



A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE À PESSOA COM HIV/AIDS NA EXPERIÊNCIA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE: demandas e desafios para o serviço social

HEALTH CARE FOR THE PERSON WITH HIV / AIDS IN THE RESIDENCY EXPERIENCE IN HEALTH: demands and challenges for social work

Olívia Veloso Lopes¹
Marina Monteiro de Castro Castro²

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo a reflexão do processo saúde-doença de pessoas que vivem com HIV/AIDS a partir dos programas de residência multiprofissional, vinculados à Universidade de Juiz de Fora. Além de considerações teóricas acerca da epidemia do HIV na sociedade brasileira, apresentamos problematizações sobre o trabalho junto aos usuários do SUS que realizam tratamento de HIV/AIDS. Dá-se ênfase à dimensão cuidadora e às necessidades em saúde, procurando sistematizar as respostas profissionais dos assistentes sociais, que envolvem a análise das expressões da questão social que perpassam o processo saúde/doença e a defesa de direitos.

Palavras-chave: Serviço Social; HIV/AIDS; Necessidades em saúde.

ABSTRACT

This study aims to reflect the health-disease process of people living with HIV / AIDS from the multiprofessional residency programs, linked to the University of Juiz de Fora. In addition to theoretical considerations about the HIV epidemic in Brazilian society, we present some problematizations about the work with the SUS users who carry out HIV / AIDS treatment. Emphasis is placed on the care dimension and health

¹ Assistente Social. Especialista em Residência em Saúde do Adulto e em Residência em Saúde da Família pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. **Autora para correspondência.** E-mail< oliviaveloso@yahoo.com.br >.

² Professora da graduação e pós-graduação da Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF.

needs, seeking to systematize the professional responses of social workers, which involve analyzing the expressions of the social question that permeate the health / disease process and the defense of rights.

Keywords: Social Service; HIV/SIDA; Health needs.

INTRODUÇÃO

Segundo Bravo e Matos (2006), a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde pública como direito de todos e dever do Estado, incorporada à Seguridade Social, juntamente com as políticas de Assistência Social e Previdência Social. Contudo, as mudanças ocorridas no campo político e econômico atingiram os direitos socialmente construídos, impactando o trabalho do assistente social na efetivação e defesa da saúde como direito social.

Para além dos impedimentos de ordem socioeconômica e cultural que interferem no processo de saúde da população, no atual sistema de saúde há um choque entre as necessidades dos usuários e a qualidade/quantidade/acesso aos serviços ofertados provocados pela contrarreforma na política de saúde, que impulsiona a demanda existente no setor da saúde e para o Serviço Social (NOGUEIRA e MIOTO, 2006).

Nos programas assistenciais, o exercício profissional incide sobre as condições de sobrevivência social e material da população trabalhadora. A ação do assistente social possui caráter socialmente objetivo, que se opera pela captação das expressões da questão social no processo de saúde dos sujeitos (IAMAMOTO, 2006). Além de contribuir com processos de educação, prevenção e promoção da saúde.

Os assistentes sociais na saúde atuam fundamentalmente: no atendimento direto aos usuários; na mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional; e seu trabalho se desenvolve em um extenso universo de programas da área da saúde: assistência a crianças, assistência integral ao adulto, saúde mental, diabetes, saúde da mulher, HIV/AIDS entre outros (CFESS, 2010).

Dentre os inúmeros tipos de doenças que acometem a população, o HIV/AIDS tem se constituído fonte geradora de demandas profissionais que são configuradas e reconfiguradas de acordo com a determinação social, econômica, cultural, política que envolve os processos sociais vivenciados pelos sujeitos no seu adoecimento.

Passados duas décadas da notificação do primeiro caso de HIV, hoje, quase 80% da contaminação acontecem em países em desenvolvimento, em populações tradicionalmente marginalizadas, sobre as quais recai a grande maioria das doenças endêmicas, as patologias decorrentes da fome, da ausência de saneamento básico e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação (SILVA, 2004).

