



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA LISIE GOMES DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA AO PACIENTE COM HIV/AIDS VITIMA DE
PRECONCEITO**

FORTALEZA
2016

MARIA LISIE GOMES DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA AO PACIENTE COM HIV/AIDS VITIMA DE
PRECONCEITO**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Diocleciana Paula da Silva

FORTALEZA
2016

MARIA LISIE GOMES DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA AO PACIENTE COM HIV/AIDS VITIMA DE
PRECONCEITO**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Diocleciana Paula da Silva
(Orientadora)

Prof^o. M.s. Virzângela Paula Sandy Mendes

Prof^a. Esp. Adryana Estácio Trummer

A Deus, o meu amor maior que me deu a vida e com ela o espírito santo que me deu toda a força e coragem necessária para chegar até aqui, juntamente com minha família que esteve sempre do meu lado. A Ele toda a honra e toda glória para sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por essa conquista, pois foi através dele que consegui tirar forças e vencer todos os obstáculos e desafios que encontrei pela frente.

A minha mãe Auriluce que cuidou de mim e esteve sempre me apoiando nos momentos de dificuldades e através das suas orações, que Deus em toda a sua plenitude a fortaleça e a guarde todos os dias da sua vida.

Agradeço ao Robério pelo apoio necessário, que Deus o abençoe soberanamente.

Agradeço a minha primogênita Rosie Gomes pela força, apoio, amor e cuidado sempre presentes, te agradeço minha filha por tudo, que o nosso Deus te abençoe, te guie e te fortaleça em todos os momentos.

Agradeço a minha filha Lia Gomes pelo amor, dedicação, confiança, pela preocupação e cuidado se tudo estava dando certo e por acreditar em mim quando ninguém mais acreditava, o meu muito obrigado filha, que o nosso Deus te abençoe e te guarde.

Agradeço ao meu genro Miguel Neto que se mostrou presente e disponível nos momentos necessários, o meu muito obrigada, que o nosso Deus te fortaleça e te guarde.

Agradeço a minha tia, madrinha e amiga Auristela pelo seu apoio incondicional me mostrando a forma de acreditar nos meus sonhos sem nunca desistir, quando nem eu mesma acreditava, obrigada pelo seu apoio, que Deus a proteja.

A minha orientadora Diocleciana Paula, o meu sincero agradecimento pela sua conduta, esclarecimento e conhecimento.

Agradeço a Cleide Souza, (assistente social do HGF) um exemplo de profissional competente, obrigada pelo seu apoio, orientação e disponibilidade em me ajudar, que Deus a abençoe.

A Faculdade Ratio pelo seu apoio e a todos os meus amigos e colegas que me apoiaram direta e indiretamente nesse trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O preconceito é o entendimento sem o conhecimento devido, a pessoa busca compreender a realidade a partir de entendimentos que não correspondem à realidade. O indivíduo preconceituoso usa parâmetros subjetivos para analisar a realidade, trata-se de um prejulgamento, isto é, algo já previamente julgado. O indivíduo preconceituoso não analisa outras possibilidades se não aquela que fundamenta erroneamente a sua opinião. O presente trabalho busca compreender quais as principais consequências decorrentes das discriminações e preconceitos que afetam as pessoas que vivem com HIV/Aids atendidas no Hospital Geral de Fortaleza. Para tanto o estudo teve por objetivo descrever a atuação do assistente social junto aos portadores de HIV/AIDS atendidos no Hospital geral de Fortaleza. Quanto aos específicos, os objetivos destinam-se a desenvolver breve histórico da inserção do assistente social como profissional de saúde; Discutir a prática profissional do assistente social no âmbito hospitalar; descrever a atuação do assistente social no Hospital Geral de Fortaleza e compreender a percepção desse profissional no atendimento ao paciente com HIV/AIDS vítima de preconceito. A partir deste estudo foi possível observar que o preconceito existe e persiste nessas três décadas de campanhas, esclarecimentos e avanços no tratamento médico, afetando a vida de indivíduos diagnosticados com HIV/IDS e com isso impondo limitações profissionais e sociais.

Palavra chave: preconceito, HIV/AIDS, assistente social, HGF

ABSTRACT

The preconception is the understanding without due knowledge, the person tries to understand reality from understandings that do not correspond to reality. The individual Bigot uses parameters to analyze subjective reality, it is a "prejudging", that is, something I've previously tried. The individual Bigot does not parse other possibilities if not that that justifies erroneously your opinion. The present study tries to understand what are the main consequences of discrimination and prejudice that affect people living with HIV/AIDS attended in General Hospital of Fortaleza. For both the study aimed to describe the role of the social worker with the HIV/AIDS carrier served in General Hospital of Fortaleza. As regards the specific objectives are to develop a brief history of the insertion of the social worker as a health care professional; Discuss the professional practice of social worker in the field hospital; describe the role of the social worker in General Hospital of Fortaleza and understand the perception that professional in patient care with HIV/AIDS victim of prejudice. The study concludes that prejudice exists and persists in these three decades, information campaigns and advances in medical treatment, affecting the lives of individuals diagnosed with HIV/AIDS and imposing social and professional limitations.

Keywords: Preconception; HIV/AIDS, social worker, HGF

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

ONU – Organizações das Nações Unidas

PMF – Prefeitura Municipal de Fortaleza

SUS- Sistema Único de Saúde

PACS- Programa Agente Comunitário de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

SAE - Serviço de Assistência Especializada

RNP - Rede Nacional de Pessoas Positivas

RSP - Rede de Solidariedade Positiva

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

LOS - Lei Orgânica de Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 BREVE HISTÓRICO DA INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE	19
2.1 Um regate histórico sobre a inserção do Assistente Social na Saúde	19
2.2 O Assistente Social na saúde na contemporaneidade atual_.....	27
3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM HOSPITAIS	34
3.1 Os principais espaços de atuação profissional no hospital	34
3.2 Atuação do Assistente Social junto aos pacientes com HIV/AIDS	38
4 O ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA – HGF	47
4.1 Hospital Geral de Fortaleza -	43
4.2 Atendimento ao paciente soropositivo	45
4.3 A Percepção do Assistente Social no atendimento à pessoa com HIV/AIDS	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	63

1. INTRODUÇÃO

O tema da presente pesquisa insere-se em uma descrição a partir da percepção do preconceito com as pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS atendidas pela Assistente Social no Hospital Geral de Fortaleza.

AIDS é uma sigla em inglês que significa “Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida”. A Aids caracteriza uma doença que danifica o sistema imunológico do indivíduo (conjunto de órgãos e células especializadas responsáveis pela defesa do nosso organismo contra agentes agressores, como bactérias, fungos, vírus, etc.).

O atendimento clínico e com os medicamentos apropriados permite ao indivíduo portador da doença ter uma vida dentro de certa normalidade. A doença não o impede de trabalhar, ter convívio social, se relacionar socialmente, etc. Contudo, a doença exige uma disciplina com os medicamentos, porém normalmente não impede as pessoas terem sua vida ativa, mas infelizmente percebe-se da parte da maioria dos pacientes atitudes inflexíveis quanto ao uso desses medicamentos que acabam gerando conflitos de identidade, em contrapartida, o paciente pode abandonar o tratamento e voltar a ele com sucesso, já que esse tratamento é perene.

Segundo o Ministério da Saúde (2016) a descoberta do diagnóstico é traumática para a maioria das pessoas, por isso a instituição enfatiza que é importante a investigação sobre sua descoberta, a reação e os sentimentos experimentados frente à maneira como isso ocorreu; mas também, o sentimento atual em relação ao viver com HIV/Aids. Considerando a frequência e a intensidade desses sentimentos; o Ministério da Saúde ainda esclarece que se deve realizar uma investigação sobre os medos e fantasias relacionados à doença, as vivências de preconceito e discriminação e como o usuário lidou com a situação, se já sentiu vontade de morrer e se já pensou e/ ou planejou a própria morte. (BRASIL, 2016)

Por isso, é de suma importância esse levantamento para se revelar quais os aspectos que podem interferir na adesão ao tratamento, segundo a definição do dicionário Aurélio, “adesão” significa o ato de aderir, assentir, aprovar, concordar.

Tendo em vista a evolução da tecnologia no melhoramento do tratamento dos portadores HIV/ Aids vemos ainda muito iminente o problema da aceitação por parte deles que se faz presente desde o início até sua continuidade ao longo de seus dias; isto porque é interessante que eles reflitam que há uma necessidade de se ter uma qualidade de vida, entretanto é importante que haja um comprometimento melhor entre ele portador e o medicamento, interagindo com sua vida pessoal.

Há uma grande necessidade de auto realização para a pessoa que vive com HIV porque ele vive diante de situações em que suas necessidades são barradas, suas ideias são desclassificadas e seus direitos são violados por conta do preconceito. O presente estudo monográfico discute a atuação do Assistente Social diante desses dilemas enfrentados pelo portador do HIV em particular o preconceito decorrente da doença.

Exemplos de atuação que visam minimizar o preconceito e auxiliar o portador da doença no enfrentamento dessa, são os grupos de luta contra a AIDS, que atuam nas necessidades básicas cotidianas das pessoas que vivem com AIDS. São eles: GIV- Grupo de Incentivo à vida e GPV- Grupo pela Vida-Rj. (Fundado em 24/04/1989).

“Suas ações e iniciativas são garantidas pela intensa dedicação de voluntários e de profissionais engajados na luta contra a epidemia no país. São várias pessoas envolvidas no cotidiano da organização (dentre usuários, voluntários e funcionários) e um importante quadro de voluntários que atuam em várias ações, projetos e atividades pontuais e/ ou estratégicas. Essas instituições têm por objetivo possibilitar a ruptura do isolamento e a desconstrução do estigma relacionando-a a doença; a reintegração no cotidiano social das pessoas vivendo com HIV e aids; por fim a defesa dos direitos e a garantia da dignidade dessas pessoas.(UNAIDS)”.

Isto pressupõe, de um lado, uma intermediação das pessoas afetadas pela epidemia e instituições públicas e privadas (reivindicação por medicamentos, leitos, internações, planos de saúde, escolas, etc.) e por outro a redefinição de sociabilidades perdidas em função do preconceito (laços familiares, relações de trabalho, etc.).

Apesar das diferentes abordagens para o enfrentamento da epidemia, princípios, diretrizes e prioridades de ação, todos esses grupos que,

de forma direta ou indireta, engajaram-se na luta contra a AIDS possuem em comum o desejo e a vontade de garantir direitos sociais de pessoas com AIDS. A luta implica o reconhecimento e a garantia do direito a uma vida digna e livre de qualquer tipo de preconceito, discriminação e desigualdade, significa o direito ao acesso à informação e aos meios de prevenção da doença. Neste sentido, o movimento de luta contra a AIDS atua em busca de transformações éticas, pautadas por valores como dignidade, igualdade, respeito à diferença, tendo como principal estratégia o fortalecimento dos laços de solidariedade, resgate da alteridade, mobilização social e participação cívica.

Historicamente a presença da doença, como fenômeno social, divulgado pelos meios de comunicação social, a Agência O Globo (2014), enfatiza que 30 anos depois do surgimento da doença o preconceito ainda é o maior aliado do vírus HIV; isto é, muitos morrem sem saber que têm a doença, têm medo de fazer o teste, de perder a família, os amigos, o emprego. Segundo O Globo os portadores são unânimes em afirmar que o preconceito e a discriminação são os maiores responsáveis por essa situação.

Diante desse contexto, acreditamos que o estigma e a discriminação são as peças-chave para essa vulnerabilidade. Inicialmente as imagens de doentes chocavam pela situação de debilidade física, hoje essas imagens são raras, porém permanecem as interpretações equivocadas sobre a doença e as ações preconceituosas em relação ao doente.

O preconceito é o entendimento sem o conhecimento devido, a pessoa busca compreender a realidade a partir de entendimentos que não correspondem à realidade. O indivíduo preconceituoso usa parâmetros subjetivos para analisar a realidade, trata-se de um prejulgamento, isto é, algo já previamente julgado. O indivíduo preconceituoso não analisa outras possibilidades se não aquela que fundamenta erroneamente a sua opinião. É interessante notar o caráter de inflexibilidade que está embutido no termo: o indivíduo preconceituoso é aquele que se fecha em uma determinada opinião, deixando de aceitar o outro lado dos fatos.

É precisamente por isso que ninguém assume ser preconceituoso. Pois, evidenciam-se as limitações intelectuais do preconceituoso, ninguém quer ser tachado de preconceituoso, pois essa palavra é pejorativa. Contudo, reagimos de forma preconceituosa no decorrer de nossas vidas, em grande

parte, em função daquilo que é o preconceito, a ignorância. Quando, por exemplo, afirmamos que não somos preconceituosos em relação à pessoa com AIDS, porém, ressaltamos que evitamos a convivência, simplesmente tentamos disfarçar o preconceito. Pois, de alguma forma temos ações preconceituosas de maior ou menor relevância. Contudo, de maior ou menor intensidade, o preconceito tem consequências, seja numa relação social de nosso cotidiano, num almoço, num tratamento diferenciado ao profissional que nos atende, ou ainda num grau maior o apoio a marginalização, a discriminação a partir de teses preconceituosas. O que se percebe é que o preconceito não é indiferente, sempre tem consequências.

