

CECILIA SILVEIRA VILAMIL

**O HIV NO HOSPITAL NEREU RAMOS:
UMA ANÁLISE DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS
PELOS USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM A AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Naldir da Silva Alexandre.

CECILIA SILVEIRA VILAMIL

O HIV NO HOSPITAL NEREU RAMOS: UMA ANÁLISE DAS DIFICULDADES
ENCONTRADAS PELOS USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM A AIDS

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

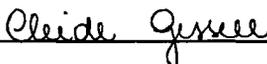
Florianópolis, 16 de dezembro de 2008.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a Msc. Naldir da Silva Alexandre

Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC
Orientadora



Prof^a Msc. Cleide Gessele

Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC
Primeira Examinadora



Sandra Márcia Ferreira de Andrade e Silva

Assistente Social do Hospital Nereu Ramos - Florianópolis
Segunda Examinadora

Dedico este trabalho à minha família,
principalmente ao meu irmão
Geovane (*in memória*).
Simplesmente Obrigada. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que me deu essa oportunidade, concedendo-me muita força, coragem e paciência.

Ao meu irmão Geovane Silveira (*in memoriam*), tenho certeza que esteve comigo durante esse trabalho, obrigada pela inspiração.

Aos meus pais Osni e Lourdes, pelo apoio constante, pelas orações e pelo incentivo, muito obrigada, vocês são os melhores pais do mundo, amo vocês.

À minha irmã Maria de Fátima, obrigada pelo carinho.

Ao meu marido Leandro, obrigada pela paciência, por segurar minha mão nas horas difíceis, pelas orientações e “dicas” na realização deste, pelas retiradas de livros na Biblioteca, pelas “correrias” de moto para entregar meus trabalhos, enfim, muito obrigada, amo-te muito.

Ao Hospital Nereu Ramos, meu muito obrigada aos funcionários, em especial a Vera, que me auxiliou no início do estágio e a Sandra Sant’Anna, obrigada pelo apoio e contribuições.

Às Assistentes Sociais e amigas do Hospital, Roseli, Sandra e Simone, que sempre me incentivaram e se mostraram dispostas a me orientar.

Aos portadores do vírus HIV/AIDS, usuários do Hospital, que sempre demonstraram confiança em mim, e me ofereceram apoio e atenção. Obrigada, vocês foram os maiores motivadores para realização deste trabalho.

Aos colegas de turma, obrigada pela convivência e pelas trocas de experiências, adorei conhecê-las (los), sucesso a todas(os).

Obrigada Eliane, Nídia e Pâmela, companheiras nos “trabalhinhos”, pelas trocas de conhecimentos e paciência comigo.

Às colegas de outras turmas e das disciplinas optativas que cruzaram o meu caminho nessa jornada, como a Jaqueline, Dayana, Danielle, Débora e Cristiane conhecer vocês.

Aos professores do Departamento de Serviço Social, obrigada pelas experiências divididas.

Agradeço a minha orientadora Naldir pelo acolhimento nesse momento de ansiedade, pela contribuição especial, empenho e paciência nessa caminhada.

Obrigada à Prof. Cleide Gessele, e a Assitente Social Sandra Márcia por aceitarem fazer parte da minha banca.

Enfim, a todos os amigos e familiares que torceram por mim e ajudaram a concluir o curso. Obrigada!

“Deus, concede-me a graça de aceitar com serenidade aquilo que não pode ser modificado, a coragem para mudar o que deve ser mudado e a sabedoria para distinguir uma coisa da outra”.

Prece tradicional judaica

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo apresentar a temática HIV/AIDS, tendo como universo de pesquisa o Hospital Nereu Ramos, referência em Santa Catarina no tratamento de HIV/AIDS. Para tanto, realizamos um resgate histórico, tanto do Hospital como do vírus HIV, bem como, do Serviço Social na Instituição supracitada. Além disso, abordamos a rede de assistência oferecida pelo Governo Federal em parceria com o Estado de Santa Catarina, a relação da família, o preconceito e a sociedade frente aos usuários portadores de HIV/AIDS, e ainda, as dificuldades enfrentadas pelos usuários que convivem com o vírus. Utilizamos à pesquisa qualitativa, tendo como instrumentos a pesquisa documental e bibliográfica e a entrevista estruturada para conhecer a realidade vivida pelos sujeitos sociais.

Palavras chaves: direitos, família, HIV/AIDS, políticas públicas, preconceito.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes), Brasil e SC, 1984 a 2006.....	22
Gráfico 2: Idade dos entrevistados.....	46
Gráfico 3: Forma de Contágio.....	47
Gráfico 4: Quanto tempo convive com o vírus.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quadro de funcionários do HNR	18
Tabela 2: Municípios catarinenses com maior número de casos de AIDS notificados, segundo ano de diagnóstico, SC, 1984-2007.....	23
Tabela 3: Estado civil dos entrevistados.....	48
Tabela 4: Escolaridade dos entrevistados.....	48
Tabela 5: Profissão dos entrevistados.....	49
Tabela 6: Renda dos entrevistados.....	50
Tabela 7: Renda dos entrevistados.....	52
Tabela 8: Renda dos entrevistados.....	56

LISTA DE SIGLAS

- AAHNR- Associação Amigos do Hospital Nereu Ramos
- ABORDA- Associação Brasileira de Redutores de Danos
- ACORDA- Associação Catarinense de Redutores de Danos
- ADT- Atendimento Domiciliar Terapêutica
- AIDS- Acquired Immunodeficiency Syndrome
- BPC- Benefício Prestação Continuada
- CECRED- Centro de Convivências e Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos
- CPAS- Comissão Permanente de Assistentes Sociais
- CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento
- DIP- Doença Infecto Parasitária
- DIP- Doenças Infecto Parasitárias
- DIVE- Diretoria de Vigilância Epidemiológica
- DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- DST- Doença Sexualmente Transmissível
- ENONG - Encontro Nacional de ONGs
- FAÇA- Fundação Açoriana de Controle da AIDS
- FGTS- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
- FHSC- Fundação Hospitalar de Santa Catarina
- GAPA- Grupo de Apoio aos Portadores de HIV/AIDS
- HD- Hospital Dia
- HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
- HNR- Hospital Nereu Ramos
- HSH- Homossexual
- HTVL- Vírus Linfotrópico da célula T Humana
- IBOPE- Instituto Brasileiro de Opinião e Estatísticas

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

OG- Organizações Governamentais

ONGs- Organizações Não-Governamentais

PASEP- Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIS- Programa de Integração Social

PN- Plano Nacional

PNH- Política Nacional de Humanização

PPD- Pessoa Portadora de Deficiência

PVHA- Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SAE- Sistemas de Atendimento Especializado

SC- Santa Catarina

SES- Secretaria de Estado da Saúde

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS- Sistema Único de Saúde

TBMR- Tuberculose Multiresistente

TFD- Tratamento Fora Domicílio

UDI- Usuário de Droga Injetável

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

ULS- Unidade Local de Saúde

UNDCP- Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

UNEGRO- União dos Negros pela Igualdade

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
SEÇÃO I.....	16
UNIDADE LOCAL HOSPITAL NEREU RAMOS FLORIANÓPOLIS S/C: LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	16
1.1 Caracterização da Organização: Hospital Nereu Ramos.....	16
1.2 Surgimento do HIV/AIDS ao século XXI: trajetória histórica da doença.....	20
1.3 A trajetória do Serviço Social na unidade local Hospital Nereu Ramos.....	24
1.4 O Serviço Social: atuação frente aos portadores/as de HIV/AIDS no Hospital Nereu Ramos.....	26
SEÇÃO II.....	30
ASPECTOS TRABALHADOS EM TORNO DA REDE DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE HIV/AIDS NO HNR.....	30
2.1 As Políticas Públicas e o trabalho das ONGs frente aos portadores de HIV/AIDS.....	30
2.1.1 Legislação Brasileira: os direitos dos portadores de HIV/AIDS.....	35
2.2 O viver com o vírus HIV/AIDS: Família, Sociedade e Trabalho.....	39
SEÇÃO III.....	43
O CONVIVER COM O VÍRUS HIV/AIDS: COM A PALAVRA, USUÁRIOS DO HOSPITAL NEREU RAMOS.....	43
3.1 Procedimentos da Pesquisa.....	43
3.1.1 Instrumentos e Coleta de Dados.....	44
3.1.2 Sujeitos da Pesquisa.....	45
3.2 Conhecendo o Perfil e Dificuldades dos Sujeitos da Pesquisa.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICE.....	72

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista.....	73
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
ANEXOS.....	79
ANEXO A - Organograma da Instituição.....	80
ANEXO B - Ficha de Acolhimento.....	82
ANEXO C - Mapa da Assistência.....	87

INTRODUÇÃO

Das várias doenças sexualmente transmissíveis que temos conhecimento no século XXI, a AIDS talvez seja a mais devastadora, pois ela ataca silenciosamente e pode permanecer oculta durante anos, fragilizando o sistema imunológico e agravando o problema de saúde do indivíduo.

Entretanto, pior que os sintomas e conseqüências biológicas que a doença pode causar, o portador do vírus HIV, enfrenta a dificuldade de interagir com a sociedade por possuir uma doença crônica, que carrega consigo um agravante, o preconceito, temas que serão trabalhados no decorrer deste trabalho.

A proposição de pesquisa deste trabalho possui relação com o estágio curricular realizado desde abril de 2008 no setor de Serviço Social do Hospital Nereu Ramos. Outro fator importante que incentivou a realização deste é a grande lacuna existente na produção teórica dos acadêmicos do curso de Serviço Social, no que se refere a Trabalhos de Conclusão de Curso. Levando-se em consideração a história da doença-descoberta na década de 1980 poucos trabalhos abordaram o tema HIV/AIDS nesse período. Quanto à relevância pessoal o que motivou a realização deste projeto foi afinidade e interesse da autora pelo tema.

Este trabalho tem por objetivo apresentar as dificuldades enfrentadas pelos usuários do Hospital Nereu Ramos que convivem com o vírus HIV/AIDS. Para tanto, o presente documento contempla os seguintes itens: na primeira seção apresentaremos o histórico do Hospital Nereu Ramos, local onde a acadêmica realizou seu estágio curricular, desde a sua criação até os dias atuais, em seguida passaremos para a contextualização do vírus HIV/AIDS, seu conceito, onde e quando foi diagnosticado pela primeira vez bem como, os índices de contaminados no Estado de Santa Catarina, além dos casos notificados pelo Hospital Nereu Ramos no ano de 2007.

Apresentaremos também a trajetória do Serviço Social no Hospital Nereu Ramos, suas atribuições na Instituição e sua relação com os usuários.

Na segunda seção, apresentaremos a rede de atendimento disponível aos usuários portadores de HIV/AIDS, a relação com o Estado, o trabalho das ONGs frente à temática, abordaremos ainda a Legislação Brasileira específica aos portadores de HIV/AIDS.

A terceira seção traz os procedimentos metodológicos utilizados para a elaboração deste, incluindo a análise das entrevistas realizadas com portadores do vírus HIV/AIDS, usuários do Hospital Nereu Ramos.

Para concluir, apresentaremos as considerações finais em relação à pesquisa, bem como sugestões para o trabalho do Assistente Social frente aos portadores do vírus.

SEÇÃO I

UNIDADE LOCAL HOSPITAL NEREU RAMOS FLORIANÓPOLIS S/C: LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO: HOSPITAL NEREU RAMOS

Em 1940, com o surgimento de doenças infecto-contagiosas¹, o Sr. Nereu de Oliveira Ramos, então governador do Estado, percebeu a necessidade de criar um local onde esses cidadãos pudessem ser tratados. Entretanto, foi apenas em 06/01/1943 que o Hospital Nereu Ramos - HNR foi fundado. O local, em condição de sanatório², era administrado por irmãs de caridade³, conforme Irmã Bernaldina, em entrevista realizada em 03/06/92, não havia profissionais especializados, logo, as rotinas de enfermagem eram realizadas por elas.

Em 1973 foi considerado Referência Estadual em Doenças Infecto-contagiosas, sendo incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina – FHSC, “entidade de caráter privado, sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade de Florianópolis e jurisdição em todo território catarinense” (HOSPITAL NEREU RAMOS), dependendo administrativamente da mesma. Nesse período o Hospital passou por diversas reformas para adequar-se às novas demandas.

Nessa época o hospital atendia adultos e crianças vítimas de tuberculose e outras doenças infecciosas, parasitárias. Porém no ano de 1979 com a criação do Hospital Infantil Joana de Gusmão, encerrou os atendimentos pediátricos.

No início da década de 1980 a Unidade de Terapia Intensiva – UTI - e o Centro Cirúrgico foram desativados por falta de profissionais especializados, sendo reativados em 2001. O centro cirúrgico realizou cirurgias até março de 2007, sendo novamente desativado para reforma, sem previsão de retorno⁴.

¹ “Doença infecciosa que facilmente se transmite por contágio. Ex: tuberculose, varíola, sarampo, paralisia infantil, febre tifóide” (PACIORNIK, 1985, p. 321).

² “Estabelecimento para tratamento de doentes, especialmente para convalescentes ou doentes não graves. Atualmente, o termo usa-se para designar uma instituição para o tratamento da tuberculose ao ar livre” (PACIORNIK, 1985, p.477).

³ Não foi possível identificar nos arquivos do hospital, a congregação que as irmãs pertenciam.

⁴ Informações obtidas no livro de Registro de Cirurgias do HNR.

Em 1985 com o aparecimento dos primeiros casos em Santa Catarina de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV/Acquired Immunodeficiency Syndrome – AIDS – ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA - o Hospital Nereu Ramos destinou 10 leitos para esses casos. Todavia, com o aumento do índice dos portadores de HIV/AIDS, hoje esse número é de 62 leitos.

Em 1987 foi criado o Ambulatório de Infectologia, que atende usuários e seus familiares através de consultas agendadas.

Em 1991, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – a FHSC foi extinta, e o HNR passou a ser administrado e financiado pela Secretaria de Estado da Saúde – SES. De acordo com a Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regula os serviços de saúde, entende-se que:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990, p. 02).

O Hospital Nereu Ramos tem como missão:

Promover a Saúde, prestando assistência de qualidade para atingirmos a excelência no atendimento aos portadores de doenças infecciosas e pulmonares, atuando como centro de referência para o Estado de Santa Catarina, visando o bem estar do indivíduo, família e comunidade (HOSPITAL NEREU RAMOS apud MATTOS, 2007, p. 68).

Em 1995 o HNR foi credenciado pelo Ministério da Saúde para prestação de serviços em Hospital DIA – HD. Nesse local são atendidos os/as usuários/as que estavam internados no HNR, e continuam seu tratamento após a alta hospitalar, e outros encaminhados diretamente do ambulatório. Segundo informações da Assistente Social em 19/09/2008, o objetivo da implantação do HD foi reduzir ou evitar a internação hospitalar, proporcionando ao usuário melhor qualidade de vida, retorno ao convívio comunitário e familiar, redução dos riscos de contaminação hospitalar e a diminuição de custos financeiros.

Em 1997 o Hospital foi reconhecido como referência Estadual no tratamento de HIV/AIDS. Em 1998, foi intitulado como Centro de Referência em doenças pulmonares. No mesmo ano foi reconhecido como Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais⁵, e em 1999, passou a oferecer o serviço de reabilitação pulmonar.

⁵ De acordo com a Enfermeira do setor (14/10/08), em 2007, o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais passou a ser no Hospital Infantil Joana de Gusmão, sendo o HNR uma extensão do atendimento em casos de acidente com material biológico, profilaxia antirábica, e acidentes com materiais perfuro cortantes.

Atualmente o HNR possui uma estrutura funcional de 417 colaboradores, distribuído da seguinte forma:

Tabela 1: Quadro de funcionários do HNR

FUNCIONÁRIOS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Administrador	1	0,24
Agente de Serviços Gerais	101	24,22
Agente em Atividades Administrativo	3	0,72
Agente em Atividades de Saúde	93	22,3
Assistente Social	3	0,72
Bibliotecária	1	0,24
Caldeireiro	3	0,72
Costureira	2	0,48
Cozinheira	1	0,24
Diretor Geral	1	0,24
Eletricista	1	0,24
Encanador	1	0,24
Enfermeiro	29	6,95
Farmacêutico	2	0,48
Fisioterapeuta	1	0,24
Gerente Administrativo	1	0,24
Gerente Enfermagem	1	0,24
Gerente Técnico	1	0,24
Informática	6	1,44
Jardineiro	1	0,24
Marceneiro	2	0,48
Médico	46	11,03
Motorista	3	0,72
Nutricionista	3	0,72
Pintor	1	0,24
Técnico em Atividades Administrativo	23	5,52
Técnico em Atividades de Saúde	78	18,71
Técnico em Radiologia	7	1,68
Telefonista	1	0,24
Total de Funcionários	417	100,00%

Fonte: Departamento Pessoal do HNR em 03/09/08.

A análise da tabela acima nos permite perceber que o Hospital possui uma equipe multiprofissional, entretanto há um déficit de profissionais para atender o/a usuário/a a fim de promover seu bem-estar e melhoria da qualidade de vida, como por exemplo, psicólogos, maior número de fisioterapeutas, odontólogos, advogados e Assistentes Sociais. Se analisarmos esse número considerando a mesma lógica dos enfermeiros, um profissional para cada Unidade - percebemos que o Serviço Social encontra-se defasado, impedindo o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo por parte desses profissionais.

A estrutura física destinada ao atendimento do usuário do HNR divide-se da seguinte maneira:

- *Tisiologia*: destinado ao tratamento de tuberculose pulmonar, disponibiliza 7 leitos masculinos e 8 femininos. A unidade conta ainda com 4 apartamentos para casos de tuberculose multiresistente – TBMR, totalizando 19 leitos.
- *Egy*: essa unidade é destinada aos usuários que estão em isolamento respiratório, aguardam esclarecimentos de diagnóstico, ou possuem convênio médico particular, possui 7 apartamentos.
- *DIP I - Doenças Infecto Parasitárias*: Destina-se ao tratamento de mulheres com Doenças Infecto Parasitárias, geralmente HIV/AIDS, dispendo de 11 leitos.
- *DIP II - Doenças Infecto Parasitárias*: Destina-se ao tratamento de homens com Doenças Infecto Parasitárias, geralmente HIV/AIDS, tendo disponível 15 leitos.
- *Pneumologia*: nessa unidade são tratados casos de nosologias⁶ pulmonares, em especial doença pulmonar obstrutiva crônica – D.P.O.C., ou aguardam esclarecimentos de diagnóstico, contando com 22 leitos.
- *DIP III*: destinada apenas à usuários com HIV/AIDS, tendo 36 leitos masculinos. No início de 2008, porém, foi interdita pela Vigilância Sanitária, devido a um comprometimento na estrutura física da Unidade.
- *Ambulatório*: oferece especialidades como infectologia, clínica médica, psiquiatria, dermatologia, alergista, gastroenterologista, pneumologia, e realiza por mês cerca de 588 atendimentos⁷.
- *Hospital DIA*: destinado à pacientes que precisam fazer uso de medicamentos intravenoso⁸, mas, que não precisam ficar internados, possui 6 leitos.
- *U.T.I.*: a unidade de terapia intensiva - UTI, dispõe 6 leitos, porém, está previsto para o final deste ano a inauguração da nova UTI, que disponibilizará 10 leitos.
- *Pós-Cirúrgico*: possui 3 leitos.

⁶ “Parte da medicina que descreve pormenorizadamente as doenças” (ATUAL DICIONÁRIO BRASILEIRO RIDEEL, s/d, p. 1813).

⁷ Dados referentes ao mês de agosto de 2008, informações obtidas no setor de finanças do HNR, em 14/10/08.

⁸ “Concernente ao interior da veia” (ATUAL DICIONÁRIO BRASILEIRO RIDEEL, s/d, p. 1466).

O usuário chega ao Hospital para internação, encaminhado pelo médico assistente, do ambulatório do HNR, emergências de outros hospitais, ou Unidade Local de Saúde - ULS (o HNR, não atende serviço de emergência).

O presente trabalho foi desenvolvido nas unidades que atendem usuários/as portadores/as de HIV/AIDS - DIP I e DIP II - nessas unidades destinam-se como recursos humanos, divididos nos plantões diurno e noturno, 47 técnicos em atividades de saúde, 4 enfermeiros, 1 Assistente Social, além dos médicos infectologistas.

Dando ênfase a questão pertinente deste trabalho que é o HIV/AIDS, iremos apresentar em seguida o histórico relacionado ao surgimento da doença.

1.2 SURGIMENTO DO HIV/AIDS AO SÉCULO XXI: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA DOENÇA

O surgimento da AIDS não apresenta ano específico de descoberta, afirmamos isto tendo em vista a variação de ano que os autores colocam em suas obras sobre o histórico da doença: enquanto alguns declaram final da década de 1970, outros sustentam que foi a partir de 1980.

Lima (1996) coloca que o vírus da AIDS surgiu em 1981 nos Estados Unidos, foi identificado em um grupo de homossexuais que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis Carinii*⁹, *Sarcoma de Kaposi*¹⁰ e deficiência do sistema imunológico¹¹.

Somente em 1983 a doença foi identificada, era um retrovírus¹² humano, que no início foi denominado HTVL III¹³ e atualmente é chamado vírus da imunodeficiência humana, HIV – 1 encontrado em todo o mundo. Porém, em 1986 outro retrovírus, denominado HIV-2, foi

⁹ “Infecção pulmonar oportunista comum causada por um organismo, inicialmente creditado como sendo um protozoário, porém atualmente creditado como sendo um fungo baseado em sua estrutura” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p.1637).

¹⁰ “Nódulos múltiplos, pequenos, salientes, azulados, semelhantes aos granulados infecciosos, localizados inicialmente de forma simétrica na pele das extremidades e que posteriormente se estendem ao tronco, às mucosas e às vísceras. Desenvolvem, sob certas condições, características neoplásicas” (PACIORNIK, 1985, p. 479).

¹¹ “O sistema imune compreende células e moléculas com funções especializadas na defesa contra a invasão e infecção por outros organismos” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p.1609).

¹² “Um vírus que carrega o material genético no RNA em lugar do DNA e contém a transcriptase reversa” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p.1637).

¹³ HTVL: Vírus linfotrópico da célula T Humana do tipo III. (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p. 981).

identificado na África. Esses retrovírus são encontrados em primatas não-humanos (macacos) da África Sub Sahariana. Portanto, estimamos que sua origem geográfica seja na África.

Bontempo (s/d) coloca que “a AIDS pegou a Medicina completamente desprevenida” (BONTEMPO, s/d, p. 27), ninguém esperava por isso, desconheciam os meios de transmissão, não havia médicos e outros profissionais da saúde especializados para atender a demanda, o que provocou pânico na sociedade norte-americana. Logo apareceram casos em heterossexuais, usuários de drogas injetáveis – UDI e hemofílicos.

Foi nos Estados Unidos que os sintomas da AIDS foram sendo identificados cada vez mais em hemofílicos, a partir daí começou-se a relacionar o plasma¹⁴ doado de homossexuais e UDI, com a AIDS. Logo, percebeu-se que a transmissão do vírus se dá através de “transferência de líquidos orgânicos, principalmente o sangue e suas frações” (BONTEMPO, s/d, pg. 17).

A AIDS é provocada pelo vírus HIV que “ataca” as células do sistema imunológico – denominadas linfócitos T4¹⁵ – deixando-o suscetível a doenças e infecções comuns. Conforme nos coloca Bontempo (s/d) ninguém morre de AIDS, o infectado morre devido a alguma doença que tenha contraído, e, devido a presença do vírus, seu sistema de defesa não consegue se “defender”.

