

**O SERVIÇO SOCIAL E A ADEÇÃO AO TRATAMENTO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES SOROPositivos: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

***SOCIAL SERVICE AND ACCESSION TO THE TREATMENT OF CHILDREN AND TEENS
SEROPOSITIVE: EXPERIENCE REPORT***

Maria Cristina Dias de Lima ¹

Resumo

Este relato de prática tem por objetivo demonstrar um recorte da experiência do Serviço Social no Ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. A construção da prática profissional no referido ambulatório, acontece pela necessidade de garantir o direito à saúde da criança e adolescente soropositivos, no viés da adesão ao tratamento. Em um contexto social ainda carregado de estigmas, fatores como preconceito e falta de informação interferem diretamente no cotidiano desses pacientes e seus cuidadores.

Palavras-chave: Prática profissional; Criança e adolescente; Soropositivo.

Abstract

This practice report aims to show a clip of the experience of Social Work in Pediatric Infectious Disease Clinic of the Clinical Hospital of the Federal University of Paraná. The construction of professional practice at the clinic happens by the need to ensure the right to health of children and adolescents seropositive bias in treatment adherence. In a social context still loaded with stigma, prejudice and factors such as lack of information directly interfere in the daily lives of these patients and their caregivers.

Keywords: Professional practice; Child and adolescent; HIV-positive.

¹ Especialista Gestão em Políticas Sociais. Assistente Social, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná-Curitiba/PR, Ambulatório de Infectologia Pediátrica- HIV/AIDS, de Fev/2006 a Jul/2012. E-mail: crissllima@bol.com.br; maria.lima2@hc.ufpr.br; mariacrissllima@gmail.com
Recebido para publicação em: 18/07/2014
Aceito para publicação em: 23/10/2015

1 Introdução

Em tempos de grandes avanços tecnológicos, acessar informações parece ser algo democrático e instantâneo. Desta forma, o conhecimento deveria ser fator fundamental para evolução dos indivíduos em todos os contextos, ou pelo menos naqueles em que se dispõe da facilidade do acesso, ultrapassando todas as espécies de barreiras. Todavia, deparando-se com realidades específicas, identificam-se grandes fragilidades neste sistema de informação, que entre outros aspectos deveria propiciar benefícios para o convívio humano.

Tendo como pano de fundo esta grande contradição, implantou-se a prática profissional como Assistente Social junto a crianças e adolescentes portadores de HIV, em hospital público no sul do país. Este trabalho pretende, portanto, através de relato descritivo desta atuação, demonstrar a contribuição do Serviço Social em equipes multiprofissionais de saúde, espaço este que não mais se restringe a uma visão biologicista da assistência, em contextos onde o tratamento de saúde extrapola o diagnóstico. Para tanto, faz-se necessário um resgate histórico da doença, fundamental para reflexão acerca dos enfrentamentos vivenciados pelas pessoas portadoras da doença e/ou que convivem com esta, situando desta forma o contexto conflituoso em que se dá o tratamento de uma doença crônica tão carregada de estigmas e preconceitos.

No contexto da década de 80, iniciaram-se grandes avanços na área da saúde objetivando viabilizá-la enquanto direito a todos os brasileiros. A 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS - ocorrida de 17 a 21 de março de 1986, propiciou a viabilização de discussões prévias ocorridas em pré-conferências municipais e estaduais que mudariam significativamente o rumo da política de saúde no Brasil.

Um dos pontos mais fortes da Conferência foi à reconstrução do conceito de saúde, que passa a considerar a relação desta como: “o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (BRASIL, 1986).

É importante lembrar que tal conferência deu-se antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 e após um regime ditatorial, portanto, além da precariedade do sistema de saúde da época, o clima de repressão ainda estava bastante presente. Foi na 8ª CNS que se

apontaram princípios e diretrizes que deveriam nortear a Política de Saúde, inclusive o direito do acesso universal ao atendimento público de saúde, ou seja, não somente os trabalhadores formais poderiam dispor do atendimento, mas sim toda a população.

Para tanto, foram necessárias reformas administrativas como separar a saúde da previdência, direcionando verbas específicas para cada área, entendendo que a nova política pública de saúde deveria ser algo gerido a nível nacional, acompanhando a lógica do novo conceito, que também vislumbrou o atendimento integral nos âmbitos de proteção, promoção e recuperação da saúde, posteriormente contemplados na Constituição Federal-CF. A saúde passou então a fazer parte do tripé da seguridade social brasileira, juntamente com as políticas públicas de Assistência Social e Previdência Social, políticas que visam garantir o mínimo substancial para uma vida com dignidade.