No estado de Minas Gerais dos 853 municípios existentes, 545 apresentavam casos notificados de aids² até outubro de 2001 (PJF, 2014). Esses dados convergem ao processo de interiorização da epidemia, tendo como resultado altos índices em cidades menores e do interior do país, como é o caso de Juiz de Fora (GUEDES, 2010).

De acordo com Ribeiro (2016), de 2009 a 2015 o número de pessoas em tratamento do HIV/AIDS no Sistema único de Saúde (SUS), passou de 231 mil para 455 mil, refletindo em um aumento de 97%. Em Juiz de Fora, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no ano de 2013 foram testados no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) 2.964 pessoas, sendo 67 diagnosticadas com HIV. Em 2014, o número de testados foi de 3.079, com 108 diagnosticados. Já em 2015, foram registrados 3.768 testes, sendo 113 pessoas diagnosticadas com HIV.

Os dados divulgados pela SMS em 2010 apresentam que dos 2350 casos notificados na cidade, 49% são em mulheres. Conforme a Superintendência de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) este índice está relacionado com

² “Há três anos, uma reunião da Comissão Nacional de aids (órgão assessor do Ministério da Saúde para assuntos de Aids e DST) tomou a seguinte deliberação: a palavra Aids será considerada como substantivo comum, apesar de ser originária de uma sigla estrangeira. Desta forma, a sua grafia está sempre em caixa baixa, quando se tratar da epidemia, e a exemplo de outros agressores à saúde, como câncer e diabetes etc. Terá caixa baixa e alta quando for nome de um setor, título etc. Quando a palavra estiver no meio de outras siglas em caixa alta, seguirá a mesma regra.” (SILVA, 2006, p.13).

a desigualdade nas relações de poder, a maior dificuldade de negociação quanto ao uso de preservativo, a violência doméstica e sexual, a discriminação e o preconceito relacionados à raça, a etnia, somadas à falta de percepção sobre o risco de se infectar pelo HIV, contribuem para a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV. No início da epidemia havia 01 caso no sexo feminino para 07 casos no sexo masculino e hoje chega a 01 caso feminino para 1,8 casos masculino em Minas Gerais (PJJ, 2010, sp).

Na necessidade de problematizar o cuidado prestado às pessoas com HIV/AIDS, o presente artigo tem por objetivo apresentar as demandas colocadas ao Serviço Social, refletindo sobre as possibilidades e desafios de sua atuação a partir da experiência vivenciada nos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde do Adulto e Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). No âmbito das residências, os assistentes sociais se inserem em Instituições públicas que integram a rede SUS em Juiz de Fora/MG e em projetos das mais diversas áreas que legitimam o tripé ensino, pesquisa e extensão da Universidade.

Assistência em saúde à população com HIV/AIDS

Na atualidade, a aids se desloca do âmbito puramente médico para diversos campos do conhecimento. Para além da informação e necessidade de proteção, outros fatores de natureza cultural, econômica, política, social e jurídica ganham notoriedade (SILVA, 2004); assim como a problematização em torno do lugar que o sujeito com o vírus HIV ocupa em nossa sociedade - marcado por preconceitos, rejeição e exclusão, que tem como base a construção histórico-social do desenvolvimento da infecção.

Na atenção primária à saúde, o manejo da infecção pelo HIV (BRASIL, 2016), aponta para uma nova atenção centrada em modelos matriciados, dinâmicos, em que diferentes pontos de atenção participam da linha de cuidado ao HIV/AIDS, formando uma rede integrada e articulada. Nesse novo modelo, os serviços especializados continuam sendo fundamentais. Contudo, o desenho da linha de cuidado passa a contar com novos serviços, tendo a atenção básica como porta de entrada e ordenadora do cuidado.

Já os serviços de internação são, normalmente, destinados a usuários acometidos pela aids (em sua manifestação de adoecimento), conscientes (ou não)

A assistência em saúde à pessoa com HIV/AIDS na experiência de residência em saúde: demandas e desafios para o Serviço Social de estar contaminados pelo vírus HIV – há casos em que se deparam com o diagnóstico soropositivo durante o período em que se encontram internados.

Um dos pontos fundamentais para reorganização do modelo de atenção é a inserção dos profissionais de saúde em processos de educação permanente, garantindo assim a qualificação adequada para resposta às novas demandas postas pelos usuários (BRASIL, 2016).