Uma pessoa pode ter o vírus da AIDS, por muito tempo, de acordo com informações coletadas no site Portal São Francisco¹⁶ de oito à dez anos, sem se manifestar, neste caso o usuário é identificado como soropositivo ou HIV+. Quando doenças oportunistas começam a aparecer, significa que o vírus já evoluiu para a AIDS, ou seja, os usuários já se desenvolvem os sintomas da enfermidade.

No Brasil, o primeiro caso de AIDS, segundo informações do Ministério da Saúde, foi em 1980, na cidade de São Paulo. No entanto, desde a década de 1980 até o ano de 2007, há registros¹⁷ de 474.273 pessoas que vivem com o vírus no país.

O gráfico seguinte nos mostra a incidência da AIDS no Brasil e em Santa Catarina:

¹⁴ Porção líquida remanescente do sangue. (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p 924).

¹⁵ “Linfócitos T4 possuem receptores superficiais específicos, chamados CD4, onde o HIV se acopla como uma chave a uma determinada fechadura” (KERN, 2003, p. 53).

¹⁶ Disponível em: <<http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/aids/aids-6.php>> Acesso em 18 set.08.

¹⁷ Informações de acordo com o site do Ministério da Saúde.

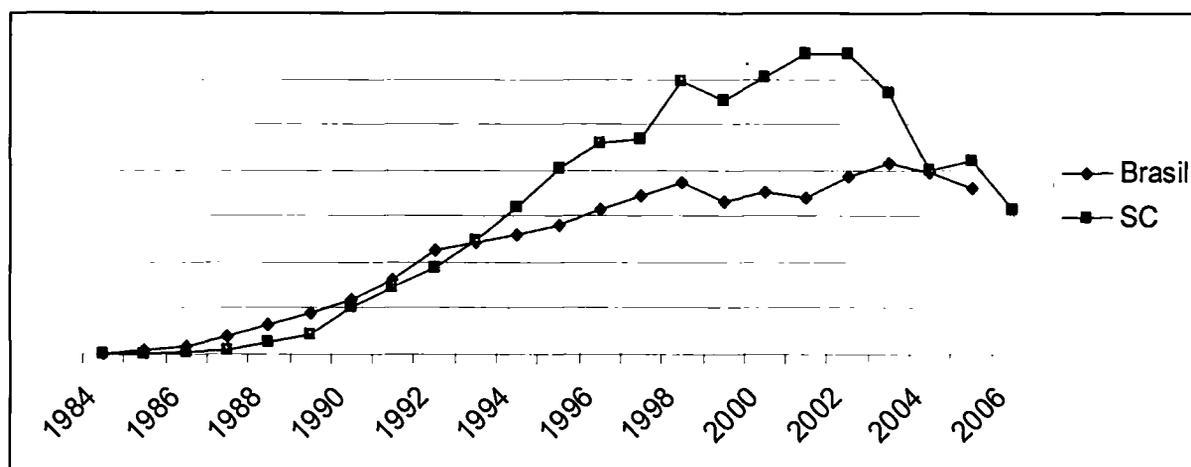


Gráfico 1 – Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes), Brasil e SC, 1984 a 2006.
Fonte: GEDST/AIDS/DIVE/SES

Como é possível perceber, o Estado de Santa Catarina – SC apresenta maior incidência de casos de AIDS do que os números nacionais, aspectos considerados pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVE de SC, no que tange ao planejamento de ações de promoção e prevenção da epidemia.

Em Santa Catarina, o primeiro caso notificado¹⁸ foi em 1984, no sexo masculino, em Chapecó. Em mulheres, o primeiro caso foi em 1987¹⁹.

De acordo com a DIVE, foram notificados de 1984 à 2007, 19.757 casos, sendo 867 em crianças.

Com população estadual estimada em 6.049.234 habitantes, e 293 municípios, Santa Catarina apresenta notificações de casos em 79,5% desses, logo 233 municípios. Sendo que dos casos apresentados, 55,2% são em heterossexuais, 24,6% são UDI e 12,1% são homossexuais – HSH. A faixa etária dos casos notificados é de 20 a 49 anos (DIVE).

A cidade de Florianópolis apresenta o maior índice de pessoas que vivem com HIV/AIDS, do Estado, com 3.473 casos notificados, como é possível observar nas tabelas que seguem:

¹⁸ Informações obtidas no site da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, disponível em: <www.dive.sc.gov.br> Acesso em 01 out.08.

¹⁹ Não foi disponibilizado pela DIVE, a cidade catarinense, onde o primeiro caso do sexo feminino foi notificado.

Tabela 2 – Municípios catarinenses com maior número de casos de AIDS notificados, segundo ano de diagnóstico, SC, 1984-2007.

MUNICÍPIO	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Florianópolis	0	-	3	11	19	25	54	71	144	162	172	242
Joinville	0	-	2	0	2	4	18	17	30	35	45	76
Itajaí	0	-	0	2	6	19	40	77	43	101	111	116
Blumenau	0	-	0	1	1	8	13	20	21	33	36	49
São José	0	-	0	2	4	4	10	12	14	15	36	54
Criciúma	0	-	1	0	2	2	9	21	27	24	36	48
Bal. Camboriú	0	-	0	0	4	6	17	18	13	20	16	37
Lages	0	-	1	1	0	3	5	7	12	5	12	18
Chapecó	1	-	0	1	0	0	5	4	4	17	10	19
Tubarão	0	-	0	1	0	3	0	3	5	8	5	9
Palhoça	0	-	0	0	0	0	0	1	6	8	18	17
Laguna	0	-	0	0	0	0	0	2	3	2	9	8
Jaraguá do Sul	0	-	1	0	0	0	0	2	2	5	4	7

Fonte: GEDST/AIDS/DIVE/SES

MUNICÍPIO	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Florianópolis	220	170	219	197	224	253	223	266	195	197	244	162	3473
Joinville	74	96	159	147	214	204	212	186	176	180	180	175	2232
Itajaí	105	148	189	151	156	149	182	129	75	68	41	45	1953
Blumenau	89	68	83	81	96	106	124	111	104	110	123	90	1367
São José	71	85	60	101	101	119	88	102	113	68	73	61	1193
Criciúma	77	62	96	68	73	99	74	69	66	66	78	89	1087
Bal. Camboriú	50	37	59	37	64	45	67	75	79	81	41	54	820
Lages	20	35	39	31	36	48	36	29	39	28	24	10	439
Chapecó	19	15	40	31	34	24	19	24	33	40	19	33	391
Tubarão	10	15	23	16	29	26	35	44	20	23	16	31	322
Palhoça	23	20	23	23	29	42	24	25	15	11	18	14	317
Laguna	14	14	27	25	21	30	23	13	22	32	20	31	296
Jaraguá do Sul	3	8	14	8	24	28	24	15	24	21	44	24	258

Fonte: GEDST/AIDS/DIVE/SES

De acordo com o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HNR²⁰, em 2007 foram notificados pela Instituição 223 novos casos de HIV em Santa Catarina, sendo 92 deles na Cidade de Florianópolis, 40 casos em São José e 29 casos em Palhoça. Na Estatística do HNR, verificamos que 89% desses casos são em pessoas entre 30 a 39 anos, e no que se refere à categoria de exposição, 90.12% são em relações heterossexual.

Por ser um vírus “invisível”, as pessoas não costumam tomar os cuidados para se prevenir, como o uso de preservativos masculinos ou femininos. Essa pode ser uma das causas do aumento do índice de infectados. Acreditamos ainda que o número de infectados seja ainda maior, pois, não é comum fazer exames de sangue periodicamente com este fim, logo, muitas pessoas podem ter o vírus e não ter conhecimento.

Dando continuidade ao trabalho, apresentaremos a seguir a trajetória do Serviço Social no HNR.

1.3. A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE LOCAL HOSPITAL NEREU RAMOS

O Serviço Social iniciou em 1972, juntamente com a Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC. Nessa época não havia interdisciplinaridade profissional, a atuação em cada unidade era isolada. No mesmo ano foi criada a Comissão Permanente de Assistentes Sociais – CPAS, que tinha como objetivo “congregar os Assistentes Sociais e solucionar problemas pertinentes a área de atuação de Serviço Social, constituída por um Assistente Social de cada unidade da FHSC” (DIRETRIZES GERAIS DO SERVIÇO SOCIAL NA FHSC, 1977).

A partir de 1976, com a evolução do trabalho do Serviço Social na FHSC, surgiu a Coordenadoria de Serviço Social junto ao Departamento Técnico da FHSC, “tendo como finalidade básica a definição de uma política de ação que norteará a atuação do Serviço Social na FHSC” (DIRETRIZES GERAIS DO SERVIÇO SOCIAL NA FHSC, 1977).

De acordo com o plano de trabalho do Serviço Social, elaborado pela Assistente Social da instituição em 1995, o Serviço Social “foi implantado com o objetivo de intervir na relação paciente-hospital, especialmente nos aspectos psico-social, ambientais e grupais que interferem decisivamente para recuperação da saúde” (ASSISTENTE SOCIAL, 1995). O

²⁰ Contato e informações obtidas em 13/11/08, com a Enfermeira responsável pelo setor no HNR.

Serviço Social no HNR faz parte do setor técnico auxiliar, subordinado a gerência técnica, segundo organograma em anexo A.

Conforme ressalta a Assistente Social, em contato realizado em 25/04/08, o Serviço Social do HNR, tem como principais objetivos atender o/a usuário/a internado, a família e a comunidade, criando articulações entre o hospital e outras instituições. Compete ao Assistente Social desta entidade:

- Esclarecer, orientar pacientes, familiares e comunidade a respeito de seus direitos previdenciários, civis, políticas de saúde, políticas de humanização e outros;
- Encaminhar pacientes, familiares e servidores para programas comunitários;
- Acompanhar e orientar voluntários;
- Intermediar demandas do usuário junto à equipe de saúde;
- Articulação de recursos comunitários para atender demandas dos usuários.

O Serviço Social do HNR utiliza como práticas e instrumentos de trabalho:

- Assistência individual à pessoa acamada;
- Orientações diversas a pacientes, família e comunidade;
- Participação na troca de plantão da Enfermagem, identificando as demandas sociais;
- Orientações diversas aos servidores;
- Participação no desenvolvimento da Política Nacional de Humanização – PNH dentro do HNR e Secretaria de Estado da Saúde – SES.

O Serviço Social utiliza ainda de reuniões, visitas domiciliares, contatos e visitas a instituições governamentais e não-governamentais. Sobre as formas de registro, o profissional utiliza para atendimento das demandas a Ficha de Acolhimento (anexo B) e em alguns casos, o estudo social. Também faz uso de reuniões pontuais com diversos setores do Hospital, buscando implementar a interdisciplinaridade.

O espaço de atendimento sócio-assistencial caracteriza-se, em sua grande maioria, pelo atendimento ao público de baixo poder aquisitivo. Estes são procedentes da grande Florianópolis e outras localidades do Estado, tendo em vista que este Hospital é referência estadual para tratamento de doenças infecto-contagiosas.

Em geral os/as usuários/as apresentam pouca escolaridade e baixa renda. Muitos não possuem vínculo empregatício, ou, são provenientes da economia informal. Esse perfil foi

percebido através do projeto de intervenção: Orientação sobre os direitos sociais dos pacientes portadores de HIV/AIDS internados no HNR, realizado em maio de 2008. Foram feitas sete entrevistas com usuários internados. As perguntas elaboradas foram baseadas na legislação referente ao HIV/AIDS.

Nesse sentido, através das entrevistas percebemos que os sujeitos não têm conhecimento acerca de seus direitos, pois todos desconheciam, por exemplo, a portaria interministerial de 869/92 que proíbe a realização de exames admissionais.

1.4 SERVIÇO SOCIAL: ATUAÇÃO FRENTE AOS PORTADORES DE HIV/AIDS NO HOSPITAL NEREU RAMOS

O Serviço Social do HNR é norteado por três eixos específicos: os processos político-organizativos; os processos de planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais.

Para Nogueira e Miotto (apud MORAES et al., 2007) as ações do Assistente Social estão alicerçadas nestes três eixos, que devem direcionar a atuação profissional e são caracterizados pelos seguintes aspectos:

Os *processos político-organizativos* correspondem à articulação de um conjunto de ações, dentre as quais se destacam a mobilização e a assessoria, incrementando discussões e ações entre o espaço sócio-ocupacional, a comunidade e outras instituições visando a universalização, ampliação e a efetivação da cidadania.

Os *processos de planejamento e gestão* correspondem ao conjunto de ações profissionais no âmbito das instituições e serviços de saúde no planejamento e gestão de serviços sociais. Conforme afirma Nogueira e Miotto:

Neste âmbito, estão contidas as ações destinadas à efetivação da intersetorialidade, quais sejam, a gestão das relações interinstitucionais e a criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, que servem de base tanto para o trabalho do Assistente Social como para a equipe da qual faz parte (NOGUEIRA E MIOTTO, 2006, p. 12).

Os *processos sócio-assistenciais* correspondem a um conjunto de práticas profissionais desenvolvidas diretamente com os usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Têm como lógica atender o usuário como sujeito para

responder demandas/necessidades particulares. Incluem ações de diferentes naturezas, mas em constante interação. Fazem parte dos processos sócio-assistenciais as ações: periciais, sócio-terapêuticas, sócio-emergenciais e sócio-educativas.

As *ações periciais* têm por objetivo “elaborar parecer social ou pareceres técnicos com a finalidade de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e também processos de referência e contra-referência” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 13).

As *ações sócio-terapêuticas* têm por finalidade “o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal de vidas pelos usuários e ou familiares, particularmente em momento críticos como morte, recebimento de diagnósticos, acidentes” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 13).

As *ações sócio-emergenciais* procuram “atender às demandas relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 13).

E, por fim, as *ações sócio-educativas* que “consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda do usuário” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 13).

Quanto à intervenção e procedimentos, o Serviço Social em sua prática junto aos usuários do HNR procura desenvolver uma atuação voltada ao acolhimento com intuito de perceber as necessidades do usuário e da família, bem como a produção de vínculos entre esses sujeitos.

O profissional de Serviço Social atua em consonância com a rede de atendimento dos vários municípios que disponibilizam seus serviços de acordo com a necessidade dos/as usuários/as atendidos na Instituição. Faz-nos necessário destacar a importância da rede, nesse sentido o poder público não deve ser substituído e sim, articulado com a sociedade, para que os agentes dessas políticas passem do “campo da ajuda, filantropia, benemerência para o da cidadania e dos direitos” (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2004, p. 41).

São várias as demandas que surgem no HNR, dentre elas podemos mencionar: próteses auditivas; óculos de grau; medicação de uso contínuo; vagas em casa de repouso, apoio e recuperação; diversas especialidades disponíveis nas ULS; dentre outras demandas.

Nesta instituição, utilizamos *práticas sócio-educativas* no sentido de acolhimento quando da chegada do/a usuário/a para a internação. Nesse momento, são esclarecidas as rotinas hospitalares, os direitos do acompanhante e do/a usuário/a, bem como o trabalho do Assistente Social, quais sejam: orientações acerca do tratamento, questões previdenciárias, trabalhistas, entre outras, que constituam a efetivação de seus direitos no âmbito do SUS e demais Leis que se façam necessárias como: Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei 8.742/1993), Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei 7.853/1989), entre outras. Quando falamos em direitos e/orientações, é relevante trazer à tona o Código de Ética Profissional, princípio norteador das nossas ações, que define dentre as atribuições do Serviço Social: “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (BRASIL, 1993, p. 3).

O Assistente Social também realiza pareceres sociais visando a efetivação de direitos. Fávero, esclarece que “o parecer social diz respeito a esclarecimentos e análises, com base em conhecimento específico do Serviço Social, a uma questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas” (FÁVERO, 2005, p. 47). No HNR os pareceres são utilizados quando da confecção da documentação pessoal dos usuários junto ao Fórum das capitais; nos programas específicos que abrangem nossa demanda, como idosos (maus tratos, abandono, asilamento), dependentes químicos (tratamento), moradores de rua (retorno a família e/ou cidade de origem, pensão), e demais sujeitos, de acordo com a necessidade.

Trabalhamos ainda no âmbito da relação profissional-usuário-família, no que tange ao momento da notícia do resultado dos exames, da questão de sobrevida no pós-diagnóstico, das possibilidades de tratamento, enfim, do sofrimento emocional que interfere no processo, de recuperação do/a usuário/a e da possível alta.

Importante ressaltar que quando falamos de usuários com doenças crônicas²¹, tratadas nesta unidade hospitalar, estamos nos reportando a variadas situações que surgem, desde a aceitação de prognóstico, até situações de rejeição por parte de familiares e da iminência de óbito que acaba por fragilizar as relações. Nesse sentido, percebemos que o “papel da família consiste em fornecer os recursos físicos e emocionais para manter a saúde e um sistema de

²¹ Doenças crônicas quer dizer: “condições médicas ou problemas de saúde com sintomas ou incapacitadas associadas que exigem o tratamento de longo prazo (três meses ou mais)”, (Robert Wood Johnson Foundation apud, BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p.154).

apoio nos momentos de crise, como nos períodos de doença” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p.106).

Vinculadas às *ações sócio-emergenciais*, o Serviço Social do HNR disponibiliza kit's de higiene pessoal, cestas básicas e passagens de ônibus, quando de alta hospitalar, roupas e calçados para pacientes que deles necessitem (moradores de rua, por exemplo), tratamento ambulatorial, medicamentos não disponibilizados pelo Estado.

Os recursos destinados às intervenções supracitadas, advêm da Associação Amigos do Hospital Nereu Ramos – AAHNR, que disponibiliza recursos financeiros próprios provenientes da realização de bazares (com produtos doados da receita federal), brechó (roupas doadas pela comunidade) e recursos pessoais, que custeiam tais necessidades.

É importante ressaltar que “a assistência social deve contribuir efetivamente para a inclusão social, na perspectiva dos direitos sociais e da equidade, buscando superar o clientelismo e o assistencialismo, marcas históricas das medidas governamentais na área social” (MARTINS e PAIVA, 2003, p. 51).

Enfim, o Serviço Social frente os/as usuários/as portadores de HIV/AIDS, deve trabalhar na mediação de relações que apresentem conflitos, buscar a efetivação de direitos, orientar e esclarecer sobre os tratamentos disponíveis. Tais ações devem ser tomadas no sentido de diminuir a discriminação e o preconceito presentes na vida desses sujeitos.

Neste sentido, na seção seguinte apresentaremos a relação do Estado frente às políticas de atendimento aos usuários portadores do vírus HIV, bem como a Legislação Brasileira específica no que tange à proteção desse público.

SEÇÃO II

ASPECTOS TRABALHADOS EM TORNO DA REDE DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES/AS DE HIV/AIDS NO HNR

2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O TRABALHO DAS ONGs FRENTE AOS PORTADORES/AS DO VÍRUS HIV/AIDS

Para dar resposta à demanda crescente dos portadores de HIV/AIDS, o poder público precisa desenvolver mecanismos a fim de efetivar direitos e garantir a qualidade de vida dos usuários. Dessa forma é necessário entendermos o Estado enquanto ente político que tem como função defender e garantir os direitos dos cidadãos, fomentando espaços de participação e fortalecimento da sociedade civil organizada.

O Estado nada mais é do que uma forma de organização humana. O ser humano, ou seja, a população é a mola propulsora da existência do Estado.

Pertencer a um grupo ético-cultural dentro de um Estado implica a existência de reconhecimento e proteção pelo Direito estatal. A existência de nacionalidade, ou comunidade culturais e lingüísticas dentro da Nação Jurídica – o Estado – reconhecida pelas normas de Direito Constitucional, é traduzida pelo status peculiar destas comunidades, estabelecido como garantia dos direitos culturais de seus membros de manter sua identidade nacional. (CRUZ, 2003, p. 50).

De uma forma geral entende-se por políticas públicas as ações deliberadas nas quais o Estado participa da organização e funcionamento dos diversos setores da sociedade, ou seja, como ele planeja atender às necessidades do conjunto da população. Portanto, cabe ressaltar que essas ações não são apenas expressões de uma forma de governar, mas resultado do enfrentamento de um complexo jogo de forças e interesses que estão presentes na sociedade. Dessa maneira, pode-se dizer que a política pública nasce da capacidade de negociação entre o governo e a parcela da sociedade civil interessada, sendo o Estado que regulamenta e gerencia essa negociação. Em uma perspectiva de avaliação, “as políticas públicas são decisões governamentais que geram impacto tangível e mensurável ou substantivo, alterando

as condições de um grupo ou população ou produzindo mudanças em atitudes, comportamentos e opiniões” (SILVA, 2001, p. 47).

De acordo com o site Wikipédia (apud Guareschi, Comunello, Nardini & Hoensch, 2004, pág. 180), política pública é definida como:

O conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público.

No que tange à política pública de saúde, a Lei Federal nº 8.080/1990, como já citado nesse anteriormente, afirma que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o SUS” (BRASIL, 1990, p.2).

Logo, de acordo com o Ministério da Saúde, entendemos que o SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, não é um serviço ou instituição, mas sim um sistema, um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um objetivo comum: a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Como exemplo de políticas públicas destinadas aos portadores de HIV/AIDS podemos mencionar o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e AIDS (PN-DST/AIDS), que têm como missão: “reduzir a incidência do HIV/AIDS e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS” (PN-DST/AIDS²²). Nesse sentido, algumas medidas foram tomadas para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo poder público como:

Aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV, aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade, redução do estigma e da discriminação, e melhoria da gestão e da sustentabilidade (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS²³).

Para tanto, a administração pública deverá desenvolver habilidades específicas, com destaque para a formação de redes.

²² Programa Nacional de DST e AIDS.

Disponível em: <[HTTP://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm](http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm)> Acesso em 15 out. 08.

²³ Idem nota anterior.

Nesse sentido, através de visita institucional²⁴ à Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, a funcionária responsável pela rede de assistência aos usuários portadores de HIV/AIDS da Instituição, nos informou que, como serviços²⁵ de atendimentos destinados às pessoas que convivem com HIV/AIDS, o Estado coloca a disposição laboratórios para realização de exames de carga viral²⁶ e CD4²⁷ em várias cidades do Estado de Santa Catarina, os Sistemas de Atendimento Especializado - SAE, Hospitais-Dia - HD, Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, e o Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT

De acordo com o Ministério da Saúde, o SAE trabalha no sentido de prevenir, dar assistência e tratamento aos usuários portadores de HIV ou AIDS e seus familiares. Tem como objetivo “prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários por meio de uma equipe de profissionais de diversas áreas de saúde: médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, s/p). O HD é uma alternativa à hospitalização convencional, e tem como objetivo atender os usuários que não precisam mais estar internados, mas, ainda precisam fazer uso de medicamentos intravenosos diariamente. O CTA trabalha no sentido da prevenção e diagnóstico de DST e HIV, o atendimento é sigiloso e, se desejar, o/a usuário/a passa a ser atendido por uma equipe de profissionais, independente de o teste ter dado positivo ou negativo. O serviço de ADT visa o atendimento ao usuário em sua residência, garantindo a integração do paciente com a família e garantindo melhor qualidade de vida.

O site do Ministério da Saúde ressalta ainda os serviços oferecidos pela Sociedade Civil como assistência jurídica, apoio psicológico, grupos de adesão ao tratamento, assistência domiciliar e familiar, e visitação hospitalar, atividades de geração de renda, centros de convivência, no sentido de destacar a articulação entre redes.

O Plano Nacional - PN-DST/AIDS, “estimula a participação das pessoas vivendo com HIV/AIDS - PVHA, na formulação, implementação e acompanhamento das políticas públicas de DST/AIDS, e também tem apoiado o fortalecimento de suas redes regionais e nacionais” (PN-DST/AIDS, 2008).