Segundo o Ministério da Saúde (2016) apesar de todo o conhecimento científico que se tem sobre a doença, além do acesso universal ao tratamento e dos benefícios sociais conquistados, as PVHA (Pessoas que Vivem com HAIV/AIDS) ainda sofrem preconceitos na família, nos grupos sociais e nos serviços assistenciais. Muitas se isolam em vista das dificuldades de iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, bem como compartilhar o diagnóstico positivo, com medo de serem rejeitadas.

Então todas essas situações e condições podem levar a sentimentos de baixa autoestima, falta de pertencimento e perda da identidade social e psicológica, desencadeadores de estados de sofrimento psíquico e transtorno mental.

Muitas vezes nos deparamos com o preconceito que pode nos levar a práticas através de atitudes e ações discriminatórias. A pessoa que vive com HIV/ Aids tem sido desacreditada na sociedade, pois ao ser contaminado com o vírus vem ao longo de sua vida vivenciando inúmeros desafios onde se encontram as barreiras e os preconceitos, principalmente discriminações e proibições como: demissão do emprego, desprezo, abandono tanto da família como dos amigos, tornando- os alheios à sociedade.

Assim sendo, esses tipos de atitude trazem sérias consequências, tanto para sua vida profissional quanto para sua saúde. Esses impactos que são negativos devem ser evitados para tão somente a pessoa que vive com HIV/ Aids poder usufruir de todas as coisas necessárias ao seu bem estar e de sua existência, assim como seus direitos. Percebemos que houve uma evolução quanto aos medicamentos no tratamento da doença, porém não foi

acompanhada com uma evolução sobre o conhecimento da doença, existe uma maior conscientização, contudo persiste o preconceito.

De forma a superar esses preconceitos, são desenvolvidas diferentes formas de organização social para garantir os direitos das pessoas portadoras do vírus HIV/Aids, estão presentes as Organizações Não Governamentais- ONGs, (constituídas por portadores de HIV), são elas RNP (Rede Nacional de Pessoas Positivas- 1995), RSP (Rede de Solidariedade Positiva- 2000) que fazem parceria com o Estado, com o objetivo de prestar apoio psicológico, incentivo à adesão (medicamentos) e orientação sobre procedimentos que possibilitem uma melhor qualidade de vida, dentre outras ações que promovam o conhecimento e garantam os direitos.

Diante dessas ações de direitos, o presente estudo busca somar-se, acreditando contribuir com profissionais que atuam junto ao público da referida pesquisa e aos próprios pacientes. A pesquisa encontra sua relevância acadêmica na medida que salienta os preceitos fundamentados no princípio dos direitos humanos e que propicia aos portadores da doença as possibilidades de enfrentamento do preconceito e da discriminação, tanto com relação à doença quanto ao respeito frente a sociedade.

Na condição de estudante fui motivada a efetuar este trabalho esclarecendo que devemos tratar a pessoa que vive com HIV/Aids com dignidade e respeito, aceitando a condição individual de cada ser humano para assim poder ajudá-lo a vivenciar melhor essa situação de preconceito e discriminação. Segundo o artigo 5º da Constituição Federal (1988), “todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza”. Por isso esta pesquisa busca salientar a importância da luta das pessoas que vivem com HIV/Aids e que sofrem o preconceito e a discriminação, enfatizando a necessidade de se buscar seus direitos e levar adiante toda e qualquer luta de reivindicação de direitos.

A questão do preconceito está associada à desinformação ou, ainda, a uma formação ideologizada que serve para justificar diferenças entre os indivíduos. Exemplos dramáticos é o preconceito de cor de pele, que levam a separação entre os indivíduos entre raças, desconsiderando a humanidade presente em todos nós. Outro exemplo utilizado para diminuir direitos é o religioso, considera-se mulçumano como violento, ou praticante de

religiosidade afrodescendente como adoradores do demônio, também por odiarem o catolicismo, e por isso não se deve construir templos..

São exemplos extremos para onde leva o preconceito, diante disso a luta pela igualdade de direitos caminha junto com a superação de preconceitos. Diante do tema pesquisado, um (a) trabalhador (a) não pode ser discriminado em função de ser portador da AIDS. A compreensão do tema, da doença é de fundamental importância para o esclarecimento e a consequente diminuição do preconceito. Entendendo como preconceito a afirmação do Dicionário Aurélio, que esclarece o significado da palavra: Preconceito: S. m. 1. Conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos; ideia preconcebida; Suspeita, intolerância, ódio irracional ou aversão a outras raças, credos, religiões, etc. (FERREIRA, 2012, p. 73)

As consequências específicas do preconceito aos portadores da AIDS são a exclusão social, as pessoas se sentem incapazes para o trabalho, para a vida social e para a vida em família, e isso acaba levando a uma situação de desvalorização e a diminuição do potencial que aquela pessoa portadora do vírus HIV possa ter e que de certa forma a impede de participar da vida econômica, social e civil perante a sociedade trazendo as consequências inerentes a essa situação. Segundo Souza, “os portadores de HIV e doentes de AIDS formam hoje o grupo de pessoas mais marginalizado e estigmatizado do mundo. Apesar de uma tentativa extrema de transmitir uma imagem de aceitação, ainda existe muito preconceito, principalmente no mercado de trabalho “(SOUZA, 2014, p.3).

Para o autor, o preconceito “empresarial” justifica-se em grande medida no preconceito, no não querer entender a doença e seu tratamento, “a maior parte das empresas reluta em contratar pessoas com HIV e AIDS. Mesmo os portadores do vírus que não desenvolveram a doença são discriminados durante processos seletivos. (SOUZA, 2014, p.3).

Citamos as palavras de Souza (2014, p.4) para evidenciar que a luta contra o preconceito é uma afirmação por direitos, contrária à exclusão que o preconceito leva: “Somos pessoas. Chefes de famílias. Aspiramos por educar nossos filhos e, mais tarde, quando envelhecermos, gostaríamos de ter direito à aposentadoria como qualquer outra pessoa. E é tudo isso que nos negam

quando recusam a entrada de uma pessoa com AIDS no mercado de trabalho.” (SOUZA, 2014, pág. 4)

O preconceito, mesmo que disfarçado, tem consequências graves para o soropositivo, inviabiliza a educação dos filhos, como afirma Souza (2014). Logo, compreender os mecanismos que levam ao preconceito é de importância singular, contudo, mais importante que do que compreender as origens do preconceito, afinal, historicamente somos preconceituosos, importar garantir direitos aos portadores do vírus DST/AIDS, pois são essas garantias que dão segurança aos portadores da doença e punem aqueles que cometem o preconceito.

De forma a garantir direitos e punir aqueles que não cumprem a Constituição Brasileira (1988) e a Legislação Brasileira do Trabalho (CLT), busca proteger o trabalhador soropositivo. Segundo Souza, “a legislação trabalhista já protege os trabalhadores soropositivos. A lei afirma, por exemplo, que o empregador não pode, em hipótese alguma, exigir que um funcionário faça o teste sorológico no momento da contratação ou como uma condição para a manutenção do emprego” (SOUZA, 2014)

De certa forma, esse já é um passo para que as empresas entendam que não podem tomar decisões baseadas em preconceito e falta de conhecimento sobre a doença. O Brasil precisa evoluir muito no tratamento que oferece a grupos minoritários e a sociedade deve fazer parte desse processo de evolução. Negar espaço às pessoas com AIDS no mercado de trabalho em função do preconceito é um argumento excludente e desumano, que não contribui para uma sociedade mais tolerante e solidária.

O presente trabalho busca analisar quais as principais consequências decorrentes das discriminações e preconceitos que afetam as pessoas que vivem com HIV/Aids atendidas no Hospital Geral de Fortaleza.

A pergunta norteadora para a presente pesquisa, está elaborada da seguinte maneira: qual a percepção do Assistente social diante do atendimento à pessoa portadora do HIV/AIDS atendidas no Hospital Geral de Fortaleza?

Quanto aos objetivos da pesquisa, esta tem por objetivo geral descrever a atuação do assistente social junto aos portadores de HIV/AIDS atendidos no Hospital geral de Fortaleza. Quanto aos específicos os objetivos destinam-se a desenvolver breve histórico da inserção do assistente social

como profissional de saúde; discutir a prática profissional do assistente social no âmbito hospitalar; descrever a atuação do assistente social no Hospital Geral de Fortaleza e compreender a percepção desse profissional no atendimento ao paciente com HIV/AIDS vítima de preconceito.

Nesse sentido, a presente pesquisa acadêmica teve por percurso metodológico uma abordagem qualitativa, com procedimentos de pesquisa bibliográfica, uma aproximação direta com o objeto da pesquisa que é a atuação do assistente social na instituição, em particular no atendimento ao paciente soropositivo, então, uma pesquisa também de campo.

Importa inicialmente também reconhecer os limites da pesquisa. Não se tem condições de intervenção no objeto de pesquisa, o que se busca é compreender e descrever a atuação do assistente social. Logo a pesquisa assumem um caráter meramente descritivo.

A abordagem da pesquisa teve característica qualitativa, buscou-se compreender, a partir da percepção do assistente social que atua no Hospital Geral de Fortaleza como se dá seu trabalho. Diante da realidade e objeto de pesquisa, essa será de natureza qualitativa, já que a mesma tem por objetivo gerar dados subjetivos.

Na pesquisa qualitativa, “o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos” (MINAYO, 2012, p., 21)

Para Gil (2002), na pesquisa qualitativa o pesquisador procura conhecer as experiências sociais dos sujeitos e isso exige dele uma grande disponibilidade e um verdadeiro interesse em sentir a experiência da pesquisa. Já os tipos de pesquisa utilizados serão os seguintes: bibliográfica e a de campo. Por pesquisa bibliográfica entende-se “a que é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2002, p.53).

Na busca por compreender melhor o papel do profissional neste ambiente específico foram desenvolvidas as pesquisas bibliográficas sobre o tema. O que se observa são limitações quanto a livros que tratam especificamente da atuação do assistente social no atendimento ao paciente portador do HIV/AIDS, materiais de estudo enfatizam mais a atuação no âmbito

da saúde, como o estudo de Ana Maria Vasconcelos, contudo, especificamente a atuação do assistente social no ambiente hospitalar com pacientes portadores da síndrome, encontramos artigos e publicações científicas acerca da temática.

O material disponível por meio de livros trata mais da questão interdisciplinar dos profissionais que atuam na área de saúde. Fontes imprescindíveis para o desenvolvimento da pesquisa, porém, o objeto da pesquisa é o assistente social. Sua atuação multidisciplinar é característica inerente a situação de trabalho em ambientes hospitalares. Diante disso, a presente pesquisa visa relacionar os conceitos relativos a saúde e atendimento da assistente social em ambiente hospitalar, suas implicações pessoais, familiares, profissionais, sociais, econômicas e também jurídicas por meio de uma pesquisa bibliográfica que abrange livros, revistas e os artigos publicados na internet sobre o tema:

Sobre o tema e a atuação do assistente social no âmbito da saúde destacamos dois autores Maurílio Castro de Matos e Ana Maria de Vasconcelos que tratam da relação do serviço social e a área da saúde, quanto local da pesquisa nos referenciamos a partir de documentos e publicações da própria instituição (HGF)

O questionamento sobre a temática da pesquisa foi inicialmente superficial, porém, e de forma natural foi se dando uma abordagem mais acadêmica, profissional. Base desse aprofundamento é a pesquisa bibliográfica, principalmente por meio da internet, o que se insere no conceito de pesquisa bibliográfica de Gil, “em virtude da disseminação de novos formatos de informações, estas pesquisas passaram a incluir outros tipos de fontes, como livros, artigos, revistas, bem como material disponibilizado na internet.” (GIL, 2002, p.57).

Na abordagem ao objeto da pesquisa a intensão será de compreender a atuação do assistente social, para tanto terá a metodologia descritiva. Gil (2002) afirma sobre a metodologia de pesquisa descritiva que esta visa “observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos”. (GIL, 2002, p.61)

Quanto ao sujeito da pesquisa que participará, será a assistente social que atua no atendimento de pacientes com HIV/AIDS do Hospital Geral

de Fortaleza, excluindo-se aqueles profissionais que prestam outro atendimento que não o foco da pesquisa.

Como técnica de pesquisa foi utilizado roteiro de entrevistas, de forma semiestruturadas. Gil (2002) refere-se a essa técnica dizendo que praticamente todos os profissionais que tratam de problemas humanos utilizam-se dessa técnica, na qual se objetiva não somente a coleta de dados, mas também o diagnóstico e a orientação.