Não por acaso o profissional de Serviço Social está diretamente envolvido nestas três esferas de atuação, que se complementam, visando à garantia dos direitos respectivos. A profissão de Assistente Social, regulamentada pela Lei nº 8662 em 07 de junho de 1993, dispõe sobre as especificidades da profissão. Sua inserção como profissional da área da saúde está regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997. O surgimento deste viés de atuação profissional deu-se justamente devido a construção do novo conceito de saúde-doença, que identifica os fenômenos socioculturais e econômicos como interventores da eficácia dos programas de atendimento nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto significa considerar o indivíduo integralmente em todas as instâncias de sua vida.

Diante este novo panorama, insere-se o referido profissional nesta nova área de atuação, passando a compor equipes multiprofissionais e interdisciplinares, devido a percepção da necessidade de práticas no viés da intervenção social.

No contexto do maior hospital público do estado do Paraná, de atendimento integralmente via Sistema Único de Saúde - SUS relata-se a seguir a implantação do Serviço Social no Ambulatório de Infectologia Pediátrica na especialidade HIV/AIDS.

2 Prática profissional e a história da doença – um conhecimento necessário

A Síndrome da Imunodeficiência Humana/AIDS fez seu primeiro doente no Brasil na década de 80 sendo identificada socialmente quando artistas que adquiriram a doença assumiram seu diagnóstico abertamente à sociedade. Uma das primeiras personalidades do meio artístico a revelar publicamente sua condição foi o cantor de rock Cazusa, ex-integrante da Banda Barão Vermelho. Naquele momento então, pôde-se acompanhar através da mídia, a gravidade da doença e sua rápida evolução a um quadro fatal de óbito.

Historicamente sabe-se que a AIDS foi identificada em grupos socialmente discriminados que logo foram denominados como “grupos de risco”. O estereótipo da doença relacionava-se diretamente com prostitutas, homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Posteriormente descobriu-se que o vírus não fazia distinção entre orientação sexual, condição econômica e/ou outros fatores, assim, a denominação discriminatória “grupos de risco” já poderia ser desconsiderada. Todo este contexto de grupos vulneráveis socialmente, associado às doenças infecciosas ou até mesmo desconhecidas já ocorreu em momentos anteriores na história. Na obra de Foucault (1978), *A História da Loucura*, o autor traz exemplos de banimentos a indivíduos estigmatizados acometidos por doenças como a lepra e a loucura, além de explicações atribuídas a determinados grupos como prostitutas e pobres, a fim de justificar condutas de tratamento instituídas na época.

A histórica relação da doença com a transmissão via relação sexual e os primórdios de seu surgimento, reflete até hoje na falta de controle da epidemia, nas reinfecções e no tratamento incorreto para aqueles que se encontram infectados.

Em trinta anos de epidemia de AIDS no Brasil, muito se evoluiu cientificamente com relação ao tratamento e conhecimento sobre as formas de transmissão. Sabe-se hoje que o vírus HIV é transmitido pela relação sexual, uso compartilhado de seringas e através da transmissão vertical, que é a passagem do vírus da mãe infectada ao bebê durante a gestação, parto ou amamentação. A ciência avançou consideravelmente no quesito qualidade de vida para o portador da doença. Atualmente as medicações existentes garantem a sobrevivência do paciente, inclusive diferenciando o soropositivo – portador do vírus, do doente de

AIDS – aquele que desenvolveu a doença. A terapia antirretroviral como é chamada, permite ao paciente com boa adesão ao tratamento, vida normal dentro da perspectiva de um portador de doença crônica. “Considera-se doença crônica aquela que tem um curso longo, podendo ser incurável, deixando sequelas e impondo limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptação” (LIMA, VIEIRA, 2002).

As dificuldades encontradas por portadores de doenças crônicas afins ora se assemelham ora se distinguem. Na questão da adesão ao tratamento são idênticas: consultas médicas, coleta de exames, utilização correta de medicação e algumas restrições e cuidados. Infelizmente no caso do portador do vírus HIV, há um adicional importante que é a desinformação em seu mais elevado grau, a doença do preconceito.