O propósito de formar redes se faz necessário por duas razões fundamentais. Primeiramente, porque na história das políticas sociais, no Brasil, sobretudo, a assistência

²⁴ Visita institucional à Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina em 19/11/08.

²⁵ Anexo III, mapa de assistência fornecido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

²⁶ “Quantidade do RNA do HIV no sangue” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p. 1637).

²⁷ “Os linfócitos T4 possuem receptores superficiais específicos, chamados CD4, onde o HIV se acopla como uma chave a uma determinada fechadura (KERN, 2003, p. 53).

social é marcada pela diversidade, suposição e, ou paralelismo das ações, entidades e órgãos, além da dispersão de recursos humanos, materiais e financeiros. Castells (1999) destaca a importância da sociedade em rede quando coloca que “(...) este tipo de Estado parece ser o mais adequado para processar a complexidade crescente de relações entre global, o nacional e o local, a economia, a sociedade e a política, na era da informação” (CASTELLS, 1999, p.164). Entretanto, o trabalho em rede, entre os três entes federativos e a sociedade civil, representa um desafio, já que é preciso romper com a prática das ajudas parciais e fragmentadas, e caminhar para direitos a serem assegurados de forma integral, com padrões de qualidade passíveis de avaliação. Portanto, para o sucesso das políticas públicas, em especial as políticas sociais, se faz necessário o fortalecimento dos espaços de participação.

Nesse sentido, empenhadas em combater o preconceito e garantir os direitos dos portadores do vírus HIV/AIDS, organizações da sociedade civil lutam há muito tempo pela efetivação desses direitos. Por conta disto, em 1989 durante o Encontro Nacional de ONGs – ENONG que trabalham com a questão da AIDS, ocorrido em Porto Alegre, foi elaborada e aprovada a “Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da AIDS” com o objetivo de garantir melhor qualidade de vida aos portadores do vírus.

De acordo com Silva (2003), percebemos que algumas Organizações Não-Governamentais - ONGs, destacam-se em Florianópolis na defesa de direitos, como o Grupo de Apoio aos Portadores de HIV/AIDS - GAPA, a Fundação Açoriana de Controle da AIDS - FAÇA, o Instituto Arco Íris, e a Associação Catarinense de Redutores de Danos - ACORDA. De acordo com a autora o GAPA atua diretamente com os usuários, na lógica da prevenção e assistência aos portadores de HIV/AIDS. O grupo é mantido pelo Ministério da Saúde, mas também recebe doações diversas da sociedade civil, contratos e convênios com empresas privadas.

A FAÇA, é uma unidade pública municipal e estadual, recebe doações de pessoas físicas e jurídicas, e atua na prevenção das DST/HIV/AIDS, bem como na assistência aos portadores e familiares, na área civil, política e social.

O Instituto Arco Íris também é mantido pelo Ministério da Saúde, entretanto possui parcerias com o Hospital Santa Tereza (Secretaria de Estado da Saúde), Centro de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, e o Centro de Convivências e Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos – CECRED. O Instituto atua na prevenção e redução de danos relacionados ao HIV e AIDS, tendo como público alvo as/os profissionais do sexo, dependentes químicos e mulheres grávidas.

A ONG ACORDA trabalha na perspectiva de qualificar os profissionais que atuam em programas de redução de danos, além de apoiar os sujeitos usuários de drogas na luta pela efetivação de direitos. Também atua com parcerias entre a Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA, União dos Negros pela Igualdade – UNEGRO, Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas – UNDCP, Fórum Catarinense das ONG/AIDS, e a Divisão Estadual e de Programas Municipais de DST/AIDS do Estado de Santa Catarina.

O Serviço Social do HNR com intuito de efetivar os direitos dos usuários da Instituição, possui maior articulação com o GAPA, tendo em vista a demanda de usuários que precisam de serviços jurídicos para requerer medicamentos não fornecidos pelo Estado, ou para requerer benefícios junto à Previdência Social. Além disso, considerando a saúde do portador de HIV/AIDS, é possível pleitear antecipação de decisões em causas judiciais²⁸, para isso, se faz necessário que um advogado protocole um requerimento, pedindo preferência nos resultados, comprovando o resultado positivo para o teste de HIV.

A articulação com os Municípios do Estado de Santa Catarina, no que se refere aos encaminhamentos dos usuários para a realização do tratamento para o HIV, faz parte do cotidiano das Assistentes Sociais da Instituição Hospital Nereu Ramos. Elas mantêm o contato com as Secretarias Municipais de Saúde no sentido de viabilizar transporte para que os usuários desloquem-se de seus municípios até o HNR, para realização do Tratamento Fora do Município - TFD que:

É um instrumento legal que permite através do SUS, o encaminhamento de pacientes a outras unidades a fim de realizar tratamento médico fora da sua microrregião, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/estado, e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes (MANUAL ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO, 2004, p. 04).

Entendemos ainda que a partir dos princípios do SUS, no que se refere à integralidade de assistência, ou seja, à articulação entre as três esferas de governo visando a promoção, prevenção e assistência a saúde, essa integralidade pode ser realizada a partir do sistema de referência e contra-referência que Fratini, Saupe e Massaroli (2008) definem da seguinte maneira:

²⁸ Informações obtidas no site ROCHE, disponível em <http://www.roche.com.br/default_PT.htm>, acesso em 19 out. 08.

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples (FRATINI, SAUPE E MASSAROLI, 2008, p. 67).

Portanto, desta forma percebemos os caminhos disponíveis para que o/a usuário/a receba a devida assistência, na tentativa de garantir melhor qualidade de vida para as pessoas que convivem com o vírus HIV/AIDS.

Entretanto, uma condição necessária para o trabalho em rede é que o Estado seja o coordenador do processo de articulação e integração entre as Organizações Não-Governamentais – ONGs, Organizações Governamentais – OGs e os segmentos empresariais, em torno de uma situação ou de determinado território, discutindo questões que dizem respeito à vida da população em todos os seus aspectos. Trata-se, enfim, de uma estratégia de articulação política que resulta na integralidade do atendimento. Ou seja, não podemos cair no absurdo de reduzir o Estado ao mínimo, mas sim afirmar a necessidade do retorno do Estado. Para isto é preciso reconstruí-lo e modernizá-lo para enfrentar aos novos processos de modernização recente.

Dando continuidade ao trabalho, passamos para a apresentação dos direitos da pessoa que convive com o vírus HIV/AIDS.

2.1.1 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: OS DIREITOS DOS PORTADORES/AS DE HIV/AIDS

A cidadania “organiza uma estratégia de construção democrática, de transformação social, que afirma um nexos constitutivo entre as dimensões da cultura e da política” (DAGNINO apud ALEXANDRE, 2003, p. 28).

Para Coutinho (1999), a cidadania é a:

[...] capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado. [...] A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para

sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração (COUTINHO apud HENRICH 2008, p. 47).

Dessa forma, salientamos a importância da participação dos atores sociais, no que se refere à luta pelos direitos e conseqüentemente a sua cidadania, portanto, numa tentativa de “resumir” o conceito de cidadania, Harendt (2000) ressalta que:

A cidadania é o direito a ter direitos, pois a igualdade em dignidade e direitos dos seres humanos não é um dado. É um construído da convivência coletiva, que requer o acesso ao espaço público. É este acesso ao espaço público que permite a construção de um mundo comum através do processo de asserção dos direitos humanos (HANNA HARENDT apud MAZZUOLI, 2001, p.1)

Nesse sentido, desde o surgimento do HIV/AIDS na década de 1980 a legislação brasileira foi se modificando a fim de garantir os direitos do cidadão portador da doença em vários aspectos. Com relação ao Preconceito e Discriminação foi criada a Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92 que proíbe a discriminação de crianças portadoras de HIV/AIDS nas escolas, além disso, a Portaria Interministerial nº 869/92 proíbe a testagem anti-HIV de funcionários públicos federais (admissão, periódico e demissional) e de maneira geral a Lei 11.199/02 proíbe a discriminação dos portadores de HIV/AIDS.

No que se refere a garantia de acesso à saúde a Lei Complementar 10.409 de 11/01/02 introduz e normatiza a Redução de Danos na Lei 6368/76 enquanto estratégia de saúde pública. Ainda na perspectiva de acesso à saúde temos a Portaria Interministerial de 12/04/02, que institui política de saúde nos presídios, e a Portaria Ministerial de 18/11/02, que institui o projeto Nascer, para evitar transmissão do HIV da mãe para o filho. E ainda, para os usuários impossibilitados de ir ao hospital, desde 1996, está à disposição das pessoas que vivem com HIV/AIDS pelo SUS, a ADT. O HNR dispunha deste serviço²⁹ entre os anos de 1996 e 1998, porém, devido à falta de recursos humanos para realização dos atendimentos, esse serviço foi suspenso.

A Lei Federal Nº 9.313/96 garante a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Além disso, a Constituição Federal de 1988, seção II, em seu artigo 196 prevê que:

²⁹ Segundo informações obtidas com a Assistente Social que fazia parte da equipe de ADT do HNR, em 25/04/08.

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 (BRASIL, 1988, p. 80).

O usuário possui ainda direito à licença para tratamento de saúde e liberação dos fundos do Programa de Integração Social – PIS, Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS esse, garantido pela Lei nº 7670/88.

Ainda no que diz respeito aos portadores de HIV/AIDS a Lei nº 7713/88, isenta portadores de HIV/AIDS do Imposto de Renda sobre aposentaria ou reforma, e garante um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência, ao idoso, e a/o usuários/as sem condições de trabalhar, de acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social³⁰ – LOAS, nº 8.742/93 que propõe um conjunto integrado de ações e iniciativas do governo e da sociedade civil para garantir proteção social para quem dela necessitar.

Cabe uma reflexão referente ao benefício de Prestação Continuada – BPC. A partir de 1993 com a LOAS, a Renda Mensal Vitalícia, o auxílio natalidade e o funeral, ficaram sob responsabilidade dos Estados e Municípios. A LOAS regulamenta então o BPC, benefício de um salário mínimo para o idoso com 65 anos e portadores de deficiente física e mental, cuja família não possui condições de se manter, porém, criando condicionalidades como: a renda do núcleo familiar deve ser inferior a ¼ do salário mínimo *per capita*, além da comprovação da ausência de renda e da impossibilidade de trabalhar. Apesar de todas as limitações, o governo entende que o gasto com o BPC ultrapassa o limite, criando mais condições para que o cidadão acesse o BPC, modificando alguns pontos da LOAS.

É neste contexto que o BPC é revisado - conforme orienta a LOAS – cria-se então o Acróstico Social³¹, que é um conjunto de dados para avaliação da condição social da pessoa portadora de deficiência - PPD e da pessoa idosa, porém, esse instrumento é utilizado apenas na revisão e não no ingresso ao benefício, o que Gomes (2001), considera um retrocesso. Esse autor destaca ainda a preocupação dos parlamentares sobre os critérios de acesso ao benefício

³⁰ BRASIL, Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.

³¹ “O acróstico social para a pessoa portadora de deficiência contempla os seguintes itens de avaliação: situações de vulnerabilidades das relações familiares; nível de oferta de serviços comunitários e a adaptação destes; carência econômica e gastos; idade; análise da história da deficiência; aspectos relativos ao labor e potencial da pessoa portadora de deficiência para trabalhar. O acróstico social para a pessoa idosa contempla: situação econômica; oferta de serviços comunitários; características da situação familiar; intergeracionalidade; avaliação das relações sociais; aspectos relativos ao labor e o potencial para atividades produtivas” (GOMES, 2001, pg 121).

(existem 50 projetos de lei), porém é o da deputada Ângela Gadagnin que mais se destaca, pois ela altera o critério de renda de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para um salário mínimo *per capita*, “incluindo os benefícios eventuais, reduz a idade do idoso para 65 anos, modifica o conceito de PPD, contemplando as doenças crônicas graves, e suprime a proibição de que um benefício já recebido seja computado” (GOMES, 2001, p. 126).

Porém, entendemos que o BPC não alcança todos os que necessitam, devido a tantas condicionalidades, atende aqueles que estão abaixo da linha de indigência, e os colocam como “necessitados” e não como portadores de direito. Por conta disso GOMES (2001), salienta o quão importante é o controle social por parte dos conselhos, para que se amplie o direito, fazendo com que os/as usuários/as se reconheçam como cidadãos de direito, pois o BPC é assistência social, e a assistência é uma obrigação do governo regulamentada na LOAS.

Em setembro de 2007 o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou o novo decreto que regulamenta o BPC que implanta algumas modificações: na avaliação da deficiência, além do médico perito, um Assistente Social também irá analisar o caso, e o cidadão também poderá receber nova concessão de benefício, caso saia do mercado de trabalho. Todavia, a renda mínima continua sendo inferior $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita* para ter acesso, o que o torna excludente, é claro que muitos são atendidos, mas, muitas pessoas que recebem mais de $\frac{1}{4}$ do salário não são beneficiadas, ou seja, não conseguem suprir suas necessidades humanas mais prementes.

O usuário que convive com AIDS e contribui para Previdência Social pode requerer o auxílio doença³².

Para acessar esse benefício o indivíduo deve ter vínculo empregatício ou ser contribuinte individual, no primeiro caso, o empregador paga os 15 primeiros dias de afastamento e os outros 15 são pagos pela Previdência Social, no segundo caso o período de afastamento é pago integralmente pela Previdência Social.

Como critério de acessibilidade, o/a usuário/a deve ter pelo menos 12 contribuições para a Previdência Social, no entanto, segundo o Ministério da Saúde, algumas doenças específicas, neste caso a AIDS, permitem que o/a usuário/a receba o benefício sem ter a qualidade de segurado, ou seja, não é necessário cumprir a carência de 12 meses de contribuição para ter acesso ao benefício.

³² Benefício concedido para aqueles que precisam se afastar do trabalho por mais de 15 dias, por motivo de doença. Informações colhidas no site da Previdência Social em 27. nov. 08.

Entretanto, é relevante considerar que o fato de o usuário possuir o vírus HIV não o aposenta, isso por que a Previdência Social considera que nem todo soropositivo é doente, nem todo doente é incapaz e nem todo incapaz é inválido, fazendo jus à aposentadoria.

Faz-se necessário salientar que de acordo com a Previdência Social a aposentadoria por invalidez, é um benefício concedido a pessoas que sofreram algum tipo de acidente ou doença que o impossibilite para o trabalho, desde que atestado pelo médico perito, nesse caso o benefício é revisto de dois em dois anos. Logo, o/a usuário/a precisa ser acometido por alguma doença oportunista, no caso, ser doente de AIDS, para efetivar seu direito e garantir o recebimento do benefício.

Além da dificuldade que o/a usuário/a encontra para garantir os direitos supracitados- acesso demorado e desconhecimento de seus direitos, o portador do vírus HIV/AIDS precisa aceitar e enfrentar a sua realidade, para então enfrentar a sociedade, questão que veremos na seqüência.

2.2 O VIVER COM O VÍRUS HIV/AIDS: FAMÍLIA/SOCIEDADE/TRABALHO

A partir do momento que o indivíduo descobre ser soro positivo, ele percebe que passará por diversos enfrentamentos, relacionados à família e à sociedade, mas, principalmente ao preconceito, pois, ele entende que será excluído.

Entendemos que o Assistente Social deve atuar juntamente com uma equipe de profissionais na perspectiva do trabalho interdisciplinar, objetivando o atendimento integral aos portadores do vírus HIV/AIDS. Melo e Almeida (1999), esclarecem o trabalho interdisciplinar colocando que:

É necessário que o profissional envolvido em trabalhos interdisciplinares funcione como um pêndulo, que ele seja capaz de ir e vir: encontrar no trabalho com outros agentes, elementos para a (re) discussão do seu lugar e encontrar nas discussões atualizadas pertinentes ao seu âmbito interventivo, os conteúdos possíveis de uma atuação interdisciplinar (MELO e ALMEIDA, 1999, p. 235).

Logo, a equipe deve trabalhar no sentido de desmistificar essa percepção, fazendo que o/a usuário/a compreenda o que é o HIV/AIDS, e principalmente que ele pode conviver com a doença, já que atualmente existem medicamentos capazes de controlar o avanço da doença,

proporcionando-lhe qualidade de vida. Entretanto, além de passar pelo sofrimento da própria doença, o/a usuário/a portador do vírus HIV/AIDS convive com o conflito emocional de decidir se deve ou não revelar aos familiares, pois teme a rejeição, não apenas da família, mas da sociedade, haja vista, o HIV/AIDS não ser aceito tão facilmente pela sociedade como outras doenças. Assim, o usuário tende a não aceitar a soro positividade o que impede o início do tratamento, possibilitando a incidência de doenças oportunistas, nesse sentido o Assistente Social é chamado “para desenvolver um trabalho educativo junto ao portador, no qual enfatiza a questão da aceitação da doença e a importância do tratamento” (SANTOS, 2006, p. 20), nesse trabalho a família também exerce papel fundamental. De acordo com Miotto apud Silva (2008), a família é:

Um núcleo de pessoas que convive em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidos (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente com a estrutura social no qual está inserido (MIOTTO apud SILVA, 2008, p. 19).

Além disso, o relacionamento com a família é necessário, pois essa fornece “os recursos físicos e emocionais para manter a saúde e um sistema de apoio nos momentos de crise, como nos períodos de doença” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006, p.106). Sendo assim, percebemos que a família do/a usuário/a portador do vírus HIV/AIDS desenvolve seu papel no sentido de apoiar e acolher o cidadão que se encontra inseguro e passando por um momento de fragilidade emocional. Nesse sentido entendemos que “a família passa a ter um papel por vezes decisivo no auxílio à adaptação do paciente frente a esse episódio crítico de sua vida, contribuindo inclusive com o próprio trabalho de equipe de saúde” (SANTOS E SEBASTIANI, 1995, p. 164).

Yazbek apud Gueiros (2002) coloca que o suporte familiar vem sendo uma alternativa para superação de determinadas situações com os portadores de deficiência ou com pessoas portadoras de doenças crônicas, por exemplo. A autora coloca ainda, que o Estado vem participando cada vez menos dessas relações, deixando a família assumir o papel, ou seja, sem dar a devida assistência.

Por conta disso, Gueiros (2002), nos chama para a reflexão sobre a responsabilidade da família diante da ausência de políticas públicas por parte do Estado. Apesar de a Constituição Federal, em seu artigo 227, estabelecer que a família deve se responsabilizar pela assistência e educação de seus membros, tal princípio encontra dificuldades para ser

efetivado, já que muitas famílias precisam ser incluídas em programas sociais. Logo, percebemos que há uma contradição, pois, ao mesmo tempo em que o Estado não quer assumir, deixando por conta da família, essa, por sua vez não possui base para assumir essa responsabilidade, pois, muitas vezes não possui poder econômico suficiente para viabilizar suas necessidades básicas, e, muitas delas trabalham na informalidade. Yasbeck (2004) aponta as conseqüências do trabalho informal:

A proporção de trabalhadores brasileiros que está fora do mercado e, portanto, sem garantias de proteção social cresce continuamente e hoje ultrapassa mais da metade da população economicamente ativa (dobrou na última década). Isto em contexto de subalternização do trabalho à ordem do mercado e de desmontagem de direitos sociais e trabalhistas (YASBECK, 2004, p. 35).

Os psicólogos Santos e Sebastiani (1996) entendem que a pessoa com doença crônica, no caso, o portador de HIV/AIDS, vive diariamente tentando aceitar sua condição e assim poder enfrentar sua vida. De acordo com Olivieri apud Santos e Sebastiani (1996), o doente crônico imagina que seus planos para o futuro não poderão ser realizados, pois sua doença não permitirá, logo, ele intui que morrerá antes de realizá-los. Mais uma vez destacamos a importância da família, não apenas no sentido de se responsabilizar, mas de apoiar e acolher esses cidadãos, fazendo-o perceber que quando realizam seu tratamento de forma correta têm as mesmas possibilidades de viver como qualquer outro cidadão.

Entretanto, percebemos que, em alguns casos, quando o/a usuário/a revela o seu problema de saúde à família e essa lhe rejeita, por desconfiança e medo de também se contaminar ou por não ter acesso à informações, se deixa levar pelo preconceito, que nada mais é do que o conceito que fazemos de algo “antecipadamente sem fundamento”(ATUAL DICIONÁRIO BRASILEIRO RIDEEL, s/d, p. 2117). Dessa forma vimos a necessidade dos profissionais trabalharem com as famílias e não apenas com o/a usuário/a em si, pois toda a família acaba “adoecendo” e, conseqüentemente, necessitando de apoio.

Para Rudnicki (1996) a AIDS é “um instrumento de preconceito e de discriminação, forma de alienação e desumanização” (RUDNICKI, 1996, p. 26) e é através da seguridade dos seus direitos e reconhecimento da sua cidadania, que o cidadão poderá se assumir como portador do vírus HIV e eliminar o preconceito. Como afirma Telles (1994) parece que vivemos numa sociedade de mão dupla entre a lógica do direito e da dificuldade de efetivação desses, reproduzindo o preconceito e a discriminação.

Essa é uma sociedade em que a descoberta da lei e dos direitos convive com uma incivilidade cotidiana feita de violência, preconceitos e discriminação; em que existe uma espantosa confusão entre direitos e privilégios; em que a defesa de interesses se faz em um terreno muito ambíguo que desfaz as fronteiras entre a conquista de direitos legítimos e o mais estreito corporativismo; em que a experiência democrática coexiste com a aceitação ou mesmo convivência com práticas as mais autoritárias; em que a demanda por direitos se faz muitas vezes numa combinação aberta ou encoberta com práticas renovadas de clientelismo e favoritismo que repõem diferenças onde deveriam prevalecer critérios públicos igualitários (TELLES, 1994, p. 93).

O/a usuário/a portador de HIV/AIDS enfrenta ainda a dificuldade de encontrar ou se manter no trabalho, e também no local de trabalho quando é acometido por uma doença oportunista e precisa de internação. Sabemos que o/a usuário/a portador de HIV/AIDS tem como qualquer outra pessoa, o direito de se afastar do trabalho para cuidar da saúde fazendo uso de atestados médicos para abonar suas faltas, e ainda, conforme coloca a Constituição Federal de 1988, art. 194, quando for o caso, requerer o auxílio doença.

Entretanto, quando o/a usuário/a descobre-se positivo para o HIV, muitas vezes não possui condição de segurado, comprovado pelos altos índices de desemprego no país, e a inclusão desses na economia informal. Como mencionado no item anterior, essas pessoas podem requerer o BPC, todavia, como esse benefício não requer contribuição anterior, o/a segurado/a somente tem acesso ao benefício quando se encontra em estado avançado da AIDS.

Diante disso, faz-se necessário ressaltar a importância do trabalho do Assistente Social frente aos usuários portadores de HIV/AIDS, no que tange à garantia e à efetivação de direitos, ao fortalecimento das relações familiares, e à compreensão e aceitação da sorologia por parte do/a usuário/a.

Dando continuidade ao trabalho, apresentaremos os procedimentos metodológicos referentes à pesquisa realizada como os dados expressos pelos entrevistados neste trabalho.

SEÇÃO III

O CONVIVER COM O VÍRUS HIV/AIDS: COM A PALAVRA USUÁRIOS DO HOSPITAL NEREU RAMOS

3.1 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo coletar dados a fim de desvendar questões de uma determinada realidade. Iamamoto nos esclarece que:

Pesquisar é conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO apud SILVA, 2008, p. 31).

A pesquisa aborda questões que podem ser expressas por variáveis quantificáveis, como também investiga conhecimentos referentes à subjetividade, portanto utilizamos a pesquisa de caráter quantitativo e qualitativo. A pesquisa quantitativa utiliza técnicas estatísticas:

Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são mais concretos e, conseqüentemente, menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos geram índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico de informação (IBOPE, 2008).