A presente monografia divide-se em três capítulos, iniciando com uma breve contextualização do Assistente Social e sua atuação no âmbito da saúde, desenvolvendo um resgate histórico sobre a inserção do profissional na área da saúde, por fim contextualizando a assistência social na saúde na contemporaneidade.

O segundo capítulo trata especificamente da atuação do assistente social no contexto hospitalar, de forma específica no atendimento a pacientes com HIV/AIDS.

O terceiro e último capítulo volta-se para a realidade da pesquisa o Hospital Geral de Fortaleza, contextualizando a realidade da pesquisa, e buscando demonstrar a relevância social da instituição para o município de Fortaleza. O capítulo concentra-se no foco da pesquisa compreendendo a atuação do assistente social no atendimento a pessoa com HIV/AIDS, quais as principais demandas do paciente e como esse profissional percebe o preconceito que atinge o paciente e quais consequências sociais decorrem dessas situações e de que forma o assistente social atua no sentido de atender essas demandas. O estudo examina essa atuação com as informações e percepções dos próprios profissionais que ali atuam, por meio de um roteiro de entrevista aplicado junto à equipe.

Compreender a assistência social em ambiente hospitalar contribui para o aprimoramento da atuação profissional do assistente social e colabora com a profissão identificando o potencial multidisciplinar da assistência social profissional.

2 BREVE HISTÓRICO DA INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE

2.1 UM RESGATE HISTÓRICO SOBRE A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

De forma a contextualizar o trabalho da assistente social do HGF, descrevemos como a profissão nasce nesse ambiente hospitalar e como foi se aperfeiçoando ao longo da história. Inicialmente importa destacar que a atuação do assistente social no âmbito da saúde está baseada na Resolução n. 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde, caracterizando a assistente social como uma das profissões da saúde (MATOS, 2013), contudo, como afirma Matos (2013, p.54) “sem dúvida isso foi uma conquista importante para a profissão. Mas, como justificar a existência de uma profissão que é da saúde, mas não somente dessa área?”

O autor coloca um questionamento pertinente para o estudo aqui desenvolvido, pois a assistência social compreende diferentes áreas de atuação, mesmo dentro de um ambiente limitado, como no caso do presente estudo, a emergência hospitalar, a atuação do assistente social articula-se com diferentes esferas da assistência social. Contudo, historicamente observamos que essa visão mais ampla e proativa da profissão se deu ao longo do tempo, passando de uma ação assistencialista para uma ação mais emancipatória.

Contudo, historicamente a existência do hospital constitui-se numa assistência social, mesmo que de forma indireta e não institucionalizada. Segundo Miranda (2011)

Adentrando um pouco pela história originária dos nosocômios, ressalte-se que a palavra hospitalis, proveniente do latim, designa “ser hospitaleiro, acolhedor” e esta confusão entre os termos hospital e hospitalidade provém de uma implicação histórica e cultural, posto que o referido instituto prestou-se por muito tempo mais à assistência no aspecto social do que à medicina. Então, para que se chegasse à estrutura contemporânea de hospital, a referida instituição passou por um longo processo de transformação, datando desde antes de Cristo documentos que comprovam a existência de tal atividade, como peças de argila da biblioteca do Palácio de Nínive (3.000 a.C.),

apresentando, em escrita cuneiforme, textos (de ou para) médicos, bem como o código de Hamurabi (2.250 a.C.) que “regulamentava a atuação, a remuneração e os castigos recebidos pela negligência médica” (MIRANDA, 2011, p.125).

Através da leitura dos textos bíblicos, verifica-se que o profeta Moisés preocupou-se também em regulamentar condutas individuais e coletivas de higiene, indicando como as pessoas deveriam proceder com relação a vários tipos de doenças, e ainda no amparo aos enfermos. (MIRANDA, 2011). A autora destaca ainda que por muito tempo a assistência a saúde estava a cargo de entidades religiosas, a prática era uma ação caridosa, assistencialista

Durante muito tempo coube às entidades ligadas à religião, como os mosteiros medievais, e ainda às mulheres voluntárias de obras caritativas o cuidado com os enfermos, órfãos e idosos. Todavia, imperioso observar que o interesse maior não residia na cura das enfermidades, mas na salvação das almas, sobretudo as de quem ministrava a obra de caridade, numa “perspectiva medieval de que indigentes, desprotegidos e doentes são necessários para a salvação dos que praticam a caridade” (MIRANDA, 2011, p. 127).

Com o advento do Estado Absolutista a demarcação da administração dos hospitais pelas autoridades municipais torna-se mais evidente. O aumento da riqueza pela burguesia, que provocou o êxodo rural e resultou no crescimento das cidades na Idade Moderna, também determina a suplantação do poder monástico nos hospitais. Todavia, essa transição nem sempre se deu de forma pacífica, segundo os ensinamentos de Miranda (2011)

Como consequência das lutas religiosas e políticas, aqueles estabelecimentos, assim como outros serviços outrora vinculados ao clero, foram expropriados em diversos países, e tiveram seus bens incorporados à Coroa. Na Grã-Bretanha, esse processo teria ido ainda mais longe, e Henrique VIII (1491-1547) fechou hospitais à força, mandou demolir seus edifícios e usurpou os seus coutos, o que inviabilizou o reaproveitamento posterior da maioria deles. (MIRANDA, 2011, p. 128)

O conseqüente restabelecimento dos hospitais não trazia mais o caráter de benemerência, que teria sido abandonado como inoperante diante

do novo contexto social; agora se sobrepunha o objetivo de uma higiene do espaço urbano e da erradicação da pobreza, já que a existência de mendigos pelas cidades era tida como fator propensor à desestabilização da ordem social. Vale salientar que os hospitais prestaram-se a esse ordenamento da vida urbana na medida em que serviram de asilo a determinados segmentos sociais tidos como perigosos ao convívio social.

Contudo, esclarece Miranda (2011) os hospitais como os que existem hoje, estabeleceram-se na sociedade a partir do ano 1400.

Somente a partir do século XVIII as transformações na rede hospitalar começam a convergir no modelo contemporâneo. A gradual conversão se reflete em vários aspectos, tais como: a preocupação em oferecer à população uma medicina profissional, através da construção de centros de estudos, a partir dos quais os avanços na área foram consideráveis, culminando em uma drástica diminuição da mortalidade provocada por infecções; os novos conhecimentos anatômicos produzidos pela dissecação humana; o progresso advindo com o início do uso de anestésicos; a já referida inclusão da experiência hospitalar na formação dos médicos, que antes se dava tão somente pela vastidão de receitas transmitidas em consultas privadas; bem como ainda a postura de que os hospitais deveriam atuar de forma curativa, atendendo aos doentes, e não mais segregando-os para impedir a disseminação de suas enfermidades; e, finalmente, a transferência da responsabilidade pela organização hospitalar ao médico. (MIRANDA, 2011 p. 129)

Nesse contexto vão se inserindo novas profissões no âmbito hospitalar. Segundo Matos (2013), a inserção e atuação do Serviço Social na saúde deu-se primeiramente no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de caso), contexto que somente na década de 1980 ocorrem transformações significativas.

Para a autor (2013), o Serviço Social ganha espaço na saúde no período de 1930 a 1979, devido a alteração da política de saúde no Brasil, assim ele surge e se desenvolve no ano de 1930, com influência européia. Com o aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial, a expansão

do Serviço Social ocorreu a partir de 1945, bem como sua ação profissional na Saúde.

O Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o usuário, visando garantir o seu tratamento após a alta, bem como para realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe (MATOS, 2013, p.57).

Essa era uma intervenção do profissional em que se considerava como causa dos problemas da saúde o comportamento do paciente. Como esclarece Matos:

A intervenção do Assistente Social era baseada no atendimento, com recurso à metodologia do Serviço Social de casos, que devido a sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram fruto de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação. (MATOS, 2013, p. 57).

Essa compreensão, segundo o autor se deve a forte influência norte americana os Assistentes Sociais brasileiros defendiam que o ensino e a profissão nos Estados Unidos atingirá um grau mais elevado de sistematização, na qual o julgamento moral deu lugar às análises de cunho psicológico, e isto foi o motivador para a mudança na ação profissional. O assistente social neste aspecto enfatizou suas atividades em prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Segundo Bravo (2006), outra razão significativa que impulsionou a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde, que foi a consolidação da Política Nacional de Saúde no país no período de 1945 à 1950, com a ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, a qual gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter seletivo, pois esta assistência não era universal. Assim, o assistente social é chamado para atuar em hospitais, servindo de mediador entre a instituição e a população, com a finalidade de viabilizar o acesso desta aos serviços e benefícios. Estas ações eram: “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária”.

Como afirmou anteriormente Matos (2013) o Serviço Social Médico, como era denominado, atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação só era visualizada no individual, em prol da adaptação do “cliente” ao tratamento.

Bravo (1996, apud, MATOS 2013), remete que após a década de 1960 algumas transformações começaram a ocorrer na profissão, como questionamentos com relação aos rumos do Serviço Social brasileiro, o que ainda podia ser considerado insipiente. Debates começaram a se firmar, na discussão e críticas sobre o conservadorismo, contudo no golpe militar de 1964, esse processo foi interrompido. A modernização conservadora que se implantou no país exigiu a renovação do Serviço Social, frente às novas estratégias de controle e repressão efetivadas pelo Estado e principalmente pelo capital, bem como para o atendimento de novas demandas. A modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, também influenciou o Serviço Social na saúde e sua ação foi sedimentada principalmente na assistência médica previdenciária.

Somente na década de 1980 devido um movimento na saúde coletiva e que também interfere no Serviço Social, há uma ampliação do debate teórico, juntamente com um movimento de ruptura com a política de saúde vigente e a construção da reforma sanitária, em um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, que conseqüentemente não foi realizado em nexos diretos com outros debates, que também buscavam práticas democráticas (BRAVO, 2006).

A saúde, nessa década contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor. As principais propostas debatidas por esses sujeitos foram a universalização do acesso.

Nesse contexto de mudanças sociais é que emerge uma visão mais ampla do conceito de saúde, conceito esse assumido posteriormente na política de saúde implementada via Sistema Único de Saúde - SUS.

Contudo, afirma Matos (2013) essa visão, segundo o autor foi incorporado, em parte somente no discurso, a prática da assistente social ainda pode ser compreendida, em parte como assistencialista.

A partir dos anos 1990 podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistente sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS. Diferentes estudos apontam para isso, mas é necessário que se façam mais investigações para se certificar se essa incorporação tem alterado o exercício profissional cotidiano (MATOS, 2013, p. 59)

Segue o autor, “no que se refere aos assistentes sociais, ao menos, a hipótese é que essa incorporação vem se dando por meio do seu discurso, mas não está devidamente apropriada”. (MATOS, 2013, p.59)

Sobre a incorporação da Reforma Sanitária, Bravo (2006) analisa que o Serviço Social na Saúde nos anos 1990, prossegue sendo uma categoria profissional desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária.

Neste período é implantado o projeto neoliberal no país, (o qual o primeiro a implementar é Fernando Collor de Mello). Este projeto político-econômico confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, e com o projeto da Reforma Sanitária, este é questionado, e contrário aos seus princípios é consolidado o projeto privatista, articulado ao mercado e pautado na política de ajuste, que tem como características o atendimento focalizado às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade, bem como assinalamos anteriormente (BRAVO, 2006, p.51)

De forma semelhante a Bravo (2006), Matos (2013) citando Vasconcelos (2002) expressa que os assistente sociais “verbalizam” uma prática emancipatória, contudo em suas práticas não conseguem viabilizar o projeto ético-político da profissão.

Acerca do projeto ético-político afirma Matos

O projeto ético-político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas. Daí, o compromisso com a emancipação humana e plena expansão dos indivíduos sociais. Com isso, esse projeto propõe uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia. Para tanto, apanha novos aportes teóricos e metodológicos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, com

sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregadores e usuários (NETTO, 1999, BARROCO, 2001 apud MATOS, 2013, p.60).

Contudo, mesmo diante do projeto ético-político voltado para a emancipação do sujeito, Matos (2013) alerta que os assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde desenvolvem “ação pouco crítica” (p.60).

O exercício profissional dos assistente sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante dos citados projetos. Dentre os vários dados que a rica pesquisa de Vasconcelos aponta percebemos que independente do tipo de unidade de saúde em que trabalham, seja um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, os assistentes sociais, no fundo, estabelecem a mesma rotina: contato com o usuário para o levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta (VASCONCELOS, 2002 apud MATOS, 2013, p. 60).

Sobre essa aparente contradição entre o projeto ético-político e a realidade de atuação da maioria dos assistentes sociais na saúde, Bravo (2006) esclarece afirmando que existem dois projetos políticos.

O primeiro requer que o assistente social busque a democratização, atendimento humanizado, interdisciplinaridade etc., já o segundo requisita ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo, abordagens individuais, seleção socioeconômica dos usuários, aconselhamento. (BRAVO, 2006, p.33)

Para a autora o distanciamento dos preceitos profissionais e da reforma sanitária gera preocupações no sentido de que o assistente social passa a exercer outras atividades, não se identificando mais como tal, e assim, exerce apenas ações que lhe são dirigidas, distanciando-se do objetivo da profissão, que na saúde contempla a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença.