Devido ao acesso universal ao tratamento, possibilitado pelo advento de fármacos, o Brasil apresentou redução nos números de óbitos e nas internações relacionadas à doença, sinalizando uma possibilidade de melhora da qualidade de vida dos acometidos (BRASIL, 2014). Contudo, nos adverte Silva (2004), as mudanças no campo da aids não se limitam aos perfis epidemiológicos, mas engloba as novas configurações que implicam em outras demandas de assistência para o enfrentamento do processo de adoecimento.

A evolução da epidemia coloca em pauta também a importância da prevenção ao adoecimento aos que já estão na condição de “doentes”. Conforme Silva e Takahashi (2008, p.31):

Torna-se importante, a partir dessa face da epidemia, buscar entender o cuidado não só do ponto de vista dos profissionais como também de acordo com a perspectiva do cliente que recebe a assistência, para que se possam delinear outras possibilidades ao usuário do serviço de saúde, abandonando a premissa do caminho único, dos dogmas do saber na área da saúde.

Silva (2004) destaca que o cuidado desenvolvido no campo da assistência ao soropositivo, ao HIV e ao doente de aids é construído por práticas profissionais que, por vezes, não vislumbram uma ação crítica e reflexiva. Para além das justificativas físico-biológicas – que talvez possam indicar a necessidade de isolamento dos usuários em fase agravada da doença, muitas ações trazem consigo concepções preconceituosas e discriminatórias, as quais surgem incorporadas e reelaboradas pelo senso comum através da associação histórica da doença aos “grupos de risco”, ao “comportamento de risco” ou ainda a percepção destas pessoas como doentes terminais.

A dimensão ética se coloca como central nesse debate. Pode nos suceder que, ao isolar estes usuários, resguarda-se o direito ao sigilo. Contudo, esta mesma

ação pode assentar em um “ciclo de discriminação”: A ação discriminatória que isola o usuário é, muitas vezes, a que o expõe uma vez que, “o usuário passa a deparar-se com a perda da privacidade, a proximidade da morte, o agravamento da situação financeira e problemas familiares, pois muitas vezes, é neste momento que a família toma ciência da condição de soropositividade” (ROCHA, 2005, p.2).

Uma questão importante é a invisibilidade desses usuários, seja por inexistência de registros, seja pela omissão do diagnóstico por parte da instituição e equipe profissional. Esta é uma realidade que o Ministério da Saúde preconiza combater na atenção básica ao dispor que, na primeira consulta, deve ocorrer aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados para cerca de 90-92% das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o estabelecimento da dimensão cuidadora coloca ao profissional a necessidade de reconhecimento/ aproximação da realidade dos usuários, já que os estigmas, preconceitos e opressões significam um conjunto de violações de direitos e uma cidadania restrita, condicionada ao estado de saúde.

A organização de equipes multiprofissionais para atendimento aos usuários é essencial, nas quais os diferentes saberes e competências busquem garantir uma solução ampliada às necessidades de saúde dos usuários dos serviços. Apesar do sistema de saúde estabelecer que a assistência às pessoas deva priorizar as ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde, vivencia-se ações isoladas e individualizadas no atendimento ao usuário. As discussões de caso e problematização das ações profissionais deveriam ser partilhadas e sistemáticas no correr do cotidiano de trabalho.

Silva (2004) destaca que soma a este processo a fragmentação do trabalho e ao fato das ações dos profissionais se basearem em um conhecimento científico/acadêmico que, muitas vezes, não dialoga com as necessidades ao usuário com HIV/AIDS:

Hoje grande parte dos profissionais dentro das instituições desenvolve o cuidar de maneira mecânica, orientado por tarefas, segundo normas e prescrições, em que apenas se realiza o trabalho/obrigação como atividade de remuneração, o que se torna um mero cumprimento de tarefas, segundo normas e prescrições, em que apenas se realiza o trabalho/obrigação como atividade de remuneração, o que se torna um mero cumprimento de tarefas (...), o que não caracteriza o cuidado humano, pois este envolve ética, princípio e valores (WALDOW, 1998 apud SILVA, 2004, p.19).