Nesse sentido, utilizamos esta metodologia para demonstrar dados estruturados adquiridos no decorrer do trabalho.

No entanto, é importante frisar que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, [...], não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 1994, p. 22).

A escolha pela pesquisa qualitativa pode ser justificada pelo fato de se preocupar com realidades que não podem muitas vezes, ser quantificadas:

Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO apud ALEXANDRE, 2003, p. 49).

A metodologia qualitativa, por trabalhar com profundidade, possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas como esclarece Victório (2000). Além disso, as técnicas utilizadas permitem o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas, porque não seguem necessariamente um roteiro fechado.

Além disso, justificamos essa decisão por considerarmos o tema HIV/AIDS relevante nos dias atuais, devido o alto índice de pessoas infectados como apresentamos no decorrer do trabalho. Dessa forma, percebemos a necessidade de analisar as questões particulares dos atores sociais envolvidos nesse processo.

3.1.1 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Quanto aos procedimentos técnicos, adotamos para o alcance dos objetivos propostos a pesquisa bibliográfica e documental, e a pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica e documental caracteriza-se, pela utilização de materiais já produzidos e publicados. A pesquisa de campo, por sua vez, consiste no levantamento de dados por meio da interação direta com os sujeitos da pesquisa.

Ressaltamos que a pesquisa documental se refere a documentos como “planos, programas, leis, decretos, artigos, atas, relatórios, ofícios, documentos” que servem como fonte de informação, logo, no decorrer desse trabalho utilizamos a pesquisa documental para construção dos itens relacionados à história do HNR, bem como do Serviço Social na Instituição (MARSIGLIA, 2003, p. 27).

A coleta de dados ocorreu através da realização de entrevistas estruturadas, compostas de questões abertas, que possibilita o diálogo entre entrevistado e entrevistador. Nessas entrevistas de acordo com Marsiglia (2003) “o pesquisador coloca tópicos para o pesquisado falar o que pensa sobre eles, partindo, assim, de um roteiro mais aberto” (MARSIGLIA, 2003, p. 27).

Além disso, as entrevistas foram gravadas com prévia autorização dos entrevistados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Adotamos essa técnica para dar mais atenção ao usuário, observando assim sua reação no decorrer da entrevista. Esclarecemos ainda que as entrevistas foram transcritas literalmente, obtendo-se dessa forma dados completos e fidedignos, que reproduzem de forma mais completa possível o contexto de uma entrevista.

3.1.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A vivência do estágio curricular obrigatório realizado no HNR, no período de abril à novembro de 2008, tendo maior aproximação com os usuários que vivem com o vírus HIV/AIDS, motivou a realização da pesquisa, entretanto se faz necessário ressaltar a identificação da pesquisadora pelo tema.

Como colocado na Seção I deste trabalho, o HNR se caracteriza pelo tratamento de doenças infecto-contagiosas, entretanto o objeto da nossa pesquisa foram os usuários portadores do vírus HIV/AIDS.

Tendo em vista que o Hospital Nereu Ramos possui para tratamento de HIV/AIDS 26 leitos, a estagiária se propôs a realizar as entrevistas com pelo menos 46% dos atores sociais, logo, foram realizadas 12 entrevistas com usuários internados nas Unidades de Infectologia DIP I e DIP II do HNR. Para essa seleção utilizamos amostras intencionais “usadas quando o pesquisador quer obter a opinião de certas pessoas, não necessariamente representativas do universo todo, mas de parte dele” (MARSIGLIA, 2003, p. 25).

Selecionamos para as entrevistas seis homens com idade entre 23 e 49 anos, e seis mulheres com idade entre 25 e 49 anos. Utilizamos a idade como critério para observar as diferentes perspectivas dos usuários frente ao vírus HIV. Ressaltamos que uma dessas entrevistas foi realizada com a irmã do usuário, pois o próprio usuário não tinha condições de responder em virtude do estado avançado da doença.

As entrevistas foram realizadas em sua maioria no quarto do usuário, bem como em alguns momentos na sala de TV e ainda no solarium das Unidades de Internação, DIP I e DIP II. Na seqüência apresentaremos o perfil dos entrevistados e suas falas. Salientamos, por

questões éticas, a identidade dos entrevistados foi preservada. Utilizando apenas as iniciais de seu nome para facilitar a análise dos dados.

3.2 CONHECENDO O PERFIL E AS DIFICULDADES DOS SUJEITOS DA PESQUISA

As entrevistas com os usuários portadores de HIV/AIDS tiveram como o objetivo conhecer a realidade desse público, e perceber as dificuldades enfrentadas, bem como suas expectativas com o futuro. Neste espaço pretendemos trazer as contribuições elencadas pelos entrevistados.

Procuramos realizar as entrevistas com sujeitos de idades diferentes, para verificar sua concepção acerca do assunto, portanto essa varia entre 20 e 49 anos.

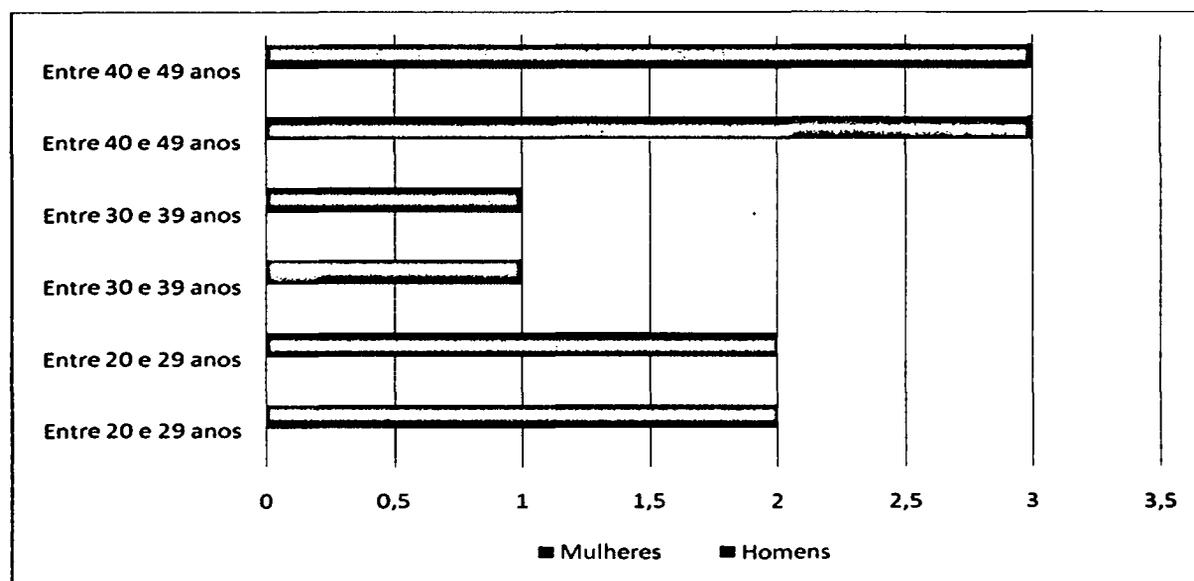


Gráfico 2: Idade dos entrevistados

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Ao analisarmos o gráfico acima, percebemos a predominância da faixa etária dos 40 aos 49 anos, tanto em relação aos homens como as mulheres.

Ao perguntamos aos usuários como contraíram o vírus HIV, percebemos que a maior parte dos entrevistados se infectou através de relação sexual desprotegida conforme o seguinte gráfico:

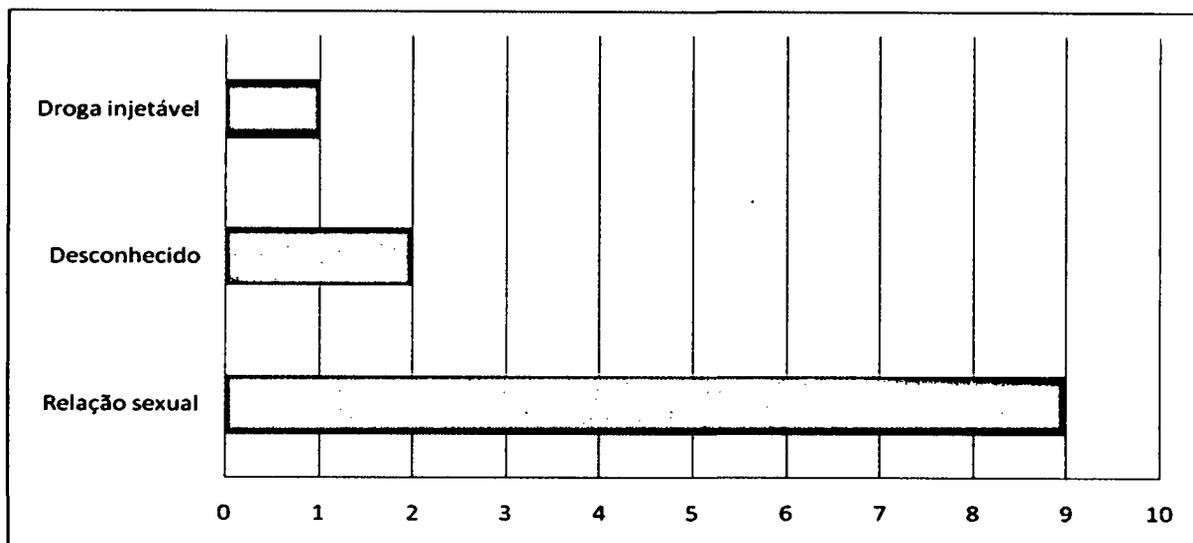


Gráfico 3: Forma de Contágio

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Com relação ao tempo de convivência com o vírus, o gráfico abaixo nos permite perceber que a maioria dos entrevistados convive com o vírus entre seis e dez anos, entretanto três dos 12 entrevistados contraíram o vírus entre 2004 e 2006, o que denota que as campanhas de prevenção, em pleno século XXI, não são eficazes o suficiente.

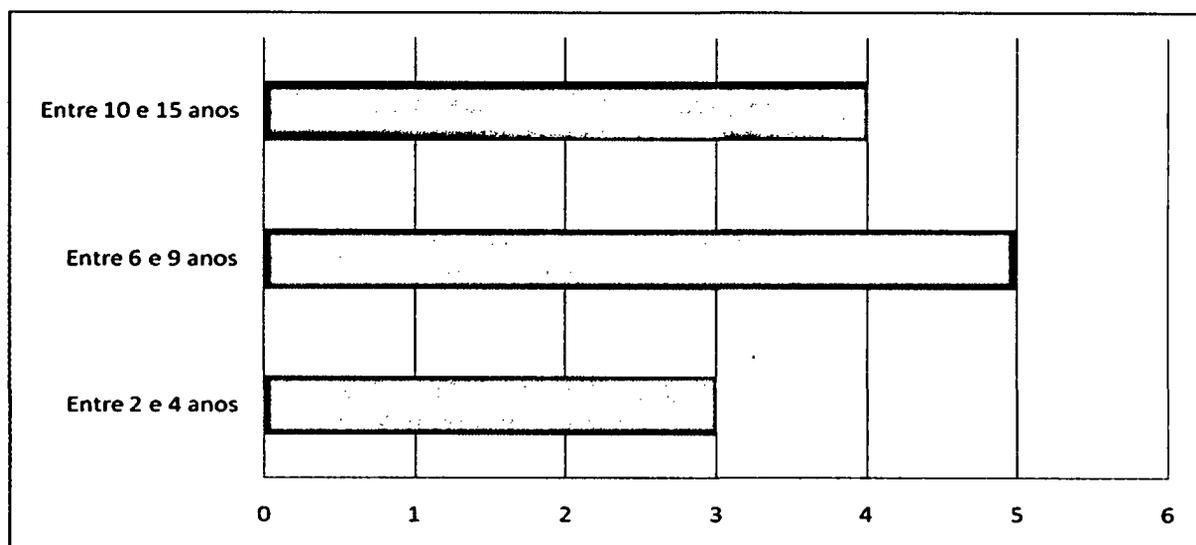


Gráfico 4: Quanto tempo convive com o vírus

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Ao mesmo tempo, entendemos que os medicamentos estão prolongando cada vez mais a vida dos usuários, entretanto, é importante verificar como está a qualidade de vida das pessoas que convivem com o vírus HIV, considerando os efeitos colaterais dos medicamentos.

Dando continuidade a nossa análise, apresentaremos o estado civil dos entrevistados conforme a tabela seguinte:

Tabela 03 – Estado civil dos entrevistados

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
Casado	6	50
União Consensual	3	25
Solteiro	2	16,69
Viúvo	1	8,33
Total	12	100%

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Através da tabela acima percebemos que 50% dos entrevistados são casados, isso nos chama a atenção, pois entendemos que essas pessoas podem ter contraído o vírus HIV através da relação sexual com seus companheiros, ou ainda, transmitir o vírus para seus companheiros.

Quanto à escolaridade dos entrevistados percebemos que 75% dos entrevistados não possuem o Ensino fundamental completo, ou seja, possuem menos de oito anos de estudo.

Tabela 04 – Escolaridade dos entrevistados

ESCOLARIDADE	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
Ensino Fundamental Incompleto	9	75
Ensino Fundamental Completo	1	8,33
Ensino Médio Incompleto	1	8,33
Ensino Superior Completo	1	8,33
Total	12	100%

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Frente aos dados expostos podemos perceber que os entrevistados apresentam baixo nível de escolaridade. Estes dados reforçam a importância do trabalho de prevenção e

linguagem acessível. Também se faz necessário pensar em políticas públicas que possibilitam aos portadores do vírus HIV/AIDS acesso à escolarização e o fortalecimento da cidadania.

Considera-se relevante ressaltar que a educação, embora garantida na Constituição Federal de 1988 enquanto direito universal, ainda é privilégio para poucos. A baixa escolaridade no País pode ser verificada pelo elevado índice de analfabetismo funcional – pessoas que têm entre um e três anos de escolaridade. Somados aos analfabetos absolutos, são 42.844.220 pessoas acima de 10 anos de idade que não podem fazer uso da leitura e escrita em seu cotidiano, o que representa (31,4%) da população dessa faixa etária³³.

Quando perguntados sobre a profissão que exercem, recebemos as seguintes respostas dos entrevistados:

Tabela 05 – Profissão dos entrevistados

PROFISSÃO	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
Doméstica	1	8,33
Costureira	1	8,33
Lojista	1	8,33
Do Lar	1	8,33
Balconista	1	8,33
Auxiliar de Serviços Gerais	2	16,68
Autônomo	1	8,33
Aposentado	2	16,68
Desempregado	1	8,33
Militar	1	8,33
Total	12	100%

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Dessa maneira, percebemos que duas pessoas encontram-se desempregadas, e sem vínculo com a Previdência Social, os demais possuem vínculo empregatício, porém, estão afastados do trabalho e um dos entrevistados é contribuinte individual, esses últimos tiveram acesso ao auxílio-doença. Ainda com relação à profissão, 16,69% dos entrevistados são aposentados, mas não devido à doença e sim por tempo de serviço. Percebemos também que o BPC não é mencionado, entendemos que isso se deve à dificuldade de acesso, pois os critérios são extremamente seletivos e excludentes.

Podemos observar que as mudanças e transformações ocorridas no mundo do

³³ Dados extraídos do relatório “Direitos humanos no Brasil 2003, Rede Social da Justiça e Direitos Humanos”, 2003, pág. 179-182.

trabalho também afetam os portadores do vírus HIV/Aids. Antunes (2001) ressalta que o mundo do trabalho viveu e vive, como resultados das transformações das últimas décadas, em especial nos países capitalistas, com repercussões significativas nos países do Terceiro Mundo dotados de uma industrialização intermediária, um processo múltiplo, no qual percebeu-se uma desproletarização do trabalho industrial, nos países de capitalismo avançado. Em outras palavras, verificamos a diminuição da classe operária industrial tradicional. Porém, paralelamente, evidenciamos uma significativa subproletarização do trabalho, decorrente das novas formas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços, ou seja, desprotegidos de direitos trabalhistas. Verificamos, portanto, “uma significativa heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho” (ANTUNES, 2001, p. 209).

De acordo com os dados da Previdência, de cada dez trabalhadores, quatro estão fora de qualquer sistema de proteção previdenciária. São os cidadãos excluídos no Brasil, impossibilitados do exercício de sua cidadania, dependendo de obras sociais do Estado ou do favor de outros para manterem sua subsistência³⁴.

Já em relação à renda dos entrevistados percebemos que um deles não possui renda, dependendo economicamente dos pais. Entretanto, nos chama atenção que 41,66% dos usuários entrevistado recebem menos de um salário mínimo, sendo que um desses sobrevive apenas com o Bolsa Família³⁵.

Tabela 06 – Renda dos entrevistados

RENDA	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
Sem Renda	1	8,33
Até 1 Salário Mínimo	5	41,66
De 500,00 a 999,00	2	16,67
De 1.000,00 a 1.999,00	2	16,67
De 2.000,00 a 3.000,00	2	16,67
Total	12	100%

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

³⁴ Dados extraídos do Curso de Disseminadores Externos das Informações Previdenciárias outubro/2005.

³⁵ Bolsa Família – Programa Federal que visa a inclusão social das famílias brasileiras mais pobres, “por meio da transferência de renda e da garantia de acesso a serviços essenciais”. Informações obtidas no site: www.caixa.gov.br, acesso em 07. dez.08.

É necessário ressaltar que 16,67% dos entrevistados que possuem renda entre R\$ 2.000,00 e R\$ 3.000,00, um possui ensino superior, e o outro é autônomo.

Frente aos dados trazidos, podemos fazer uma reflexão acerca das desigualdades da sociedade brasileira que também permeiam as famílias e seus portadores do vírus HIV/AIDS:

A pobreza, no Brasil, assim como nos demais países subdesenvolvidos, resultam de uma longa trajetória de exclusão social, no qual fatores como indigência econômica, falta de acesso a serviços sociais básicos (como educação e saúde), desconhecimento de princípios básicos de cidadania e desestruturação familiar e pessoas associam-se e reforçam-se mutuamente (RESENDE, apud BECK, 2005, p. 111).

Nas palavras de Alexandre (2006), ao longo da história viemos presenciando uma conjuntura dramática, dominada pela distância entre minorias abastadas e massas miseráveis, evidencia que um longo caminho nos separa de uma necessária redistribuição de renda e da constituição de políticas que se voltem às demandas sociais aos desprovidos de seus direitos de cidadania. Como salienta Yazbek, no Brasil ao término da década de 80, a concentração de renda alcançou o índice mais alto já registrado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: “apenas (1%) da população, os mais ricos concentram (15,9%) da renda nacional do trabalho, enquanto os (10%) mais pobres ficam com (0,7%). Os (10%) mais ricos detêm (51,5%) da renda” (YAZBEK, 1999, p. 13). Verificamos um grande desencontro entre os interesses da maioria da população e as exigências do capital internacional associados à burguesia do país.

Alexandre (2006) ressalta que em nossas experiências diárias, os contrastes entre miséria e abundância são visíveis a “olho nu” e nos demonstram que a evolução econômica do capitalismo brasileiro fortaleceu ainda mais a desigualdade ao invés de diminuí-la. Sabemos que o Estado, para obter legitimidade, necessita desenvolver ações que, pelo menos no nível da aparência, se voltem para o enfrentamento dessa desigualdade. Por outro lado, verificamos a existência políticas sociais voltadas para o emergencial, sem perspectivas de emancipação, mas de um atrelamento e fortalecimento do controle social. Em outras palavras, “tratamos aqui de uma espécie de cultura política que nega a identidade social dos subalternos e seu pertencimento a uma classe; tratamos de uma forma de ocultar o conflito e a resistência e de legitimar a dominação” (YAZBEK, 1999, p. 41).

Continuando nossa análise, como colocado anteriormente neste trabalho, o HNR, referência no Estado de Santa Catarina no tratamento de doenças infecto-contagiosas, atende usuários de diversas regiões do Estado, como observamos na seguinte tabela:

Tabela 07 – Município de origem dos entrevistados

MUNICÍPIO DE ORIGEM	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
Palhoça S/C	1	8,33
Tubarão	1	8,33
Canelinha	1	8,33
Joinville S/C	1	8,33
Porto alegre R/S	2	16,69
Sto.Amaro da Imperatriz S/C	1	8,33
Florianópolis S/C	3	25
Imbituba S/C	1	8,33
Campos Novos S/C	1	8,33
Total	12	100%

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Isso nos demonstra que os Municípios não estão preparados para atender esta demanda, fazendo com que os usuários se desloquem até a Capital do Estado para realizar o tratamento. A distância da família foi um aspecto mencionado pelos usuários como uma dificuldade para os mesmos. Dessa maneira entendemos que as redes de apoio ao portador de HIV/AIDS estão centralizadas nas grandes Cidades, pois os Municípios não conseguem atender a demanda dos portadores da imunodeficiência que procuram os serviços de apoio. É provável ainda, que a falta de informação sobre tais serviços impeça a busca pelo atendimento e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento. Assim, para os usuários entrevistados, a distância para receber o tratamento e atenção especializada de órgãos e instituições competentes acaba enfraquecendo o vínculo e o suporte familiar que o portador necessita para manter sua qualidade de vida.

Com relação às dificuldades encontradas por conviverem com o vírus HIV/AIDS, os entrevistados citam o relacionamento e, conseqüentemente, a solidão, e a distância da família, como podemos observar em algumas falas:

Quais dificuldades? De relacionamento. A solidão é o que mais mata, viver condenado o resto da vida. O maior presente foi eu não ter infectado ela [a mulher], porém, eu que estou condenado a viver só pro resto da vida. Por que o demais eu posso levar a vida quase normal, apesar de no trabalho as pessoas evitarem? Às vezes tá muito perto da gente, aí pesa pra caramba, é uma tonelada, e um leão que mata por dia, é essa tonelada nas costas e o leão o dia inteiro (Sr. J.J.S.).

É também tem um. Por exemplo, tu vai conhecer uma pessoa assim ó, se vai conhecer uma menina no caso, tu vai chegar pra ela assim primeiramente falar que tu tens o vírus, ó tô afim de namorar contigo mas, só que eu contraí

um vírus, ô baita de uma injustiça? Por que pô, eu vou falar, vô expor ali no primeiro momento, não interessa, essa pessoa não vai mais querer saber de ti. Não é verdade? É complicado. Mas, eu sempre falo (Sr. M.C.T.).

A maior dificuldade da gente é ter ela aqui. A dificuldade que a gente encontra a lonjura, se tivesse onde a gente tava tratando, se tivesse em hospital desse assim. Tivesse uma enfermeira que conhecesse desse caso, tratasse desse caso, pra nós, é muito difícil por que é muito longe pra família? A gente não pode tá toda hora aqui. A gente mora em Caçador, olha a lonjura que é. Dá 460 km de lá aqui. Então, pra mim, eu tô mais pertinho que é Brusque (Sra. L.T.C.).

Tá internado, essa é a dificuldade que eu tenho, por causa dos meus filhos, fico longe da família? A gente fica longe (Sr. R.S.L.).

É perceptível nessas falas que, além da distância dos locais de tratamento, os entrevistados encontram dificuldades em construir um novo relacionamento. Logo, percebemos que, ao mesmo tempo em que os usuários não querem estar sozinhos, eles temem um novo relacionamento, já que terão que falar sobre sua condição ao novo parceiro/a e acreditam que não serão aceitos, pois julgam-se inferiores perante outras pessoas por serem portadores de uma doença sem cura e estigmatizada pela sociedade. Nesse contexto observamos que a maior preocupação dos portadores ao procurar um novo relacionamento, é o sentimento de culpa decorrente da possibilidade de transmitir a doença para o parceiro/a.