Bravo (2006) afirma que o trabalho do assistente social deve estar sempre articulado aos princípios do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social, proporcionando assim respostas qualificadas aos usuários. Uma das ações que cabe a este profissional é a formulação de estratégias nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde,

articuladas com outros segmentos que defendem o SUS (MATOS, 2003, apud, BRAVO, 2006).

O que os autores evidenciam é a contradição entre o projeto ético-político dos assistentes sociais e a prática desenvolvida por esses profissionais. Segundo Soares (2010), essa “contradição” se expressa no espaço político.

A política social é espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes no âmbito do Estado. Situada no espaço da reprodução social, a política tem como cerne as relações de produção social, mantendo importantes conexões com as necessidades determinadas pelo modo de ser da sociedade. (SOARES, 2010, p.23-24)

Contudo, citando pesquisa desenvolvida por Vasconcelos (2002) 47% dos assistente sociais *somente* realizam entrevistas e nesse universo, 72%, em resposta a uma demanda específica e imediata. Já o trabalho com grupos é desenvolvido por 53% dos assistentes sociais, sendo que, destes 41% desenvolvem salas de espera e 54% grupos fechados.

Diante desse cenário de atuação do assistente social no âmbito da saúde o autor afirma que:

A *priori* podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário. (MATOS, 2013, p. 61)

A rígida estrutura que se materializa na gestão hospitalar faz com que os assistente sociais voltem-se para as exigências da empresa e não para as questões públicas, os direitos sociais. Essa é uma realidade como descreve Soares (2010) está presente na realidade social em que vivemos

A política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza. Por sua vez, os projetos societários que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam também uma racionalidade. Há, então, um embate de

projetos que se consubstancia também sob a forma de disputa de racionalidades que, no âmbito da política social, se configuram nas diversas concepções de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros. Sendo assim, a política social expressa também as racionalidades que fundamentam os interesses de classe em confronto no âmbito do Estado e da sociedade civil. (SOARES, 2010, p.24)

Soares afirma a força que o sistema político impõe aos trabalhadores de uma forma geral e ao assistente social em particular, pois, esses profissionais são “trabalhadores” que respondem aos interesses de uma empresa, respondem ao empregador, respondem ao capital.

“O capitalismo, ao surgir como modo de produção dominante na Europa, teve que construir sua racionalidade.” Os fundamentos dessa racionalidade, suas premissas ideológicas e políticas, ganham espaço na institucionalidade do Estado, para além da forma jurídica, no “adensamento de uma rede de práticas que constituem, a um só tempo, a individualidade e o coletivo”. (Dias, 1997: p. 27 apud SOARES, 2010, p.25)

Soares (2010) desenvolve pesquisa sobre como as políticas ideológicas neoliberais forçaram as administrações hospitalares a seguir seus preceitos liberais. Mesmo com a implementação de políticas públicas, principalmente o SUS, existe, segundo a autora uma reação contrária a participação do Estado no âmbito da saúde, o ideário neoliberal busca afastar o Estado da atenção básica a saúde e transferir, privatizar o sistema.

Nesse sentido esclarece Soares (2010) sobre o embate ideológico na história da Reforma Sanitária Brasileira

A política social e, dentre esta, a política de saúde consiste em campo de disputa de racionalidades vinculadas a projetos societários de classe em luta pela hegemonia. Historicamente, o acesso dos trabalhadores à política de saúde ocorreu de forma fragmentada e focalizada em determinados segmentos da classe trabalhadora, desde os anos 1923, com a constituição dos (CAPS)- Centro de Atenção Psicossocial até a promulgação da Constituição de 1988 que instituiu o SUS e com ele o acesso universal ao direito à saúde. A política de saúde, até então, estruturava-se com base na racionalidade instrumental burguesa, fundamentada em preceitos

formais abstratos que fracionavam e fragmentavam as expressões da questão social e suas modalidades de intervenção via políticas sociais, incorporando os conteúdos da burocracia weberiana e da racionalidade da indústria capitalista. (SOARES, 2010, p.183)

A autora destaca que mesmo com a implantação do SUS existe na sociedade a resistência a assistência à saúde pública a população.

A racionalidade contra-hegemônica do movimento de reforma sanitária com um viés político-emancipatório propunha-se romper com a lógica assistencial, curativa, hospitalocêntrica, centrada no indivíduo e tecnicista da racionalidade instrumental que se particularizava na política de saúde. No entanto, mal o SUS dava os primeiros passos para sua implementação, tem-se início o processo de contrarreforma do Estado pautado no ideário neoliberal, que reatualiza a racionalidade instrumental na luta pela hegemonia. As necessidades sociais da contrarreforma encontram a sua origem no conjunto de respostas do capital à crise instaurada a partir dos anos 1970, que tem, na mundialização financeira e na supercapitalização dos serviços sociais, importantíssimos elementos para o investimento e maximização da lucratividade do capital. Os serviços e produtos relacionados à área de saúde tornam-se importante área de investimento. (SOARES, 2010, p. 183)

Para a realização dessa ação contra a saúde pública e os preceitos do SUS, o capitalismo mobiliza forças diversas para que culturalmente aceitemos a realidade de mercado como a única realidade existente e possível. Esclarece Soares:

Para ampliar a inserção do grande capital nessa área, a racionalidade instrumental, reatualizada pelos preceitos neoliberais, mobiliza um verdadeiro arsenal de ideias, fundamentos e justificativas que são apresentados como de natureza técnica e/ou como continuidade da reforma sanitária. No entanto, pelo contrário, engendram uma série de mecanismos e tendências que se contrapõem à racionalidade político-emancipatória do projeto de reforma sanitária. As particularidades da contrarreforma na saúde expressam a importância e politização dessa política social, sendo necessário todo um conjunto racional de fundamentos e mecanismos que incorporam parcialmente os princípios originais do SUS, retirando-lhes a radicalidade e instrumentalizando-os de acordo com os interesses do grande capital,

configurando-se, assim, um processo de refuncionalização desses princípios (SOARES, 2010, p. 184)

Podemos assim, concluir que a assistente social no âmbito da saúde avançou significativamente passou de um assistencialismo para uma preocupação com todas as demandas sociais do indivíduo, assumindo a Reforma Sanitária e os princípios do SUS. Contudo, reside conjuntamente na prática atual do assistente social, muito em decorrência das estruturas hospitalares uma ação individualizada e com ações imediatistas, isso se deve principalmente em decorrência do modelo de saúde privado e mercantilista que está existindo no Brasil, como afirmou Soares (2010), um modelo que impõe aos trabalhadores um ritmo de trabalho estafante sem possibilidade de pensar as demais esferas sociais da vida humana. No caso do trabalho em saúde, essa questão se impõe e contribui para um trabalho individualizado, burocrático e sem nenhum apelo social. Questões que observaremos a seguir e que são fundamentais para o trabalho do assistente social a partir de seu projeto ético-político.

2.2 O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE NA REALIDADE ATUAL

Compreendemos historicamente que o Serviço Social no âmbito da saúde insere-se a partir do projeto ético-político da profissão, contudo a realidade demonstra mediante pesquisas que que o projeto ético-político não é exercido em sua plenitude.

Segundo Mota (2009) isso se deve de maneira geral a rigidez no processo de cooperação profissional existentes no ambiente da saúde em particular no contexto hospitalar.

Ao tratar sobre o trabalho na saúde, Nogueira (1991:2) afirma que na esfera dos serviços o trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais seja: a *cooperação vertical* – diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia – e a *cooperação horizontal* – diversas subunidades que participam do cuidado em saúde. Ambos os níveis de cooperação envolvem uma complexidade de relações com a organização da política-administrativa dos serviços

de saúde, com as demandas dos usuários, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos (MOTA, 2009, p. 307).

Esse esclarecimento insere-se na compreensão dos dois modelos de atuação que hoje predominam no trabalho do assistente social no âmbito da saúde, contudo, demonstra que, mesmo diante de um projeto-ético político a rigidez do mercado de trabalho na saúde acaba por determinar a atuação do profissional, e o assistente social insere-se nesse contexto hierárquico.

Segundo Miranda (2011) esse modelo hierárquico concentra no médico quase que a exclusividade do poder nas unidades hospitalares. Para a autora

A junção do modelo médico-hegemônico à normatização e à burocratização dos serviços criou uma cultura organizacional que tanto legitimou quanto investiu o médico de poder central, ao passo em que conferiu aos usuários uma posição marginal, ilustrando-os menos como sujeitos e mais como objetos de estudo e de intervenção, necessários, neste sentido, para a manutenção da instituição como Hospital Universitário. (MIRANDA, 2011, p.316)

Sobre a realidade contemporânea do trabalho do assistente social na saúde, Matos (2013) em pesquisa realizada demonstra que “os dados existentes sobre o exercício profissional do assistente social na saúde mostram o descompasso do trabalho realizado com o enorme avanço que significam o projeto ético político-profissional e o projeto da reforma sanitária”. O autor acredita que os motivos para esse descompasso podem se originar de dois fatores, que interagem entre si:

O primeiro se refere à dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como a forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. (MATOS, 2013, p. 62)

O autor destaca que essa situação não afeta exclusivamente o assistente social, as demais categorias que atuam na saúde são afetadas por

essa situação estrutural e política da saúde pública. Quanto ao segundo fator, esclarece Matos “O outro fator refere-se à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS” (MATOS, 2013, p. 62)

Segundo Soares (2010) esse “conflito” passa seguramente pelo âmbito da saúde, onde os princípios capitalistas privados se impõem em detrimento aos princípios do SUS, os da universalização da saúde. Segue a autora:

Esses conflitos podem demandar a intervenção do assistente social, e esta, por sua vez, deve estar pautada nos princípios originais da reforma sanitária, na publicização da saúde, na democratização, na defesa das políticas públicas, entre outros. Porém, tais requisições institucionais reiteram a racionalidade hegemônica do sistema, em que os interesses privados se sobrepõem aos interesses públicos – como as citadas acima. Assim, do ponto de vista institucional, o profissional pode ser demandado a estimular e reproduzir o voluntarismo e a co-participação dos sujeitos envolvidos na unidade de saúde, na prestação de serviços. (SOARES, 2010, p. 169)

O que se percebe é que, conjuntamente na saúde existem os dois modelos de saúde um considera o direito da universalização da saúde e outro o direito a mercantilização dos serviços de saúde. Um cenário nebuloso e conflituoso para o trabalho do assistente social.

Sobre essa “nebulosidade” de atuação profissional do assistente social, Vasconcelos (2012) descreve a complexidade do que é o trabalho do assistente social na atualidade. Para a autora um dos conflitos enfrentados pela categoria é trabalhar demandas, exigências imediatas (dor, sofrimento, condições de vida etc.), sem perder a perspectiva de médio e longo prazo, ou seja, dar respostas a estas questões, sabendo que elas não se resolverão nesta organização social em que vivemos, onde o Estado se desresponsabiliza da questão social, culpabilizando o indivíduo, através de políticas focalistas, rompendo com o que está previsto nos marcos legais, principalmente no âmbito da saúde, assistência e previdência social.

A autora prossegue sinalizando alguns entraves à articulação do trabalho profissional com as necessidades dos cidadãos, como o

desconhecimento por parte dos usuários e também dos profissionais do que é direito do cidadão e dever do Estado; focalização das políticas públicas, pois atinge “o mais pobre”; o direito do cidadão é discutido freqüentemente de forma fragmentada; a incompatibilidade no enfrentamento concomitante dos direitos sociais e do sofrimento humano; e a incapacidade dos diversos trabalhadores sociais para trabalhar com o sofrimento, perda, choro etc., induzindo entre outros sentimentos, à compaixão em detrimento do resgate da autonomia. E ainda ressalta que para contribuir para a transformação do direito legal em direito real, exige trabalho consciente e não ajuda (não significa negar o sofrimento e a dor).

Ao observar o movimento da categoria profissional, a autora destaca entre outros pontos que para o profissional dar respostas às demandas dirigidas ao Serviço Social que rompam com práticas que reproduzem ou mantêm o *status quo*, supõe uma competência política, teórica, técnica e ética, em prol do desvendamento do movimento da realidade social. A autora ressalta ainda que na saúde (mas não somente nesta área), os Assistentes Sociais realizam atividades em excesso, ganham por sua vez o reconhecimento dos usuários, que em decorrência de serem bem atendidos, sentem-se privilegiados pela atenção especial de um profissional com “nível superior”.

O profissional também conta com o reconhecimento dos representantes e diretores das instituições, pois são visualizados como o profissional que contribui para o bom funcionamento das unidades, sem conflitos, sendo que tudo que prejudica aquele é demandado ao Serviço Social e seus plantões. E também são solicitados por outros profissionais de saúde, com o objetivo de facilitar o andamento de suas ações. Isto ocorre em detrimento da prioridade de atenção às demandas dos usuários, que atendidas de forma isoladas, não são compreendidas como demandas coletivas e nem publicizadas.