Esta realidade situa-se no modelo assistencial que opera nos serviços de saúde, em especial em hospitais, que subordina a dimensão cuidadora a um papel secundário e, desta forma, limita a capacidade de análise das necessidades dos usuários (CASTRO, 2007).

A inserção do assistente social na equipe multiprofissional, assim como a de outros profissionais não tradicionais na área da saúde, coopera na organização das práticas profissionais que primam pelo deslocamento do eixo corporativo-centrado para o eixo usuário-centrado e que as executa com a responsabilidade da saúde como direito.

O cuidado a pessoa com HIV/AIDS e as demandas postas ao serviço social

A peculiaridade do trabalho do assistente social no campo da saúde é que sua ação dispõe da necessidade de interpretação das condições de saúde do usuário vinculadas às expressões da questão social. Contudo, atuar sobre o processo saúde/doença, implica também na realização de ações educativas e de mobilização, e a operacionalização de outros serviços de proteção social que compõe a assistência direta (CFESS, 2010). As estratégias profissionais se voltam a responder as necessidades dos usuários, pautando-se na escuta, acolhimento e vínculo/responsabilização (CASTRO, 2007).

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), nenhum usuário deve sair de um serviço de saúde sem ter sua queixa ouvida e sem uma resposta a sua demanda. Esta ação deve primar pelo estabelecimento da corresponsabilização entre profissionais e usuários pelas estratégias de intervenção, estimulando a autonomia dos usuários na compreensão e controle de seu quadro de saúde (BARRA, 2011).

No entanto, a precariedade dos serviços de saúde e das instituições – em sua organização do espaço físico, financiamento, modelo hegemônico centrado na figura médica etc. - são limitadores da ação profissional. O desmonte operado pelo processo de contrarreforma do Estado nas políticas sociais reduziu investimentos na saúde pública, no que tange aos recursos humanos, materiais, financeiros, o que

contribui para limitação das ações profissionais no atendimento do usuário, não só na qualidade, mas também no número de profissionais.

É neste cenário que o trabalho do assistente social se desenvolve junto aos usuários com HIV/AIDS, tendo como principais demandas as orientações previdenciárias, trabalhistas e assistenciais; articulação com a rede de serviços; trabalho educativo; mediação entre usuários e equipe de saúde e atuação com usuários e suas famílias.

O assistente social, no atendimento direto ao usuário (CFESS, 201), se utiliza de uma abordagem social para levantamento das condições de vida e socioeconômicas do usuário com o intuito de conhecer sua realidade social e detectar determinações que possam interferir no processo de saúde e doença. Este conhecimento se desdobra em um conjunto de orientações no campo previdenciário, trabalhista ou assistencial.

No que tange ao campo previdenciário, as principais orientações aos usuários com HIV/AIDS são referentes ao auxílio doença e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Nos chama atenção a recorrência dos usuários que, pelo fato de contraírem o vírus do HIV ou desenvolverem a doença aids, aleguem direito à aposentadoria junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Essa ideia é pautada na confusão com o BPC— que é não contributivo; mas também está enraizada no trato histórico da doença, principalmente no momento de surgimento da aids, que levou a avaliação da necessidade de concessão de auxílio doença e aposentadoria aos usuários, dada a condição física, emocional e econômica que os usuários se encontravam.

Essa realidade apresentou mudanças na medida em que o advento de antirretrovirais, aliados a outros avanços do tratamento da doença, aumentaram o prolongamento e a qualidade de vida, alargando a capacidade de trabalho das pessoas com HIV/AIDS.

No entanto, é importante lembrar que outros condicionantes incapacitam para o trabalho. Muitos usuários colocam o sofrimento psicológico/social como fator de dificultador para desenvolvimento de funções laborativas. Apesar do impedimento legal de empregadores solicitarem teste sorológico, muitos convivem com o medo da descoberta da doença.

Outro elemento é a não contribuição dos usuários para a previdência social pública, expressando a dificuldade de estabelecimento de vínculos formais de trabalho ou a inserção em trabalhos informais e precarizados, tendo destaque as pessoas em vivência de rua.

