserção no mesmo? E hoje?
 - f) A seu ver, qual é a utilidade deste equipamento hoje?
 - g) Como são/eram trabalhadas as questões multidisciplinares na sua época de atuação?