Todavia ainda para Vasconcelos (2012), a posição passiva dos assistentes sociais diante das demandas, além de ser determinada pela falta de condições para uma leitura da realidade crítica, é devido também a ausência ou insegurança dos princípios ético-políticos, da falta de exercício político para negociar com estratégias que viabilizem ações e espaços democráticos (participação em conselhos).

Em sua pesquisa, a autora enfatiza que a organização da prática profissional dos assistentes sociais está mais voltada às atividades de plantão, e em algumas situações articulado à atuação em outros Programas de Saúde dentro da própria instituição. E ainda afirma que nos Hospitais, os próprios assistentes sociais não referem um trabalho específico nas enfermarias e na emergência, e apenas mencionam a participação em plantão (90%).

Assim, se tem a conclusão que toda demanda dirigida ao Serviço Social nos hospitais é atendida através de plantão (exceto a maternidade). Esta realidade, com serviços prestados em plantão, frequentemente determina a subalternidade das profissões na unidade de saúde.

Segundo Vasconcelos (2013)

As demandas apresentadas pelos usuários, segundo os entrevistados, tanto no plantão, como nos Programas de Saúde não se diferem e estão relacionadas em sua maioria com o funcionamento dos serviços prestados pelas unidades, pela dinâmica da própria unidade, e/ou a doença em si. Isto ocorre porque a maioria das demandas explícitas dirigidas pelos usuários aos Assistentes Sociais de ambos os espaços são iguais e também porque na ausência do assistente social responsável pelo Programa, os usuários procuram o plantão. (VASCONCELOS, 2013, p. 168)

E ainda, sobre as demandas em unidades hospitalares, esclarece a autora

Nos hospitais, a demanda que prevalece são dúvidas sobre o quadro clínico do paciente, acesso ao médico, visitas, problemas relacionados a rotina hospitalar etc. As demandas que não são levadas pelos usuários de forma clara, não são consideradas demandas para o Serviço Social, ou seja, não identificam a demanda oculta em um problema. Outras demandas bastante recorrentes são as por alta, remoção e óbito, que sempre causam controvérsia na categoria, devido sua característica burocrática, e os Assistentes Sociais nem sempre sabem como ligar com estas demandas. Com relação ao óbito, para a maioria das entrevistadas a comunicação que não contar com a participação do Assistente Social pode resultar em prejuízo para a família, que além de enfrentar dificuldades, sofre abusos. Com relação as altas, na grande maioria das unidades após a liberação do paciente pelo médico, o processo é encaminhado ao Serviço Social. Nas remoções a maioria (43%) se declarou favorável

a esta participação, considerando a necessidade de apoiar a família e trabalhar a aceitação da internação. (VASCONCELOS, 2013, p. 169)

Vasconcelos (2013) desenvolve uma crítica a atuação burocrática do assistente social em unidades hospitalares, para a autora ao abdicar como objeto a demanda à saúde como direito, o assistente social realiza trabalho burocrático.

A autora critica o posicionamento dos profissionais que consideraram que a comunicação do óbito pode ser realizado por um administrativo, observando que na prática esta demanda é negada pela maioria dos profissionais, sem avaliarem as implicações na qualidade do atendimento. Com relação as demandas implícitas e explícitas, sinaliza que se já há dificuldade de apreender as demandas explícitas (aparentes), isto agrava-se quando elas são implícitas (ocultas). (VASCONCELOS, 2013).

Em entrevistas realizada por Vasconcelos sobre a temática, as respostadas das entrevistadas identificaram como demandas implícitas em primeiro lugar, as que possuem encaminhamentos difíceis e/ou não contam com recursos materiais, como por exemplo, garantia do medicamento e tratamento. Em segunda lugar, referiram aquelas relacionadas a problemas psicológicos, de relacionamento, como por exemplo: conflito familiar. E em terceiro lugar, as demandas relacionadas com o desconhecimento dos direitos sociais, em que uma assistente social identifica educação em saúde como uma demanda para o Serviço Social, que para a maioria não vai ser considerada, pois não é sinalizada pela instituição e nem pelo usuário. (VASCONCELOS, 2013).

Quando o assunto foi as demandas dirigidas aos Assistentes Sociais, que podem atender os interesses dos usuários ou da unidade de saúde, a autora indica que é evidente a subordinação dos Assistentes Sociais às demandas dirigidas, pois aceitam realizar todas as atividades, com o intuito de atender todas as demandas, em detrimento de um estudo do conjunto de demandas, o que possibilitaria planejar ações profissionais. Para os Assistentes Sociais, é solicitado, facilidade no acesso aos serviços, recursos e aos demais profissionais, e nas unidades terciárias ainda, a intermediação na comunicação entre os envolvidos (família, equipe médica, paciente). Com

relação às demandas dirigidas apenas aos Assistentes Sociais, destacam-se as reclamações quanto ao funcionamento da unidade, a educação em saúde e solicitações de orientação, informação e encaminhamentos diversos. (VASCONCELOS, 2013).

Entendemos assim, que tanto Vasconcelos (2013), quanto Matos (2013) tem concepções similares quanto a atuação do assistente social na contemporaneidade na área da saúde, ambos ressaltam o peso das estruturas das políticas públicas voltadas a saúde e as estruturas hierárquicas existentes em unidades hospitalares que acabam por determinar a atuação do assistente social, fazendo com que o profissional volte-se para as demandas individuais e burocráticas.

Contudo, Vasconcelos (2013) resalta a importância do profissional não se acomodar a esse modelo e voltar-se para o projeto ético-político da categoria. A autora resalta que “os espaços garantidos por lei, não ocupados organizadamente, não contribuem para a realização da possibilidade efetiva de representação e decisão na elaboração, controle e fiscalização da política pública de saúde.” (VASCONCELOS, 2013 p.202-203)

Para a autora, “fica explicitada a demanda por organização dos assistentes sociais e demais trabalhadores na saúde na ocupação dos espaços garantidos por lei, assim como a demanda por incentivo e participação na organização dos usuários na ocupação da representação nos Conselhos.” (VASCONCELOS, 2013 p.203).

Nesse sentido, pode-se compreender, como afirma Iamamoto (1999) que o Serviço Social vive em constante contradição entre seu mandatário – o Estado, aqui particularizado pelas Diretorias do Hospital – e a população usuária com quem mantém contato permanente, cujos aspectos particulares da situação de vida desses usuários refletem em si as expressões da questão social (conjunto das expressões que definem as desigualdades da sociedade), base da fundação do profissional especializado de Serviço Social.

O assistente social na cena contemporânea vive uma realidade de conflito, onde, segundo Miranda:

Estes conflitos são inerentes à lógica capitalista e às relações sociais estabelecidas na sociedade coeva (de idades semelhantes), mas também dizem respeito às diferenciações observadas entre a imagem

social do Serviço Social e a autoimagem da profissão. E mais, entre as condições objetivas, socialmente determinadas de que dispõe no seu exercício profissional e/ou que são disponibilizadas pelo empregador para o desenvolvimento deste exercício – mais compatíveis com as demandas institucionais do que com as demandas dos usuários – e as representações que as assistentes sociais possuem, expressas em seu discurso teórico-metodológico e ideológico e oriundas do seu projeto Ético-Político Profissional.(MIRANDA, 2011, p.319).

Entendemos assim, que na atualidade o trabalho do assistente social no âmbito da saúde é bastante demandado, contudo, em virtude do modelo organizacional das unidades hospitalares, das políticas públicas de saúde e da própria concepção de alguns profissionais, esses voltam-se para demandas burocráticas e individualizadas.

No atendimento aos pacientes soropositivos está é a mesma realidade, pois, as estruturas e os procedimentos obedecem os protocolos institucionais e as possibilidades materiais para o efetivo atendimento. Nem sempre é possível ao assistente social proporcionar instrumentos que empoderem os pacientes, ficando esse profissional limitado aos encaminhamentos. Essa é uma realidade que perpassa todos os estudos que aqui pesquisamos, uma contradição entre o que deve ser feito e aquilo que pode ser feito. Uma contradição que o profissional enfrenta cotidianamente nos hospitais brasileiros e no HGF não é diferente.

3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM HOSPITAIS

3.1 Os principais espaços de atuação profissional no hospital

Historicamente verificamos que a profissão de assistente social origina-se no âmbito da saúde, e hoje ainda persiste a presença desse profissional principalmente na área da saúde. De acordo, pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CEFSS), com base em dados de 2004, acerca do perfil dos assistentes sociais no Brasil constatou-se que, no nível nacional, 78% desses profissionais atuam em instituições públicas de natureza estatal, dos quais pouco mais de 40% atuam em âmbito municipal (IAMAMOTO, 2009).

Assim, a assistente social no Brasil é majoritariamente funcionário público que atua nas diferentes políticas sociais, com destaque à política de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras.

No município de Fortaleza não é diferente, um número expressivo de profissionais estão inseridos no funcionalismo público das diferentes esferas de governo.

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil a partir da década de 40. Nessa área, a atuação dos Assistentes Sociais se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais (BRAVO, 1991 apud CORREIA, 2005).

É em 1948, porém, que a área da saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional devido, principalmente, à elaboração de um conceito de saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (CORREIA, 2005).

Com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado e os princípios da descentralização, da universalização, da integralidade, da participação da comunidade passam a ser diretrizes do novo sistema.

A regulamentação do SUS, em 1990, pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 trouxe ainda mais inovações para a área da saúde, como a

ampliação do conceito de saúde, que passou a considerar fatores como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990) como condicionantes e determinantes da saúde. E ainda provocou mudanças na atuação do Serviço Social junto a esta área.

Essa concepção insere-se na atuação que vem sendo dada junto aos pacientes soropositivos, uma compreensão que a assistência a saúde é bem mais abrangente do que o tratamento da doença. Esse tema, especificamente voltado ao atendimento ao paciente portador do HIV será tratado no item seguinte.

De acordo com Correia (2005), as inovações influenciaram na superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas e na construção de um novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção. Esse novo modelo requisitou um trabalho multiprofissional e com isso, o assistente social passou a ter maior importância na área da saúde (CORREIA, 2005), exigindo um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde.

É a partir dessa compreensão que o profissional de Serviço Social passa a ser contratado como um dos promotores na consolidação do SUS e de seus princípios e como articulador da saúde com as demais políticas públicas.

Nessa concepção abrangente de saúde é que Yamamoto (1999), afirma que o setor de saúde é o que mais absorve profissionais assistentes sociais, fator decorrente também da necessidade do reaparelhamento do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Neste sentido os profissionais de Serviço Social na área da saúde, são chamados a realizar ações voltadas a garantir os direitos dos usuários do sistema.

Ao questionarmos a profissional assistente social do HGF sobre as principais ações desenvolvidas na instituição essa descreve uma preocupação ampla sobre a assistência ao paciente. Não existe a preocupação exclusiva com a medicação, essa é de fundamental importância, contudo não é exclusiva. Outras ações são desenvolvidas pelos profissionais, isso tudo de acordo a Constituição federal e a política do SUS.

O atendimento à saúde em Fortaleza, mesmo diante de limitações opera de forma a garantir os direitos dos pacientes. Percebemos nas entrevistas das assistentes sociais que atuam na instituição, que suas ações continuam ocorrendo através de orientações, informações e/ou intervenções como forma de garantir os direitos dos pacientes e especificamente usuários do SUS.

Segundo Vasconcelos (2006) esse papel de orientar acaba sendo confundido como ajuda e não como encaminhamento para conquista de direitos. Pois o profissional não está ali “comercializando” um serviço, mesmo no âmbito privado, eticamente o profissional deve orientar suas ações para a concretização dos direitos.

Os assistentes sociais, reconhecidos [...] como “seres humanos” interessados em „AJUDAR”, ao se limitarem à ajuda ou transfigurando o direito em ajuda, a partir de ações como fim em si mesmo e independente dos objetivos almejados, contribuem na reprodução da organização social dominante. [...]. (VASCONCELOS, 2006, p.255).

Desta forma entende-se que as ações do Assistente Social na área da saúde não deve somente responder as relações de mercado, mas a de direitos garantidos através da criação do SUS.

De acordo com Bravo (2006, p. 101), o Estado deve garantir o mínimo em relação à questão de saúde aos que não podem pagar.

Segundo Costa (2006, p. 312) é neste contexto que surge um conjunto requisições entre as ações tradicionais da saúde com as novas ações propostas pelo SUS, e que acabam também incidindo no âmbito de atuação do profissional de Serviço Social.

Para encaminhar e operacionalizar esse trabalho, [...] o assistente social, além de dispor de normas e portarias, necessita tomar conhecimento da legislação social existente, de que é exemplo a LOAS, LOS, ECA, Código de Defesa do Consumidor, CLT, Legislação Previdenciária etc., e estar atento as mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas demais instituições para as quais rotineiramente, faz encaminhamentos, com o objetivo de facilitar/assegurar o atendimento aos usuários. (COSTA, 2006, p. 328-329).