No que tange ao BPC, no caso da pessoa com HIV/AIDS, o acesso só é possível, eliminado o critério de idade e de renda, quando o mesmo desenvolve a doença aids em estado avançado e, possivelmente, com sequelas ocasionadas pelas infecções oportunistas. Apesar dos critérios excludentes, o Ministério da Saúde afirma que a taxa de crescimento do BPC concedidos aos usuários com HIV/AIDS é possível indicador da pauperização da epidemia, pois esta cresceu 18 vezes no período de 1996 a 2002 (BRASIL,2002).

Na orientação dos direitos da pessoa com HIV/AIDS, tem-se o passe-livre para utilização do transporte público municipal. Tal orientação envolve dois elementos importantes: a desinformação e o medo de acessá-lo devido à discriminação. Assinalamos a importância do trabalho do assistente social na realização de uma orientação devida para acessar esse direito que subsidia o processo de tratamento, sendo vedada qualquer forma de discriminação no momento de sua utilização.

A articulação com a rede de serviços de saúde e socioassistenciais é outro processo importante do trabalho do assistente social. O assistente social precisa estar informado sobre instituições e serviços no município, buscando efetividade em seu trabalho nas respostas à questões inerentes ao HIV/AIDS. Desta forma, é visto a necessidade da ação assistencial ultrapassar a sua dimensão imediata e se fortalecer em ações contínuas, que visem à efetivação do conceito ampliado de saúde.

A ausência de uma rede efetiva de atenção as pessoas com HIV/AIDS limita as ações profissionais, principalmente aos usuários que encontram alto índice de reinternação devido a falta de possibilidade de se alterar as condições objetivas de vida. Dessa forma, o assistente social de posse das solicitações que chegam de forma individual no setor, deve atuar nos âmbitos institucionais, a fim de transformá-las em demandas coletivas em busca de conquistas de direitos da população atendida (SARMENTO, 1999), principalmente via controle social.

Neste campo, destacamos o trabalho realizado junto a população em vivência de rua que demandam casa de abrigo, busca ativa de documentações, vestuário, aproximação de suas histórias de vida e levantamento de estratégias para garantia da realização do tratamento.

Outra requisição é o chamamento ao assistente social para interceder na relação entre a equipe e o usuário. Muitas vezes, pautados em uma lógica estritamente biológica, os profissionais minimizam o cuidado a práticas técnicas e burocráticas, que tem consequências na percepção do usuário e de sua família sobre a doença, suas formas de tratamento e prevenção. Este fato pode ser percebido, por exemplo, no momento do diagnóstico:

O diagnóstico aqui no HU é dado para o usuário mesmo só que não da forma como deveria ser. É dado o diagnóstico como é dado o diagnóstico de qualquer outra doença que não vai afetar tanto a vida dessa pessoa. (...) Quando a pessoa recebe o diagnóstico, sua vida muda e, apesar da gente falar que pode ter qualidade de vida, muitos se sentem menores, culpados, com medo do preconceito. (...) Cada médico tem uma postura, tem médicos que fazem uma abordagem mais direta, tem outros que oferecem para o paciente o que tem hoje em termos de tratamento, esclarecendo ele, e tem aqueles que infelizmente não dão muita importância a este outro lado da pessoa, o lado humano, são mais diretos. Não basta falar que ela tem o HIV, mas esclarecer. É muito impactante pra quem recebe a confirmação, a pessoa pode desenvolver quadro depressivo, se fechar, pensar até em suicídio, depende de cada um, mas não é uma notícia nem fácil de se dar, nem fácil de digerir (GUEDES, 2010, p. 139).

Assim, o assistente social atua na sensibilização da equipe para a escuta do sujeito e o respeito as suas histórias de vida. Esta relação de mediação, que envolve vínculo, se configura em ação profissional por estar ancorada em referenciais teóricos e princípios éticos e políticos consubstanciados na defesa dos direitos humanos e da cidadania.