A dificuldade das famílias que vivem ou convivem com o vírus, se reflete diretamente no tratamento das crianças e adolescentes portadores. O estigma da doença interfere na revelação diagnóstica, a qual acontece, na maioria dos casos em uma fase especial e delicada da vida que é a adolescência. É bastante comum as famílias ocultarem o diagnóstico até onde podem, objetivando a proteção das crianças e adolescentes. O desconhecimento sobre o assunto massacra os portadores do vírus obrigados a silenciarem-se e a enfrentar discriminações absurdas por parte muitas vezes da própria família, vizinhos e até profissionais de saúde. Isto pode desencadear um auto preconceito altamente prejudicial, afetando a autoestima e inviabilizando o cuidado pessoal. Todavia, a discriminação ao portador do HIV não afeta somente a ele e seu núcleo social direto, desencadeia sim em intercorrências que afetam pandemicamente a todos considerando que o preconceito cega as pessoas, pressupõe conceitos que não são reais acabando por afastar todos da prevenção. A AIDS é tida como um fenômeno social, pois suas implicações perpassam a saúde do corpo, atingindo o emocional e a saúde mental do indivíduo e consequentemente afetando diretamente seu tratamento de saúde e suas relações sociais.

3 O Assistente Social no ambulatório de infectologia pediátrica

A solicitação da composição do profissional Assistente Social junto à equipe

multiprofissional deu-se pela percepção desta quanto aos fenômenos sociais extra-hospitalares que incidem diretamente na adesão ao tratamento. Tratando-se de indivíduos que não tem ainda legalmente poder de decisão, pode colocá-los tanto em risco imediato, quanto a médio ou longo prazo. A capacidade de mutação genética do vírus devido às falhas no esquema terapêutico propicia que crie resistência aos remédios, diminuindo as opções terapêuticas de combate, viabilizando a progressão da doença.

De acordo com o Ministério da Saúde “adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (BRASIL, 2008).

A definição de adesão ao tratamento pelo Ministério da Saúde traz implícita a vida dos indivíduos em seus mais variados aspectos. A ingestão da medicação, a princípio tão simples, pode estar comprometida por situações da vida real que impedem a sua realização, como o analfabetismo, por exemplo. Especificamente nesta situação, estratégias adotadas pela equipe de saúde têm auxiliado muito, marcando seringas e vidros de remédios com cores para facilitar a manipulação correta e quantidades da medicação. Mas para se chegar a este resultado é preciso primeiro que haja uma relação sólida entre profissional de saúde e paciente, neste caso principalmente com o cuidador da criança/adolescente. Ocorre que ainda neste quesito outros fatores podem interferir. Muitas vezes o fator cultural por parte do usuário é impeditivo para esta relação, ou seja, a falta de compreensão por parte deste e a sua dificuldade em expressá-la para o profissional médico acaba por deixar passar informações e condutas importantes. Também a postura deste profissional pode inviabilizar a relação, quando a inabilidade do mesmo em se ater a aspectos da vida social do indivíduo passa despercebido. O contexto de hospital escola pode também contribuir devido a grande rotatividade de profissionais em processo de formação, além dos conceitos individuais culturais de cada um.

O aspecto específico abordado acima é somente um pequeno recorte, porém não menos importante, dos vários fenômenos interventivos na adesão ao tratamento.

As demandas que chegam ao Assistente Social variam desde dificuldades socioeconômicas extremas para comparecer as

consultas, até situações que se configuram em negligência por parte do cuidador que acaba por colocar a criança/adolescente em risco devido o descaso com a saúde dos mesmos.

No que tange as dificuldades socioeconômicas, são realizadas orientações e encaminhamentos de acordo com os recursos externos existentes como programas e projetos governamentais ou não governamentais, legislações afins, principalmente a aquelas que vêm de encontro com necessidades pontuais e/ou estruturais do usuário. Dentro deste universo também se faz muito importante à vinculação entre o profissional Assistente Social e o cuidador do paciente. Relativo às negligências, estas podem configurar-se de maneiras diferenciadas. Há aquelas oriundas da falta de compreensão por parte do cuidador, diante a responsabilidade que o tratamento exige e suas consequências, outras derivam da falta de vínculo afetivo por parte deste para com o referido paciente. Este último pode decorrer das novas configurações familiares frente à própria epidemia. Pais falecidos devido ao não tratamento ou outras causas, ficando os filhos sob os cuidados de avós, tios, primos, entre outros. Nem sempre o vínculo consanguíneo consegue superar o diagnóstico de HIV com todas as suas particularidades.