Portanto para Costa (2006), o profissional de Serviço Social deve trabalhar de forma ética, refletindo sobre suas ações e fundamentando-se em seus conhecimentos teórico-metodológico, evitando assim ações mecânicas e acríticas.

Além disso, Melo (1996), menciona que ao Serviço Social cabe contribuir de forma efetiva para a elevação dos níveis de saúde da população, atuando nas variáveis sociais que interferem na relação saúde-doença.

Promover e participar de programas de aperfeiçoamento dos recursos humanos na área da saúde, propiciar campo de estágio curricular para alunos do Curso de Serviço Social e dar aos usuários condições de se integrarem no esforço desenvolvido pela equipe profissional por melhores condições de vida e saúde. Desta forma:

[...] nos “campos de estágio” [...], que têm sido abertas as possibilidades de construção das mediações entre os conteúdos teóricos e metodológicos, as escolhas técnicas e as necessidades prementes de referências instrumentais para a compreensão da dispersa materialização do cotidiano profissional. (GENTILLI, 2000, p. 140).

As atividades desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social são consideradas como bases nos processos e programas de desenvolvimento social, sendo que tratam da “questão social”. Cabendo ao profissional, analisar e investigar sua conjuntura buscando intervir de uma maneira que traga mudanças a vida dos usuários

No caso dos serviços de saúde [...] o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho [...] mas é coparticipante do processo de trabalho”. Isso se efetiva na medida em que o paciente depende do fornecimento de informações sobre seu estado de saúde. (MOTA, 2006, p. 309).

Nesse sentido, ao atender às necessidades imediatas e mediatas do usuário, o Serviço Social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil.

Bravo (2004) menciona que o assistente social inserido na área da saúde está focalizado tomando-se por referência a relação Estado – Sociedade, mediatizada pelas políticas públicas de saúde, pela ação profissional e pelos movimentos sociais.

Sendo assim, o Assistente Social como profissional da saúde tem como competência intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, para que seja possível a eficácia dos programas de prestação de serviço no setor, que seja ao nível de promoção, proteção e ou recuperação da saúde.

De forma específica, a relação dos assistentes sociais do Hospital HGF, deve seguir essas orientações, pois mais do que medicamentos e assistência a saúde, o paciente soro positivo demanda o reconhecimento de seus direitos.

Diante desse contexto, a presente pesquisa evidencia a importância do Serviço Social no âmbito do Hospital HGF, reiterando a participação histórica da profissão na construção da política de saúde, bem como enquanto espaço de garantia e resgate de direitos sociais e de cidadania dos indivíduos.

Por outro, existe a atuação no HGF desafia e chama atenção o fato de que, após anos de atuação deste profissional no HGF, ainda o profissional é confundido como “aquele que ajuda”, identificando o profissional como mediador de demandas da saúde.

Infelizmente, observamos na pesquisa essa não é uma exclusividade de Fortaleza, segundo os autores pesquisados, boa parte do trabalho do assistente social em hospital está restrito aos “encaminhamentos” e não ao fortalecimento de políticas efetivas de garantia de direitos. Esse é um dilema nacional da profissão.

3.2 Atuação do Assistente Social junto aos pacientes com HIV/AIDS

A atuação do Assistente social junto ao paciente soropositivo, segue os mesmos preceitos da atuação na área da saúde, contudo, pelas características próprias da doença, o paciente vitimado tem alguns direitos específicos, dado as circunstâncias da doença. Sobre essas características

específicas que trataremos a seguir, pois são essas as orientações que seguem os assistentes sociais do HGF.

As especificidades da AIDS, impõe, mesmo que breve uma análise histórica sobre a epidemia e a compreensão da garantia de direitos, pois a epidemia da AIDS surgiu no Brasil no contexto da reforma sanitária, nos anos 80, da criação e implantação do SUS, da redemocratização e de uma utopia de um país socialmente mais justo, tendo no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) a possibilidade de uma maior capacidade, potencializando as ações de prevenção. No entanto quando se trata da integração das políticas de prevenção e assistência as DST e AIDS, com as demais políticas de saúde, exceto em alguns estados e cidades, o que se vê são políticas locais com debilidades e dependência do modelo nacional, que diante da efetivação da descentralização do programa nacional deixam alguns locais com alto grau de vulnerabilidade na implantação de uma política mais eficaz. (BRASIL, 2016)

Além disso, o Brasil disponibiliza hoje o tratamento e os exames de diagnósticos para controlar os efeitos da AIDS, mas apesar desse enorme avanço, nem todas as pessoas têm acesso ou podem usufruir, apesar de adquirirem o medicamento o seu uso e efeito é diferente para cada organismo. (BRASIL, 2016)

A eficácia de políticas que ofereçam qualidade de vida para quem tem AIDS e que possibilitam a prevenção dependem de políticas sociais que permitam um cotidiano com comida, trabalho, dignidade, condições para que se trabalhe auto-estima, sexualidade, desigualdades de gênero, estigma, entre outros temas que estão relacionados com os princípios fundantes dos direitos humanos, que diminua as vulnerabilidades, e promovam práticas sociais coletivas de pessoas com direitos usufruindo sua cidadania. (BRASIL, 2016)

As políticas brasileiras na área de promoção e prevenção à AIDS e as DST têm sido desenvolvidas em três grandes vertentes:

Há intervenção comportamental voltada para populações vulneráveis e em situação de risco;

A mobilização social focalizando o trabalho na participação cidadã e no fortalecimento de grupos sociais específicos mais vulneráveis e ou em situação de risco e;

A intersetorialidade das políticas e ações de prevenção com outras áreas de governo e do setor privado visando uma resposta de conjunto para o enfrentamento da epidemia. (BRASIL, 2016)

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

Desde sua introdução em nosso meio, a epidemia de AIDS vem mudando seu perfil: de uma fase inicial, caracterizada pela hegemonia da transmissão sexual e afetando principalmente homens adultos com comportamento homo e bissexual, escolaridade elevada, vivendo nas grandes cidades da região sudeste, a epidemia passou por um processo mais ou menos simultâneo de juvenilização, pauperização, feminização e interiorização.

A epidemia, hoje, se caracteriza pela predominância e pelo grande aumento da transmissão heterossexual, atingindo um número crescente de mulheres e crianças - estas últimas em decorrência da transmissão vertical, fazendo-se presente, também, em cidades de pequeno porte e pessoas de baixa escolaridade. Vinte e cinco por cento dos casos atualmente notificados ao Ministério da Saúde ocorrem em mulheres. Fatores biológicos, socioculturais e assistenciais, além do efeito combinado deles, fazem com que a mulher seja mais vulnerável do que o homem quanto à possibilidade de contrair DST e sofrer seus efeitos secundários, biológicos e sociais. (BRASIL, 2016)

A política de expansão desses serviços pelo Ministério da Saúde vem permitindo uma maior cobertura assistencial do HIV/AIDS. Neste sentido, hospitais como HIGF, desenvolvem um trabalho de complementação direta com a unidade de Serviço de Assistência Especializada - SAE local, garantindo a continuidade deste investimento do Governo e os meios necessários para o alcance dos seus melhores resultados. Entre eles, naturalmente, além da melhoria biopsicossocial do paciente, o resgate da sua plena cidadania.

Nessa busca pelo reconhecimento de sua cidadania, insere-se o trabalho do assistente social. Pois, há ampla legislação proibitiva de qualquer

forma de discriminação e desrespeito aos princípios de igualdade, justiça, liberdade e dignidade do homem, tanto a nível constitucional, como infra e supra-constitucional, que de forma genérica estão a resguardar os portadores do vírus da aids.

Consoante com a legislação podemos citar a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS:

1. Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a aids, sem nenhum tipo de restrição. Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
2. Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
3. Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
4. Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do H1V, de qualquer que seja a raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou sua orientação sexual.
5. Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tenda a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares ou militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
6. Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
7. Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a AIDS sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
8. Ninguém será submetido aos testes de AIDS compulsoriamente, em caso algum. Os testes de Aids deverão ser usados exclusivamente para fins de diagnósticos, para controle de transfusões e transplante e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas ou população. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.
9. Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado de seus testes. Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. (BRASIL, 2016)

Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania. No tocante à legislação que protege o direito do cidadão com hiv/aids podemos citar quanto:

- a) Preconceito e discriminação: 27 - Portaria Interministerial Sheila Cartopassi n° 796/92 — Proíbe discriminação de crianças portadoras de H1V/ AIDS nas escolas; - Portaria Interministerial n° 869/92 — Proíbe testagem anti-HIV de funcionários públicos federais: admissão, periódico e demissional: O empregador é livre para decidir a quem deve empregar, mas não lhe é permitido exigir o teste sorológico, enquanto condição de admissão ou manutenção do emprego Ou cargo público, por caracterizar interferência indevida na intimidade do trabalhador. É garantida a manutenção do emprego, sendo proibida a dispensa por justa causa em virtude do eventual resultado positivo para o HIV. A manutenção do sigilo em relação ao diagnóstico e notificação é também um direito do portador do H1V/AIDS. - Lei 11.199/02 — Proíbe discriminação dos portadores do HIV/AIDS: O portador do H1V/AIDS tem direito ao sigilo também no âmbito civil (por injúrias, difamações a cerca da moral e comportamento sexual). O infrator responsável por tal ato, fica obrigado ao pagamento de uma indenização pecuniária que compense o dano sofrido pela pessoa e seus familiares. (BRASIL, 2016).

A legislação também impõe uma conduta ética ao profissional que atua junto ao paciente portador da AIDS, se este profissional que quebrou o sigilo, será imposta pena disciplinar, que irá desde a censura pública até a suspensão temporária ou definitiva de seus direitos ao exercício profissional, de acordo com a gravidade e circunstâncias do ato.

A pessoa diagnosticada com AIDS, tem garantias de direitos relativos a previdência, resgate de FGTS, dentre outros direitos específicos á este indivíduo. Diante disso, importa ao assistente social viabilizar a garantia de direitos.

A seguir listamos parte desses direitos que compõe a rede de proteção ao paciente

Recebe o auxílio-doença, o segurado incapaz para seu trabalho por mais de 15 dias consecutivos, por motivo de doença. Tem direito a aposentadoria por invalidez o segurado que, estando em gozo do auxílio doença, for considerado, mediante exame médico pericial, incapaz para o trabalho, sem condições de reabilitação profissional

que lhe permitir o exercício de atividade que possa garantir sua subsistência. O exame pericial para os fins de aposentadoria ou auxílio doença será realizado no local em que se encontre a pessoa, desde que impossibilitada de locomoção. -Decreto Lei n° 1744, de 8 de Dezembro de 1995, foi regulamentado o Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social. Tal benefício prevê o recebimento de 1(um) salário mínimo mensal, para idosos acima de 70 anos e pessoas portadoras de deficiência. Em ambos os casos, o indivíduo deverá comprovar renda per-capita familiar inferior a um quarto do salário mínimo vigente. O interessado poderá procurar os centros de Apoio Comunitário da Prefeitura ou os postos do INSS para solicitar o formulário que deverá ser preenchido pelo médico que faz o acompanhamento do HIV/AIDS, pelo Assistente Social e pelo serviço de Saúde Mental (Psicologia ou Psiquiatria). Para requerer tal benefício é necessário que o portador do HIV/AIDS, esteja incapacitado para o trabalho ou alguma deficiência que não o permita ter uma vida independente.(BRASIL, 2016)

Na realidade concreta do hospital HGF, essas garantias devem ser repassadas imediatamente ao paciente, pois, é por meios dessas garantias, que o paciente pode encaminhar o seu tratamento e não ficar exposto a vulnerabilidade social e econômica.

O que se entende é que a atuação do assistente social no âmbito hospitalar direcionado ao paciente com HIV/AIDS, fundamenta-se nas garantias constitucionais e naquilo que prescreve os princípios do SUS, uma visão ampla de saúde deve se fazer concreta, onde a pessoa seja vista na sua totalidade e não na sua doença.

Cabe ao assistente social compreender essas orientações e buscar viabilizá-las concretamente, para que o paciente esteja amparado em seus direitos e na sua cidadania.

4 O ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

4.1 Hospital Geral de Fortaleza - HGF

O Hospital Geral de Fortaleza - HGF - foi inaugurado em 23 de maio de 1969, como unidade pertencente ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica, Previdenciária e Social – INAMPS; idealizado para ser Centro de Referência para o Norte e Nordeste no tocante à assistência de alta complexidade. Desde o ano de 1990, quando de sua estadualização, o hospital passa a integrar o Sistema Único de Saúde na rede assistencial da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA, órgão do Poder Executivo.