Quando perguntados sobre a convivência com o vírus, os usuários expressam como se sentem em ser um portador do HIV/AIDS:

A vida muda completamente, por que parece que a gente é suja, pra mim muda completamente. As pessoas olham pra gente com outro olhar com outro jeito, eu sou desconfiada (Sra. S.M.S.).

Ah, é complicado. É eu entendo assim ó eu que fiz o meu caminho. Eu que fui um cara sempre alegre, alegre, contente, brincando, se divertindo, mas, na real mesmo, lá no fundo, no fundo mesmo, o mundo desabô. Aí não pode se entregar. Tem que lutar (Sr. M.C.T.).

Terrível, é uma palavra muito ou pouco. Terrível, terrível saber que as pessoas têm medo até de pegar por proximidade (Sr. J.J.S.).

Fica evidenciado nas falas acima que a auto-estima do portador de HIV/AIDS é prejudicada pelo (pré) conceito da sociedade, com isso o portador tem maiores chances de desenvolver doenças de ordem emocional ou psicológica, como a depressão. Cavallari nos explica que:

O sujeito ao receber o diagnóstico HIV com resultado positivo, sente-se doente, mesmo sem estar doente. Esta é uma peculiaridade deste diagnóstico: a informação sobre a presença do HIV é equivalente a um adoecimento em si. É como se a doença existisse a partir do conhecimento do diagnóstico e não propriamente pelo surgimento de determinados sintomas (CAVALLARI apud CAMON, 1996, p. 188).

Quando indagamos sobre o que os entrevistados conhecem acerca do vírus HIV, percebemos que as respostas variam de um entrevistado para outro:

Conheço, mas já li bastante. Não, é porque eu, a maioria do jovem que tá no mundo do crime, tá na rua, não tão nem aí. Tu imagina pra pegar uma doença dessa que não mata na hora. Não esquenta, por que não mata na hora (Sr. M.C.T.).

Entendo que é uma porta de entrada para outras doenças e se não tivesse HIV ficaria menos imune à outras doenças (Sr. T.C.R.).

Conheço que é vírus mutante que se disfarça no corpo com várias células. É difícil de ser destruído, devido a sua mutação constante (Sr. J.J.S.).

Ah, não conheço quase nada, só sei que é ruim, tem que se cuidar, cuidar dos outros também, por causa disso. E é como ela disse alicate essas coisas, mas o resto assim leva uma vida normal (Sra. J.O.R.).

Através das falas acima percebemos que alguns compreendem o que é o vírus, mas isso não impediu que fossem contaminados. Ao mesmo tempo, entendemos que alguns dos entrevistados não tinham conhecimento até contrair o vírus. Mais uma vez, podemos perceber que as políticas de prevenção não conseguem atingir o público alvo desta pesquisa com informações necessárias para o entendimento da doença, o que facilitaria a adesão ao tratamento, bem como o controle epidemiológico da doença no país.

Quando a Sra. J.O.R. coloca que “ah, não conheço quase nada, só sei que é ruim (...)”, nos faz entender que esse sujeito nunca recebeu informação alguma sobre sua doença, sendo que o usuário já esteve internado e recebeu cuidados de uma equipe multidisciplinar que deve prestar orientação, sanar dúvidas, além de fazer educação em saúde. Isso nos chama atenção para a seguinte questão: será que a relação dos profissionais e pacientes se dá de modo vertical, onde o profissional atua de maneira intervencionista, sem se preocupar em estabelecer vínculos que reforcem a interação e a participação do usuário ao tratamento proposto? Nesse sentido, devemos ressaltar a importância da orientação e publicização das informações para o usuário compreender o seu problema de saúde e aceitar sua condição, e, o

mais importante que ele conheça os meios de prevenção para evitar a transmissão do vírus para outras pessoas.

Outra questão abordada foi sobre a reação da família quando soube da contaminação pelo vírus HIV. Recebemos as seguintes respostas

Ninguém quase sabe, só minha irmã mais velha. Eles reagiram estranho. Por que ninguém tinha na família, então foi o fim (Sra. V.F.A.).

Eles ficaram em choque, estão sendo bem meu amigo, mas, tão em choque também tipo eu... choque! (Sra. S.M.S.).

Ah, minha família me trata bem, só que é assim. Nós nunca conversamos negócio de doença assim, sempre tomei meus remédios, todo mundo sempre procura me ajudar assim, mas, saber o que é não, ou eles sabe e não falam nada. Deve ser né? (Sr. M.C.T.).

No começo ficaram meio assim, não queriam chegar perto, com medo, não deixavam pegar nada, mas agora faço de tudo (Sra. V. L.O.).

Ninguém sabe (Sra. J.O.R.).

Ao analisarmos as falas acima, percebemos que os usuários preferem não contar à família, entretanto quando optam por isso, percebemos que a representação que se tem de ter um soropositivo na família, é como a abreviação da vida. Muitas vezes quando a família do soropositivo o despreza, ignora ou rejeita, ele sente que está sozinho para tomar decisões importantes em que o apoio familiar seria fundamental. Santos (2006) nos esclarece que:

Para a família, ter alguém no núcleo familiar com AIDS é algo inesperado. Isso porque no imaginário coletivo da família, HIV/AIDS é uma coisa que atinge outra família, e não a dela. Essa nova situação interfere nos vínculos familiares, pois envolve o medo da contaminação, o preconceito e a discriminação (SANTOS, 2006, p. 17).

Na concepção de Santos e Sebastiani (1996) “a família representa para a maioria das pessoas um esteio de suma importância tanto no que tange à estruturação de seus vínculos afetivos quanto nos referenciais de apoio e segurança” (SANTOS E SEBASTIANI, 1996, p. 163). Neste sentido os autores ressaltam ainda que:

Detectar as dificuldades que a família e o paciente estão enfrentando para conviver com a doença, ter cuidado na leitura dos comportamentos emitidos por estes [...] checar se as informações e orientações dadas foram

efetivamente compreendidas, preocupar-se em falar uma “língua” que o paciente entenda (adaptar-se à realidade do paciente e não esperar que ele se adeqüe à da equipe) são algumas normas importantes de serem lembradas constantemente (SANTOS E SEBASTIANI, 1996, p. 172).

Por esse motivo podemos dizer que “a família de um portador necessita de assistência tanto quanto o indivíduo adoecido” (SANTOS, 2006, p.18).

O HIV/AIDS, seja de forma lenta ou súbita, compromete o sistema imunológico do portador do vírus, o que leva essa pessoa a necessitar de internação para tratar de doenças oportunistas que possam se manifestar enquanto evolui a doença. Como afirma Montagnier (1995) “um paciente com AIDS passa cerca de 40 dias por ano no hospital e tem em média quatro patologias associadas, o que dá uma boa medida da precariedade de seu estado” (MONTEGNIER, 1995, p. 118).

A quantidade de internações dos usuários entrevistados está presente na seguinte tabela:

Tabela 08 – Quantidade de internações dos entrevistados

USUÁRIOS	QTD. INTERNAÇÕES
Sra. M.F.	5
Sra. V.F.A.	3
Sra. S.M.S.	1
Sra. A. A.C.	4
Sr. R.S.L.	4
Sr. M.C.T.	6
Sr. T.C.R.	2
Sr. J.J.S.	3
Sra. V.L.O.	2
Sr. M.S.W.	32
Sra. J.O.R.	2
Sr. O.L.S.	5
TOTAL ENTREVISTADOS: 12	

Fonte: Roteiro de Entrevista

Elaboração: Cecília Silveira Vilamil - Florianópolis, 2008.

Com os dados acima, percebemos que as internações variam de acordo com o tempo que a pessoa possui o vírus, por exemplo, o usuário M.S.W. convive com o vírus há 15 anos, e esteve internado 22 vezes no HNR, e mais 10 em Porto Alegre/RS. Isso se deve também a defesa imunológica que varia de usuário para usuário. Conforme nos esclarece Montagnier (1995), “o recurso ao hospital é tanto mais freqüente quanto mais a doença declarada se

aproxima; os períodos de hospitalização clássica vão então se tornando mais longos” (MONTEGNIER, 1995, p. 118).

Observando sob uma perspectiva emocional, o portador do vírus, quando sofre o processo de hospitalização, perde autonomia e liberdade, tanto do seu corpo como de suas idéias, limitando a expressão de sentimentos por estar inserido num ambiente não familiar e desconhecido:

Com a internação, o indivíduo percebe que não é mais o mesmo, pois há uma ruptura na história deste, ocasionando sofrimento diante de sua própria imagem já alterada. Sabe-se que o hospital tem uma função separadora. Internado, o doente fica sozinho; apesar de o hospital dar a retaguarda, acaba impondo normas (SANTOS E SEBASTIANI, 1996, p. 153)

Além disso, quando o usuário permanece muito tempo hospitalizado pode ocorrer a despersonalização, que é um processo que:

[...] implica na perda dos referenciais ao nível existencial, ou seja, o indivíduo que é internado é destituído de sua condição de pessoa com suas particularidades e singularidades, deixa de ser o Sr. Fulano, é destituído de seus objetos pessoais, seus hábitos [...] serão excluídos parcialmente durante a internação, passando a adquirir as regras e costumes do ambiente que agora vivenciar (FONGARO e SEBASTIANI, 1996, p. 47).

Quando questionados, se têm conversado com o médico sobre sua alta hospital, as respostas dos usuários foram as seguintes:

Tenho até sexta-feira ele me solta (Sra. V.F.A.).

Sim, a princípio até hoje, seria lá pelo dia 10 por aí, mas, como apareceu esse, esse problema agora comigo, aí? Que eles fizeram uma punção que se for dado a tuberculose já tomo tratando, se for fungo, a gente ta tratando, se for por bactéria vão ter que fazer uma nova cirurgia, que eu já fiz uma TB óssea, tuberculose óssea, aí eles vão ter que investigar, pra ver se ali onde eu fiz a cirurgia tá tomado por, pela tuberculose, ou pela bactéria, ou por fungo, se for por bactéria vou ter que ir de novo fazer a cirurgia de novo (Sr. R.S.L.).

Na mesma perspectiva, perguntamos se o usuário se sente bem para receber alta, as respostas foram:

De saúde sim, por que eu não sinto nada, tô ótimo, tomando medicamento certo, não bebo, não fumo na rua. Não me considero bem assim na sociedade né, não tem nada pra mim fazer. Bem, bem, dizer assim não (Sr. T.C.R.).

Tô, tô ótima. Aqui tô ficando mais doente (Sra. S.M.S.).

Me considero bem. Só minha aparência que fico triste. Tô muito magro, com cinquenta e poucos quilos, e de tanto que você faz pra engordar, e é o seguinte eles passam a te olhar com outros olhos, há um preconceito nisso tudo entendeu? (Sr. M.S.W.).

Percebemos nas falas acima, que os usuários aparentam certa ansiedade em retornar para a sua residência, mas ao mesmo tempo, se sentem inseguros devido à falta de atividades e à sua aparência física frente à sociedade. Ao mesmo tempo em que o portador sente-se capaz de receber alta hospitalar pela sua situação de saúde, ele sente a incerteza e o medo de experimentar a socialização no ambiente extra-hospitalar. Isso ocorre pois o portador sente que terá dificuldade de conseguir emprego, na aceitação da família, e de que sua doença possui um estereótipo próprio, alimentando o preconceito social. Diante disto, cabe destacar a fala de Ruschel apud Camon (1996):

A representação que cada pessoa tem de si mesma está vinculada à sua imagem corporal. Como a identidade constrói-se a partir de um corpo íntegro e completo, a situação de uma doença ameaça o senso de sentir-se íntegro, constituindo-se em algo que põe em risco a existência dessa pessoa. Quando o corpo se modifica significa modificações na identidade pessoal e, conseqüentemente, são situações que geram conflitos emocionais (RUSCHEL apud CAMON, 1996, p. 189).

Com relação aos cuidados que os portadores do vírus devem ter em casa, perguntamos aos entrevistados se receberam este tipo de orientação. Podemos constatar que:

Sim, usar camisinhas, essas coisas né? (Sra. J.O.R.).

Sim, o médico falou direitinho tudo que tinha que fazer (Sr. R.S.L.).

Não, não, nunca falaram comigo sobre isso, mas, eu já sei assim, o que pode causar, o que não pode (Sr. M.C.T.).

Não, minha esposa tem AIDS, eu passei AIDS pra ela (Sr. M.S.W.).

Ao analisarmos as falas acima, percebemos que há uma falha dos profissionais quanto à orientação sobre os cuidados em casa, pois, alguns relacionaram os cuidados apenas com o uso do preservativo, e outros não receberam nenhuma orientação. Mais uma vez julgamos relevante o papel das instituições de saúde de orientar os portadores do vírus, sua família e a

população a respeito de ações preventivas de contágio, bem como a necessidade de manter um processo de educação continuada diante dessa problemática.

Considerando as perspectivas dos usuários com relação ao futuro, temos os seguintes dados:

A primeira coisa procurar um serviço, tá ruim, sem serviço não dá (Sra. V.F.A.).

Vô vê se eles vão me aceitar no meu serviço de volta e continuar a vida né? Mas, lá (no trabalho) só estando aqui já é um choque. Mas, pra mim só quem ta aqui é por que tem HIV (Sra. S.M.S.).

Que eu gostaria de fazer? Não sei se vai dá pra voltar à trabalhar no mesmo serviço que eu trabalhava né? É continuar a minha vida, é arrumar um serviço e vê se volto a estudar, terminar os meus estudos. E arrumar um lugar melhor pra morar. Por que aonde eu moro não é coisa boa (Sr. T.C.R.).

Trabalhar, trabalhar, já estava trabalhando aqui (Sr. M.S.W.).

Logo, percebemos que a maior preocupação dos usuários é em relação ao trabalho, sendo que em alguns percebemos o receio em saber se o empregador o aceitará no trabalho. Santos (2005) coloca que a “restrição imposta ao portador de HIV/AIDS nega-lhe o principal vínculo na sociedade, que é o trabalho” (SANTOS, 2006, p.11). Percebemos que o mercado de trabalho encontra-se precarizado:

Com a redução de postos de trabalho para os demais trabalhadores, para o portador esse mercado torna-se mais reduzido em decorrência das restrições impostas pela desinformação das pessoas acerca da AIDS, pela condição debilitadora ocasionada pela doença acentuada pelas infecções oportunistas, às quais os portadores de HIV/AIDS estão sujeitos (SANTOS, 2006, p.11).

Perguntamos ainda qual a avaliação que os entrevistados fazem do tratamento oferecido pelo HNR. Selecionamos as seguintes falas:

Ah, pra mim é 10, por que eu tô na mão dos melhores médicos aqui no hospital (Sr. R.S.L.).

Nota 10 (Sr. T.C.R.).

Ótimo (Sr. M.S.W.).

Muito bom, melhor do que recebo em casa (Sr. J.J.S.).

Como assim? Se é bom ou ruim? Não, aqui pra mim, é o melhor hospital, eles te atende bem, os médicos, os enfermeiros são tudo bom (Sr. O.L.S.).

Oh, bem mesmo, meu Deus. (Sra. V.L.O.).

Diante disto, percebemos que os usuários atendidos no HNR, portadores de HIV/AIDS, confiam no trabalho realizado pelos profissionais de saúde da Instituição, e consideram o melhor no que se refere ao tratamento desse público. Isso confirma o fato do HNR ser referência no Estado no tratamento dessa moléstia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da experiência de estágio vivenciada no Serviço Social do HNR, podemos relacionar a teoria apreendida na academia e a prática realizada. Nesse contexto, percebemos o cotidiano do Assistente Social inserido na área da saúde, setor que emprega a maioria desses profissionais.

Ao longo do trabalho discorreremos desde o lócus de estágio, passando pelo histórico do vírus HIV, até as dificuldades enfrentadas pelos usuários que convivem com o vírus.

Isso posto, reconhecemos o HNR como referência no tratamento de doenças infecto-contagiosas, e por isso, um espaço rico para a elaboração de pesquisas e a realização de projetos junto aos usuários, devido a diversidade de temas que podem ser abordados, não apenas relacionados ao HIV, mas também à Tuberculose, Hepatite, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outros.

Com relação ao vírus HIV, tema abordado neste trabalho, percebemos que por ser uma doença relacionada ao sexo, causa certo constrangimento quando abordada. Entretanto, analisando os índices de contaminados pelo vírus HIV; e por se tratar de uma doença sem cura, entendemos que a prevenção ainda é a melhor opção. Porém, ao mesmo tempo precisamos criar mecanismos para viabilizar melhor qualidade de vida aos usuários que convivem com o HIV/AIDS, tanto com relação aos locais de atendimento, ou seja, instalação de Serviços de Atendimento Especializados, nos Municípios Catarinenses, quanto o próprio atendimento dispensado aos usuários pelos profissionais da saúde.

Portanto, entendemos que o Assistente Social, sendo também um profissional da saúde, para dar conta da demanda e oferecer um trabalho de qualidade, precisa compreender a temática, bem como conhecer nomenclaturas como carga viral, CD4, imunodeficiência, já abordados no decorrer deste, exigindo desta forma conhecimento e cuidado nas ações desenvolvidas na busca da autonomia destes cidadãos.

Diante disto, Kern (2003) coloca que o Assistente Social não pode se “limitar simplesmente ao atendimento e encaminhamento, atendendo às necessidades primárias”, ele precisa de um “conhecimento humano-social que permita ver nesse usuário, não apenas um doente de AIDS, mas um sujeito social, com sentimentos, com patrimônios, com perspectivas de vida, com fracassos, entre outros aspectos” (KERN, 2003, p.52)

Nesse caso, o fortalecimento da rede de apoio é fundamental para garantir uma melhor qualidade de vida aos portadores de HIV/AIDS:

A intervenção profissional leva em consideração relações de classe, gênero, etnia, aspirações sociais, políticas, religiosas, culturais, além de componentes de ordem afetiva e emocional. O trabalho do assistente social pode produzir resultados concretos nas condições materiais, sociais e culturais da vida de seus usuários, em seu acesso e usufruto de políticas sociais, programas, serviços, recursos e bens, em seus comportamentos, valores, seu modo de viver e de pensar, suas formas de luta e organização, suas práticas de resistência (YAZBEK, 2006, p. 124).

Percebemos na experiência vivenciada a atuação do Assistente Social e sua relação com o usuário, familiares e colaboradores da Instituição. Todavia, sugerimos aos profissionais a incorporação de quadros estatísticos, para que percebam o trabalho realizado, inclusive, criando um banco de dados para futuras pesquisas.

Outrossim, salientamos também a importância do registro das atividades através da inserção de um arquivo para descrever os procedimentos realizados, para cada usuário atendido. Efetivando desta forma o disposto no art. 4º do Código de Ética, quando expõe os deveres do Assistente Social:

Programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente; contribuir para alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária; empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais (BRASIL, 1993, p15).

Esses procedimentos se fazem necessário por vários motivos, inclusive para a efetivação de direitos para os próprios usuários, pois entendemos que a publicização do trabalho realizado proporcionará maior credibilidade aos profissionais, possibilitando melhor articulação entre o Assistente Social e as OGs e ONGs.

Neste sentido concordamos com Santos (2006) quando esta nos coloca que:

A ausência de pesquisa no fazer profissional, “leva o profissional a reproduzir práticas autoritárias, acríicas, controladoras e basista em nome dos interesses e necessidades dos usuários”, esse tipo de prática só fortalece o projeto privado de saúde estimulado pelo Estado, o qual se contrapõe ao princípio de universalidade de acesso e prima pelas ações focalizadas e pontuais (VASCONCELOS apud SANTOS, 2006, p. 24).

Salientamos ainda que, apesar de toda a Legislação específica aos portadores de HIV/AIDS apresentada neste trabalho, ela não atinge o objetivo de proteger o usuário, ou seja, existe todo um arcabouço legal que assegura os direitos sociais a esses cidadãos, porém percebemos a dificuldade de efetivação desses direitos. Ao analisarmos as entrevistas realizadas percebemos que os usuários não assumem sua condição de soropositivos, por temerem a discriminação, inclusive perante seus familiares. Portanto, concluímos que há um despreparo do Estado e da sociedade para lidar com o portador do vírus HIV/AIDS, e os estudos realizados e discutidos neste trabalho apontam que não importa a idade, etnia, gênero ou distinção de classes sociais, todos estão expostos ao vírus.

Outra questão percebida foi em relação aos meios de contaminação: a maior parte dos entrevistados contraiu o vírus através de relação heterossexual. Quando descoberto, o vírus foi identificado pela primeira vez em homossexuais, que até hoje acabam “carregando a culpa” de transmitirem o vírus, a pesquisa demonstra que o HIV é um vírus democrático, não tem preconceito e pode infectar qualquer cidadão, caso não se previna, independente da sua opção sexual.

Para concluir, percebemos que as dificuldades enfrentadas pelos portadores do vírus HIV vão desde assumir sua condição, passando pelas relações familiares e afetivas, bem como, as dificuldades de conquistar e manter um emprego e além disso, dificuldades relacionadas ao próprio tratamento, incluindo a distância dos Serviços de Atendimento Especializado e os efeitos colaterais dos medicamentos. Para Montagnier (1995):

Além dos problemas de sigilo, de trabalho e de moradia, o auxílio na vida cotidiana e o apoio psicológico são duas dificuldades importantes que ainda não foram devidamente equacionadas. Elas dependem muito do grau de isolamento do paciente, de seu grupo imediato, de sua família, de seus amigos [...] os problemas da vida cotidiana são múltiplos: conseguir levantar-se e andar, alimentar-se, tomar banho, vestir-se cuidar da casa, preparar as refeições (MONTAGNIER, 1995, p. 126).

Diante do exposto, salientamos a importância do trabalho interdisciplinar no atendimento aos usuários, no sentido de proporcionar um atendimento mais efetivo.

Entretanto, é necessário ressaltar o papel do Assistente Social nessas relações. A fim de viabilizar e efetivar os direitos desses usuários, esse profissional deve se pautar no projeto ético político da profissão materializado no Código de Ética, que estabelece em seus princípios fundamentais a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas á garantia dos direitos civis sociais e políticos das

classes trabalhadoras” e principalmente, partindo da lógica exposta no decorrer deste, “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (BRASIL, 1993, p.1).

Acreditamos ainda que esse Trabalho de Conclusão de Curso pode trazer importantes contribuições para a instituição HNR, pois trouxe um resgate histórico da entidade, do Serviço Social, bem como apontamentos para sugestões de novas pesquisas aos acadêmicos do curso de Serviço Social. A realização do trabalho possibilitou conhecer as vivências e dificuldades apresentadas pela demanda em estudo, demonstrando que o profissional de Serviço Social também está qualificado e possui competência ética e política para atuar na formulação e gestão de políticas públicas no enfrentamento ao vírus HIV/AIDS, não se restringindo apenas à esfera da execução. Para tanto, o Assistente Social precisa entender e conhecer a realidade que o cerca e construir criticamente ações que visem à garantia de direitos dos usuários atendidos, e, além disso, precisa criar possibilidades de ampliação do seu espaço profissional, especialmente nas áreas de planejamento, controle, avaliação e gestão de políticas públicas.

Para finalizar utilizamos uma citação de Montagnier (1995, p. 126) no que se refere aos cuidados com o portador do vírus HIV:

(...) é preciso levar em conta o homem, seu desamparo em face a doença, suas dores, sua solidão...a abordagem deve ser global: todos os parâmetros da infecção e todos os componentes da vida devem ser considerados na busca de assegurar um maior bem-estar, na falta de uma cura (MONTAGNIER, 1995, p. 126).