No atendimento hospitalar, especialmente, colocam-se também requisições referentes a normas e rotinas hospitalares, ao acesso alimentação, à solicitação de apoio psicológico, entre outros. Isto porque o usuário, por vezes preso ao leito e impossibilitado de se locomover no ambiente hospitalar, tem o Serviço Social como mediador de suas necessidades. Ressalta-se que os profissionais da saúde lidam com a sobrecarga de tarefas e condições precárias de trabalho, o que repercute na assistência prestada dos usuários.

Sobre a mediação de tais necessidades dos usuários, nos esclarece Castro (2007), que tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário é passível de intervenção do assistente social.

independentemente do local de ocorrência: seja no laboratório de análises clínicas da unidade, na farmácia básica, na nutrição (copa e cozinha), na enfermaria, na lavanderia ou até na esfera das relações sociais, por ocasião de problemas entre usuários e equipe etc. esse dado também demonstra que a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho nas instituições de saúde tem a singularidade de “repor” (ante a impossibilidade de recompor), com a sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação e terceirização do trabalho (COSTA, 2000, p.69).

Um dos desafios percebido no cotidiano de trabalho se refere a aceitação ao diagnóstico por parte do usuário e sua família, que tem direta relação com o prosseguimento da vida pós diagnóstico. Quando o usuário não aceita sua condição sorológica, muitas vezes em decorrência da culpabilização, são desencadeados processos de retardo no tratamento, sofrimentos psicológicos, alterações na vida afetiva, abstenção da vida sexual, entre outros.

Neste sentido, o esclarecimento em relação a doença, tratamento e cuidados preventivos condizentes com a realidade do usuário, deve se materializar através de práticas de educação em saúde.

No que se refere ao trabalho desenvolvido com as famílias, o assistente social realiza orientações e ações de educação em saúde, que envolve esclarecimento sobre a doença, cuidados do tratamento, importância do apoio familiar/social.

Um trabalho consistente de educação em saúde pode evitar a rejeição/afastamento familiar, principalmente porque na história do tratamento da doença:

A conduta adotada pelos serviços de saúde, além da administração de drogas experimentais, versava pelas orientações passadas às famílias dos portadores com relação aos cuidados individuais para não propagação da doença, como a separação de roupas, talheres e objetos de uso pessoal, o que alimentava o imaginário popular sobre a doença e o preconceito gerado pela segregação do usuário (GUEDES, 2010, p.22).

O afastamento familiar é expresso na demanda de contato/busca ativa. Para a família, descobrir que um de seus integrantes é portador do vírus é algo inesperado, que envolve o medo da contaminação, preconceito e discriminação. Isto

tem repercussões nos vínculos familiares, que vão da superproteção à rejeição, causadas por grande sofrimento psicossocial. É notável também aqueles usuários que não possuem qualquer relação familiar ou que possuem familiares que desconhecem o diagnóstico.

Entretanto, estes podem ser resultado do rompimento de laços antecedentes à doença, muitas vezes relacionados às condições socioeconômicas e às histórias de vida que envolve relações de opressão, violência, dependência química.

Outra observação que chama atenção é quando o comparecimento do familiar acontece figurado como obrigação. Famílias veem a hospitalização como possibilidade de transferir o usuário para sua institucionalização, também em razão de suas limitações econômicas e sociais para o cuidado.

A ação destinada às famílias deve ser realizada de forma cautelosa e ética, seguindo, em alguns momentos, a confidencialidade da condição sorológica do usuário. Destaca-se também a necessidade se compreender a demanda do usuário a partir de uma concepção ampliada de família, ou seja, aquela formada por laços consanguíneos ou não, sendo o cuidado e a proteção de seus membros, tarefa principal (CASTRO, 2008).

Assim, o preconceito e discriminação sofrida pelo usuário também se colocam como alvo do trabalho do assistente social. Esta questão está enraizada, como já posto, desde o surgimento dos primeiros casos da doença, que conformaram relações baseadas no medo e na desinformação.

Segundo Oliveira (2010), esse panorama tem raízes na inquietação social quanto ao convívio com as pessoas com HIV/AIDS, seus amigos e familiares. O não conhecimento das reais formas de contaminação/transmissão prejudica o estabelecimento de vínculos e reforça o isolamento dos sujeitos. A realidade que se observa é que o medo e a falta de informação incentivam o preconceito, e por seu turno, a discriminação. Ambos se manifestam na negação de direitos, no constrangimento, na exclusão dos espaços de sociabilidade, na anulação da cidadania, em obstáculos/interferência no tratamento etc.

No universo destas demandas cabem orientações e debates sobre: direitos, formas de transmissão da doença, sexualidade, educação/ prevenção/promoção da saúde, resistência à hospitalização/tratamento, discriminação por parte dos

profissionais, integração da equipe, entre outros. De acordo com Guedes (2010, p. 27) “a premissa da promoção, proteção e prevenção em HIV/AIDS vincula-se à preocupação em promover a saúde da população infectada ou em potencial, protegendo os direitos desses indivíduos”, como também no combate ao preconceito e segregação.

Dessa forma, o Serviço Social trava “a batalha de trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas (dor, sofrimento, morte, perda, falta de trabalho, condições de vida e estilos cotidianos)” (CASTRO, 2007, p.142). Isto, não quer dizer que se esvai a perspectiva de que as demandas representam totalidades, saturadas de determinações econômicas e políticas e, que, suas respostas, imediatas ou não, vislumbram a garantia dos direitos cidadãos (VASCONCELOS, 2002).

O trabalho deve colaborar, por sua vez, para que se estabeleça uma nova relação entre o mundo social e o universo público da cidadania, com vistas à ampliação da igualdade e da equidade. No caso da epidemia da aids, se faz necessário, também, a defesa e a divulgação das formas de acessar direitos específicos que protegem os usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do artigo, procurou-se focar o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social – suas ações e percepções – no atendimento às demandas advindas das pessoas com HIV/AIDS, a partir da experiência da residência multiprofissional em saúde.

O panorama da epidemia de HIV/AIDS desponta expressões da questão social que interferem diretamente no processo de tratamento. As demandas postas pelos usuários se relacionam com o estigma que a aids carrega na sociedade, suas representações sociais, “originado pelo movimento contraditório de produção do conhecimento, articulando o discurso oficial dominante e institucionalizado com o senso comum produzido pela coletividade” (OLIVEIRA,2010, p.8). É desencadeado, o processo de “exclusão social” dessas pessoas nas redes de sociabilidade levando os sujeitos a um processo de isolamento social, que opera pela fragilização de sua

cidadania. Esse processo de exclusão acentua os problemas familiares, que devido a difícil aceitação de diagnóstico, gera o rompimento de vínculos.

As consequências sociais ocasionadas pelo isolamento desses sujeitos se operam pelo desrespeito na sua condição humana (sentimentos, vontades, sofrimento etc), pelo infringir de seus direitos socialmente construídos, pela não inserção no mercado de trabalho, entre outros.

Essas determinações sociais constituem objeto de intervenção do assistente social nos serviços de saúde. Verifica-se, por outro lado, que as respostas colocadas pelo Serviço Social estão relacionadas ao direito, à informação, e a educação em saúde, na percepção de histórias de vida, com atenção ao vínculo. Pondera-se, a necessidade de qualificação profissional, comprometidas na construção de projetos terapêuticos que centram no usuário as ações cuidadoras.

Diante das reflexões realizadas, seguem algumas contribuições para o trabalho dos assistentes sociais envolvidos no atendimento as pessoas com HIV/AIDS:

- Investir na qualificação e atualização profissional para que possa empreender repostas qualificadas atentas à realidade dos sujeitos; e fortalecer o trabalho no conhecimento ético e político da profissão;
- Planejamento e sistematização do trabalho, para evitar que a fragmentação das ações e a estagnação dos serviços;
- Conhecimento, atualizado e qualificado, da rede de assistência pública e/ou de organização da sociedade civil no intuito de se aproximar aos atendimentos, programas e ações oferecidos;
- Conhecer a legislação social de proteção, específicas ou não, dos usuários portadores de HIV/AIDS;
- Levantamento do perfil do usuário com HIV/AIDS;
- Trabalhar a coletivização das demandas, especialmente junto a espaços de participação popular.
- Envolvimento na promoção e valorização da prática interdisciplinar;
- Participação nas organizações e espaços deliberativos da profissão: CFESS/CRESS, ABEPSS.

Considera-se que a história da aids é marcada pelo encontro de antigas e novas representações elaboradas pelos usuários com HIV/AIDS, profissionais e a sociedade como um todo. O incipiente controle desta epidemia instiga debruçar esforços sobre as reflexões econômicas e políticas que conformam as ações dos Estados, o debate sobre a vida, tratamento/adoecimento e morte dos usuários, principalmente, os pobres.

REFERÊNCIAS

- BARRA, S.A. R. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Serviço Social em Revista*. Londrina, v. 13, n.2, p. 119-142, jan./jun. 2011.
- BRAVO, M, I, S; MATOS, M, C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. BRAVO, M, I, S. et al. (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006, p.167-217.
- BRASIL. *Cadernos de atenção básica ministério da saúde HIV/Aids, hepatites e outras e outras DST.2006*. disponível <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcaad18.pdf>>. acesso em 01 maio de 2017.
- _____. *DST/AIDS: Aprenda sobre HIV e aids*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS5F787FCPTBRIE.htm>. acesso em: 05 de maio de 2014.
- _____. *O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica*. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58663/manejo_da_infeccao_manual_para_medicos_pdf_17112.pdf>. acesso em 01 de maio 2017.
- CASTRO, M. M. C. Políticas sociais e famílias. *Revista Libertas*. v.8, n.2, p.111 – 128, jul-dez / 2008.
- _____. Serviço Social e Cuidado em Saúde: uma articulação necessária. *Revista Libertas*. FSS/UFJF, Juiz de Fora, v.2, nº 1, p. 128-148, 2007.
- CFESS. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília/DF, 2010.
- COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n 62, p. 35-71, 2000.

LOPES, O. V.; CASTRO, M. M. C.

A assistência em saúde à pessoa com HIV/AIDS na experiência de residência em saúde: demandas e desafios para o Serviço Social

GUEDES, Heloísa. H.S. O desafio da prevenção em HIV/AIDS: um estudo acerca das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência em Juiz de Fora/MG. *Dissertação de Mestrado*. PPGSS/UFJF. 2010.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético - políticas e teórico – metodológicas no Serviço Social contemporâneo. MOTA, A et al (orgs). *Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 161 - 166.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as exigências para os Assistentes Sociais in Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. MOTA, A. E. et al (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 218-24.

OLIVEIRA, R.E. *HIV/AIDS: a representação social da doença e as estratégias de seguir a vida*. Universidade Federal de Juiz de Fora. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Ações Institucionais e Saúde Coletiva. Juiz de Fora, UFJF, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. Disponível em http://www.pjf.mg.gov.br/saude/aids_dst/. Acesso em 15 de maio de 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Programa DST AIDS. *Mulher e a AIDS em Juiz de Fora – 2010*. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/mulher.php. acesso em 30 de agosto de 2017.

RIBEIRO, D. *Número de diagnósticos de HIV aumenta nos últimos três anos em JF*. *Diário Regional*. Juiz de Fora, 20 de abril de 2016. disponível em: <http://www.diarioregionaljf.com.br/cidade/2494-numero-de-diagnosticos-de-hiv-aumenta-nos-ultimos-tres-anos-em-jf>. acesso em 30 de agosto de 2017.

ROCHA, A. G. V. A AIDS como expressão da questão social: a prática pedagógica do assistente social nos programas de prevenção DST/AIDS. JOINPP, São Luís-MA, 2005.

SARMENTO, H.B.M. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sócio política ao redimensionamento de suas funções sociais. ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e Política Social. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília. CEAD, 1999. Módulo 4.

SILVA, G. A. Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador HIV. Editora UFJF, 2004.

LOPES, O. V.; CASTRO, M. M. C.

A assistência em saúde à pessoa com HIV/AIDS na experiência de residência em saúde: demandas e desafios para o Serviço Social

SILVA, G. A; TAKAHASHI, R. F. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. *Revista APS*. v. 11, n. 1, p. 29-41, jan./mar. 2008.

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