Hoje, o HGF é o maior hospital público da rede estadual, referência em procedimentos de alta complexidade, realizando transplantes, neurocirurgias, e prestando assistência em AVC (Acidente Vascular Cerebral) e outras patologias neurológicas, ortopedia, obstetrícia de alto risco, tratamentos clínicos especializados dentre outros. Integra a rede de Hospitais Sentinelas, Hospital Amigo da Criança, Rede Cegonha e, por último, foi incluído no Programa SOS Emergência, do Ministério da Saúde. É referência em 63 especialidades e subespecialidades.

Em outubro de 2009, o HGF inaugurou a Unidade de AVC, com estrutura moderna e equipe interdisciplinar de plantão 24 horas para fazer um atendimento diferenciado ao paciente que chega na emergência com AVC, a principal causa de morte hoje em todo o Brasil. A Unidade é a maior do país com vinte leitos e capacidade para atender 240 pacientes por mês.

A Unidade mantém o único Banco de Olhos do Estado, fazendo a captação, preservação e distribuição de córneas para os 13 centros transplantadores de todo o Ceará. Além de realizar transplantes de córneas, faz transplantes de fígado, pâncreas e rim. O Centro de Transplantes Renais é referência no Norte e Nordeste, já tendo realizado mais de mil transplantes, marca atingida em 2009.

A instituição tem por missão: Prestar assistência à saúde da população como hospital do Sistema Único de Saúde de referência em procedimentos de alta complexidade, ofertando serviços humanizados, seguros

e de boa qualidade, contribuindo para a produção e transmissão de conhecimentos em sua área de atuação.

A visão de futuro está descrita como: ser reconhecido nacionalmente por todos os seus públicos de interesse como um hospital de referência, centrado no paciente e em sua rede social, que funciona de acordo com os princípios da assistência segura, humanizada e do cuidar integral nas esferas bio-psico-socio-espiritual, buscando a excelência em tudo o que faz, focado nos procedimentos de alta complexidade.

Suas crenças e valores são descritos Humanização – compromisso com o cuidado integral ao paciente – valorização do corpo funcional – cooperação e integração em todos os níveis – competência, entusiasmo e obstinação – pioneirismo – ética – diálogo e democracia – responsabilidade social – responsabilidade ambiental.

A instituição é também um centro de formador de especialistas. O Hospital Geral é também um dos maiores centros de treinamento do País, certificado por portaria interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital de ensino, atuando na formação de médicos em 26 especialidades. Como hospital de ensino, o HGF também está inserido na Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde - REBRATS, na Rede Nacional de Pesquisas Clínicas - RNPC e na Rede Universitária de Telemedicina - RUTE.

Aos programas de ensino foi, em 2014, incluída a Residência Multiprofissional, com o propósito de qualificar continuamente a Rede de Atenção à Saúde. Atualmente, nesse segmento, são nove áreas de atuação. Entre elas, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, dentre outras. A Residência Multiprofissional em Saúde utiliza a educação permanente como eixo pedagógico, formador e participador no contexto do sistema público de saúde. De forma integrada, as categorias se aperfeiçoam e garantem a qualidade no atendimento ao paciente.

Em números gerais o Hospital Geral de Fortaleza tem 563 leitos, entre eletivo, emergência, obstetrícia e unidades de terapia intensiva adulto e neonatal. Atualmente, o HGF realiza, por mês, uma média de 600 cirurgias eletivas. Mensalmente, são cerca de 210 mil exames laboratoriais e mais de 8

mil exames de imagens. Com relação às consultas, são aproximadamente 19 mil por mês.

4.2 ATENDIMENTO AO PACIENTE SOROPOSITIVO

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desde 1983, ano de registro do primeiro caso de AIDS no Ceará, até dezembro de 2008, foram registrados cerca de 8.521 casos com uma taxa de incidência em torno de sete casos por 100.000 habitantes. Nos últimos sete anos, de 2001 a 2007, foram notificados, em média, 629 casos novos de Aids por ano (CEARÁ, 2014).

A razão de sexo entre indivíduos com Aids passou de 11 homens para 1 mulher em 1987 e para 2:1 em 2007, confirmando o crescimento da epidemia entre as mulheres. A faixa etária mais acometida pela doença, nesse ano, foi a dos adultos de 20 a 39 anos, mas se evidencia, também, a elevação do número de casos entre idosos (CEARÁ, 2014). Quanto a “interiorização” da doença, vem crescendo o número de municípios do interior do Estado com casos notificados de Aids. Apenas 11 (6%) dos 184 municípios ainda não notificaram casos.

No município de Fortaleza, encontra-se o maior número de casos notificados de Aids; foram 5.907, entre 1983 e 2008, segundo dados do SINAN. Segundo estudo de Camurça (2008), estima-se que existam cerca de 3.242 adultos e 69 crianças com Aids residentes neste município. Deve-se ressaltar o fato de que aproximadamente dois terços das pessoas não sabem seu status sorológico, o que pode significar a existência de um número, significativamente, maior de infectados que os casos notificados (BRASIL, 2004a). Segundo a Coordenação Nacional de DST/AIDS, a taxa de incidência de Aids em Fortaleza, em 2006, foi de 19,57 casos por 100.000 habitantes. Este município notificou no SINAN, em 2008, 364 novos casos de Aids; destes, cerca de 69,5% eram do sexo masculino.

A política de assistência especializada aos pacientes portadores do HIV/AIDS foi estruturada no Brasil a partir do início da década de 90 em resposta à demanda assistencial crescente. Em nível ambulatorial,

desenvolveu-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE), cujo atendimento seria realizado por equipes multidisciplinares com o objetivo de oferecer assistência humanizada e de qualidade, baseada na atenção integral do paciente e sua família (BRASIL, 1998).

A implementação dos Serviços de Atendimento Especializados em HIV/Aids (SAE) no município de Fortaleza, Estado do Ceará, e em vários outros Estados brasileiros, foi incentivada pelo Ministério da Saúde e sua Coordenação Nacional de DST e AIDS, objetivando oferecer ao paciente e portador do HIV/AIDS uma assistência diferenciada, realizada por equipe multidisciplinar, capacitada para atender esses casos (BRASIL, 1998).

Os SAE são responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento dos pacientes HIV positivos através da realização periódica de consultas e exames laboratoriais como contagem de linfócitos T CD4 e do número de cópias de RNA viral no sangue periférico (COSTA et al., 2006). Sendo os linfócitos T CD4 os principais alvos da infecção pelo HIV, é frequente a realização de contagem dessas células no paciente HIV positivo para o monitoramento do seu grau de imunossupressão e avaliação do seu prognóstico (GRABAR, 2005). A mensuração do número de cópias de RNA viral no sangue periférico, também, conhecido como carga viral, relaciona-se com o total de células produtivamente infectadas e a uma taxa média de aumento do número de células infectadas. Dessa forma, a carga viral mostra-se associada à velocidade com que o paciente evolui para AIDS (GRABAR, 2005).

Em Fortaleza, existem, atualmente, 12 SAE vinculados à Secretaria Municipal de Saúde onde se disponibilizam consultas em infectologia para retrovíroses, consulta de enfermagem, atendimento em serviço social, aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, atendimento farmacológico e orientações aos usuários. Dentre eles insere-se o do HGF.

O Hospital Geral de Fortaleza insere-se, quanto as políticas de saúde pública, nas ações governamentais de atendimento a pessoa vivendo com HIV. A instituição orienta-se a partir de políticas estaduais e municipais, conjuntamente com que prescreve o Ministério da Saúde por meio dos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids - SAE

Os Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids - SAE realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou Aids. Cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de medicamentos antirretrovirais; orientações farmacêuticas; realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; ações educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e Aids são atividades desenvolvidas pelos SAE.

Os serviços visam ao atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e educadores, entre outros. A rede municipal de saúde possui atualmente nove SAE criados desde 2006 sob responsabilidade da Prefeitura de Fortaleza, além de um em hospital federal e dois em hospitais estaduais.

Quanto as atividades desenvolvidas pelo SERVIÇO SOCIAL do Hospital Geral de Fortaleza essas desvendem-se em ações coletivas e individuais. O trabalho coletivo, se dá por meio de atividades grupais, que segundo orientam a instituição buscam:

Promover dinâmicas de grupo com vistas a propiciar trocas de experiências relacionadas à condição de soropositividade (enfrentamento à discriminação e continuidade da vida social e em família);

Propiciar palestras e debates com especialistas e integrantes de Grupos de Apoio diversos, visando ao esclarecimento de dúvidas e questionamentos relacionados com a doença, o tratamento e o convívio social.;

Possibilitar o desenvolvimento de atividades visando à ampliação dos laços de solidariedade entre os usuários, tendo em vista o enfrentamento dos estigmas que os cercam;

Prestar orientações e/ou realizar encaminhamentos relacionados à Seguridade Social, direitos sexuais e reprodutivos, assim como outros direitos em geral relacionados a sua condição de soropositividade.(HGF, 2016).

Quanto as ações de caráter individual a assistência social do HGF desenvolve as seguintes atividades:

Realizar estudos sócio econômicos e culturais acerca do paciente, da sua família e/ou unidade de referência, visando identificação de determinantes que dificultam a adesão ao tratamento;

Realizar busca ativas de pacientes faltosos ao tratamento;

Discutir com a equipe multiprofissional de saúde a respeito dos motivos das ausências de pacientes ao tratamento e sugerir formas de soluções;

Mobilizar meios de garantia do direito de locomoção dos usuários (em dificuldade financeira) para o comparecimento as consultas, exames e trabalhos grupais, especialmente a concessão de vale-transporte quando se tratar de paciente de Fortaleza, e o transporte quando se tratar de paciente do interior do estado;

Encaminhar integrantes do grupo com dificuldades emocionais ao Serviço de Psicologia do setor;

Realizar escuta social de queixas, reclamações e sugestões dos pacientes da Unidade, discuti-los com a equipe e, quando necessário, fazer encaminhamento a Ouvidoria.(HIGF, 2016)

Essas são as ações específicas da assistência social do HGF junto a população que vive com HIV/AIDS. São atividades grupais e individuais que buscam fundamentalmente oferecer instrumentos sociais que garantam um mínimo de dignidade à pessoa portadora da síndrome.

Importa destacar que as ações reconhecem a existência do preconceito como um dilema pessoal e um estigma coletivo para o portador do vírus. Acreditamos que compreender como o assistente social interage com essa situação seja de fundamental importância para a prática profissional, bem como orienta as demais profissões que atuam em conjunto a assistência a pessoa que vive com o vírus. Afinal o Assistente Social é o elo entre a instituição, os profissionais de saúde e o paciente. Nesse sentido, a percepção desse profissional é extremamente relevante para o conjunto da sociedade.

4.3 A Percepção do Assistente Social no atendimento à pessoa com HIV/AIDS

A assistente social entrevistada para a presente pesquisa, narrou sua percepção acerca do preconceito no atendimento a pessoa com HIV/AIDS. A profissional, que aqui nominamos por “Cleide”, tem 65 anos de idade, atua como assistente social há mais de 30 anos, sendo 27 anos em hospitais.

No HGF a profissional está desde 2009 e em 2010 foi convidada a atuar junto aos pacientes soropositivos. Destacamos que a profissional nos relata que desde o início dos anos 1980 já trabalhava com a demanda da AIDS. Em Belo Horizonte (1980), atuava em Hospital Público e foi transferida para acompanhar os primeiros casos de pessoas soropositivas. Esse tempo de trabalho proporcionou uma análise ampla sobre a questão da doença, a evolução da medicação, as campanhas de esclarecimento e os preconceitos e desafios vividos pelos pacientes. Neste estudo, nos concentramos em relação ao preconceito, como este sentimento/ação afeta o paciente, seu tratamento e sua vida social.

Da época do surgimento da doença, Cleide relata o drama sofrido pelos pacientes “*uma época traumática*”, de uma demanda de pacientes de “*pessoas condenadas à morte*”. Esse olhar histórico permite, acreditamos, perceber se existiu uma maior conscientização em relação a doença e uma diminuição em relação ao preconceito.

Existência do preconceito

Com certeza existe, com certeza. Nós temos mais de 30 anos de epidemia de HIV, no começo da infecção, atendíamos pessoas condenadas e pessoas que carregavam o estigma, de pessoas promiscuas, homossexuais, homens, gays é que tinham HIV. Essas pessoas carregavam esse estigma. Passado todo esse tempo da epidemia, onde houve um processo de conscientização, e passou a afetar pessoas de todas as classes sociais, homens, mulheres, idosos, jovens, tem esse problema de saúde. No entanto, ainda há preconceito, como se essas pessoas (doentes) fossem menos digna, promíscua.

Ainda há uma ideia de que o HIV pega por meio do contato social.

Talvez as campanhas não tenham sido eficazes para diminuir esse preconceito.