Portanto fica como desafio aos futuros estagiários no HNR, novas descobertas frente a esta demanda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, Naldir da Silva. **As Múltiplas Facetas do Trabalho Infantil: Necessidades X Cidadania**. 2006. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) Universidade do Vale do Itajaí, Univali.

_____, Naldir da Silva. **A questão da AIDS no Município de São João Batista, numa perspectiva de direito, prevenção e assistência**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional de Blumenau. 2001.

_____. **A mulher e a questão da AIDS: o perfil das gestantes que realizam o teste de HIV/AIDS no Município de São João Batista**. Trabalho de Pós Graduação em Políticas Públicas. Curso de Pós-Graduação da Universidade Regional de Blumenau. 2003.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, Boitempo, 2001.

BECK (LISA), Liciani carim. **Universidade Solidária, Reforma do Estado e Políticas Sociais**. Itajaí, 2005. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de políticas Públicas) –Universidade do Vale do Itajaí – Univali.

Bolsa Família

Disponível em <[HTTP://www.caixa.gov.br/voce/social/transferencia/bolsa_familia/index.asp](http://www.caixa.gov.br/voce/social/transferencia/bolsa_familia/index.asp)>
Acesso em 07. dez. 08

BONTEMPO, Márcio. **AIDS: Esclarecimento global e uma abordagem alternativa**. Editora Hemus. São Paulo.SP.[s/d].

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, novembro de 2004.

_____, **Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica de Assistência Social**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social. 1ª ed. Brasília: MPAS, SEAS, 1993.

_____, **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as ações e serviços de saúde
Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em 22.
Nov. 08

_____, CFESS nº 273, de 13 de março de 1993. **Código de Ética profissional dos
Assistentes Sociais.**

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social
Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>> Acesso em 26 nov. 08

_____. **Política Brasileira de AIDS: Principais Resultados e Avanços • 1994 – 2002**
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_94_02.pdf> Acesso em
22. nov. 08.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 22.
nov. 08.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **O imaginário e o adoecer: um esboço de
pequenas grandes dúvidas.** In: e a Psicologia entrou no Hospital...São Paulo: Pioneira, 1996,
p. 181-213.

CASTELLS, M. Para o Estado-rede: globalização econômica e instituições políticas na era da
informação. In: **Sociedade e Estado em transformação.** Bresser P, Luiz C; Wilhelm, J; Sola,
Lourdes. (orgs.) São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP. 1999. P.147-171.

CRUZ, P. M. **Fundamentos do Direito Constitucional.** 2 ed. Curitiba.Juruá, 2003. 303 p.

Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Vigilância das DST/HIV e AIDS:
A epidemia de AIDS em Santa Catarina. Disponível em: <www.dive.sc.gov.br> Acesso em
01 out.08.

FÁVERO, Eunice Teresinha. **O estudo social: fundamentos e particularidades sua
construção na área judiciária.** In: CFESS (org.) O estudo social em perícias, laudos e
pareceres técnicos. São Paulo: Cortez, 2005. p.9-51

FONGARO, Maria Lúcia Hares. SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Roteiro de avaliação
psicológica aplicada ao hospital geral.** In: e a Psicologia entrou no Hospital...São Paulo:
Pioneira, 1996, p. 05-64

FRATINI, Juciane Rosa Gaio. SAUPE, Rosalita. MASSAROLI, Aline. **Referência e Contra Referência: Contribuição para a integralidade em Saúde.** Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4908/3211>> Acesso em 22. nov. 08.

GARCIA, Hamilcar de. (coord). **Atual dicionário Brasileiro Rideel – ADBR.** São Paulo: Rideel, s/d.

GOMES, Ana Lúcia. **O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de retrocessos e limites.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 68, São Paulo: Cortez, novembro, 2001, pg. 111-139.

GUEIROS, Dalva Azevedo. **Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar.** In: Serviço Social & Sociedade, n 71, São Paulo; Cortez, setembro de 2002, p. 102-121

HENRICH, Giovana. **AIDS feminina: um olhar no espelho sem maquiagem.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatísticas. In: Conheça os tipos de pesquisa realizados pelo Grupo IBOPE. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/calandraWeb/BDarquivos/sobre_pesquisas/tipos_pesquisa.html> Acesso em 09. dez. 08.

KERN, Francisco Arseli. **Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS.** In: Serviço Social & Sociedade, n 74, São Paulo; Cortez, julho de 2003, p. 42-67.

LIMA, A. L.L.M., KIFFER C.R.V., UIP D. E., OLIVEIRA M. S., LEITE O. H.M. **HIV/AIDS: Perguntas e Respostas.** Editora Atheneu, 1996. São Paulo. SP.

LUC, Montagnier. **Vírus e homens: AIDS: seus mecanismos e tratamentos.** Editora Jorge Zahar, Rio de Janeiro. 1995

Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio. Disponível em <<http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/TFD.pdf>> Acesso em 22. nov. 08

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. **O projeto de pesquisa em Serviço Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 05: Intervenção e Pesquisa em serviço Social. Brasília: CFESS – ABEP – CEAP – UNB, 2003

MARTINS, Valdete de Barros; PAIVA, Beatriz agosto. **A implantação da Lei orgânica da Assistência Social: uma nova agenda para a cidadania no governo Lula**. In: Revista serviço Social e Sociedade, n73, São Paulo; Cortez, março de 2003, p. 46-74.

MATTOS, Maria das Dores dos Santos. **Afastamentos dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC: uma análise das principais doenças ocupacionais**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2007.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Direitos humanos, cidadania e educação. Uma nova concepção introduzida pela Constituição Federal de 1988**. Jus Navigandi, Teresina, a. 5, n. 51, out. 2001. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2074&p=2>> Acesso em 23. nov. 08.

MELO, Ana Inês Simões Cardoso e ALMEIDA, Gláucia Elaine Silva de. **Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional**. In módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 1999. P. 227-239.

Ministério da Saúde
Programa Nacional de DST e AIDS. Disponível em:
<[HTTP://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm](http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm)> Acesso em 15 out. 08.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) DESLANDES, Suely Ferreira, NETO, Otavio Cruz, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate**. **Serviço Social e Sociedade n. 55**. São Paulo: Cortez, 1997.

MORAES, Ana Cláudia de (Org.). **Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC**. 2. ed. Florianópolis: EMYO: CRESS, 2007. 40 p.

NOGUEIRA, M. A. **O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado**. **Serviço Social e Sociedade n. 82**. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T.. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2008.

PACIORNIK, Rodolpho. **Dicionário Médico**. 3ª Ed. rev. e aum. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1985.

Políticas Públicas. Site Wikipédia: a enciclopédia Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%ADtica_p%C3%BAblica> Acesso em 22. Nov. 08.

Portal São Francisco
Disponível em: <<http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/aids/aids-6.php>> Acesso em 18. set.08

Previdência Social. Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>> Acesso 27 nov. 08.

RAMOS, Elza A. Bernardini. **O Perfil Sócio-Econômico e Cultural dos portadores de HIV/Aids que procuram atendimento no Hospital Nereu Ramos**. Departamento de Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis/SC, 1996.

ROCHE BRASIL. Disponível em <http://www.roche.com.br/default_PT.htm>, acesso em 19 out. 08.

RUDNICKI, Dani. **AIDS e Direito: papel do estado e da sociedade na prevenção da doença**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

SANTOS, Cláudia Tavares dos. SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica**. In: e a Psicologia entrou no Hospital...São Paulo: Pioneira, 1996, p. 147-176.

SANTOS, Maria Regina. **O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos**. In: Serviço Social & Sociedade, n 85, São Paulo; Cortez, março de 2006, p. 7-28.

SANTOS, Maria Roseli Dias dos. **Plano de Trabalho do Serviço Social**. Hospital Nereu Ramos. Florianópolis. 1995

SANTOS, Mauro Pereira dos. **Diretrizes Gerais do Serviço Social na Fundação Hospitalar de Santa Catarina**. Coordenadoria de Serviço Social. Florianópolis, 1977.

SILVA, Graziela da. **Algumas considerações sobre a gravidez/maternidade das adolescentes atendidas na unidade local de saúde do Saco Grande**. Departamento de Serviço Social. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis/SC, 2008.

SILVA, Joisiane Eliete. **Análise dos Programas Governamentais e Não – Governamentais de HIV/AIDS do Município de Florianópolis**. Departamento de Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis/SC, 2003.

SILVA, M. O. da S. e. **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos**. In: Silva e S. da O. M. (org.) Avaliação de Políticas e programas Sociais teoria e prática. São Paulo. Ed. Veras, 2001. (Núcleo de pesquisa; 6).

SMELTZER, Suzanne C. BARE, Brenda G. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol.3. 10 edição.

Secretaria Estadual de Saúde – Santa Catarina: **Perfil e Tendências do HIV/AIDS e outras DST**. Disponível em: <www.dive.sc.gov.br> Acesso em 01 out.08.

RAMOS, Hospital Nereu. **Livro de registro de cirurgias do Hospital Nereu Ramos**. Florianópolis, s/d.

TELLES, Vera da Silva. Sociedade Civil e a construção de espaços públicos: in. **Anos 90: Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Ed. Brasileira, 1994.

VICTÓRIO, C. G. KNAUTH, D. R., HASSEN, M. DE N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: tomo editorial, 2000.

VILAMIL, Cecilia Silveira e MORAES, Nídia de Jesus. Projeto de Pesquisa: **O perfil dos pacientes portadores de HIV/AIDS internados no Hospital Nereu Ramos**. Trabalho acadêmico apresentado à disciplina Pesquisa em Serviço Social. Florianópolis/SC 2007

_____, Cecilia Silveira. **Diário de Campo: atividades realizadas no Hospital Nereu Ramos**. Florianópolis, 2008

_____, Cecilia Silveira. **Plano de Estágio e Projeto de Intervenção.** Trabalho realizado para a disciplina Supervisão Pedagógica de Estágio Obrigatório I. Florianópolis, 2008.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** 3 ed. São Paulo, Cortez, 1999.

_____. **Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil.** Temporalis. ABEPSS, Ano II nº 3, 2ª ed, 2004

_____, Maria Carmelita. **A Assistência Social na prática profissional: história e perspectivas.** Serviço Social e Sociedade nº 85. São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
ACADÊMICA: CECILIA SILVEIRA VILAMIL

ROTEIRO DE PESQUISA

ENTREVISTA Nº: _____

NOME: _____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____ MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____

PROFISSÃO: _____ RENDA: _____

1-COMO CHEGOU AO HOSPITAL NEREU RAMOS?

2-HÁ QUANTO TEMPO TEM, E COMO CONTRAIU O VÍRUS HIV/AIDS?

3-O QUE VOCÊ CONHECE SOBRE VÍRUS HIV/AIDS?

4-COM QUEM OBTEVE INFORMAÇÕES?

5-RESIDE COM QUEM?

6-COMO SUA FAMÍLIA REAGIU QUANDO SOUBE QUE VOCÊ ESTAVA COM O VÍRUS?

7-COMO É PARA VOCÊ SER UM PORTADOR DO VÍRUS HIV/AIDS?

8-QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES QUE VOCÊ ENCONTRA FRENTE AO HIV/AIDS?

9-JÁ ESTEVE INTERNADO, QUANTAS VEZES?

10-TEM ACESSO COM FACILIDADE A TODA MEDICAÇÃO NECESSÁRIA AO TRATAMENTO?

11-CONHECE OS PROGRAMAS EXISTENTES PARA FAZER SEU TRATAMENTO?

12-VOCÊ TEM CONVERSADO COM SEU MÉDICO SOBRE SUA ALTA?

13-VOCÊ CONSIDERA ESTAR BEM PARA TER ALTA?

14-VOCÊ E SUA FAMÍLIA RECEBERAM ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS EM CASA?

15-POSSUI VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL?

16-VOCÊ RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

17-QUAL SUA EXPECTATIVA APÓS ALTA?

18-RETORNARÁ PARA ONDE?

19-COMO VOCÊ AVALIA O TRATAMENTO E OS CUIDADOS DO HOSPITAL NEREU RAMOS?

20-TEM ALGUMA SUGESTÃO PARA MELHORAR?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ C.P.F. _____,

por este meio cedo os direitos à Cecília Silveira Vilamil C.P.F. 009.099.769-70, para qualquer fim acadêmico ou educativo, das gravações, transcrições e conteúdos desta entrevista, que tem como objetivo pesquisar a realidade dos usuários do Hospital Nereu Ramos/Fpolis, portadores/as de HIV/AIDS.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Entrevistado

Pesquisadora: Cecília Silveira Vilamil

Florianópolis, ___ de _____ de 2008

ANEXOS

ANEXO A - Organograma da Instituição

ANEXO B - Ficha de Acolhimento



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NEREU RAMOS
SERVIÇO SOCIAL

FICHA DE ACOLHIMENTO

Data: ____/____/____.

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Cônjuge: _____

Endereço: _____

Telefone de contato: _____

Possui filhos? _____ Qtos? _____

Nome	Idade	Endereço	Telefone

Com quem mora? _____

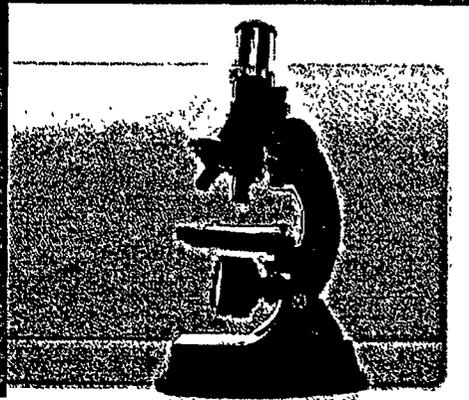
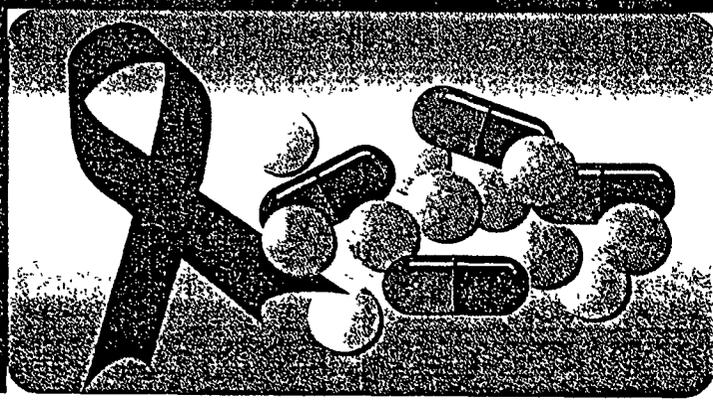
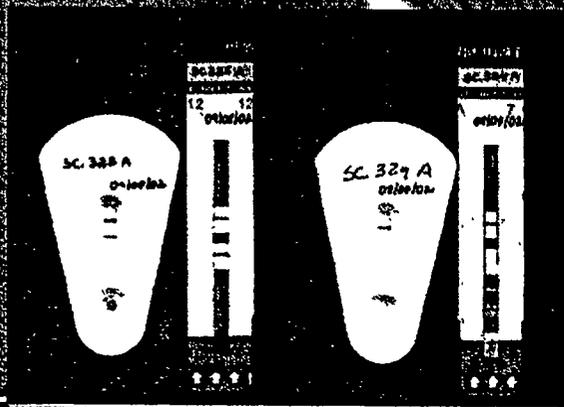
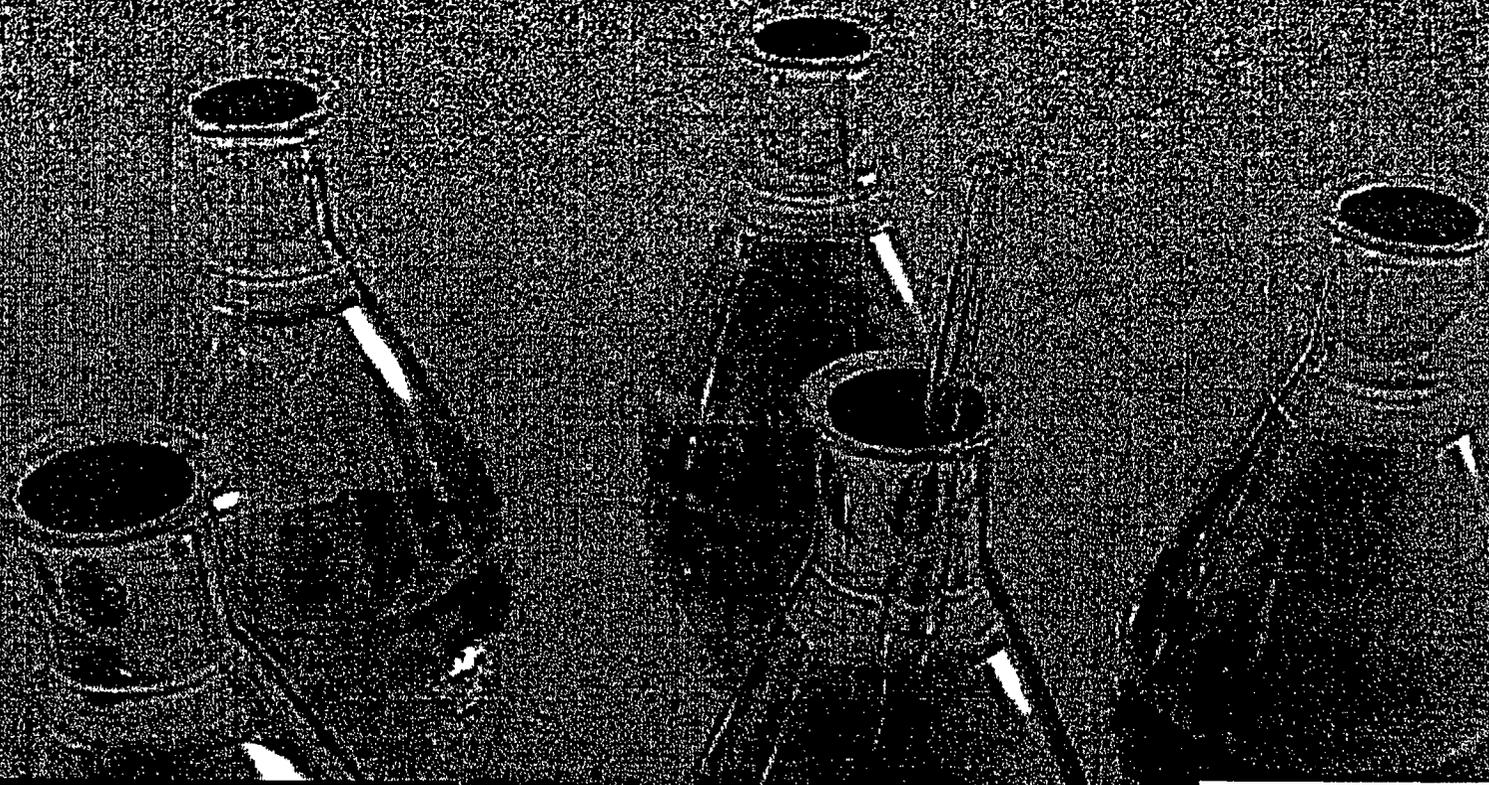
Precisa de acompanhante? Quem pode acompanhá-lo(a)? _____

Profissão/ocupação: _____

Está vinculado(a) à previdência social? _____

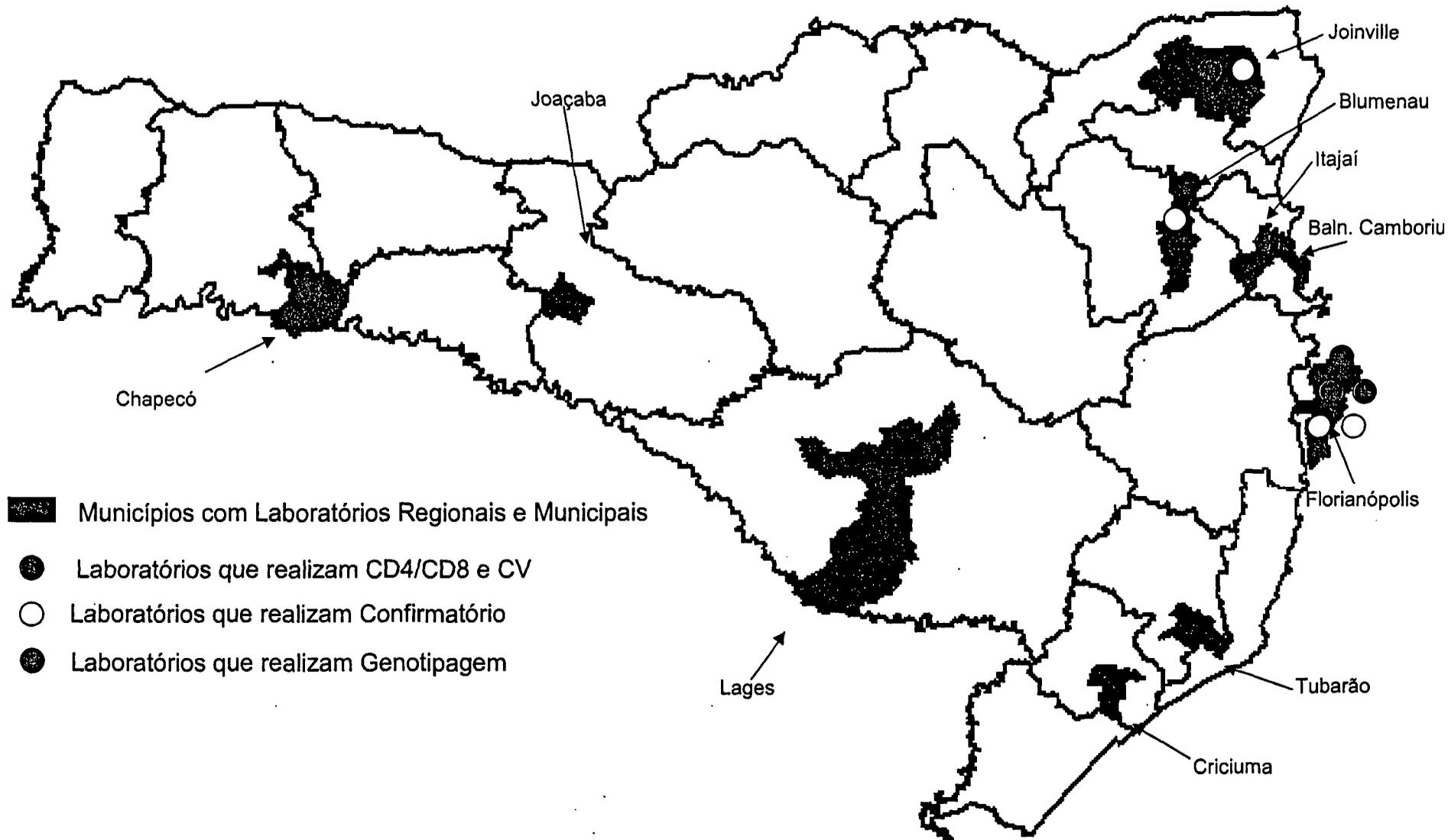
ANEXO C - Mapa da Assistência

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina



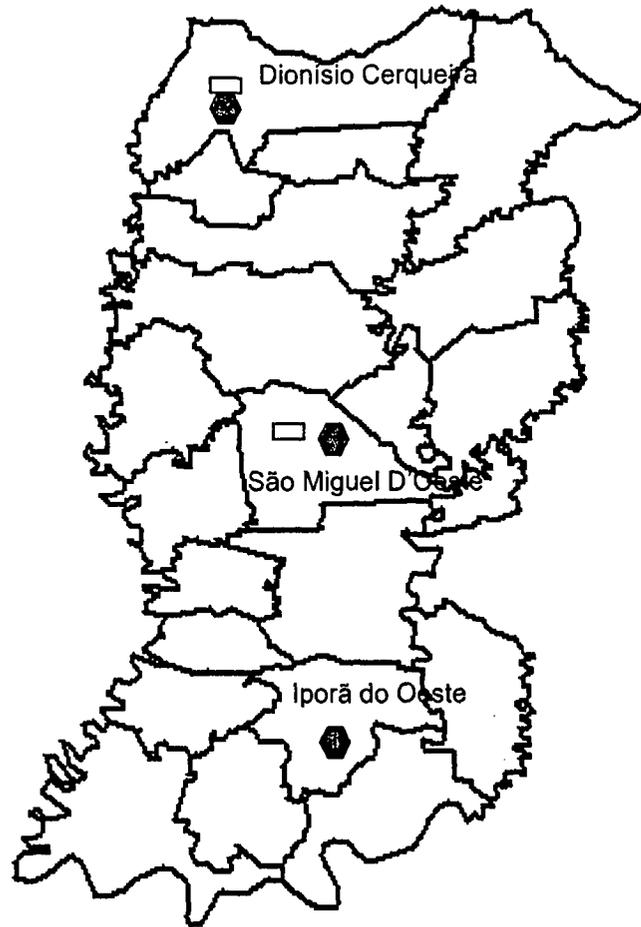
Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Rede Laboratorial



Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de São Miguel D'Oeste

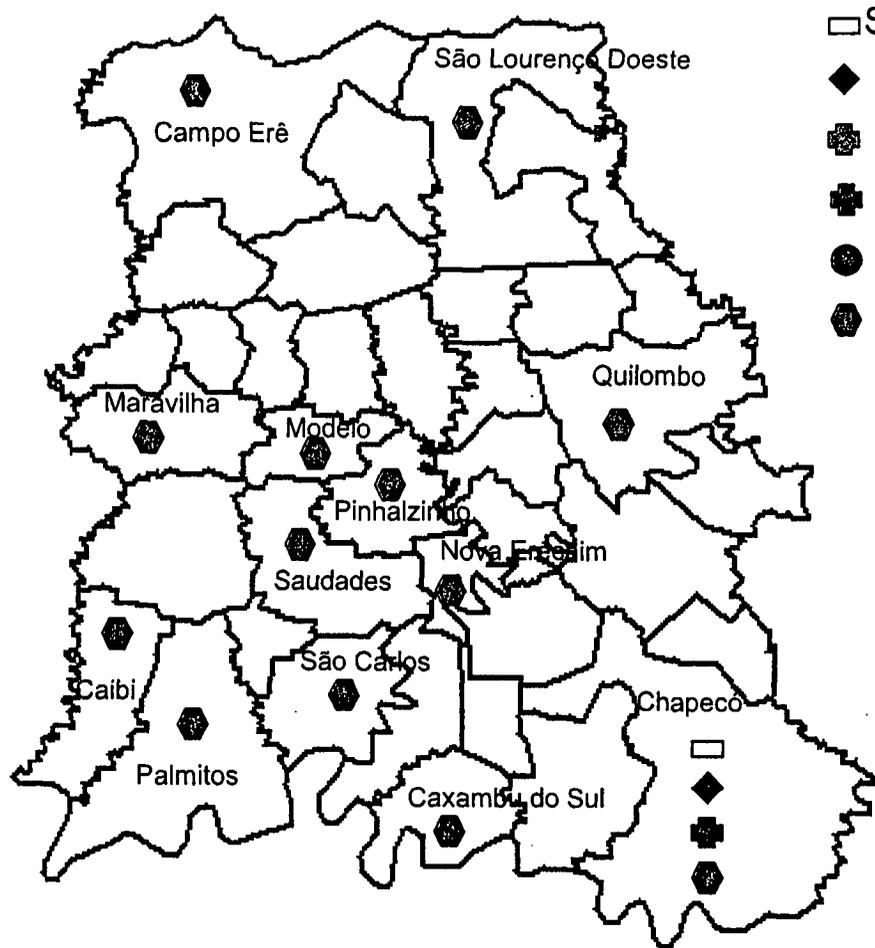


- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬢ Maternidades que realizam teste rápido



Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

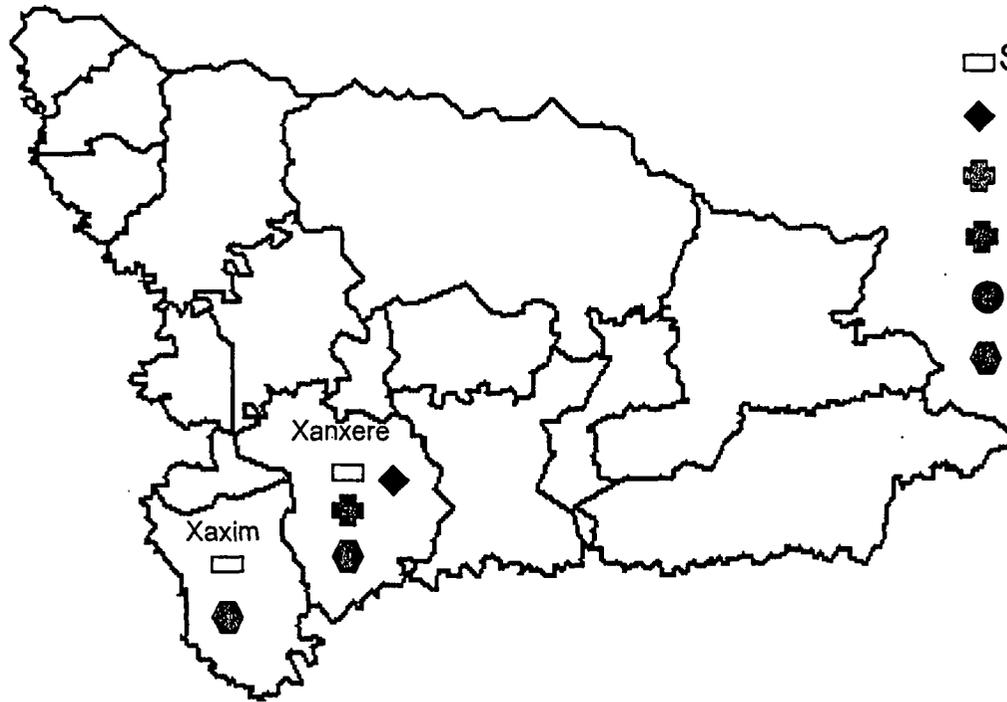
Gerência Regional de Saúde de Chapecó



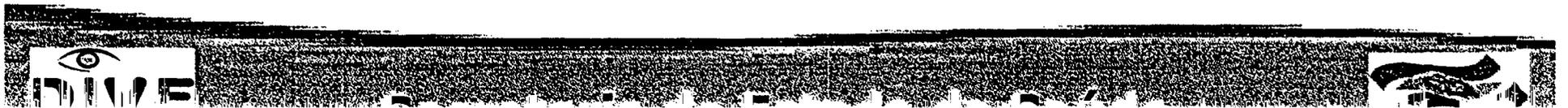
- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊠ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Xanxerê

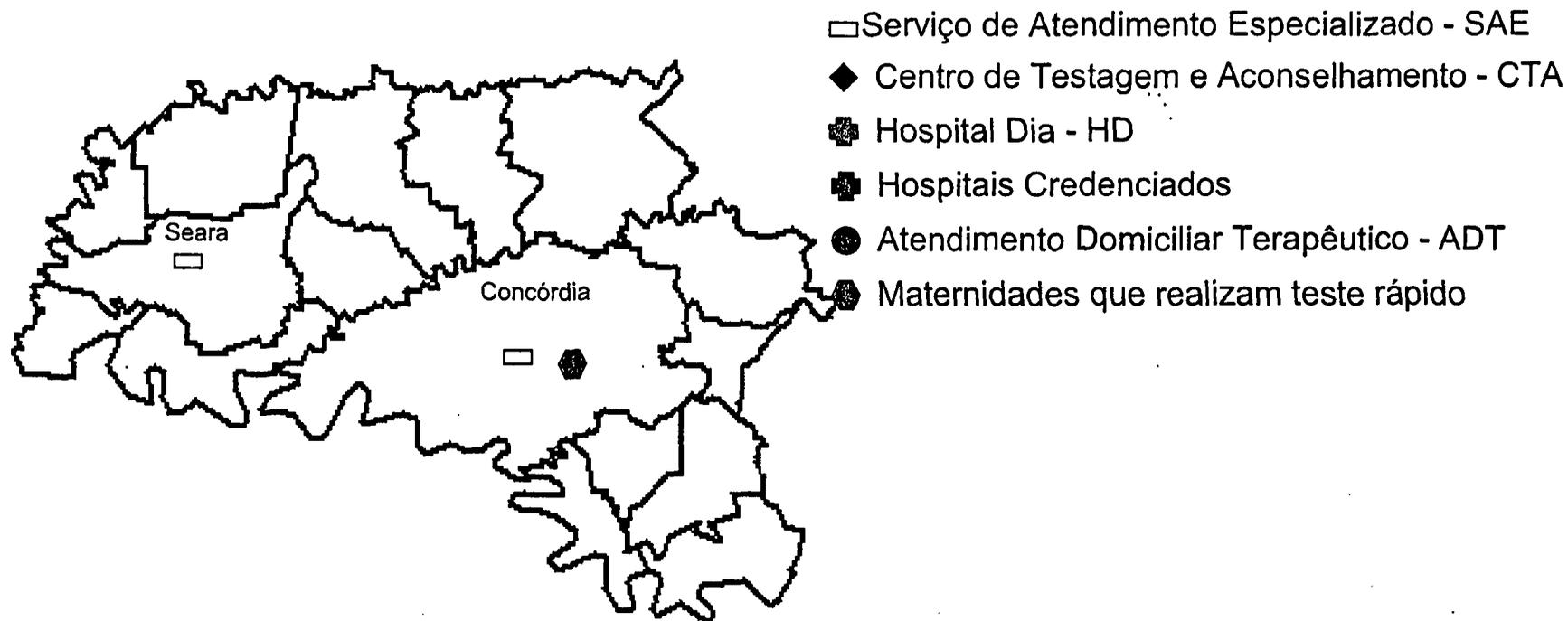


- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido



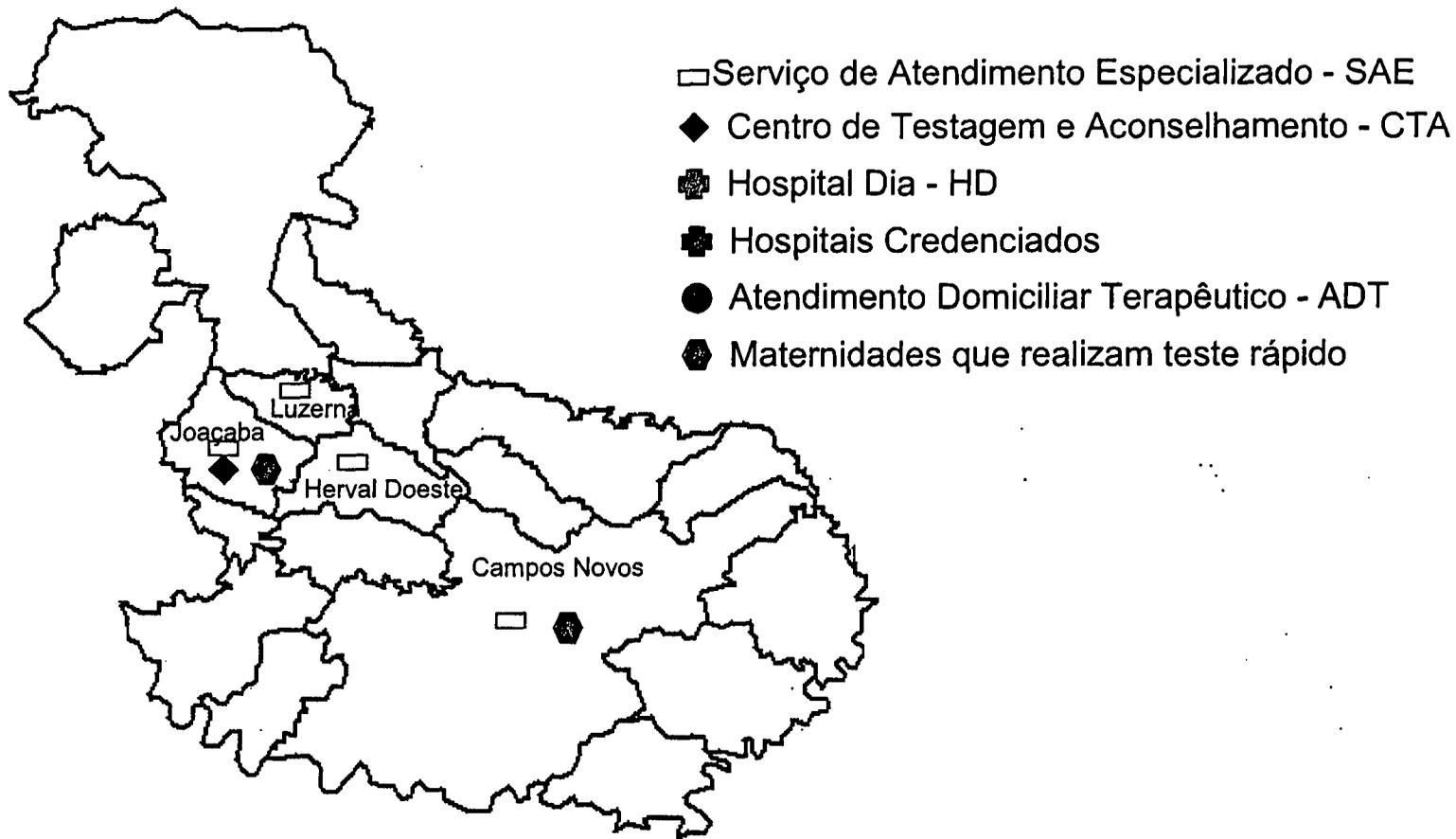
Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Concórdia



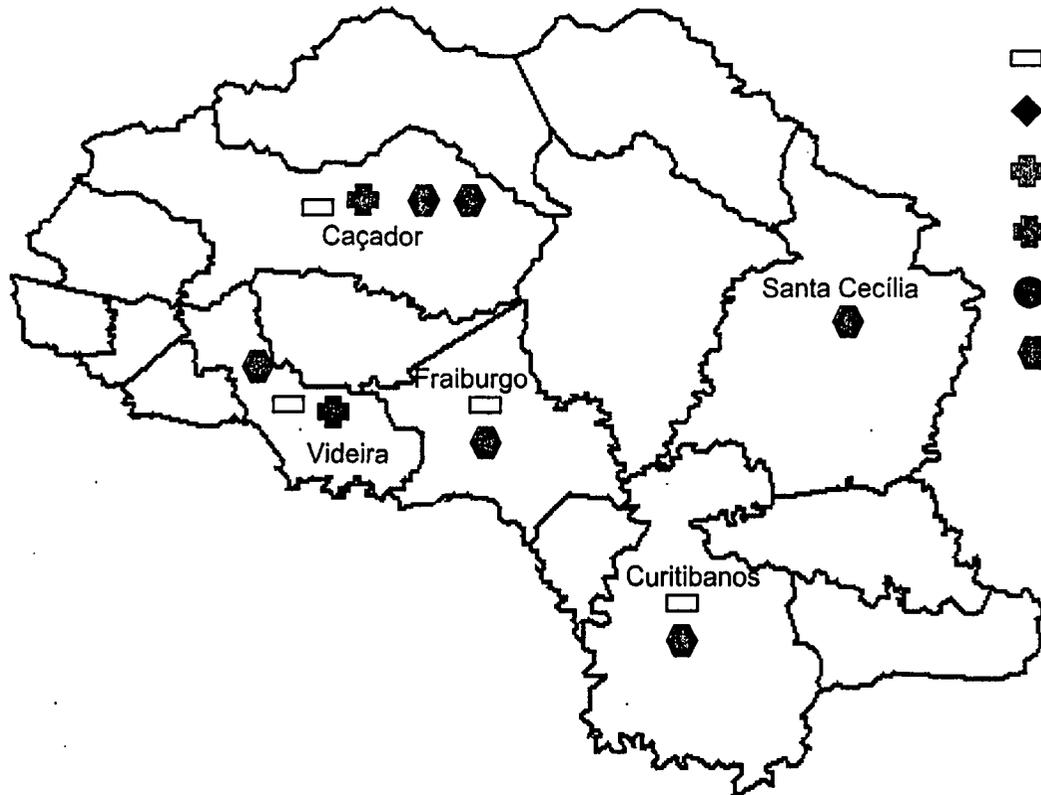
Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Joaçaba



Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Videira

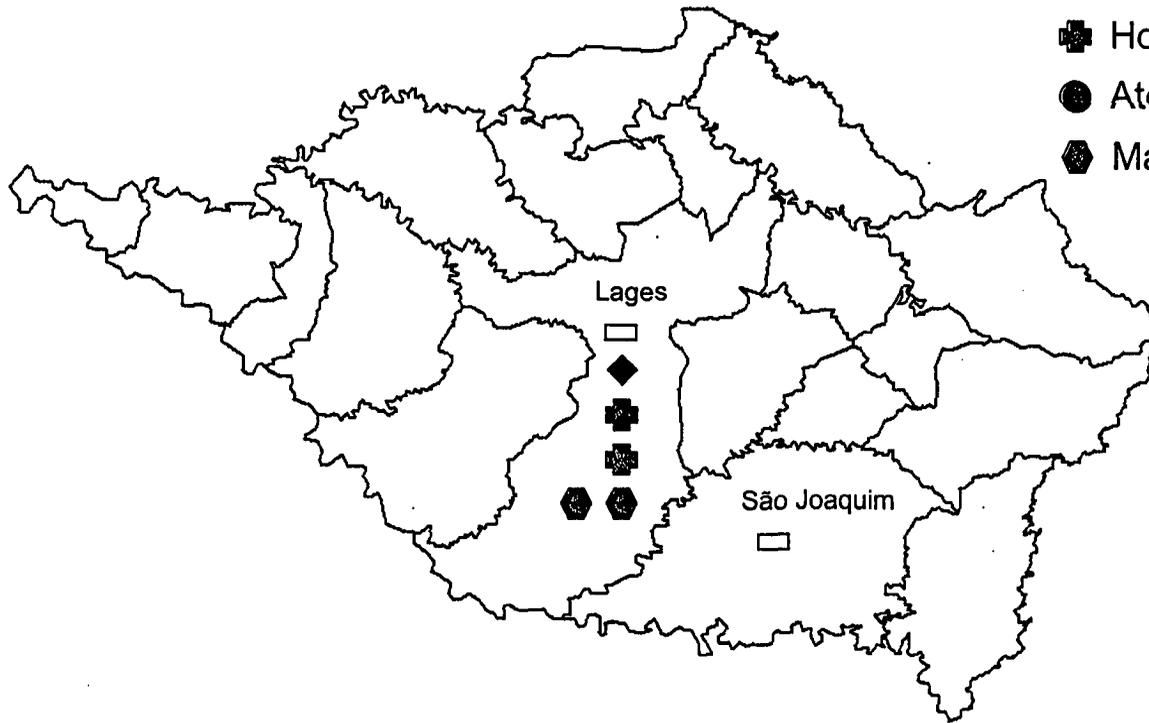


- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

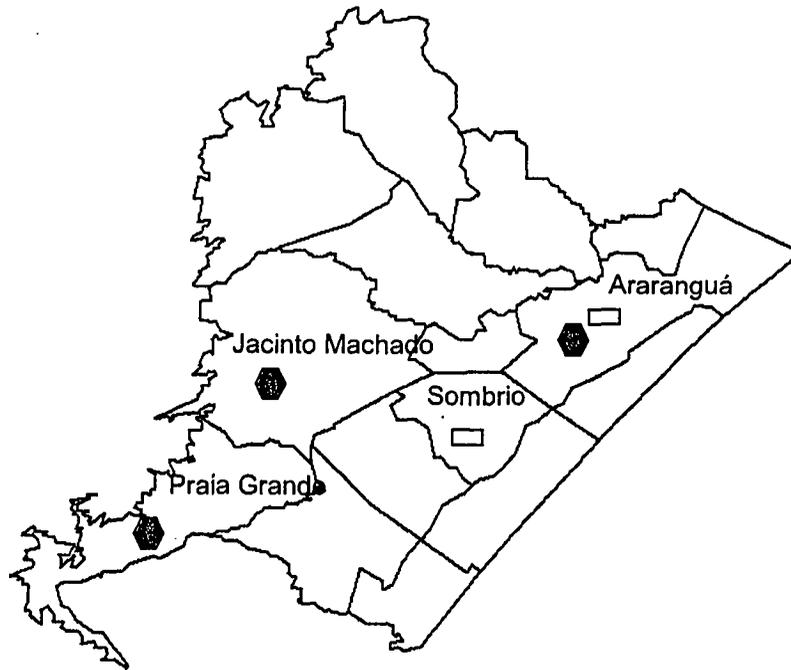
Gerência Regional de Saúde de Lages

- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬠ Maternidades que realizam teste rápido



Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

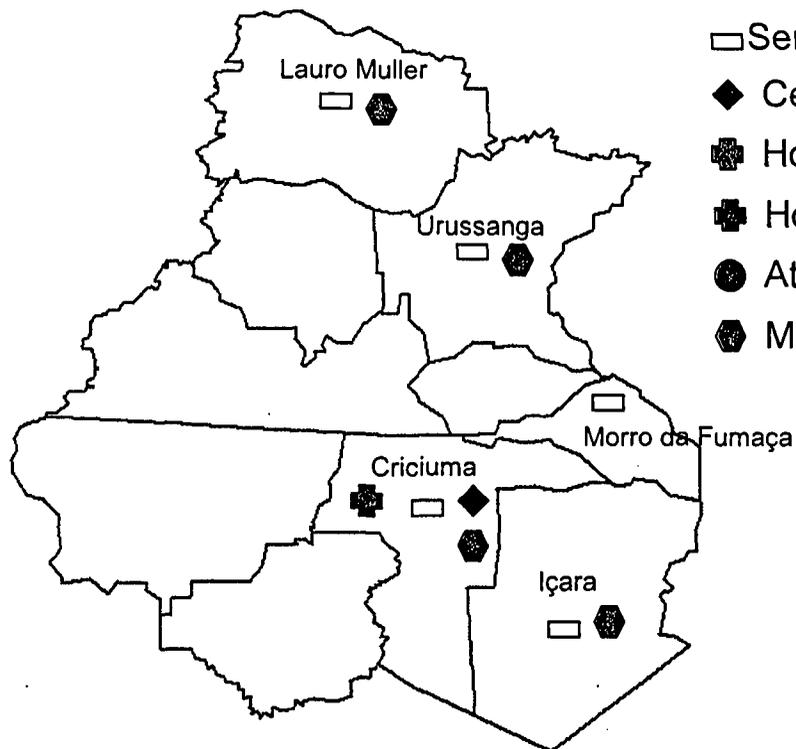
Gerência Regional de Saúde de Araranguá



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ▣ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ◆ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

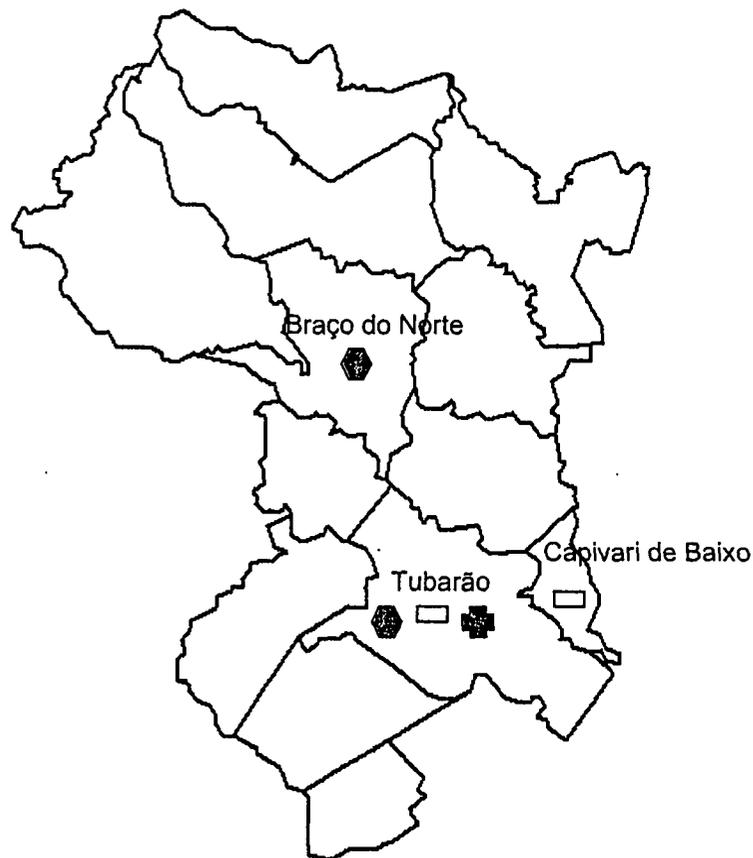
Gerência Regional de Saúde de Criciúma



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ✚ Hospital Dia - HD
- ✚ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

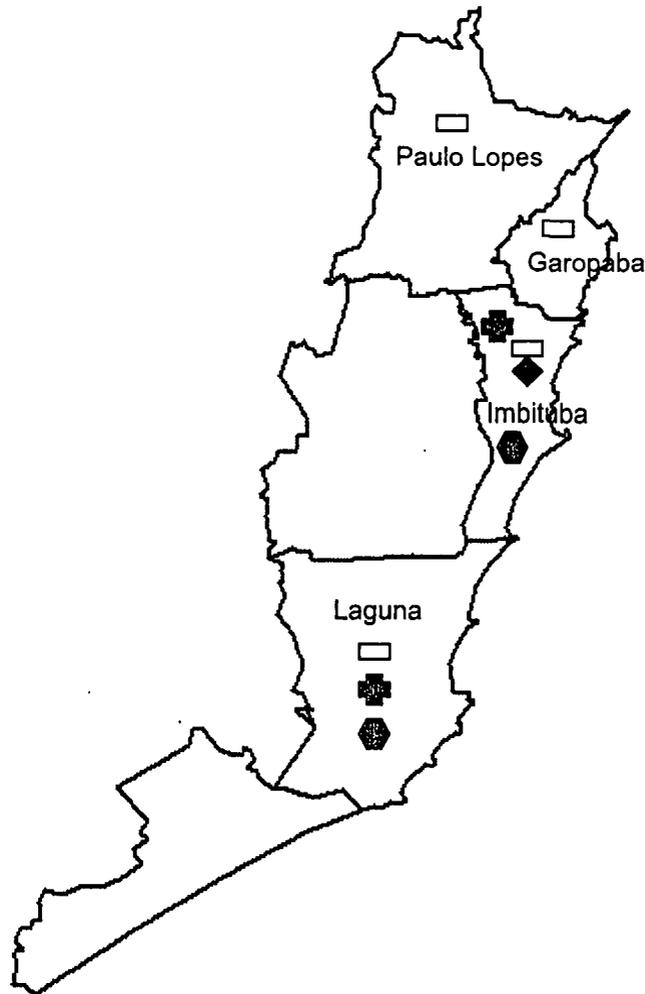
Gerência Regional de Saúde de Tubarão



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

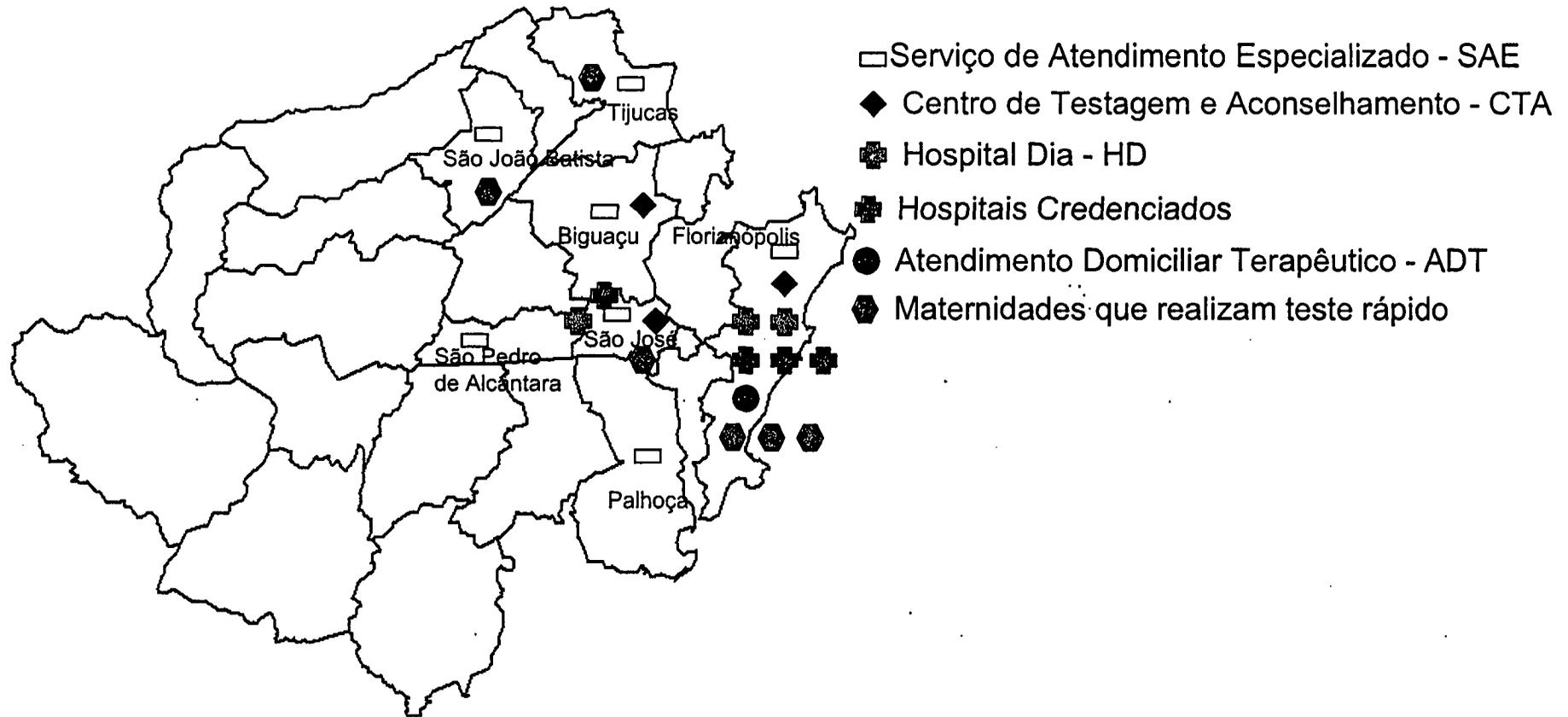
Gerência Regional de Saúde de Laguna



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ✚ Hospital Dia - HD
- ✚ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

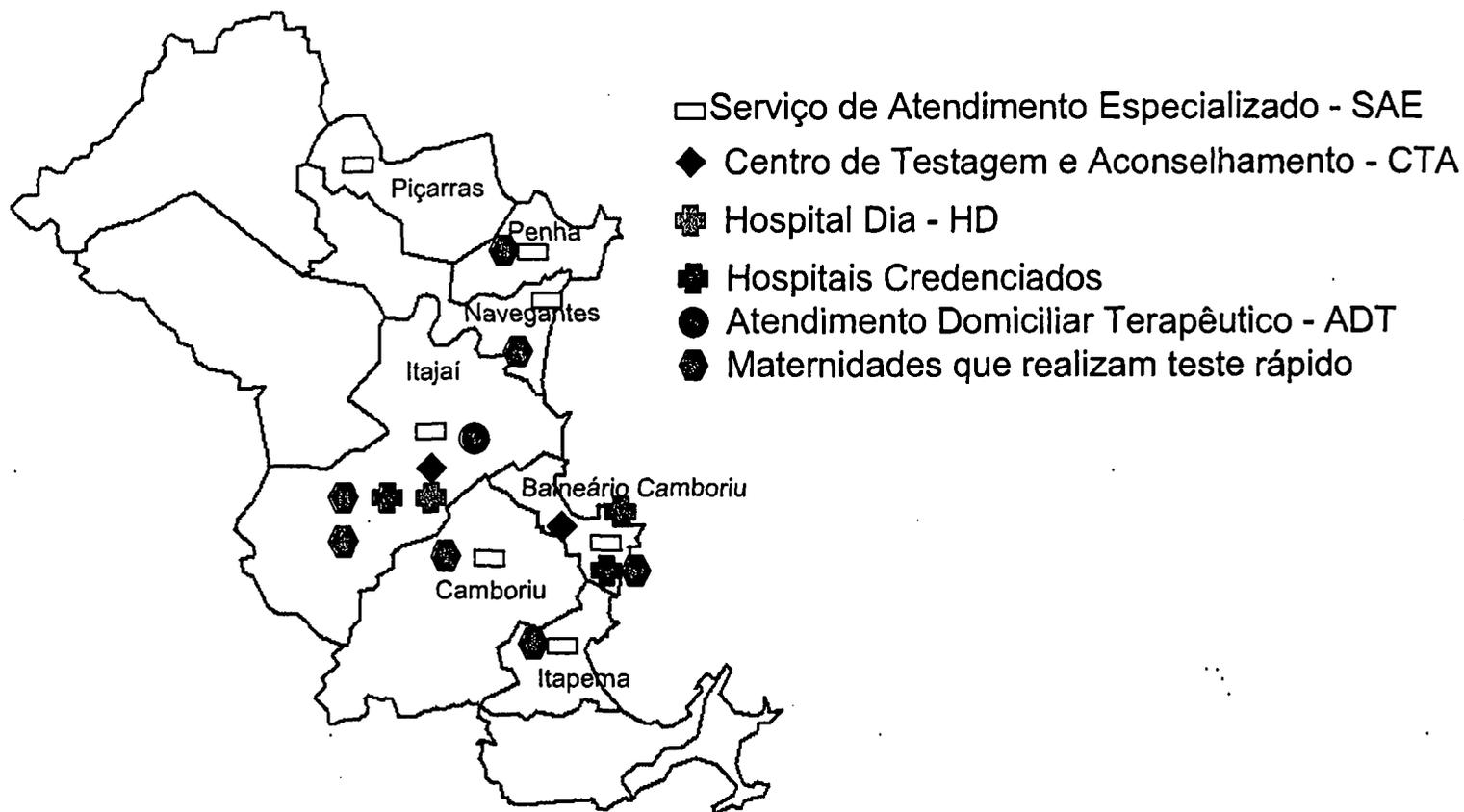
Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de São José



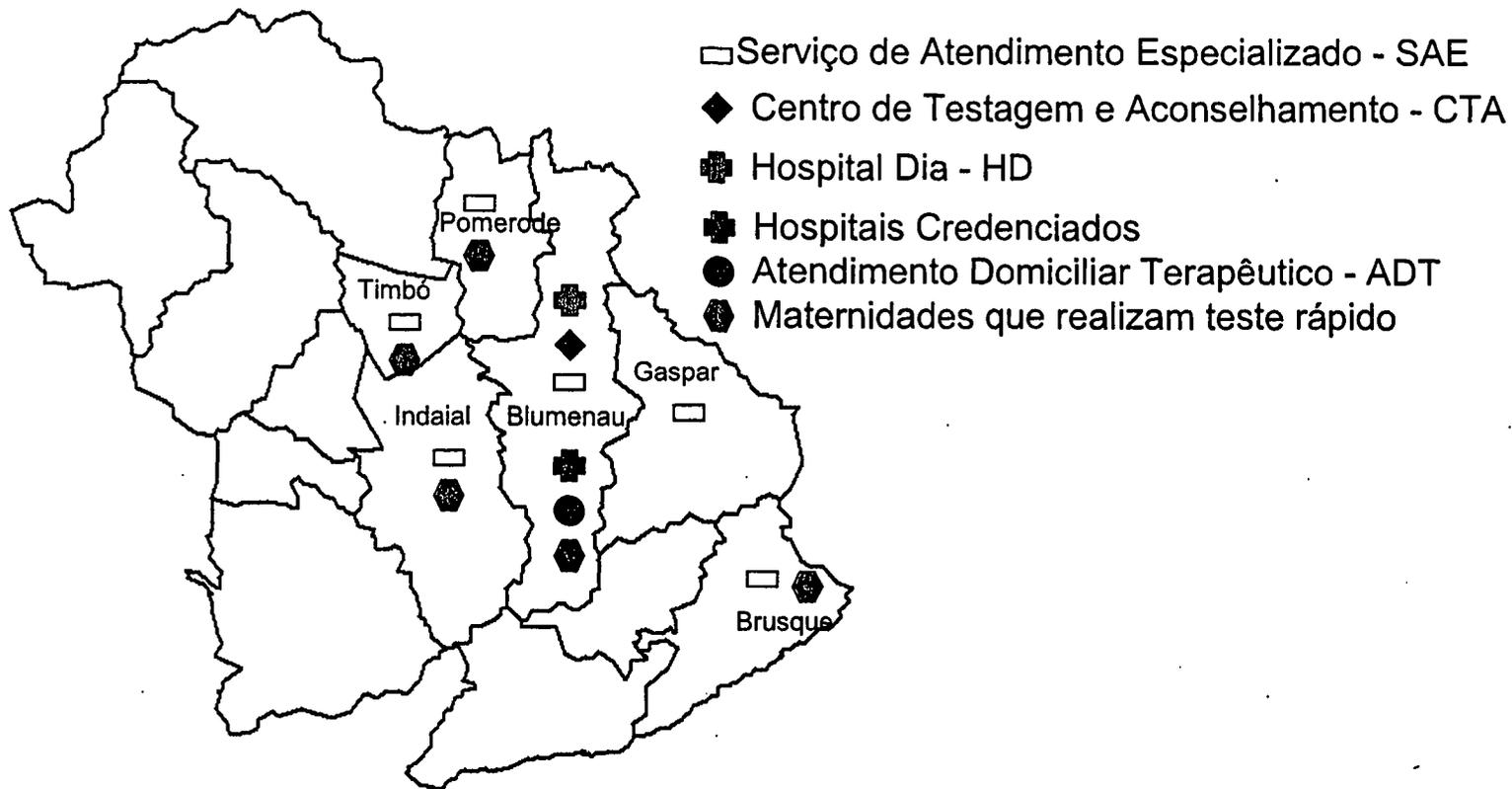
Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Itajaí



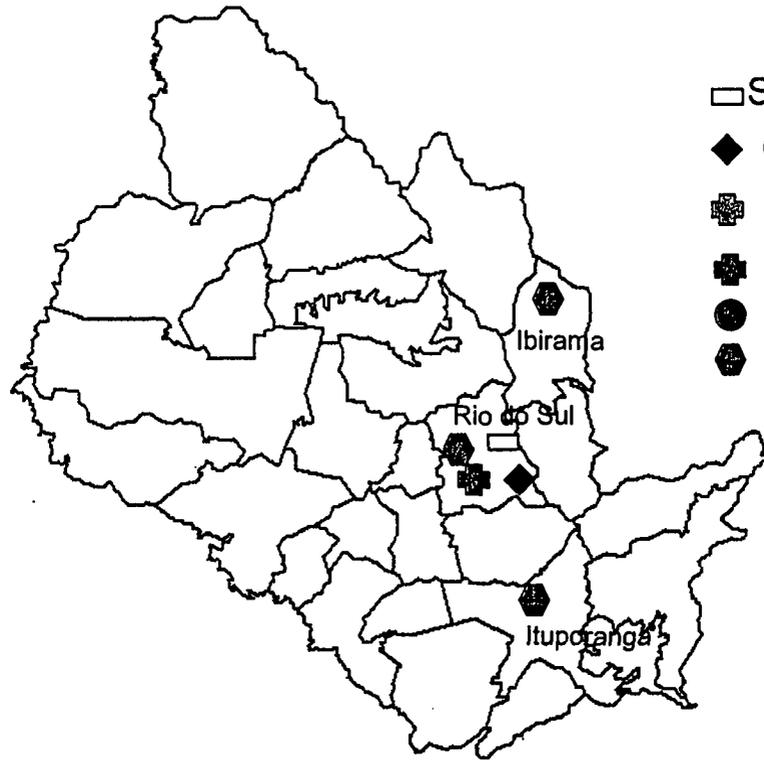
Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Blumenau



Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

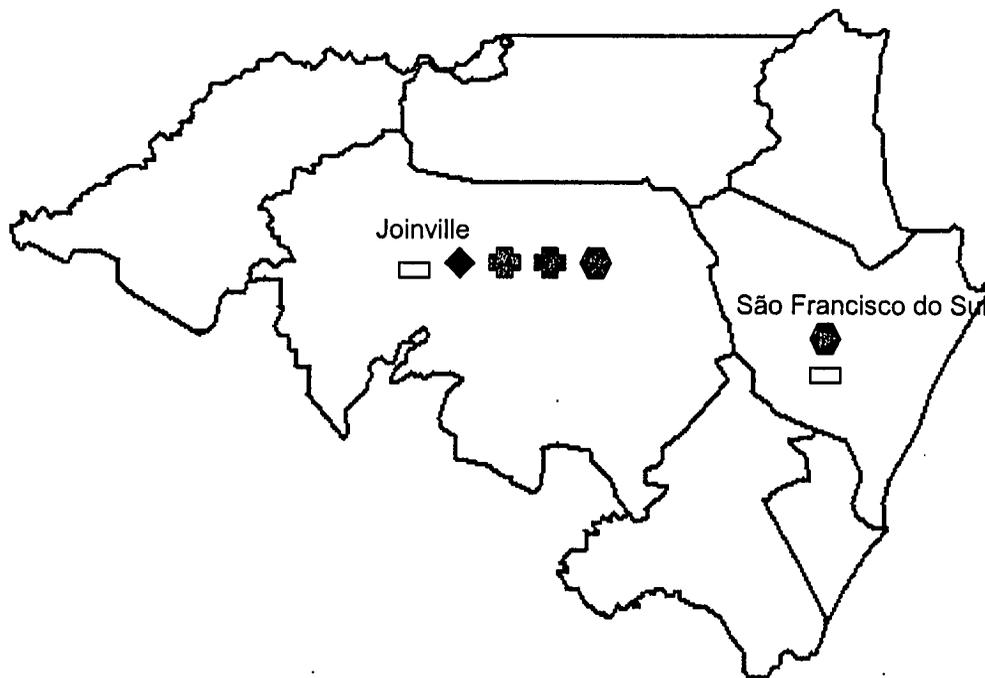
Gerência Regional de Saúde de Rio do Sul



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ◆ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Joinville



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ✚ Hospital Dia - HD
- ✚ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

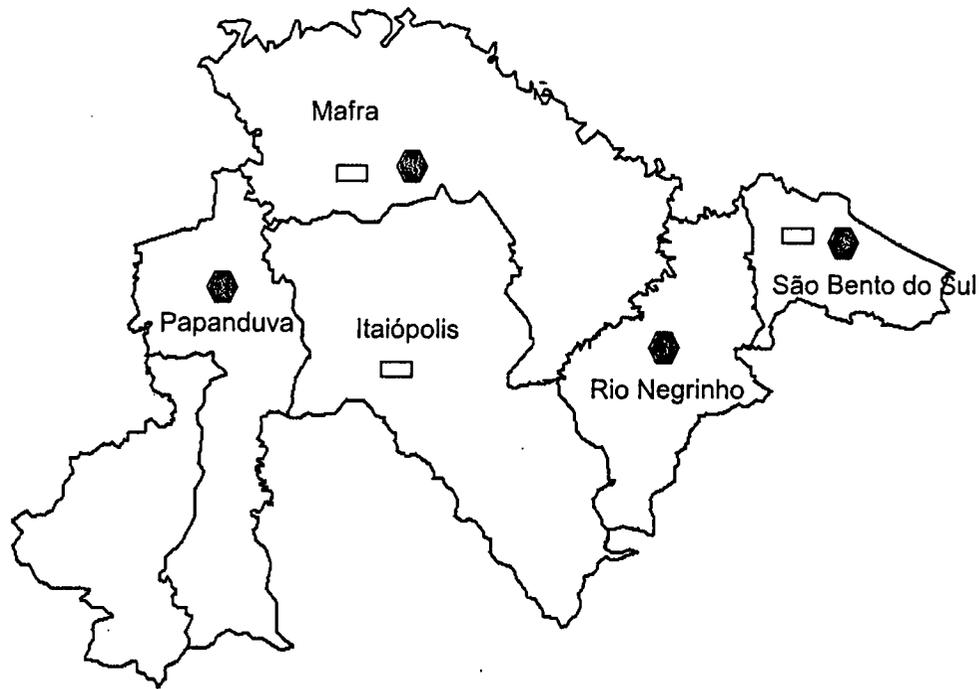
Gerência Regional de Saúde de Jaraguá do Sul



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

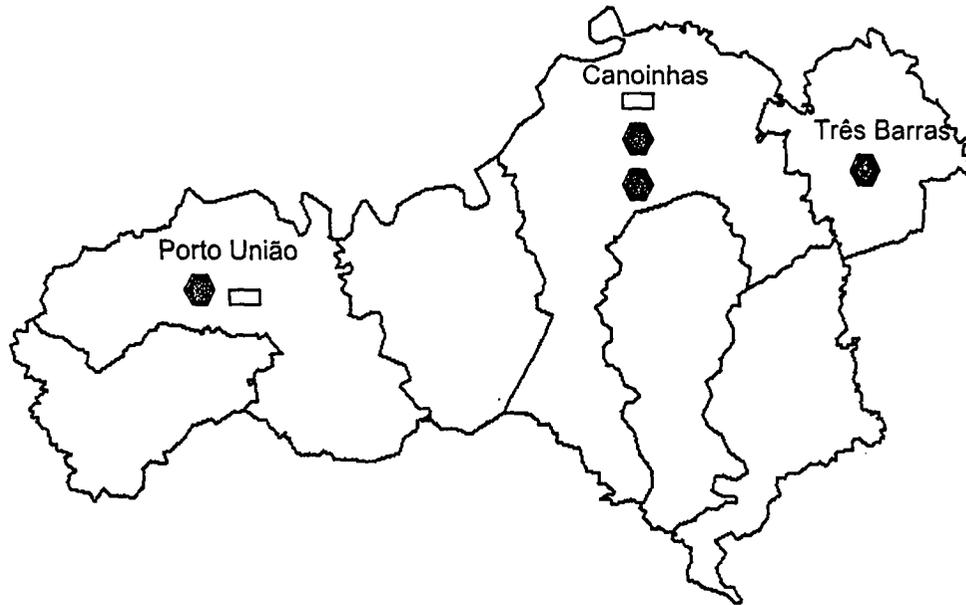
Gerência Regional de Saúde de Mafra



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina

Gerência Regional de Saúde de Canoinhas



- Serviço de Atendimento Especializado - SAE
- ◆ Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
- ⊕ Hospital Dia - HD
- ⊕ Hospitais Credenciados
- Atendimento Domiciliar Terapêutico - ADT
- ⬡ Maternidades que realizam teste rápido