A pessoa portadora do vírus HIV/AIDS e/ou doente de AIDS provém de uma realidade em que suas trajetórias individuais e coletivas são marcadas por um processo contraditório de fragilização... Essa fragilização não pode ser formatada simplesmente numa ótica materialista em que se poderia pensar que a mesma ocorre exclusivamente vinculada sempre à questão econômica. A perda de patrimônios no processo de descapitalização fragiliza a pessoa com AIDS, numa desvinculação de suas relações sociais, passando a sofrer os impactos da perda e da necessidade de reconstruir-se pessoalmente, acrescido à necessidade de reconstruir-se socialmente no estabelecimento de novas teias e redes sociais. (KERN, 2003, p.50).

A legislação que orienta e determina os aspectos relativos à proteção integral da criança e do adolescente é o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. O ECA veio assegurar tais direitos em todas as instâncias da vida dos menores em idade, justamente pela necessidade especial de tal período, considerando o aspecto de pessoas em desenvolvimento. As situações que se

apresentam variam conforme a dinâmica societária, devendo o profissional intervir objetivando a adesão ao tratamento, vindo de encontro com o que preconiza o ECA em seu Título II – Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I – Do Direito à Vida e à Saúde, em seu artigo 7º e 11º respectivamente:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990).

Tendo como norte de atuação profissional a referida legislação, há que se avaliem constantemente situações que se confundem entre carência socioeconômica, falta de acesso e violência. Algumas violências podem ser mais evidentes que outras como as de ordem física e/ou sexual, no entanto, a violência caracterizada como negligência de saúde, em se tratando de doença crônica, pode encontrar-se camuflada. A simples falta a uma consulta pode ser um alerta de que algo não vai bem, mas também pode ser um descuido ou uma emergência pessoal.

Segundo Vasconcelos (2007, p. 207), “o projeto do SUS exige, no mínimo, ações e mecanismos direcionados à veiculação e democratização de conhecimentos e informações necessários para a percepção e crítica das questões relativas ao processo saúde-doença”. Neste sentido, há que se avaliem as situações constantemente para não incorrer em injustiças ou erros que prejudiquem a relação com o usuário, neste caso o cuidador. Para tanto é de suma importância que estes conheçam o profissional Assistente Social e qual seu papel na equipe.

4 Sistematização da prática

Na perspectiva da atuação profissional, cabe salientar que tanto os instrumentais quanto as abordagens escolhidas fazem parte da construção da ação profissional ao longo da consolidação da profissão, com fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos.

No intuito de estabelecer vínculo com os cuidadores, opta-se como uma das ferramentas de trabalho a entrevista semiestruturada que objetiva conhecer inicialmente todos os pacientes e cuidadores, coletando dados que possam subsidiar, a princípio, uma intervenção profissional. É neste momento que se coloca ao usuário os objetivos do trabalho profissional frente ao contexto que é o tratamento de patologia crônica em criança e adolescente, que está em consonância com a já mencionada proteção integral, prevista no ECA.

Também a busca-ativa é um instrumental interventivo e avaliativo, uma vez que possibilita aos responsáveis pela criança/adolescente, reflexão e atitude mediante o tratamento de um indivíduo dependente. Isto significa explicitar aos cuidadores sua responsabilidade para com o paciente e a responsabilidade profissional e institucional no cumprimento das legislações que garantam e promovam a garantia do tratamento de saúde.

Identificada uma situação de não adesão, objetiva-se primeiro acionar a família. Realizada a orientação e não havendo manifestação desta na promoção da adesão ao tratamento, busca-se pela consolidação do trabalho em rede: “O conceito de rede se refere a formas de organização e articulação baseadas na cooperação entre organizações que se conhecem e se reconhecem” (UFSC, 2015). Isto possibilita o acesso às famílias, tanto no quesito localização geográfica quanto o subsídio com informações importantes que embasarão futuramente o encaminhamento de determinada demanda pelo profissional de Serviço Social. Lembrando que o trabalho é parte integrante da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como finalidade garantir assistência integral a saúde (BRASIL, 2011).

Desta forma, o papel da rede faz-se fundamental no viés da efetivação da proteção integral, com destaque aos Agentes Comunitários de Saúde que, por estarem presentes na comunidade possuem a condição de repassar informações no menor espaço de tempo, tanto ao usuário quanto ao Assistente Social. Outros órgãos também são parceiros importantes nesta rede como: Secretarias Municipais de Saúde, Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA's, Centros de Referência em Assistência Social-CRAS, Centros de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS, Conselhos Tutelares e Varas da Infância e da Juventude.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde (CFESS, 2010), as ações predominantes no atendimento ao usuário referem-se a ações sócio assistenciais, ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Tais ações podem ser identificadas facilmente no decorrer da prática profissional.

Orientações e encaminhamentos referentes a Políticas Públicas e direitos garantidos, mas que se encontram restringidos, tanto no que se refere à criança, mas também aquele cuidador que é o provedor responsável. Neste sentido, não só uma orientação sobre Benefício de Prestação Continuada – BPC – que é um benefício assistencial e provisório para a criança é eficaz, mas sim orientar sobre a Previdência Social, que pode vir a ser acessada pelos pais ou outros cuidadores, garantindo inclusive um futuro mais seguro para a criança.

A viabilização do acesso à instituição de saúde por pacientes procedentes de outros municípios é uma demanda que se apresenta com frequência e que é viabilizada pelo Tratamento Fora do Domicílio – TFD, que garantirá o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais oferecidos em outro município (BRASIL, 1999). O TFD “é uma das maneiras de garantir os direitos aos usuários da rede pública de saúde, respeitando os princípios constitucionais da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARBOSA, 2010).

Esta gama de serviços pode fazer toda a diferença em um tratamento de saúde contínuo onde a situação sócio econômica da família não consegue garantir os mínimos sociais. Todavia, nem sempre a dificuldade do tratamento perpassa esta ou somente esta questão. Conforme já mencionado, o estigma da doença por si só pode inviabilizar o tratamento correto. Para tanto, há que se trabalhar também Educação em Saúde, ou seja, cabe ao profissional de Serviço Social apropriar-se do que é a doença para poder trabalhar este quesito com pacientes e familiares. Muitas vezes é o Assistente Social quem possui vínculo mais estreito com a família, sendo possível abordar questões práticas sobre a saúde de forma desmistificada e clara, contribuindo também na tentativa da quebra do preconceito, esclarecendo inclusive o que é ilegal no universo pertinente a doença.

No decorrer do tratamento, muitas situações observadas exigem diferenciadas formas de intervenção, a mais extrema delas é o Acolhimento Institucional, previsto no Estatuto

da Criança e do Adolescente (ECA), Art.98, Título II, Capítulo I, como Medida Específica de Proteção. Ação extrema no que diz respeito à retirada, a princípio provisória, da criança/adolescente da família, dos cuidadores, enfim, daqueles que deveriam se responsabilizar pelo zelo destes integralmente. Sugere-se tal ação quando avaliado junto à equipe médica, que o paciente encontra-se em grave risco para sua saúde, inclusive risco de morte. Neste momento procede-se com Relatório Social junto de Notificação Obrigatória ao Conselho Tutelar referenciado, para avaliação e conduta. Por esta razão todo o acompanhamento e intervenções realizadas no decorrer do tratamento são de suma importância para efetivação deste procedimento. De acordo com o ECA:

Art. 98 As medidas de Proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:
I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
III – em razão de sua conduta.
(BRASIL, 1990).

Tal ação não é específica do tratamento de HIV/AIDS, mas com certeza tal diagnóstico tem grande relevância neste universo uma vez que pode ser um agravante na garantia da proteção integral.

5 Considerações finais

O atendimento à criança e adolescente em uma instituição de saúde, não somente perpassa pelo fazer profissional do Assistente Social e de sua orientação enquanto projeto ético-político da profissão. Deve fazer parte da conduta de todos os profissionais que comprometidamente realizam o atendimento a crianças e adolescentes, resguardando sua responsabilidade e da própria instituição. É a garantia do atendimento integral já mencionado anteriormente, previsto em legislação pertinente. O atendimento a qualquer tipo de negligência com relação à criança e adolescente pode trazer a tona situações até mesmo de violência física ocultada, que não raro presenciamos na mídia, esquecendo muitas vezes que qualquer forma de negligência também se caracteriza como

violência. Todo e qualquer direito violado pode ser caracterizado como violência.

Dentro do universo da saúde, a relação da doença crônica em pediatria num processo de má adesão ao tratamento, traz sequelas irreparáveis, sequelas as quais não são optadas pelo paciente na fase em que se encontram. Sendo assim, não cabe ao adulto, por mais que esteja designado como responsável legal do infante, interferir no plano terapêutico, consequentemente na saúde destes, que acaba por ser colocada em risco. Cabe sim, a instituição de saúde, através de seus profissionais habilitados, a responsabilidade em acompanhar e acionar as instâncias necessárias para a garantia deste tratamento.

O papel desempenhado pelo profissional de Serviço Social nas equipes multiprofissionais se dá através da apropriação do conhecimento acerca dos direitos dos usuários e nestes casos do compromisso dos parceiros da rede de atendimento envolvidos, bem como da própria instituição que presta o atendimento de saúde.

Apesar da necessidade de todos os profissionais estarem atentos a questões diversas do universo destes pacientes, o Assistente Social se torna fundamental no encaminhamento das demandas pertinentes, sendo estas provenientes de identificação da percepção do próprio profissional através do acompanhamento realizado, por parte da equipe de saúde ou por solicitação da família. Para tanto, se faz necessário habilidades e conhecimento que permitam desmistificar o que pode ser negligência, tomando o cuidado para não enquadrar o usuário em conceitos próprios, particulares de vida, bem como a compreensão do contexto onde estes se encontram inseridos.

A condição de soropositivo pode dar um caráter especial a este universo, pois a ocultação do diagnóstico interfere diretamente nas relações interpessoais e no próprio trato do paciente para com a doença. Como mencionado anteriormente, o estigma que acompanha o soropositivo é carregado de desinformação, fazendo ainda com que o paciente se sinta desconfortável em expor seu diagnóstico, correndo o risco de ser segregado caso venha a ser descoberto o mesmo. Na perspectiva da criança não há tais temores, todavia o receio dos cuidadores em que justamente por esta razão a criança venha a mencionar a outrem sua condição sorológica faz com que se opte por esconder ao máximo a explicação quanto ao seu tratamento de saúde. Quando chega o momento em que não há mais

como a família ocultar tal fato, o então adolescente, já muitas vezes construiu conceitos errôneos acerca da própria doença sem saber ser portador da mesma. Este é um fato relevante na questão da adesão ao tratamento, que não pode em hipótese alguma ser desconsiderado. Por esta razão a educação em saúde também deve ser concomitante ao tratamento, sendo abordada por todos os profissionais no decorrer do mesmo.

Não há como efetivar-se um tratamento adequado de saúde sem a adesão ao mesmo e não há como aderir ao mesmo sem a real compreensão de seu próprio diagnóstico em todas as suas especificidades.

Muitas vezes espera-se do profissional Assistente Social a resolutividade de questões imediatas que possam interferir no comparecimento das consultas. Todavia, concomitante ao princípio de integralidade do SUS e educação para a saúde, o atendimento as necessidades básicas elementares também fazem parte deste “novo” conceito construído na década de 80 e que não atingiu satisfatoriamente toda a população.

Diante deste panorama, torna-se bastante complexa a atuação profissional, seja pelo aspecto socioeconômico ou cultural da população atendida, que extrapola muitas vezes a efetividade das ações. Por outro lado, sendo esta a demanda de trabalho do profissional de Serviço Social, há que se persistir sempre na busca da garantia dos direitos dos usuários, promovendo a saúde que é um direito de todos, inclusive daqueles que ainda não possuem tal percepção.

Referências

BARBOSA, H. H. M. M.; SANTOS, A. L. M.; CRUZ, R. A. P.; BORGES, R. G. L.; RODRIGUES NETO, T. S. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 1 n. 3, p. 43-47, set. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 19 de setembro de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de

setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>

BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990a. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>

BRASIL. Lei nº 8662/93, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/SAS/nº055, de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SAI/SUS e dá outras providências. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 24 fev. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 218, 1997**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, mar 1997. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/legislacao/documentos/resolucao1997-218.pdf>>

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

KERN, F.A. Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Ano XXIV, n 74, p.42-67, jul. 2003.

LIMA, R. A. G.; VIEIRA, M. A. Crianças e Adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 552-60, jul./ago. 2002.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos** – Modalidade a Distância. Redes de atenção a violência [recurso eletrônico]. Florianópolis: 2014. 40 p. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/violencia/>>

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In: MOTA, A. E. (Org). et al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.