O preconceito implica em algum obstáculo social ao paciente

O preconceito afeta a vida social do paciente. Há relatos aqui, em que o empregador, quando do conhecimento do resultado que o empregado é soropositivo demite o funcionário. Um dos pacientes aqui, por força da lealdade ao patrão, informou a empresa que era soropositivo e logo depois foi demitido. Essas pessoas são tolhidas em seus direitos

Outro obstáculo é quanto a vida afetiva. O paciente reprime seus sentimentos e vida social em função da doença. Isso é interessante, por que parte do próprio portador de HIV, onde esse se sente menos digno, menos digno de ser amado, por que ele é soropositivo. Nós temos relato de muitos aqui que afirmam que a vida afetiva dele acabou, que não pode ter mais uma vida sexual normal, porque ele é portador de HIV.

O próprio portador se esconde, evitando de se envolver com alguém. Existem pacientes até, que nos contam que, neste mundo só “eu você e Deus” sabem sobre a minha doença.

A assistente social é enfática quanto a existência do preconceito. “Existe”.

Um preconceito que resiste há mais de três décadas de campanha de conscientização. Isso afeta a pessoa do paciente, tanto no ambiente profissional, quanto na sua vida privada.

Nos chama a atenção e a assistente social também ressalta, é que mesmo diante das garantias de direitos e da publicidade feita para esclarecer sobre as características de tratamento e de transmissão da doença, empresas tratam o trabalhador soropositivo com preconceito e cerceamento de direitos. A demissão em função do diagnóstico positivo é ilegal, entretanto, a assistente social, fala em inúmeros casos de demissão do trabalho em função da doença.

O governo brasileiro (BRASIL, 2016) atua de forma intersetorial por meio das políticas e ações de prevenção com outras áreas de governo e do setor privado visando uma resposta de conjunto para o enfrentamento da epidemia. Nesse contexto, insere-se a atuação da assistente social do HGF.

Abandono do tratamento em função do preconceito

Acho que não é por essa questão, somente. Normalmente o paciente já vem escondido.

Antes ele era uma pessoa condenada e hoje ele tem um tratamento. Contudo, esse tratamento é pro resto da vida e isso pesa. Pesa muito.

O que abandona o tratamento é a imposição da rotina de uso de medicamentos, e isso afeta a vida profissional, por que ele não quer avisar a empresa

Há relatos de paciente deixam emprego por que não quer falar sobre os motivos das ausências.

A rotina de visita nos hospitais, para pegar o medicamento, fazer exames de sangue faz com que o paciente deixem seus empregos, para que não tenham que justificar suas ausências. São muitos os relatos de pacientes que deixam o emprego por que tá muito difícil, o patrão está pressionando muito e ele (paciente) não pode abrir na empresa sobre a doença.

O que buscamos compreender quando relacionamos o preconceito e o abandono do tratamento é se esse (preconceito) faz com que o paciente abandone o tratamento. Segundo Cleide, não há uma relação direta, entretanto a assistente social afirma que a situação de doente “pesa muito”, o tratamento exige do paciente uma disciplina com os medicamentos, exames e demais acompanhamentos. Diante disso, acaba, mesmo que indiretamente tendo que se expor aos demais companheiros de trabalho ou da família os motivos de suas ausências.

Nesse sentido, expressar e comunicar os outros sobre a doença “pesa muito”. “Carregar” a doença no seu cotidiano torna-se pesado, pois o mesmo tem de enfrentar a opinião de terceiros e essas opiniões podem vir com preconceitos e esses, sem dúvida são “pesados”.

O que queremos dizer é que para o paciente soropositivo, suportar a doença é uma coisa, quando essa é associada ao preconceito o peso pode tornar-se insuportável. Destacamos assim, que não há uma relação objetiva,

entretanto a carga de preconceito afeta a continuidade ou a regularidade do tratamento.

O acompanhamento/ orientação ao paciente para enfrentar o preconceito

Troca de experiência entre pacientes, possibilita a troca de instrumental de como lidar com o preconceito.

No acompanhamento pessoal, individual, o que se busca é a superação.

Ressalva que a gente faz é em relação ao parceiro. Por que ele (paciente) fica retirando os rótulos dos medicamentos, escondendo. Nesse sentido, a gente orienta a convidar o parceiro a vir no Hospital para orientar o parceiro sobre a doença. A equipe se prontifica em ajudar a comunicar isso ao parceiros(a). Oferta do teste rápido.

A equipe aqui do hospital atua de forma multiprofissional.

A assistência social trabalha com duas formas de orientação uma individual, com médicos, enfermeiros e assistentes sociais e outra de forma coletiva. Nesta forma conjunta de orientação destacamos a metodologia da autoajuda, quando da partilha e da troca de experiências são os pacientes em seus relatos pessoais que descrevem as formas que cada uma, a sua maneira foi desenvolvendo para enfrentar os preconceitos.

Vasconcelos (2002), descreve as formas de atendimento que fortaleçam os pacientes em unidades hospitalares, sem especificar os tipos de pacientes, a autora relata em sua pesquisa a importância dos grupos de autoajuda e como a pratica é usada de forma reiterada e com relativo sucesso.

Os instrumentos de emponderamento poderiam ser oferecidos ao paciente?

Quando acontecem situações de violação de direitos, violação de sigilos, de demissão em função da soropositividade, quando alguém divulga o diagnóstico para denegrir a imagem de paciente, o paciente é encaminhado e orientado ao direito que tem. Ele é encaminhado a OAB, Assembleia Legislativa e são assistências jurídicas gratuitas.

São informados das portarias existentes, da questão legal que existem para empoderar o paciente. São publicações do Ministério da Saúde, há literatura para em ponderar o paciente e auxiliar na sua conscientização.

A legislação permite ao paciente acessar instrumentos que o auxiliem na garantia de direitos. De forma conjunta as instituições como OAB e Assembleia Legislativa oferecem assessoria jurídica para em caso de violação de direitos sejam exigidas as devidas reparações.

Matos (2013) afirma que as práticas emancipatórias trabalhadas pelos assistentes sociais devem levar ao empoderamento. Possibilitar ao próprio paciente instrumentos que lhe assegurem seus direitos faz com que se sintam fortalecidos para enfrentar a doença e o preconceito decorrente dela.

Preconceito por trabalhar como pacientes soropositivos

Na época que comecei as pessoas tinham medo de trabalhar com pacientes soropositivos.

Contudo, o preconceito pode existir, o que eu sinto aqui é o preconceito contra travestis, dos profissionais de saúde contra esse público.

Eu mesmo nunca sofri preconceito, o que existiu e ainda persiste é o preconceito em relação a transmissão, as pessoas me perguntam “vixe você trabalha lá?” “Não tem medo de pegar a doença?”. Esses são questionamentos que contém uma dose de preconceito, entretanto nunca me senti ofendida ou diminuída na minha dignidade por trabalhar com pacientes soropositivos. Pelo contrário, me aposentei e voltei a trabalhar com esse público.

Destacamos na fala de Cleide, a relação de sua postura no atendimento com seu compromisso ético-político pessoal e profissional. No presente estudo, citamos Bravo (2006) que afirma a importância do projeto ético-político para o profissional da assistência social, esse autor assegura que o compromisso ético do assistente social deve ir além das instituições, deve concentrar-se na dignidade da pessoa e na garantia de seus direitos.

Acreditamos, mesmo com limitações e barreiras a profissional entrevistada desenvolve e vivencia o projeto ético-político do serviço social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma a contextualizar a compreensão do assistente social sobre o preconceito contra a pessoa portadora do HIV/AIDS, descrevemos, inicialmente um breve histórico sobre a profissão e como sua gênese está vinculada as realidades hospitalares, sendo esta parte da história da profissão. As preocupações com a higiene, educação e saúde passaram a ser o trinômio que caracterizou o Serviço Social nas suas origens, e deixou marcas profundas na identidade profissional. Entretanto, muito se avançou na compreensão do papel do assistente social e no desenvolvimento de seu projeto ético/profissional. Com a Constituição Federal de 1988, a saúde inseriu-se no patamar de cidadania, tomando parte da prevenção aos aspectos socioeconômicos vividos pela população nas condições de trabalho, moradia e saneamento básico. Neste cenário o profissional de Serviço Social se coloca comprometido com o projeto ético da profissão, buscando desenvolver ações que venham responder aos anseios do usuário da instituição hospitalar.

Nesse contexto político, ético da profissão é que se colocam os assistente sociais que desenvolvem trabalhos com o pacientes soropositivos em unidades hospitalares.

No caso específico de Fortaleza, no HGF, a assistência social trabalha de forma a garantir direitos e prover acessos à atendimentos adequados, de forma conjunta desenvolve atividades que auxiliem no empoderamento desses indivíduos. Destacamos os trabalhos de autoajuda desenvolvido pela assistente social do HGF onde os pacientes partilham suas experiências no enfrentamento da doença.

Quanto ao preconceito, esse, em detrimento de décadas de campanhas publicitárias de esclarecimento, de reportagens e publicações sobre a doença, a discriminação contra a pessoa portadora do HIV/AIDS persiste e a afeta negativamente. O preconceito é um “peso” significativo para o paciente exercer sua cidadania. Constatamos, por meio dos relatos da assistente social, que o preconceito afeta a vida profissional e pessoal desses indivíduos.

Em relação a vida profissional, pacientes afirmam que em função do preconceito abandonam os empregos ou, quando revelam a condição de

soropositivos são demitidos de suas funções, onde a empresa adota uma postura que não configure os motivos da demissão.

Pessoalmente o paciente tem sua vida social limitada, impõe a si mesmo severas restrições ao convívio social. O indivíduo, por ter a doença, sente-se indigno do convívio social. Entendemos assim que o preconceito provoca uma automutilação. O próprio indivíduo sente-se diminuído em sua dignidade em função da doença e do preconceito decorrente dela.

Diante dessa constatação da existência do preconceito e de suas consequências, acreditamos que a atividade desenvolvida pelo profissional Assistente Social é fundamental, pois essa auxilia o indivíduo a enfrentar a doença e seus estigmas de maneira individual e coletiva. Reconhecer o preconceito persiste contra o indivíduo soropositivo, colabora para avaliação das campanhas publicitárias, das ações legais de promoção de acesso a cidadania.

Por fim, destacamos a contribuição do assistência social na compreensão do conceito de Saúde trazido pela Constituição de 1988, que considera a saúde no seu sentido amplo, como um direito à cidadania, nesse sentido, o trabalho com pacientes portadores de HIV/AIDS reafirma o projeto ético/político da categoria. E, no trabalho da assistente social do HGF reconhecemos isso na prática. Um trabalho que evidencia a importância do Serviço Social no âmbito hospitalar, reafirmando a valiosa participação histórica da profissão na construção da política de saúde, bem como enquanto espaço de garantia e resgate de direitos sociais e de cidadania dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico epidemiológico do HIV / Aids**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em 16 de maio de 2016.

BRAVO, M. I. [et al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque De Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Ed. Positivo: São Paulo, 2012.

HIGF, Hospital Geral de Fortaleza. Atuação da assistência social. Ed. HIGF. 2016.

GUIA DO DIREITO À SAÚDE **Sistema Público de Saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde Abril/2006** http://www.guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

GLOBO, Agência. **Sociedade/ Saúde**. Disponível em oglobo.com, São Paulo, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

JOVEMSOROPOSITIVO. **Direitos e conquistas**. Disponível em <http://jovemsoropositivo.com/tag/discriminacao/>. Acesso em 04 de novembro de 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2010

MARTINELLI Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos*** <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/07.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social Ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Legislação DST e AIDS no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 3 v.

MIRANDA, Ana Paulo Rocha de S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde – concepções e práticas: estudo de caso em um Hospital Universitário – João Pessoa – PB**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, tese de doutorado, 2011. Disponível em <https://oatd.org/oatd/record?record=oai%5C%3Abiblio.pucsp.br%5C%3A11952>. Acesso em 02 de abril de 2015.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e saúde / Ana Elizabete Mota ...[et al], (orgs)**. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, Tatyane, C. **AIDS e discriminação**. Disponível em <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15775-15776-1-PB.pdf>. Acesso em 04 de abril de 2016.

RACHID, M.; SCHECHTER, M.. **Manual de HIV/AIDS**. 8. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social**. UFPE. Tese de mestrado 2010. Disponível em <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>. Acesso em 02 de abril de 2016.

SOUZA, Claudio Santos de. **AIDS no mercado de trabalho**. Disponível em <http://soropositivo.org/2014/06/04/a-discriminacao-do-portador-de-hiv-ou-aids-no-mercado-de-trabalho/>. Acesso em 04 de novembro de 2014.

SOUZA, Herbert de. **Uma proposta mínima para um programa de AIDS no Brasil**. In: PARKER, Richard et al. (Orgs.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: RelumeDumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

UFP. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS OMUNITÁRIOS/COPAC. COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS. Curso de formação de educadores em direitos humanos, Cadernos. Paraíba: João Pessoa, 2000.

VALENTIM, João Hilário. **AIDS e relações de trabalho: o efetivo direito ao trabalho**. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2.^a Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: **ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA AO PACIENTE COM HIV/AIDS VITIMA DE PRECONCEITO**. Desenvolvida por Maria Lisye Gomes Bezerra. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Prof^a_, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) xxxxxxxxxxxxxxxx. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:
