



**FUNDAȚIA „ALĂTURI DE VOI”  
ROMÂNIA**

Manuela IFTIMOAEI (coord.)  
Mirela IVAN  
Steliana MARJAN  
Alina PĂDUREȚ  
Florentina CARP  
Adina ZAGON

**GHID DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
A PERSOANELOR INFECTATE  
ȘI AFECTATE HIV/SIDA**

**Iași, 2004**



## CUPRINS

<b>PREFAȚĂ</b> .....	5
<b>CAPITOLUL 1</b>	
<b>PREZENTAREA PROGRAMULUI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ OFERIT PERSOANELOR INFECTATE ȘI AFECTATE HIV/SIDA – SCURT ISTORIC</b> .....	6
<b>CAPITOLUL 2</b>	
<b>SERVICII OFERITE ÎN CADRUL PROGRAMULUI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ PENTRU PERSOANELE INFECTATE ȘI AFECTATE DE HIV/SIDA</b> .....	8
<b>2.1. Informații generale privind infecția HIV/boala SIDA</b> .....	8
<b>2.2. Intervenția socială adresată persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA</b> .....	22
2.2.1. Consilierea pre și post testare HIV.....	24
2.2.2. Informații privind drepturile legale ale persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA .....	33
2.2.3. Susținerea materială a copiilor, adulților seropozitivi HIV și familiilor acestora .....	41
2.2.4. Suportul oferit familiilor în caz de deces a copilului sau adultului seropozitiv HIV .....	42
<b>2.3. Rolul echipei pluridisciplinare</b> .....	43
<b>2.4. Rolul confidențialității în lucrul cu persoanele infectate și afectate de HIV/SIDA</b> .....	43
<b>CAPITOLUL 3</b>	
<b>MĂSURI ALTERNATIVE LA INSTITUȚIONALIZAREA COPILULUI SEROPOZITIV HIV</b> .....	46
3.1. Reintegrarea copilului seropozitiv HIV în familia biologică/lărgită .....	46
3.2. Asistența maternală pentru copilul seropozitiv HIV și copilul născut din mamă seropozitivă HIV .....	58
3.3. Adopția copilului seropozitiv HIV .....	61
3.4. Module de tip familial .....	61
<b>CAPITOLUL 4</b>	
<b>PREVENIREA ABANDONULUI ȘCOLAR ȘI REINTEGRAREA ȘCOLARĂ A COPILULUI SEROPOZITIV HIV</b> .....	63
4.1. Cauze și efecte ale abandonului școlar .....	63
4.2. Modalități de intervenție ale asistentului social pentru prevenirea abandonului școlar și menținerea copilului în școală .....	64

4.2.1. Consilierea oferită copilului seropozitiv HIV și familiei acestuia .....	66
4.2.2. Campanii de informare adresate cadrelor didactice, părinților și elevilor .....	66
<b>4.3. Modalități de intervenție ale asistentului social pentru reintegrarea școlară a copilului seropozitiv HIV – campanii de lobby și advocacy la nivelul autorităților în domeniu .....</b>	<b>71</b>
<b>4.4. Școala de zi în Spital .....</b>	<b>73</b>
<b>4.5. Cercetare practică – percepția tinerilor seropozitivi HIV privind integrarea socială și școlară .....</b>	<b>78</b>

## **CAPITOLUL 5**

<b>ORIENTAREA ȘI INTEGRAREA SOCIO-PROFESIONALĂ A COPIILOR ȘI ADULȚILOR SEROPOZITIVI HIV .....</b>	<b>85</b>
---	-----------

## **CAPITOLUL 6**

<b>FENOMENUL HIV/SIDA ÎN CONTEXT ACTUAL ȘI VIITOR.....</b>	<b>89</b>
6.1. Transmiterea infecției HIV pe cale sexuală .....	89
6.2. Transmiterea HIV pe calea utilizării drogurilor .....	94

<b>ÎN LOC DE CONCLUZII .....</b>	<b>104</b>
----------------------------------	------------

<b>BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ .....</b>	<b>106</b>
-------------------------------------	------------

## PREFAȚĂ

Una dintre cele mai provocatoare și, în același timp, îngrijorătoare fenomene sociale cu care se confruntă societatea românească o constituie tinerii cu infecție HIV/SIDA. Dacă la început infecția HIV a fost tratată ca și problemă strict medicală, consecințele psiho-sociale, educaționale, economice și culturale apărute în existența copiilor seropozitivi și a familiilor acestora, au dus la implicarea și a altor categorii de specialiști în afară de medici, și anume: asistenți sociali, psihologi, sociologi. Aceștia ar trebui să asigure medierea între personalul medical și comunitatea din care face parte copilul infectat, să sensibilizeze și responsabilizeze comunitatea, SIDA fiind problema întregii societăți, nu numai a celor infectați sau afectați. În acest sens, începând din 1990, s-au inițiat o serie de programe și s-au concentrat numeroase resurse umane și financiare în sprijinul familiilor cu copii infectați HIV/SIDA. Chiar din titlul acestui Ghid putem observa o modificare importantă în ceea ce privește prioritățile și caracteristicile grupurilor țintă. Dacă până acum 2-3 ani se vorbea în principal de problematica copiilor seropozitivi și a familiilor lor, acum accentul se pune pe *persoanele infectate și afectate* HIV/SIDA.

Cunoașterea nevoilor persoanelor seropozitive HIV și ale familiilor acestora precum și proiectarea unor intervenții specializate care să vină în sprijinul acestor persoane, serviciile sociale dezvoltate și fenomenul asociativ constituie semnele unei abordări, aceea centrată sau bazată pe comunitate. Realizarea prezentei lucrări are ca scop împărtășirea experienței practicienilor din cadrul Fundației Alături de Voi, România, și deschiderea unor punți de dialog între toți specialiștii implicați în lucrul cu persoane seropozitive HIV. Clarificarea unor concepte și transpunerea lor în practică ca urmare a intervențiilor de asistență socială adresate acestor categorii de persoane pot reprezenta un ghid util tuturor asistenților sociali interesați de acest domeniu.

**Lector dr. Ștefan COJOCARU**  
**Catedra de Sociologie și Asistență Socială**  
**Facultatea de Filosofie**  
**Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” Iași**

## CAPITOLUL 1

### Prezentarea programului de asistență socială oferit persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA – Scurt istoric

Programele de asistență socială dezvoltate de organizațiile neguvernamentale au dus la apariția unor servicii sociale specifice persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA. Toate acestea au generat creșterea eficienței sistemului de protecție socială și au creat o strategie coerentă de prevenție, intervenție și reinserție socială adresată acestei categorii de beneficiari.

De asemenea, dezvoltarea sistemului guvernamental de protecție socială a condus la aplicarea unor politici sociale eficiente acestei categorii sociale defavorizate și la dezvoltarea unor tipuri noi de servicii sociale destinate persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA.

Organizația HOLT International Children's Services a susținut programul de asistență socială pentru copiii seropozitivi HIV și familiile acestora începând cu anul 1992 în Constanța, fiind prima organizație care a oferit servicii sociale copiilor seropozitivi HIV în România, ulterior aceste programe dezvoltându-se și în București, Mureș și Iași.

Având în vedere necesitatea dezvoltării programelor în funcție de nevoile în domeniu, în anul 2002 Organizația HOLT International Children's Services, SUA a înființat Fundația „Alături de Voi”, fundație care a preluat programul de „Asistență socială oferit copiilor seropozitivi HIV și familiilor acestora”, precum și programul de „Asistență maternală pentru copiii seropozitivi HIV”, desfășurat inițial doar în centrele Constanța și Mureș.<sup>1</sup>

Serviciile oferite în cadrul programului de asistență socială pentru persoanele infectate și afectate de HIV/SIDA sunt: consiliere pre și post testare HIV, informare cu privire la drepturile legale, sprijin financiar pentru familiile aflate în situații de criză, acces la resursele comunitare pentru copiii seropozitivi și familiile acestora, reinserția socială, reintegrare școlară, prevenirea abandonului școlar. De asemenea, s-a acționat pentru prevenirea abandonului și reintegrarea în familia biologică sau lărgită. Acolo unde nu a existat această posibilitate, Fundația „Alături de Voi” a dezvoltat o rețea proprie de asistență maternală plasând copii seropozitivi în familii selectate și evaluate de către asistenții sociali ai fundației. Un moment important în dezvoltarea acestui tip de serviciu social îl constituie parteneriatul cu Direcțiile Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului din județele Iași și Mureș privind preluarea salarială a asistenților maternali din program.

<sup>1</sup> Metodologia, standardele și procedurile de lucru pe programul de asistență maternală le puteți consulta în „*Ghidul de asistență maternală pentru copilul seropozitiv HIV. Metodologie, standarde, proceduri*”, Fundația „Alături de Voi”, Ed. Lumen, Iași, 2003.

În cadrul programului de asistență socială se realizează consilierea tinerilor, adulților seropozitivi HIV, persoanelor de îngrijire ale acestora, precum și femeilor gravide depistate cu HIV+, un accent deosebit punându-se pe prevenirea transmiterii verticale, de la mama infectată la copil. De asemenea, asistentul social oferă consiliere pre și post testare HIV pentru femeile gravide pentru a preveni transmiterea verticală.

Prin intermediul serviciilor sociale oferite, Fundația „Alături de Voi” România a contribuit la scăderea numărului de copii abandonați în instituții oferindu-le **consiliere** părinților pentru a înțelege ce înseamnă infecția cu HIV/SIDA. De multe ori teama de necunoscut, insuficiența informațiilor și lipsa de comunicare au determinat abandonul copiilor seropozitivi HIV în spitale și instituții de ocrotire rezidențială.

Acolo unde situația o impune, Fundația „Alături de Voi” România acordă **sprijin material** pentru a îmbunătăți calitatea nutriției, a achiziționa medicamente sau îmbrăcăminte pentru copilul seropozitiv.

Pentru o mai bună socializare, copiii sunt încurajați să-și petreacă timpul împreună, fundația organizând excursii, picnicuri, serbări. Unele dintre activități au rolul de a veni în completarea cunoștințelor dobândite la școală sau acasă iar altele au rolul de a dezvolta noi abilități și de a-i determina pe tineri să-și identifice noi hobby-uri.

Programul de asistență socială se adresează în egală măsură și adulților seropozitivi. Aceștia beneficiază de consiliere pre și post testare și de consiliere pentru obținerea drepturilor legale. De asemenea, Fundația „Alături de Voi” România asigură conectarea la resursele locale pentru a construi rețeaua de suport social pentru adultul seropozitiv. În cazul existenței unor probleme legate de reintegrarea socială sau profesională se intervine la nivelul familiei sau a instituțiilor pentru a promova interesul persoanei seropozitive și a-i apăra drepturile de care se beneficiază conform legislației în vigoare.

În acest program sunt incluse de asemenea și gravidele care doresc să se testeze pentru HIV. Ele beneficiază de consiliere pre și post testare. Dacă o gravidă este depistată cu HIV+, atunci aceasta va beneficia de celelalte componente ale programului de asistență socială. În astfel de cazuri copiii născuți din mame seropozitive vor fi monitorizați până la aflarea cu certitudine a statusului lor medical. În cazul în care acest copil este diagnosticat cu infecție HIV va fi la rândului lui inclus în programul de asistență socială și va beneficia de toate serviciile enumerate anterior.

Eficacitatea programelor Fundației „Alături de Voi” România a fost dovedită prin adaptarea continuă a acestora la nevoile persoanelor seropozitive și prin numărul mare de beneficiari care au fost incluși în aceste programe.

## CAPITOLUL 2

### Servicii oferite în cadrul programului de asistență socială pentru persoanele infectate și afectate HIV/SIDA

Pentru a înțelege care sunt particularitățile infecției cu HIV și ce efecte are aceasta asupra echilibrului socio-psiho-emoțional a persoanelor infectate și afectate, trebuie să prezentăm câteva informații generale asupra infecției HIV/SIDA.

#### 2.1. Informații generale privind infecția cu HIV/SIDA

Dacă în urmă cu aproximativ 15 ani, infecția cu HIV era un subiect tabu și nu era acceptată realitatea de a fi existat persoane infectate în România, în prezent situația a fost mult schimbată. Autoritățile guvernamentale au recunoscut nevoile și drepturile acestor persoane, facilitându-le accesarea programelor de protecție socială și aducând modificări cadrului legislativ existent. Mai mult decât atât, colaborarea cu ONG-urile din acest domeniu de activitate a fost mult îmbunătățită prin recunoașterea serviciilor psiho-sociale oferite în mod profesionist, acestea reușind în timp să transforme acest subiect sensibil în realitate ca fiind o problemă a tuturor.

Se cunoaște faptul că, primul caz a fost semnalat în SUA, în anul 1981 în rândul persoanelor homosexuale. Necunoscându-se foarte multe informații despre acest virus, decât faptul că avea o contribuție marcantă la scăderea capacității de rezistență a organismului de a se apăra de infecții, au existat speculații că ar fi „afecțiunea homosexualilor”.

În anul 1983, Dr. Luc Montagnier a izolat în ganglionii limfatici virusul imunodeficienței umane (HIV), virus ce provoacă boala SIDA. Din acest moment i se stabilise un nume: virusul imunodeficienței umane, în traducere fiind prescurtarea de la: *Human Immunodeficiency Virus*. Inițialele SIDA definesc: *Sindromul Imunodeficienței Dobândite* (din fr. Aquisie).

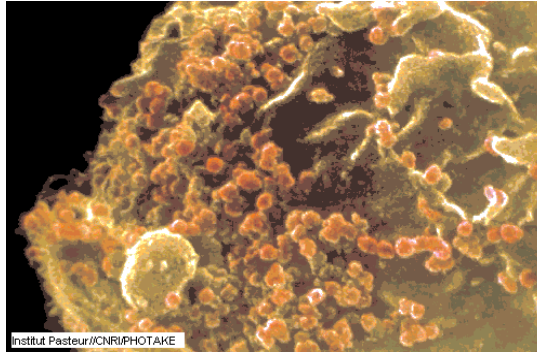
La scurt timp după stabilirea de către cercetători a primelor descrieri ale bolii la adulți au apărut și primele cazuri de SIDA la copii, mai întâi în SUA și apoi în Africa și Europa.

SIDA a fost diagnosticată prima dată cu zece - douăzeci de ani înainte de a fi descoperită în SUA (poate chiar în anii '60): *simptome asemănătoare* cu cele ale SIDA au fost descoperite la unii locuitori ai țărilor vest-africane care au venit în Europa. S-a spus că HIV ar fi ajuns în America prin Haiti, în urma unui schimb inter-cultural între Zair și Insulele Caraibe.

Apoi *este posibil* să fi ajuns în New York prin intermediul mediilor homosexuale și al comunităților de consumatori de droguri, de unde s-a răspândit cu rapiditate în SUA, infectând alte comunități homosexuale și de consumatori de droguri, în



cadrul cărora infecția beneficia de un climat ideal pentru răspândire. Persoanele bisexuale de sex masculin au transmis apoi infecția soțiilor și partenerilor sexuali, iar femeile, copiilor lor încă nenăscuți.



La noi în țară, primul caz de SIDA a fost diagnosticat în anul 1985, la un adult homosexual. După anul 1990 au fost diagnosticați cu infecție HIV copii născuți în perioada anilor 1987-1989, România situându-se pe primul loc în Europa în ceea ce privește numărul cazurilor pediatrice HIV. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sorin Petrea – „**SIDA. Trecerea oprită (...Individul, colectivitatea și HIV)**”, Ed. All, București, 1997.

## Statistici internaționale și naționale privind cazurile de infecție HIV/boală SIDA

### ISTORIA HIV/SIDA

- **1932:** Considerat anul apariției infecției cu HIV, originară din Africa.
- **1978:** Bărbați homosexuali din SUA și Suedia, precum și heterosexuali din Tanzania și Haiti, prezintă primele semne ale bolii care va fi numită mai târziu SIDA.
- **1981:** CDC (Center for Disease Control) publică primul raport despre cazuri de pneumonie (pneumocystis carinii) și sarcomul lui Kaposi. În Franța sunt diagnosticate 17 cazuri ale aceleiași maladii necunoscute. Termenul ales pentru a denumi noua boală este GRID.
- **1982:** Boala este denumită SIDA.
- **1984:** Sunt stabilite Precauțiile Universale.
- **1985:** În Atlanta, Georgia are loc prima conferință internațională privind SIDA.
- **1986:** Elveția începe să testeze produsele sanguine.
- **1987:** AZT este aprobat ca primul medicament împotriva SIDA. Ministerul Sănătății din SUA emite un raport despre SIDA în care solicită măsuri de educație sexuală și prevenire.
- **1992:** Primele rapoarte de terapie anti-virală combinată.
- **1993:** Sunt revizuite definițiile cazurilor, astfel încât să includă manifestări specifice femeilor. Celebrul balerin rus Rudolph Nuryev moare de SIDA. Primele tratamente cu AZT nu au efect.
- **1994:** AZT este administrat femeilor gravide pentru a preveni transmiterea infecției la făt.
- **1995:** Este aprobat primul inhibitor proteazic.
- **1996:** Regimurile triplu combinate reduc prezența virală sub pragul detectabil, timp de cel puțin 6 luni.
- **1998:** o nouă posibilitate de triterapie este anunțată la conferința mondială de la Geneva.
- **1999:** Amprenavir prezintă rezultate bune la copiii peste patru ani.
- **2001:** Prima sesiune specială asupra SIDA a Națiunilor Unite.
- **2002:** Femeile constituie 50% din cazurile mondiale de infecție HIV. Virusul se propagă rapid în rândul populației din Africa, Asia, Caraibe și Europa de Est.
- **2003:** 50 de milioane de persoane infectate cu HIV. 23 de milioane de morți.

Dacă la început se credea că este o boală ce afectează numai anumite categorii de oameni, denumite grupe ce prezintă comportamente la risc – homosexualii și drogații - în prezent, la nivel mondial, numărul cumulată al bolnavilor de SIDA a ajuns la peste 2 milioane, dintre aceștia 2/3 decedând. Datorită bolii SIDA au decedat până în prezent peste 25 de milioane oameni de toate vârstele dintre care 3 milioane numai în anul 2001.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că, în lume, media pe zi a cazurilor noi de infecție HIV se situează între 16.000 și 18.000. Cazurile estimate se calculează astfel:

- **SUA** = se înmulțește cu 10 numărul cazurilor declarate oficial;
- **AFRICA** = se înmulțește cu 20 numărul cazurilor declarate oficial;
- **ROMÂNIA** = se înmulțește cu 10-15 numărul cazurilor declarate oficial.

Astfel, luând în considerare amploarea infecțiilor estimate, numărul acelor care sunt infectați HIV/bolnavi SIDA depășește în prezent cifra de 50 milioane cazuri.

Dacă la început, majoritatea bolnavilor de HIV/SIDA era reprezentată de bărbați, astăzi a crescut îngrijorător numărul femeilor și copiilor infectați iar 50% dintre cei infectați se situează în grupa de vârstă 15-24 ani.

În Europa, România ocupă primul loc în ceea ce privește numărul copiilor infectați HIV/bolnavi SIDA și se află, prin numărul total de cazuri, mai aproape de țările occidentale decât de cele din Centrul și Estul Europei.

La nivel național, situația cazurilor de infecție HIV/boală SIDA se prezintă astfel:

<b>Data raportării</b>	<b>31.12.2001</b>	<b>31.12.2002</b>	<b>31.12.2003</b>	<b>30.06.2004</b>
<b>În viață HIV/SIDA</b>	<b>9.704</b>	<b>9.799</b>	<b>10.278</b>	<b>10.778</b>
Pierduți din evidență	113	442	439	467
Decese copii cu SIDA	2.358	2.896	3.098	3.388
Decese adulți cu SIDA	341	538	572	682
<b>Total decese</b>	<b>2.699</b>	<b>3.434</b>	<b>3.670</b>	<b>4.070</b>
Cazuri SIDA la copii	5.872	6.454	6.710	3.476
Cazuri SIDA la adulți	1.303	1.545	1.757	1.229
<b>Cazuri SIDA total</b>	<b>7.175</b>	<b>7.999</b>	<b>8.467</b>	<b>4.705</b>
Cazuri HIV la copii	4.252	4.383	4.443	4.255
Cazuri HIV la adulți	1.089	1.293	1.477	1.484
<b>Cazuri HIV total</b>	<b>5.341</b>	<b>5.676</b>	<b>5.920</b>	<b>5.739</b>

Ca zone geografice, cu un număr mare de cazuri de infecție HIV se mențin constant pe primele locuri județele Constanța, Galați, Giurgiu, Dolj și Municipiul București. Extinderea intensivă a grupurilor populaționale care au adoptat comportamente sexuale cu risc (prostitute, homosexuali) și a acelor care se droghează pe cale injectabilă permite o prognoză nefavorabilă pentru următorii ani.

<b>JUDEȚUL CONSTANȚA</b>	COPII : <b>1531</b>	ADULȚI : <b>216</b>	<b>TOTAL: 1747</b>
<b>MUNICIPIUL BUCUREȘTI</b>	COPII: <b>366</b>	ADULȚI: <b>574</b>	<b>TOTAL: 940</b>
<b>JUDEȚUL GIURGIU</b>	COPII: <b>408</b>	ADULȚI: <b>79</b>	<b>TOTAL: 487</b>
<b>JUDEȚUL DOLJ</b>	COPII: <b>417</b>	ADULȚI: <b>30</b>	<b>TOTAL: 447</b>
<b>JUDEȚUL GALAȚI</b>	COPII: <b>331</b>	ADULȚI: <b>45</b>	<b>TOTAL: 376</b>
<b>JUDEȚUL MUREȘ</b>	COPII: <b>308</b>	ADULȚI: <b>12</b>	<b>TOTAL: 320</b>
<b>JUDEȚUL IAȘI</b>	COPII: <b>209</b>	ADULȚI: <b>31</b>	<b>TOTAL: 240</b>

## Dar ce este HIV ? Ce este SIDA ?

Virusul imunodeficienței umane este un agent patogen, care inițial, atacă celulele din sistemul imunitar multiplicându-se în interiorul acestora și în final distrugându-le, scăzând astfel apărarea naturală a organismului împotriva infecțiilor și a bolilor.

Cele mai importante celule pe care HIV le atacă sunt celulele T4 sau celulele „helper”. Acestea sunt globule albe care constituie unele din primele linii de apărare ale organismului împotriva invaziei unor antigeni (substanțe străine organismului) care îl pot îmbolnăvi.

Virusul este în mod special atras de o parte a celulei, construită dintr-o proteină numită CD4. Virusul este atras, de asemenea, de către celulele ce curăță sângele de microbi și alte corpuri străine organismului. Sistemul imunitar are celule numite celulele T8. Acestea sunt globule albe ce opresc sistemul imunitar după ce acesta și-a terminat rolul de luptă împotriva infecțiilor. La o persoană sănătoasă există, de obicei, de două ori mai multe celule T4 decât T8. La o persoană cu SIDA raportul este adesea inversat.

Aceasta înseamnă că există prea puține celule T4 care să lupte cu infecția și prea multe celule care ordonă sistemului imunitar să oprească lupta împotriva infecțiilor. Acesta este unul din principalele motive pentru care bolnavii cu SIDA contractează atâtea infecții și boli.

În timp, organismul infectat pierde capacitatea de a rezista unei boli infecțioase comune (ex: pneumonie, tuberculoză, hepatită).

Deci, dacă infecția HIV reprezintă doar pătrunderea și cantonarea virusului în organism, uneori fără apariția unui semn de boală, SIDA este faza avansată și tardivă a infecției HIV, fază în care apar semne și simptome specifice de boală, determinate de scăderea capacității de apărare a organismului. Boala SIDA se manifestă prin infecții oportuniste, infecții obișnuite sau severe, cu durată mare în timp, rezistente la tratament, cantonate la diferite organe și sisteme.

În absența unui tratament, evoluția de infectare până la apariția bolii SIDA se situează, în general, între 8-13 ani. Durata supraviețuirii după instalarea bolii variază, în absența tratamentului, de la 9 luni la 2 ani. Această perioadă poate fi prelungită în condițiile unui tratament adecvat și susținut cu medicația specifică (antiretrovirale).

Infecțiile oportuniste sunt niște maladii care se dezvoltă, îndeosebi, la nivelul unor organe importante – plămâni, ficat, sistemul digestiv, creier. Printre afecțiunile oportuniste se numără tuberculoza, infecțiile parazitare sau datorate ciupercilor, infecțiile virale etc.

### **Tuberculoza**

- Bacilul lui Koch se reactivează în aproape o treime din cazuri, în mod deosebit la toxicomani și în țările în curs de dezvoltare;
- Infecția este adeseori difuză, în afara plămânilor;
- Este dificil de îngrijit la pacienții care nu se tratează constant, ceea ce provoacă rezistențe.

### **Infecțiile datorate ciupercilor**

- Aceste infecții ating zone întinse, uneori la un organ sau chiar la un sistem întreg. De ex., *Cryptococcus* provoacă infecții progresive și cronice ale plămânilor și ale sistemului nervos. Candidozele ating întreg tubul digestiv, de la gură la intestin, ele sunt întinse și cronice.

### **Infecțiile parazitare**

- Sunt cel mai des întâlnite;
- Criptosporidioza antrenează o diaree dificil de tratat, antrenând dureri mari și pierderea în greutate;
- Pneumonia sau pneumocistoza este foarte frecventă la imunodeprimați și poate fi prima manifestare a bolii. Semnele sale sunt o tuse seacă, cu o jenă respiratorie care crește progresiv;
- Toxoplasmoza reprezintă reactivarea unei infecții mai vechi și poate atinge sistemul nervos.

### **Infecții virale**

- Un herpes genital poate să reactiveze cu niște leziuni profunde și întinse, uneori diseminate ca o Zona Zoster;
- Zona Zoster are aspectul său obișnuit dar se întinde pe o suprafață mai mare decât spațiul intercostal, provocând dureri mari; poate genera varicelă;
- Leuco-encefalita este o formă a encefalitei, cu tulburări nervoase care se acumulează tot timpul.

### **Manifestări deosebite ale unor afecțiuni**

- *Herpesul*;
- *Negii* – pot fi întâlniți mai ales la copii;
- *Leucoplazia orală* – prezentă sub formă de striții albicioase pe marginile limbii;
- *Dermatita seboreică* - sub formă de plăgi roșii pe față și pe cap;
- *Diareele* – se caracterizează prin durata lor mai mare de o lună, deci prin rezistența la tratament;
- *Afecțiuni neurologice*;
- *Afecțiuni reumatologice* (artrita, osteonecroza).

### **Care este diferența între HIV și SIDA?**

Se pot identifica **4 stadii** ale evoluției infecției HIV în organismul uman, astfel:

**Stadiul 1:** corespunzător *primoinfecției* cu HIV. Majoritatea pacienților nu se adresează medicului în acest stadiu datorită absenței manifestărilor clinice. Durata este variabilă, întinzându-se de la câteva zile până la câteva săptămâni.

**Stadiul 2:** este cel al perioadei asimptomatice și acoperă un interval de timp lung, de ordinul anilor (5-15 ani).

**Stadiul 3:** este caracterizat prin apariția creșterii în volum, a ganglionilor limfatici. Există două grupe evolutive în raport cu prezența sau absența semnelor erologice.

**Stadiul 4:** corespunde manifestărilor clinice mai severe cu prognostic bine stabilit. El a fost împărțit în cinci substadii:

- IV A – pacienți cu semne constituționale (scădere, diaree, febră);
- IV B – subiecți cu atingeri neurologice (encefalopatii, mielopatii);
- IV C – pacienți cu infecții oportuniste (severe și care nu antrenează diagnosticul de SIDA);
- IV D – subiecți cu neoplazii (Sindromul Kaposii);
- IV E – pacienți cu alte suferințe legate de infecția cu HIV (pneumonie interstițială).

Criteriile oficiale de definire a SIDA au fost puse la punct de Centrul de Control al Bolilor (CDC Atlanta) din SUA. Pe scurt, boala SIDA se poate diagnostica în situația în care numărul limfocitelor CD4 la un pacient HIV pozitiv a scăzut sub **200/mm<sup>3</sup>**, conform CDC (în mod normal numărul lor la adult depășește **1000/mm<sup>3</sup>**). De asemenea, în România, numărul limfocitelor CD4 trebuie să fie sub **200/mm<sup>3</sup>** pentru ca pacientul seropozitiv să fie considerat că este în stadiul de boală. Pe lângă aceasta, definiția de SIDA include 26 de boli care îi afectează pe cei cu infecție HIV avansată. Majoritatea sunt infecții oportuniste, care afectează foarte rar persoanele sănătoase. La cei cu boala SIDA însă, aceste infecții sunt severe și uneori fatale, pentru că sistemul imun este în așa măsură distrus de HIV, încât organismul nu se mai poate apăra de bacterii, virusuri sau alți microbi.

### Cum se transmite HIV?

Nr. crt.	Căi de transmitere	Produse biologice implicate în transmitere
1.	Sexual	Spermă, secreții vaginale
2.	Parenteral	Sânge sau produse biologice ce conțin sânge
3.	Vertical	Lapte matern

HIV în general este un virus foarte fragil în aerul atmosferic. De aceea, pentru a infecta organismul, el trebuie să pătrundă în interiorul acestuia și să intre în contact cu sângele subiectului expus. Transmiterea necesită o cantitate minimă (un „prag”) de virus pentru a provoca infectarea. O cantitate mai mică de acest prag oferă posibilitatea organismului să împiedice virusul să se instaleze.

#### A. Transmiterea pe cale sexuală

Transmiterea pe cale sexuală este cea mai frecventă modalitate de răspândire a infecției, în întreaga lume. Toate practicile sexuale neprotejate sunt potențial infectante. Riscul de transmitere este diferit în funcție de practicile sexuale utilizate, varietatea partenerilor, precum și de sexul persoanei infectate. Astfel, transmiterea de la bărbat la femeie este de 20%, iar de la femeie la bărbat este de 10%. Transmiterea de la bărbat la femeie are o incidență mai mare, deoarece în timpul unui contact vaginal, o parte mai mare a zonei genitale feminine este expusă secrețiilor partenerului decât la bărbat. De asemenea, concentrația de HIV este în general mai mare în spermă decât în secrețiile vaginale.

De asemenea, tinerele se expun în general mai multor riscuri decât femeile adulte. Vaginul și colul uterin nu sunt încă maturizate, deci sunt mai puțin rezistente la



HIV și alte BTS-uri, cum ar fi gonoreea. Schimbările aparatului reproducător în timpul pubertății fac țesuturile din aceste zone mai susceptibile infecției cu HIV. De asemenea, schimbările asociate ciclului menstrual sunt de multe ori asociate cu o subțiere a mucoasei care acoperă colul uterin. O astfel de subțiere poate permite mai ușor accesul HIV în organism. Tineretele produc foarte puține secreții vaginale, nefiind o barieră serioasă în transmiterea infecției HIV.

**ATENȚIE! O persoană poate transmite infecția HIV prin contact sexual, în primele săptămâni de la infectare, într-o perioadă în care anticorpul nu sunt încă detectabili și, deci, nu poate fi stabilit încă diagnosticul.**

În lumea industrializată, se estimează că 70% din infectări au loc în cazul bărbaților care fac sex cu alți bărbați. USAID estimează că un procent de 5 până la 10% din transmiteri se fac de la bărbat la bărbat.

Adolescența este o perioadă dificilă, mai ales pentru cei care-și explorează sexualitatea prin experimentarea relațiilor heterosexuale și homosexuale. Mulți tineri au relații heterosexuale la începutul vieții lor sexuale, înainte de a recunoaște mai târziu că sunt lesbiene sau homosexuali. Tinerii care au relații sexuale cu alți bărbați sunt supuși la tot felul de presiuni pentru a-și păstra secretă orientarea sexuală.

În țările în care homosexualii sunt acceptați, comunitățile lor sunt rare sau chiar inexistente. Cu toate acestea, în aproape orice țară bărbații au relații sexuale cu alți bărbați (inclusiv sex oral și anal) chiar dacă nu se consideră a fi homosexuali sau nu sunt văzuți astfel de către ceilalți. Construcția „bărbați care fac sex cu alți bărbați”, spre deosebire de „bărbați homosexuali” a intrat în uz pentru a face referire la acest adevăr.

Dacă descoperirile în domeniu sunt vagi în țările în curs de dezvoltare, mai ales în cele în care incidența HIV este mai mare, informațiile din SUA sugerează faptul că tinerii care au relații sexuale cu parteneri de același sex se expun unor riscuri substanțiale. Conform Centrului de Control și Prevenire a Bolilor din SUA, 50% din numărul cazurilor de SIDA raportate în 1999 în cazul tinerilor cu vârste între 13 și 24 de ani se refereau la bărbați care fac sex cu alți bărbați. Cu toate că în SUA procentele de infecții cu HIV par să fi scăzut în rândul bărbaților *adulți* care fac sex cu alți bărbați, procentele de infectare cu HIV par să fi crescut în rândul *tinerilor* care fac sex cu alți bărbați, mai ales în rândul minorităților. Deoarece mulți tineri care fac sex cu alți bărbați au și relații sexuale cu femei, cazurile de infectare pot să crească.

Dar riscul de transmitere HIV există și prin relațiile sexuale între femei. Astfel, CDC Atlanta sfătuiește femeile să se protejeze prin folosirea de mănuși de plastic pentru a reduce contactul cu fluidele corporale ale partenerei. Deoarece HIV poate fi prezent în secreții vaginale, în sângele menstrual și laptele de la sân, expunerea la aceste fluide în timpul relațiilor sexuale dintre femei poate cauza infectarea. Mai mult, în medie, femeile care fac sex cu alte femei au în general mai mulți parteneri sexuali decât celelalte femei în general.

**ATENȚIE!** Uneori, este suficient doar un singur contact sexual neprotejat pentru ca HIV să se transmită de la persoana seropozitivă la cea sănătoasă.

## B. Transmiterea pe cale parenterală

Transmiterea infecției pe cale sanguină se poate face prin:

- transfuzie de sânge sau cu derivate sanguine (sânge infectat netestat, sânge infectat și recoltat de la o persoană, înainte ca aceasta să fi dezvoltat anticorpi detectabili la testele obișnuite);



- folosirea unor seringi sau a unui instrumentar medical nesteril, mai ales de către consumatorii de droguri injectabile;
- rănirea, penetrarea pielii sau a mucoaselor cu instrumente nesterile, de ex. ace pentru perforarea urechii sau pentru efectuarea tatuajelor, foarfeci pentru manichiură și pedichiură, lame de ras, sau orice expunere a pielii vătămate (răni deschise) la sângele infectat. Riscul în aceste cazuri este apropiat de 0,3%.



## C. Transmiterea pe cale verticală

Riscurile de transmitere de la mamă la copil, în timpul sarcinii, al nașterii și al alăptării – așa numita transmitere verticală – apare la 20% dintre cazuri. Toți copiii născuți din mame HIV-pozitive se nasc cu anticorpi Anti-HIV, proveniți din sângele infectat al mamei. Dacă însă copilul nu este infectat, testul HIV devine negativ după vârsta de 16-24 luni.



În general, tratamentul mamei cu antiretrovirale, în timpul sarcinii și al nașterii, absența alăptării și tratamentul copilului imediat după naștere, scad riscul transmiterii infecției HIV la copil **până la 5%**. Nașterea prin cezariană programată, efectuată înainte de declanșarea travaliului și pe membrane intacte poate contribui la reducerea riscului (50%). Nou-născutul nu va fi alăptat la sân, va primi profilaxie specifică și va fi evaluat asupra status-ului HIV.



HIV poate fi transmis de la mamă la făt prin 3 modalități:

- a) **infecția directă** poate să se producă *in utero* (**transmitere antepartum** – în 6% dintre cazuri). Este asociată cu un risc crescut de evoluție rapidă a bolii la copil.
- b) transmiterea poate să se producă **în timpul travaliului** și **în timpul expulziei** (**transmitere intrapartum** – în cca. 18% dintre cazuri).
- c) **după naștere, prin alăptare la sân** (**transmitere postpartum** – în cca. 4% dintre cazuri).

### Evoluția infecției HIV la copilul infectat pe cale verticală:

- Evoluție severă precoce (15- 20%):
  - În majoritatea cazurilor contaminarea se produce *in utero*;
  - Manifestările definitorii pentru SIDA apar după 3-15 luni de viață
  - Supraviețuirea medie: sub 10% la vârsta de 5 ani.
- Evoluție lent progresivă (80-85%):
  - În majoritatea cazurilor contaminarea se produce *per partum*;
  - Manifestările definitorii SIDA apar la o vârstă cuprinsă între 2 - > 10 ani;
  - Supraviețuirea medie: 95% la vârsta de 5 ani.

Rata de transmitere a infecției HIV de la mamă la făt variază în diferite regiuni ale globului, cauzele acestor diferențe fiind complexe și incomplet înțelese.

- în SUA: 15-30%,
- în Europa: 13-15%,
- în Africa: 40-50%.

### Cum nu se transmite HIV?

HIV nu se transmite prin<sup>1</sup>:

- Tuse sau strănut, deci prin aer;
- Atingere, sărut, îmbrățișare;
- Folosirea grupurilor sanitare în condiții igienice;
- Trăind sau muncind în preajma unei persoane infectate;
- Contacte interumane, de serviciu sau școlare;
- Înțepături de țânțar sau alte insecte;
- Băi, bazine, adică prin apă;
  - Animale de orice fel, mușcături de animale;
  - Picături de salivă, transpirație, lacrimi;
  - Prosoape, clanțe de uși, receptor de telefon.



Deși HIV a fost izolat și în lacrimi, salivă și urină, nu există dovezi că prin acestea s-ar putea transmite infecția. Sărutul uscat și în general sărutul, dacă nu există leziuni bucale, nu prezintă risc de infecție.

<sup>1</sup> Sorin Petrea – „Copilul dumneavoastră și SIDA”, Ed. All, București, 1998

Nu trebuie însă neglijată posibilitatea existenței de microleziuni sângerânde, mai ales că cei infectați cu HIV pot avea diverse leziuni, cum sunt aftele, candidozele, herpesul, gingivitele, leziuni care îmbogățesc saliva cu HIV.

Produse biologice care **NU** sunt implicate în transmitere:

- Secreții nazale
- Spută
- Lacrimi
- Transpirații
- Fecale
- Urină
- Lichid de vărsătură

**Nu se folosesc cu împrumut:**

- Periuța de dinți;
- Lama de ras;
- Briciul;
- Instrumentarul de manechiură/pedichiură;
- Aparatele de depilat;
- Alte obiecte de uz intim.

**Nu trebuie ignorate:**

- „frățiile de cruce”;
- tatuajele;
- perforările lobilor urechilor pentru cercei, care, dacă sunt efectuate în condiții promiscue expun la riscul infecției cu HIV.

### Testarea HIV. Principalele teste de laborator

Singura modalitate de a afla dacă o persoană este infectată cu virusul HIV este de a face un test pentru depistarea anticorpilor HIV. Anticorpilor în organism sunt produși de sistemul imunitar cu rol important în apărarea organismului de diferiți agenți patogeni de natură virală sau bacteriană.

În momentul infectării, organismul începe să producă anticorpi HIV, produși ca reacție la prezența virusului. Prezența anticorpilor anti-HIV în proba de sânge recoltată pentru detectarea acestora determină un **rezultat pozitiv**. Un rezultat pozitiv nu confirmă boala SIDA, ci doar că există infecția cu HIV. Instalarea bolii în organism poate fi diagnosticată numai de către medic în urma unor investigații medicale complexe.

Absența anticorpilor anti-HIV în urma efectuării testului HIV determină un **rezultat negativ**. Un rezultat negativ înseamnă că la data recoltării probei de sânge pentru testul HIV, nu erau prezenți anticorpi anti-HIV în organism. Testul trebuie însă repetat, dacă persoana respectivă a fost supusă riscului de infectare cu HIV. Se recomandă repetarea testului după 3-6 luni (perioada de „fereastră”) și evitarea oricărui risc de contaminare între timp. În această perioadă dacă persoana este infectată, organismul său va produce anticorpi care se vor evidenția prin testele de laborator.

Testele utilizate în laborator care evidențiază prezența anticorpilor ant-HIV, produși de organismul infectat sunt următoarele:

- Testul Elisa (Enzime-Linked-Immunosorbent);
- Reacția de Imuno-Fluorescență (RIF);
- Testul Western Blot.

Cel mai utilizat este testul Elisa. De obicei, se recomandă efectuarea a două teste pentru a evita reacțiile în sens pozitiv sau negativ (perioada de „fereastră imunologică”).

- Dacă rezultatele ambelor teste Elisa sunt pozitive sau unul este pozitiv și celălalt negativ, atunci este necesar testul Western Blot, de confirmare;
- În situația în care testele Elisa sunt pozitive sau slab pozitive și testul Western Blot negativ, este indicată o nouă testare la 3 luni, interval de timp necesar pentru a face diferența între infecția cu HIV și alte situații care pot determina reacții fals pozitive.

**IMPORTANT: Testul HIV se face numai cu consimțământul clientului!**

Testul se poate face la sfatul medicului, consilierului sau din proprie inițiativă, la toate Centrele județene de hematologie.

Din păcate, încă mai există atitudini discriminatorii, stigmatizări față de persoanele seropozitive, atitudini pornite din neștiință, prejudecăți și teamă. În momentul în care o persoană dorește să-și efectueze un test HIV, aceasta trebuie să fie informată că există posibilitatea de **alegere a tipului de testare**, astfel:

1. **Testarea confidențială** reprezintă testarea unei persoane a cărei identitate este înregistrată cu obligativitatea de respectare a secretului profesional.

Persoanele care au acces la aceste informații sunt profesioniști, medici și consilieri care prin natura profesiei sunt obligați să respecte codul deontologic.

2. **Testarea anonimă** reprezintă testarea unei persoane, căreia i se oferă posibilitatea de a nu-și dezvălui identitatea. Astfel, pentru consiliere și testare în regim de anonimitate se folosesc parole, coduri, porecle, nume false, etc. Dezavantajul acestei forme de testare îl constituie faptul că, în cazul unui rezultat pozitiv, persoanei nu i se cunoaște identitatea și există riscul să nu poată fi informată despre rezultat dacă aceasta nu revine după rezultat la cabinetul de consiliere și testare.

**ATENȚIE!** Pentru persoanele testate anonim al căror rezultat este pozitiv se recomandă retestarea în regim de confidențialitate pentru a intra în sistemul medical de îngrijire. În această situație o importanță marcantă o reprezintă consilierea care trebuie făcută cu rigurozitate și promptitudine pentru a fi efectuată retestarea în condiții de confidențialitate.

## Medicamente existente pentru tratamentul anti-HIV

Actualele medicamente anti/HIV se împart în 4 mari grupe<sup>1</sup>, în funcție de tipul de acțiune asupra virusului, astfel:



**I. Inhibitori nucleozidici de reverstranscriptază (INRT);**

**II. Inhibitori non-nucleozidici de reverstranscriptază (INNRT);**

**III. Inhibitori de protează;**

**IV. Inhibitori de fuziune (IF): rolul lor este de a împiedica virusul să fuzioneze cu celula pe care o atacă.**

Terapia combinatorie poate folosi toate cele trei clase de medicamente antivirale. Astfel, procesul de ansamblare virală este atacat din trei direcții. Scopul terapiei antivirale este menținerea prezenței virale la cel mai scăzut nivel pentru un timp cât mai lung. Acest obiectiv este atins cel mai bine folosind în mod combinat cele trei clase de medicamente HIV. Nu numai că trei medicamente sunt mai eficiente în reducerea prezenței virale, dar acestea controlează de asemenea virusul pe o perioadă de timp mult mai mare. Folosind o combinație de trei medicamente antivirale, prezența virală poate fi redusă până la un nivel la care aceasta nu mai este detectată de testele HIV standard. Virusul este totuși prezent. La aceste niveluri scăzute daunele provocate sistemului imunitar sunt minime, iar capacitatea virusului de a opune rezistență la tratament este în general limitată.

## Aderența

### Ce este „aderența” ?

Aderența se referă la cât de bine este urmat planul de tratament prescris. Aceasta include dorința de a începe tratamentul precum și capacitatea de a lua medicația prescrisă. Studiile arată că aderența poate fi un proces dificil pentru mulți pacienți, fiind incluse aici atât persoanele infectate cu HIV, cât și cele care urmează o medicație zilnică pentru alte afecțiuni.

### Este aderența importantă în tratamentul HIV?

Da. Aderența este un factor esențial în tratamentul HIV, din două motive. Aderența este importantă în primul rând pentru eficiența tratamentului (cât de bine lucrează medicamentele pentru diminuarea prezenței virale). Când este omisă una din dozele prescrise, virusul are șansa de a se reproduce (de a se auto-copia) mai rapid, și deci de a reduce eficiența medicamentelor. Alți factori care ar putea afecta eficiența tratamentului includ prezența virală de bază și numărătoarea celulelor CD4 T (înaintea începerii tratamentului), indiferent dacă este prezentă vreo boală legată de SIDA sau dacă au mai fost folosite anterior medicamente antiretrovirale.

<sup>1</sup> Dr. Elisabeta Otilia Benea, Dr. Adrian Streinu Cerel – „Managementul bolnavului cu infecție HIV”, Institutul de Boli Infecțioase „Prof.Dr. Matei Balș”, București, 2001.

În al doilea rând, aderența la tratamentul cu HIV este esențială în prevenirea rezistenței virale la medicație. Studiile clinice au arătat că atunci când se “sare” peste dozele prescrise sau se face o pauză în medicație, se pot dezvolta generații de virusuri rezistente la medicamente. Acest lucru determină reducerea opțiunilor de tratament dacă prezența virală nu scade. Datorită faptului că aceste generații virale rezistente la tratament pot fi transmise altor persoane, rezistența la medicamente are consecințe serioase nu numai pentru persoana în cauză, ci și pentru întreaga populație.

### **13 EXPRESII CARE TREBUIE EVITATE ÎN LUCRUL CU HIV<sup>1</sup>**

1. **SIDA:** deseori folosită pentru a desemna întreaga manifestare a virusului HIV. Termen recomandat: *infecție HIV*.
2. **Test SIDA:** Nu există teste pentru SIDA. Testul detectează prezența anticorpilor produși în sânge ca reacție la infecția cu HIV. Termen recomandat: *test pentru anticorpi HIV*.
3. **Victime SIDA:** Multor oameni bolnavi de SIDA nu le place să fie văzuți ca victime. Termen recomandat: *Persoane bolnave de SIDA*.
4. **Virusul SIDA:** HIV este retrovirusul care provoacă SIDA. Termen recomandat: *HIV*
5. **Virusul HIV:** Litera „V” din HIV vine de la „virus”. Termen recomandat : *HIV*.
6. **Purtător SIDA:** O persoană nu poartă SIDA, ci HIV – virusul care cauzează SIDA.  
Termeni recomandați: *Persoană seropozitivă sau persoană bolnavă de SIDA*.
7. **SIDA propriu-zisă:** Termen folosit de obicei pentru a desemna o persoană într-un stadiu avansat al infecției cu HIV. Este vag și redundant. Termen recomandat: *SIDA*.
8. **Fluide corporale:** Acest termen nu ar trebui folosit fără a se preciza care fluide conțin destul virus încât să provoace o infecție. Termeni recomandați: *sânge, spermă, lichide vaginale, lapte matern*.
9. **Grupuri cu risc crescut:** Nu ceea ce ești, ci ceea ce faci poate fi riscant. Acest termen creează frică inutilă sau o lipsă de griji nemotivată. Termen recomandat: *Comportament cu grad crescut de risc*.
10. **Parteneri multipli/promiscuitate:** Termen vag și tendențios. Termen recomandat: *mai mult de un partener sexual*.
11. **Act sexual:** Mulți oameni cred că acest lucru se referă doar la sexul normal (vaginal). Termeni recomandați: *sex oral, anal sau vaginal*.
12. **Preferințe sexuale:** A prefera înseamnă a alege, iar oamenii nu aleg să fie heterosexuali, homosexuali sau bisexuali. Termen recomandat: *Orientare sexuală*.
13. **Infestat HIV:** termenul medical corect este *persoană infectată HIV*.

<sup>1</sup> Datele sunt preluate din materialul prezentat în cadrul **Școlii de Vară în Asistență Socială**, Iași, 2003 de către Lindi Endicott – Coordonator Programe Internaționale de Educație – Planned Parenthood, Eugene, Oregon, SUA.

Programul de asistență socială are în vedere o serie de servicii născute în urma investigării nevoilor psiho-sociale a persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA. S-a constatat că, prezența bolii poate determina dereglări la nivel individual și familial atrăgând după sine dereglări la orice încercare de a trăi în condiții sociale.

Scopul urmărit cu ajutorul serviciilor sociale este de integrare și păstrare a relațiilor și raporturilor sociale a acestor persoane. De asemenea, se urmărește creșterea nivelului de educație și informare în domeniu pentru eliminarea riscurilor de îmbolnăvire și transmitere a bolii. Serviciile sociale sunt adresate persoanelor defavorizate în general, prin intermediul intervenției sociale.

## 2.2. Intervenția socială adresată persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA

Programul de asistență socială are în vedere o serie de servicii născute în urma investigării nevoilor psiho-sociale a persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA.

Scopul urmărit cu ajutorul serviciilor sociale este de integrare și păstrare a relațiilor și raporturilor sociale a acestor persoane. De asemenea, se urmărește creșterea nivelului de educație și informare în domeniu pentru eliminarea riscurilor de îmbolnăvire și transmitere a bolii. Serviciile sociale sunt adresate persoanelor defavorizate în general, prin intermediul intervenției sociale.

În funcție de problemele sociale și nevoile identificate în urma investigației sociale la nivel individual și familial, cu ajutorul metodelor și tehnicilor specifice asistenței sociale, se stabilește planul de permanență și intervenție. Scopul intervenției este de atingere a obiectivelor stabilite în planul de permanență având ca rezultat final depășirea dificultăților și a situației de criză de la începutul instrumentării cazului precum și păstrarea relațiilor sociale/reintregirea familială, socială și psiho-emoțională. Un aspect important în atingerea obiectivelor stabilite îl reprezintă construirea unei relații eficiente de comunicare și colaborare a specialistului (asistent social, psiholog) cu viitorii clienți. Furnizarea serviciilor va fi făcută numai cu acordul acestora și vor primi asigurarea de păstrare strictă a confidențialității informațiilor transmise.

Printre metodele și tehnicile de investigație cele mai utilizate de către asistentul social sunt:

- **Observația** – are o deosebită importanță în primele etape ale instrumentării cazului dar, în același timp, se aplică pe tot parcursul lucrului la caz;
- **Documentarea** – este folosită ca instrument fundamental pentru a obține și a transmite cunoștințele referitoare la domeniul HIV/SIDA. Asistentul social care oferă servicii directe persoanelor seropozitive HIV trebuie să dețină informații specifice și de actualitate privind infecția HIV/boala SIDA, tratament, alimentație, date despre ultimele cercetări în domeniu. Clientul apelează la asistentul social ca la o resursă de bază ce deține informații de ultimă oră în domeniu; informațiile denaturate sau insuficiența informațiilor pot determina efecte negative atât asupra stării de sănătate a clientului cât și asupra comportamentului acestuia;



- **Interviul** - reprezintă un mijloc de comunicare și o metodă de cunoaștere și intervenție în relația care se stabilește între asistentul social și client. Interviul cuprinde întrebări formulate de către asistentul social la care clientul oferă informațiile solicitate pentru a veni în întâmpinarea construcției unui plan de intervenție necesar în combaterea problemelor de natură socială identificate la nivel individual sau familial. Asistența socială face apel în mod special la interviul non-directiv sau nederajat. Acesta pleacă de la premisa că respectivul client oferă un discurs coerent cu privire la problemele și experiențele trăite. Prin acest mod de intervievare elementele de ordin afectiv sunt exprimate liber mult mai profund și mai semnificativ decât informațiile pe care ni le comunică clientul într-un context de autocenzură și raționalizare. În situația în care metoda interviului este folosită pentru a efectua o evaluare țintită la nivel individual sau familial cu un scop clar și concis, asistentul social va pregăti în prealabil un ghid cu întrebări specifice. De exemplu, evaluarea unor potențiale familii de asistenți maternali, evaluarea situației sociale și medicale a unui copil eligibil pentru un viitor plasament în vederea încredințării unei familii de asistenți maternali sau evaluarea situației sociale a unui copil seropozitiv HIV aflat la risc de abandon în vederea reintegrării în familia biologică, reintegrării școlare, sau a unui adult infectat HIV în vederea reintegrării la locul de muncă etc.

Și de această dată asistentul social va respecta intimitatea și confidențialitatea tuturor informațiilor în cadrul acțiunilor sale, care au ca scop interesul major al clienților săi (persoane infectate și afectate ale persoanelor seropozitive HIV). Permanent trebuie să aibă în vedere responsabilitățile față de persoana seropozitivă HIV și familia sa, printr-un comportament și acțiuni profesionale adecvate situației și activității pe care o desfășoară;

- **Ancheta socială** – are drept scop stabilirea și delimitarea problemelor persoanelor seropozitive HIV și a familiilor acestora, pentru a le cunoaște în mediul lor social și familial, precum și de a aplica cele mai eficiente metode de intervenție. Domeniul HIV/SIDA, extrem de sensibil, cu mari implicații psiho-emoționale, poate dezorganiza toate funcțiile familiale iar pierderea unui membru al familiei afectează întreg climatul socio-familial;
- **Consilierea** – conform definiției dată de către specialiști, termenul de consiliere descrie relația interumană de ajutor dintre o persoană specializată – consilierul – și o altă persoană care solicită asistență de specialitate – clientul. Consilierea se adresează persoanelor normale, ce nu prezintă tulburări psihice sau de personalitate, deficite intelectuale sau de altă natură. În astfel de situații, este recomandat să se implice medicul psihiatru în colaborare cu un psihoterapeut cu experiență. Consilierea facilitează ca persoana să facă față eficient stresorilor și sarcinilor vieții cotidiene și astfel să îmbunătățească calitatea vieții. Prin consiliere clienții învață strategii noi comportamentale, să își dezvolte potențialul existent, să își dezvolte noi resurse adaptative. O altă caracteristică a consilierii se referă la strategia de prevenție în identificarea situațiilor problemă și a grupurilor de risc și la acțiunea asupra lor înainte ca acestea să aibă un efect negativ care să conducă la tulburări emoționale și comportamentale.

### 2.2.1. Consilierea pre și post testare HIV

**Consilierea pre și post testare HIV** reprezintă o etapă importantă și necesară ca intervenție socială ajutând persoana care se testează la clarificarea problemelor și luarea unor decizii de viitor. Prin consilierea pre și post-testare se face pregătirea psihică pentru ceea ce va urma, respectiv ceea ce înseamnă efectuarea testului HIV și rezultatul testului ce poate genera efecte în plan social, emoțional și comportamental.<sup>1</sup>

Consilierea, reprezintă de fapt, relaționarea dintre două persoane, în care una face apel la cealaltă pentru a fi sprijinită să trateze sau să rezolve una dintre problemele identificate. Acest serviciu de consiliere se acordă în spații corespunzătoare, care conferă un anumit grad de intimitate și confort psihic pentru a veni în întâmpinarea nevoilor de exprimare a emoțiilor celor consiliați precum și pentru a le câștiga încrederea referitor la confidențialitatea informațiilor transmise. În unele spitale există cabinete de consiliere în care își desfășoară activitatea psihologi, asistenți sociali sau asistenți medicali consilieri.

Consilierii Fundației „Alături de Voi” România din toate cele 3 centre (asistenți sociali și psihologi) își desfășoară activitatea în cadrul unor cabinete special amenajate în cadrul Clinicilor de Boli Infecțioase, acolo unde persoanele seropozitive HIV se adresează pentru tratament și investigații medicale de specialitate. Tot în cadrul acestor clinici sunt îndrumate persoanele ce doresc să-și efectueze un test HIV sau persoanele care deja au fost testate și sunt în așteptarea unui rezultat. În astfel de situații, atât pentru consilierea pre testare HIV, cât și pentru comunicarea diagnosticului, medicii îndrumă pacienții la consilierii Fundației „Alături de Voi” pentru ședințele de consiliere. Vă prezentăm în cele ce urmează caracteristicile consilierii pre și post testare HIV și pașii ce trebuie urmăriți în cadrul unei ședințe de consiliere.

#### Consiliere pre-testare HIV

**Scopul principal** al consilierii pre-testare este de a oferi și clarifica informațiile despre infecția cu HIV și boala SIDA, despre prevenirea infectării și reducerea riscului de infectare, despre implicațiile psihologice, sociale, medicale și chiar juridice pe care le presupune noul statut de persoană seropozitivă HIV.

Persoanele care solicită intervenția consilierului sunt îndrumate în majoritatea cazurilor de medicii specialiști la care ajung pentru a le fi diagnosticată problema de sănătate. În general, aceste persoane sunt foarte îngrijorate de starea lor de sănătate, mai ales în momentul în care în urma unor investigații medicale repetate nu se identifică cauza stării generale alterate și scădere a imunității organismului la anumite afecțiuni intercurrente.

<sup>1</sup> „Ghid de consiliere în infecția cu HIV/SIDA. Practici și proceduri”, editat de către Ministerul Sănătății și Familiei, Comisia Națională de Luptă Anti-SIDA – Programul Național de Luptă Anti-SIDA, București, 2001 (Material realizat de dr. Sorin Petrea și psiholog Odette Chirilă).



Având la bază un astfel de istoric susținut și de antecedentele unui comportament la risc se recomandă și efectuarea testului HIV (de către medicul de familie sau medicul specialist). Această recomandare trebuie făcută cu tact și delicatețe în așa fel încât persoana considerată ca fiind suspectă de infecție HIV să înțeleagă că este o procedură de rutină în îngrijirea medicală și în educația pentru sănătate, scopul urmărit fiind reducerea riscurilor de contaminare a virusului și prevenirea a transmiterii acestei infecții. La femeile gravide cunoașterea statusului serologic HIV are o mare importanță în reducerea riscului de transmitere a acestei infecții la copil prin administrarea unui tratament specific încă din perioada sarcinii. Prin respectarea recomandărilor de specialitate copilul născut din mamă infectată are mari șanse ca în primul an de viață să devină negativ.

### **Pașii ce sunt urmați în consilierea pre-testare HIV**

Din punct de vedere legal, orice persoană care solicită efectuarea unui test HIV trebuie să fie în prealabil consiliată și să-i fie date toate informațiile necesare privind infecția cu HIV. De asemenea, personalul medical nu poate recolta probe de sânge în vederea efectuării testului HIV dacă, în prealabil, persoana nu a fost informată și consiliată în vederea acestui lucru. **Nimeni nu poate fi obligat să se testeze pentru HIV!**

Prezentăm în cele ce urmează pașii pe care trebuie să-i urmeze consilierul în discuțiile cu clienții care solicită efectuarea unui test HIV.

- **Prezentarea la cabinetul consilierului**

Ajuns la cabinetul consilierului, se deschide ședința printr-o discuție relaxată despre importanța sănătății, despre faptul că în general se abordează cu toți clienții subiectul despre infecția cu HIV și SIDA și avantajele descoperirii cât mai timpuriu a acestei infecții (existența tratamentelor terapeutice). De asemenea, se explică că această discuție și toate informațiile transmise vor rămâne strict confidențiale. Această precizare ne ajută în următoarele etape pentru o relaționare optimă și construire a încrederii, cu scopul de a încuraja clientul să-și expună întrebările neclare în ceea ce privește infecția cu HIV și boala SIDA.

- **Informarea clientului despre transmiterea și prevenirea infecției cu HIV**

Se continuă ședința încercând obținerea unor informații privind nivelul de cunoștințe al clienților despre HIV și despre SIDA. În funcție de acest aspect se dirijează consilierea oferind informații diferit, nuanțarea lor adaptându-se nivelului de înțelegere și percepție al celor consiliați. Se explică foarte clar și concis pornind de la denumirea termenilor, care este diferența dintre **HIV** (Virusul Imunodeficienței Umane) și **SIDA** (Sindromul Imunodeficienței Dobândite), cum acționează în organism (atacă sistemul imunitar), care sunt complicațiile ce pot apărea în momentul instalării bolii (complex de afecțiuni oportuniste), importanța testării HIV și eficacitatea tratamentului specific cu antiretrovirale (ARV) existent în prezent (la persoanele cu infecție HIV aceste posibilități terapeutice conduc la prelungirea vieții și menținerea organismului în condiții acceptabile de sănătate).

Pornind de la căile de transmitere (contact sexual neprotejat cu o persoană infectată, prin sânge infectat, de la mamă infectată la copil) se abordează în detaliu cu exemple concrete condițiile în care HIV se transmite și, respectiv, condițiile prin care virusul nu se transmite.

Este extrem de important să conștientizăm clientul de condițiile pe care trebuie să le respecte pentru a evita contactarea acestui virus și a altor boli venerice, respectiv i se recomandă să adopte un comportament sexual cu un partener stabil și să evite relațiile sexuale neprotejate cu parteneri multipli.

#### • Pregătirea clientului pentru efectuarea testului HIV

Următorul pas în consiliere îl reprezintă pregătirea clientului pentru actul medical de recoltare a probei de sânge necesară efectuării testului HIV. Prin acest test se determină anticorpii anti-HIV din ser. Se informează despre cele două tipuri de teste (Elisa și Western Blot) și importanța efectuării testului în etape pentru confirmarea rezultatului (se va ține cont și de perioada de „fereastră” situată între 3 și 6 luni). Un rezultat pozitiv descoperit în stadiul de infecție HIV ajută organismul să-și recapete rezistența cu ajutorul medicamentelor antiretrovirale și asistenței medicale periodice (lunare) pentru prevenirea suprapunerii infecțiilor oportuniste. De asemenea, în cazul gravidelor, un rezultat pozitiv HIV în primele luni de sarcină prin instituirea unui tratament specific și continuarea lui după nașterea copilului, scade riscul transmiterii infecției HIV la copil până la 5%.

Se explică clientului în detaliu care este diferența dintre testarea în condiții de confidențialitate și testarea în condiții de anonimitate. De asemenea, se evidențiază avantajele testării în condiții de confidențialitate.

După clarificarea informațiilor de bază privind infecția HIV/SIDA și convingerea persoanei consiliate de necesitatea efectuării testului, este nevoie și de consimțământul scris al acesteia înainte de a fi testată.

În situația minorilor sau a persoanelor cu afecțiuni psihice consilierea va fi făcută și tutorelui. Consimțământul scris va fi semnat de acesta în cunoștință de cauză.

Se vor oferi informații despre persoanele ce urmează să aibă acces la acest formular, ce înseamnă un rezultat pozitiv, respectiv un rezultat negativ și importanța lor în rețeaua sanitară. De asemenea, se va reaminti faptul că persoanele ce au acces la aceste informații sunt autorizate și instruite în ceea ce privește respectarea confidențialității.

#### • Încheierea consilierii

În finalul consilierii se punctează informațiile de bază privind modalitățile de transmitere a infecției cu HIV și măsurile de reducere a riscului de infectare, avantajele cunoașterii statusului HIV. Se recomandă programarea unei întâlniri pentru a dezvălui rezultatul testului (consilierea post-testare), deoarece se poate programa pentru o evaluare medicală în vederea instituirii unor servicii medicale speciale (dacă este nevoie). De asemenea, clientul poate primi din partea consilierului informații utile privind îngrijirea și alimentația corespunzătoare, răspunsuri calificate la întrebările pe care și le-ar putea pune, poate beneficia de asistență psihologică și socială gratuită.

Nu se va uita să se menționeze că starea de îngrijorare și teamă sunt normale pentru orice persoană care așteaptă rezultatul testului HIV. În același timp se va face o evaluare a capacității persoanei consiliate de a face față solicitărilor emoționale și dacă a mai încercat sentimente de frică, depresie, etc. Se încearcă să se identifice o persoană apropiată în care poate avea încredere și cu care ar fi posibil să discute informațiile pe care le primește.

Clientul va fi încurajat să dezvolte informațiile pe care le-a primit pe parcursul consilierii și în același timp să lămurească noțiunile mai puțin clare, la care să-i răspundă consilierul. Sfaturile acestuia vor fi pozitive și de încurajare despre posibilitatea de consiliere și testare a partenerilor precum și de posibilitatea de a beneficia de sprijin medical, psihologic și social acordat celor cu infecție HIV. De asemenea, îi vor fi oferite materiale informative referitoare la reducerea riscului de transmitere a infecției cu HIV.

În situația în care persoana consiliată refuză testarea se reamintesc modalitățile de transmitere a infecției HIV și măsurile ce se pot lua pentru a preveni infectarea. La gravide se atenționează că evaluarea nou-născutului este foarte utilă în determinarea evoluției intrauterine și reducerea riscului de transmitere verticală. Se oferă materiale de informare cu numere de telefon accesibile pentru consiliere, locurile unde se poate efectua testarea și importanța ei.

### **Studiu de caz:**

*R.L., studentă în vârstă de 20 ani, s-a prezentat la cabinetul consilierului îndrumată de medicul specialist B.E. din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase pentru a primi informații privind investigațiile medicale ce urmau a-i fi efectuate. Prezentarea la medic a fost motivată de diagnosticul HIV+ descoperit la actualul ei prieten, numitul S.V. Prietenia lor avea un trecut de aproximativ 8 luni. Tremurul vocii exprima teamă și disperare la gândul că se poate afla în aceeași situație: „**nu-mi vine să cred că am fost atât de naivă... ce se va întâmpla cu viața mea!**”. Cuvintele folosite erau puține și încărcate de vinovăție. Pentru a fi încurajată în exprimarea stării emoționale, consilierul a făcut precizarea că această discuție va rămâne strict confidențială.*

*Auzise despre HIV și despre SIDA în urma unor reclame de la TV sau de la diverse reportaje în acest domeniu. Tot ceea ce reținuse era faptul că se transmite pe cale sexuală și că nu există un tratament care să vindece boala. Pentru o informare completă și cât mai clară, consilierul a oferit informații despre virus și despre boală.*

*Fiind cuprinsă de curiozitatea de a afla cât mai multe informații și în mod special despre ceea ce îi va rezerva viitorul, discuția a luat cursul înspre condițiile de transmitere a virusului, modalitățile de prevenire a contactării acestuia și posibilitățile terapeutice la persoanele cu infecție HIV.*

*Condiția de a primi confirmarea statutului de persoană negativă sau seropozitivă era efectuarea testului. Pentru a fi pregătită psihic pentru manevra medicală de recoltare a probei de sânge, consilierul a continuat discuția în această direcție. De asemenea, informațiile despre ce reprezintă testul HIV și ce poate evidenția rezultatul acestuia au venit în completarea celorlalte informații. S-a insistat pe avantajele aflării unui diagnostic pozitiv cât mai devreme întrucât posibilitățile terapeutice actuale conduc la prelungirea vieții și menținerea organismului în condiții acceptabile de sănătate. Un diagnostic negativ conduce înspre adoptarea unui comportament viitor cu riscuri scăzute la contactarea acestui virus și a bolilor cu transmitere sexuală.*

*Având două opțiuni de testare, consilierul a explicat în detaliu ce înseamnă testarea în regim de anonim, respectiv confidențialitate și totodată a prezentat avantajele testării în regim de confidențialitate.*

*Fiind convinsă de importanța efectuării testului HIV în evoluția stării de sănătate a primit un formular prin care a consimțit în scris la efectuarea testului și semnarea acestuia în cunoștință de cauză privind informațiile de bază despre infecția HIV/SIDA. A fost reamintit faptul că persoanele care au acces la aceste informații sunt autorizate și instruite în ceea ce privește respectarea confidențialității.*

*În finalul consilierii s-au punctat informațiile de bază despre modalitățile de transmitere a infecției HIV, măsurile de reducere a riscului de infectare precum și avantajele cunoașterii statusului de HIV+. Consilierul a programat următoarea întâlnire pentru aflarea rezultatului și i-a adus la cunoștință că, dacă este nevoie, la acea întâlnire poate fi programată și pentru evaluarea medicală în vederea instituirii unor servicii medicale speciale. Fiind prima oară în care este nevoită să facă față unor solicitări emoționale puternice, consilierul a făcut precizarea că starea de îngrijorare și teamă sunt normale pentru orice persoană care așteaptă rezultatul testului HIV. Confruntându-se și cu teama de a nu fi respinsă și acuzată, pentru moment nu se simte pregătită de a se destăinui unei alte persoane din cercul de prieteni sau familia ei. Singura persoană pe care o poate aborda într-o astfel de discuție a rămas consilierul. În aceste condiții a fost încurajată să îl contacteze ori de câte ori simte nevoia de a fi ascultată. Despre viitorul relației cu numitul S.V. evită să ofere detalii. Consilierul, reușind să-i câștige colaborarea, a încurajat relația atât cu medicul, psihologul cât și cu asistentul social în vederea unui sprijin de specialitate, scopul major fiind derularea în condiții de viață normale a evenimentelor post-testare HIV.*

*A primit materiale informative pentru reducerea riscului de transmitere a infecției HIV.*

### **Consilierea post-testare HIV**

În funcție de rezultatul testării, consilierea post-testare are ca scop:

- întărirea informațiilor care să-i permită persoanei testate adoptarea unor comportamente cât mai puțin riscante și motivarea acestora pentru schimbarea modului de viață (în cazul unui rezultat negativ);
- acceptarea noului status serologic, conștientizarea implicațiilor infecției și evoluției bolii, precum și informarea cu privire la căile de prevenire a transmiterii infecției cu HIV (în cazul unui rezultat pozitiv).

În cazul acestui tip de consiliere, identificăm 2 tipuri de consiliere post testare, respectiv:

#### **Consilierea post-testare la seronegativi**

##### *Rezultatul testului*

Rezultatul testului se oferă personal celui testat, în cabinetul consilierului și i se comunică verbal în timp ce primește și buletinul medical cu rezultatul testului. Este lăsat câteva clipe să realizeze și să reacționeze la rezultatul testului. Va fi încurajat să-și exprime gândurile.

##### *Semnificația testului*

În general, un test negativ înseamnă faptul că persoana testată nu este infectată. Se reamintește faptul că acest rezultat poate fi luat în considerare ca fiind corect în

condițiile în care, în istoricul persoanei consiliate nu există în ultima perioadă de 3-6 luni, expuneri la comportamente la risc de infectare cu HIV. De aceea, se are în vedere o retestare pentru certitudinea rezultatului în special la cei cu un istoric cu risc.

Important de precizat că un rezultat negativ la testarea HIV nu conferă imunitate la această infecție. De aceea, trebuie să se protejeze evitând întotdeauna comportamente la risc.

### *Reducerea riscului de contaminare cu HIV*

Consilierul se asigură că persoana consiliată a înțeles ce reprezintă rezultatul negativ al testului, în conformitate cu riscul personal de infectare. În situația în care este posibil se poate include în consiliere și partenerul celui consiliat.

### *Recomandări*

Antecedentele în comportamentul sexual sau utilizarea de droguri conduc la recomandări privind utilizarea prezervativului. De asemenea, se recomandă testarea ambilor parteneri pentru a fi siguri că nici unul nu este infectat și se recomandă ca pe viitor să se evite expunerile la risc de infectare printr-un comportament sexual neprotejat. De asemenea, este un moment propice pentru adoptarea unor comportamente sanogene, și trebuie profitat de el.

### Studiu de caz:

*Tânăra în vârstă de 24 de ani, absolventă a Facultății de Științe Economice, s-a prezentat la cabinetul consilierului pentru a primi rezultatul testului HIV, acesta fiind efectuat din proprie inițiativă în momentul în care a aflat că unul dintre partenerii sexuali pe care i-a avut în primul an de facultate, a fost recent diagnosticat cu infecție HIV.*

*Ajunsă în fața consilierului tremurând de emoție, G.A. își freca palmele una de cealaltă și, înainte de a fi invitată, a ocupat instantaneu unul din fotoliile aflate în cabinet. Consilierul a așteptat câteva minute să se calmeze și să-și exprime gândurile și sentimentele trăite în acel moment. Consilierul, având buletinul de analize la îndemână, i-a comunicat rezultatul testului și anume: **negativ**.*

*Cu lacrimi de bucurie și tremurături în glas a făcut afirmația: „**abia acum realizez șansa pe care viața mi-a oferit-o și din acest moment voi da sfaturi prietenilor și cunoscuților mei să se protejeze și să aibă grijă de sănătatea lor**”.*

*Fiind depășită starea tensională, consilierul și G.A au dezvoltat subiectul referitor la semnificația acestui rezultat, fiind explorate posibilitățile de a fi avut relații sexuale neprotejate în ultimile 3-6 luni stabilind totodată, importanța retestării în cazurile în care s-a expus acestui risc. Descoperindu-se că în ultimii 2 ani are o relație stabilă cu proiecte de viitor în vederea căsătoriei, rezultatul testului poate fi considerat în momentul de față concludent. Consilierul a condus discuția înspre posibilitatea de participare la una dintre ședințele de consiliere și a partenerului actual. Răspunsul a venit ca fiind posibilă programarea unei întâlniri și cu partenerul în apropierea datei cununiei civile. Însă i-a solicitat consilierului de a se preface că se întâlnesc pentru prima oară deoarece îi este teamă să-i facă destăinuri despre prietenii avute în trecut și în mod special despre prietenia „cu acea persoană”.*



*Consilierul a stabilit de comun acord cu G.A o viitoare întâlnire în vederea testării partenerului având ca argument propriul exemplu de a exista rețineri privind trecutul relațiilor și în același timp a fost dezvoltat subiectul despre importanța comunicării și încrederii în relația de cuplu având ca scop evitarea expunerilor la risc de infectare printr-un comportament sexual neprotejat.*

### **Consilierea post-testare la seropozitivi**

Persoana ce are ca misiune comunicarea unui rezultat pozitiv trebuie să aibă o pregătire specială și experiență în domeniu și în consiliere, pentru a face față unor situații de criză.

Comunicarea unui rezultat pozitiv este o etapă extrem de dificilă, stresantă și dureroasă atât pentru consilier cât și pentru cel consiliat. Consilierea trebuie să aibă un caracter privat, confidențial și să ofere timp celui în cauză pentru a realiza și a reacționa la aflarea rezultatului.

#### *Rezultatul testului*

Rezultatul testării trebuie înmănat și comunicat personal. Reacțiile pot fi diferite de la stări de a „nu auzi” și înțelege semnificațiile acestui rezultat până la a răspunde prin reacții firești și foarte variate de incertitudine, teamă, regret, vinovăție, depresie, mânie, negare, etc. Încă din prima fază a acestei consilieri trebuie avut în vedere să i se răspundă clientului cu empatie și respect. De asemenea, trebuie ajutat să accepte realitatea, să coopereze și să negocieze cu această schimbare.

#### *Semnificația testului*

Un buletin medical cu rezultatul testului pozitiv confirmă prezența anticorpilor anti-HIV în organism și că această persoană poate transmite infecția prin căile de transmitere specifice acestei maladii.

**De reținut: Statusul de HIV pozitiv nu înseamnă în mod automat SIDA!**

#### *Sprijin moral și psiho-emoțional în acceptarea realității*

Nu este deloc plăcut și ușor să primești vestea că ești infectat HIV, de aceea, cel în cauză are mare nevoie de mult sprijin din partea consilierului pentru a face față reacțiilor emoționale de teamă de viitor, frică de moarte, frică în general, furie, depresie, etc. Pentru a-i veni în ajutor trebuie adoptat un ton încurajator, pozitiv, în vederea normalizării sentimentelor și atitudinii negative care se instalează încă din momentul aflării diagnosticului.

Clientul va fi încurajat să-și exprime fără rețineri emoțiile și să abordeze o comunicare directă, sinceră referitor la viitorul apropiat. I se aduce la cunoștință de posibilitatea de a apela și la alte persoane (psiholog, medic de familie, membri ai familiei, etc.) pentru a beneficia de sprijin și de suport. În același timp, trebuie să atragem atenția clientului cui nu este indicat să i se destăinuie pentru a nu atrage o serie de discriminări, cum ar fi: pierderea locului de muncă, a locuinței cu chirie la un proprietar privat (în cazul adulților HIV+), excluderea din școală, grupul de prieteni (în cazul copiilor sau adolescenților HIV+), etc.

De asemenea, părinții copiilor infectați HIV au nevoie de echilibrare emoțional-afectivă, pentru a nu lăsa ca această nouă situație să le organizeze viața. Sunt sfătuiți și încurajați să-și respecte obiceiurile și rutina cotidiană și să se ocupe în egală măsură și de problemele celorlalți membri ai familiei.

În cazul femeilor gravide diagnosticate cu infecție HIV se va pune mult accentul pe implicațiile asupra sarcinii și deciziei ce trebuie luate ținând cont de faptul că există riscul de transmitere și la copil. De asemenea, se va aborda problema îngrijirii speciale a copilului după ce se va naște și dacă această situație are influență asupra vieții de familie. Nu se neglijează subiectul despre dezvoltarea diagnosticului partenerului și despre necesitatea testării HIV și a acestuia. Este important să ia decizia finală în cuplu și să conștientizeze dacă au resursele necesare pentru a depăși perioadele de criză și incertitudine cu privire la ceea ce se va putea întâmpla într-un viitor pe care nu știu cât de departe să îl plaseze.

În cazul mamelor singure, este important de stabilit pe cine va putea avea ca sprijin dintre persoanele apropiate ei (prieteni, membrii familiei: părinți, frați, etc), pentru a prelua îngrijirea copilului și toate celelalte responsabilități, în momentele de spitalizare îndelungată a mamei sau în caz de deces.

#### *Recomandări privind supravegherea medicală*

Consilierul va explica clientului că este foarte important să fie luat în evidență de către medicul specialist. Investigațiile de laborator efectuate în mod permanent pot oferi informații despre gradul de afectare a sistemului imunitar, de prezența unor afecțiuni oportuniste, în funcție de acestea stabilindu-se schema de tratament corectă care poate vindeca sau preveni infecții și poate rezolva o serie de alte manifestări în cadrul infecției HIV.

Se subliniază importanța colaborării permanente cu medicul specialist în vederea asigurării asistenței medicale gratuite și a tratamentului antiretroviral (ARV) permanent, necesar pentru menținerea unei stări generale de sănătate în limitele normalului. De asemenea, se subliniază necesitatea de a fi efectuată testarea partenerului și chiar a tuturor membrilor familiei, pentru a fi luați în evidență și supraveghere medicală în stadiul inițial al bolii, în acest moment șansele fiind mult crescute de a prelungi ca timp instalarea stadiului avansat.

#### *Recomandări privind serviciile psiho-sociale*

În ceea ce privește serviciile psiho-sociale, în funcție de nevoile identificate se recomandă specialiști (asistenți sociali, medici, psihologi, etc) care își desfășoară activitatea în unități specializate din localitatea în care clientul își are domiciliul sau din localitățile vecine. De asemenea, se recomandă apelarea la serviciile psiho-sociale oferite de organizațiile neguvernamentale cu programe în acest sens, numere de telefon pentru informații și suport psihologic în regim confidențial. Pentru utilizatorii de droguri se recomandă specialiști cu experiență în domeniu pentru tratament sau programe speciale pentru renunțarea la droguri.

#### *Reducerea riscului de a transmite infecția cu HIV*

Se informează clientul de posibilitatea transmiterii infecției HIV chiar dacă nu sunt prezente semnele de boală. Astfel, poate transmite infecția prin contact sexual neprotejat sau utilizarea incorectă a prezervativului, prin folosirea acelor sau seringilor în comun pentru injectarea de droguri, sau în cazul femeilor gravide în timpul sarcinii, expulziei și alăptării.

Pentru a reduce riscul transmiterii infecției HIV prin contact sexual se recomandă abținerea sau utilizarea corectă și schimbarea la fiecare contact sexual a prezervativului.

În cazul consumatorilor de droguri se recomandă renunțarea la această practică și apelarea la tratamente specializate în acest sens, sau utilizarea seringilor de unică folosință.

Dacă se identifică clienți infectați HIV donatori de sânge, spermă sau cu tendințe de acest gen se recomandă renunțarea la aceste servicii. De asemenea, se sfătuiește să nu împrumute obiecte de uz intim (periuțe de dinți, lame de bărbierit sau de epilat, instrumente de manichiură, pedichiură, etc).

Se recomandă studierea literaturii de specialitate, de pliante, broșuri cu privire la tot ceea ce presupune infecția HIV.

### *Recomandări privind adoptarea unui stil de viață sănătos*

Infecția cu HIV impune atât persoanelor infectate cât și celor afectate noi moduri de a face față situației și, în general, o lungă perioadă de adaptare. De aceea, au mare nevoie de îndrumare, încurajare și suport pentru a realiza o adaptare cu cât mai puține eforturi emoțional-afective pentru a conștientiza și construi un comportament de viață nou cu cât mai puține riscuri pentru sănătatea persoanei infectate și a familiei sale. Aceste schimbări imperios necesare se produc eficient în momentul acceptării unei colaborări permanente cu specialiștii (asistenți sociali, psihologi, medici, etc.) care vin în întâmpinarea nevoilor psiho-socio-emoționale și previn instalarea unei stări de criză.

### Studiu de caz

*După 10 zile de la recoltarea probelor de sânge pentru efectuarea testului HIV, numita R.L., studentă, în vârstă de 20 ani s-a prezentat la întâlnirea programată la cabinetul consilierului pentru a-i fi comunicat diagnosticul.*

*Deși își repeta în gând că este o boală ca oricare alta și că, indiferent de rezultat trebuie să meargă mai departe, cu cât se apropia de cabinetul consilierului, inima îi bătea cu putere parcă să-i sară din piept iar tremurul picioarelor făcea să se simtă epuizată de orice sursă de energie.*

*Ajunsă la cabinetul consilierului nu își dorea decât să afle cât mai repede ce șansă are: „Am mari emoții și simt cum tremur toată, însă vreau să știu ce am de făcut mai departe! Neliniștea și incertitudinea din tot acest timp m-au obosit...vreau să se termine totul mai repede.”*

*Consilierul a așteptat câteva minute să se calmeze și să-și exprime gândurile, așa cum simțea pacienta la momentul respectiv. Având deja buletinul cu rezultatul testului, consilierul a încurajat-o să-și exprime emoțiile și sentimentele trăite în acel moment, spunându-i că este normal ceea ce simte și că oricine ar fi pus într-o astfel de situație ar avea aceleași reacții.*

*În următorul moment i-a fost comunicat rezultatul testului, și anume: **pozitiv**. S-a instalat dintr-o dată tăcerea...iar lacrimile îi curgeau șiroaie pe obraji în timp ce*



palmele se frângeau una de cealaltă. Consilierul a cuprins palmele într-a-le sale, protector, și în acel moment s-a auzit printre suspine doar un: „Asta e! Ce mai pot să fac, acum...”

În timp ce lacrimile i se prelingeau pe fața îmbujorată, consilierul a început să-i vorbească pe un ton cald și să-i spună că își poate continua viața ca și până acum însă, va trebui să aducă completări în ceea ce privește îngrijirea propriului organism.

Pentru că pacientei îi este teamă să abordeze acest subiect cu membrii familiei sau prieteni, consilierul a punctat faptul că o poate face doar dacă este convinsă că poate avea încredere în ei, pentru a evita riscul de a fi marginalizată și exclusă din grupul lor.

Consilierea a continuat pe tema importanței ca pacienta să fie luată în evidențele medicale pentru evaluare și alte investigații de laborator care pot oferi informații privind gradul de afectare a sistemului imunitar și, în funcție de rezultate, să i se poată stabili o schemă de tratament ce poate vindeca sau preveni infecțiile oportuniste sau alte manifestări în cadrul infecției HIV. De asemenea, consilierul a insistat pe importanța colaborării cu medicul specialist pentru a beneficia de asistență medicală gratuită și tratament antiretroviral permanent și gratuit. Administrarea tratamentului în stadiile incipiente ale bolii și în mod corect, conform indicațiilor medicului, contribuie la amânarea instalării stadiului avansat precum și menținerea unei stări generale de sănătate în limitele normalului.

Pentru consiliere de specialitate (de asistență socială respectiv asistență psihologică) i-au fost oferite informații constând în nume de fundații cu activități în domeniu, respectiv nume de specialiști (asistent social și psiholog), numere de telefon, adrese, etc. A fost încurajată să apeleze la aceste servicii fiind asigurată de respectarea strictă a confidențialității.

Consilierul a abordat și tema reducerii riscului de a transmite infecția cu HIV prin respectarea condițiilor de prevenire a transmiterii acestei infecții, abordarea unui comportament lipsit de riscuri și informarea permanentă privind tot ceea ce presupune infecția HIV. De asemenea, a fost amintit faptul că există prevăzut în Codul Penal (art. 309), sancțiuni pentru persoanele infectate HIV care transmit cu bună știință boala altor persoane.

De asemenea, i s-a adus la cunoștință și faptul că, fiind o boală imprevizibilă problemele în general sunt dintre cele mai diverse care induc o serie de întrebări. Din acest motiv printr-o colaborare susținută cu echipa de specialiști (medic, asistent social, psiholog), poate găsi mult mai ușor răspunsurile, sfaturi de specialitate și nu în ultimul rând suport emoțional-afectiv în situațiile de criză, aspect important în evoluția unei stări de sănătate favorabile.

### 2.2.2. Informații privind drepturile legale ale persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA

În fața legii și a medicinei, SIDA este o afecțiune ca oricare alta. Diferența dintre infecția HIV și alte boli cronice, cum ar fi de exemplu hepatita, constă în faptul că în cazul bolii SIDA nu există un tratament care să ducă la vindecarea pacientului.

Marginalizarea persoanelor infectate HIV+ derivă din lipsa de educație a populației. Lipsa de informație creează un sentiment de teamă față de cel infectat HIV și îndeamnă adesea la acțiuni ilogice, ostile, față de cel în suferință, indiferent de relația avută cu cel infectat.

Persoanele infectate HIV sunt protejate de legile comune ale societății. Nimeni nu are dreptul de a restrânge libertatea sau drepturile persoanelor, din simplul motiv că sunt infectate cu virusul HIV, oricare ar fi naționalitatea, sexul sau orientarea lor sexuală. Cel infectat HIV beneficiază și de anumite facilități sociale, diferite de la o țară la alta în funcție de legislația în vigoare (ajutor social, statut de persoană cu nevoi speciale, posibilitatea de a avea un însoțitor, alocație de hrană pentru persoanele infectate, etc.).

În România, în cazul persoanelor infectate cu HIV/SIDA, nu putem vorbi de o lege specială pentru acestea, ci doar de legi care asigură protecția diferitelor grupuri de populație cu nevoi speciale, legi de care pot beneficia și persoanele seropozitive HIV. Conform legislației din România, persoanele seropozitive sunt incluse în categoria persoanelor cu handicap, ca grup dezavantajat ce necesită protecție specială.

### **Legi și acte normative care pot veni în sprijinul persoanelor infectate HIV/SIDA și familiilor acestora**

Pentru a putea beneficia de prevederile legilor și actelor normative care reglementează protecția specială a persoanelor cu handicap, persoanele infectate cu HIV/SIDA trebuie să fie înregistrate oficial după diagnosticare. Este obligatorie confirmarea de către laborator a infecției cu HIV.

Conform Ordinului nr. 725 din 01.10.2002 privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora, publicat în Monitorul Oficial nr. 781 din 28.10.2002, copiii și adulții seropozitivi HIV și cei bolnavi SIDA pot fi încadrați într-un grad de handicap după criteriul afectării structurii sistemului imunitar și ale funcțiilor sale. Astfel, pentru aprecierea severității afectării HIV/SIDA se vor avea în vedere stadiile clinico-imunologice, conform clasificării infecției HIV pediatrice CDC – Atlanta 1994, după cum urmează:

- **handicap accentuat – stadiile clinico-imunologice N2, A1, A2, B1;**
- **handicap grav – stadiile clinico-imunologice N3, A3, B2, B3, C1, C2, C3.**

Măsurile de protecție specială se aplică pe baza încadrării într-un grad de handicap, conform stadiilor clinico-imunologice mai sus menționate.

Pentru adulți, gradul de handicap este stabilit de Comisiile de Expertiza Medicală prin **Ordinul nr. 726/2002** al Ministerului Sănătății și Familiei privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru adulți și se aplică măsurile de protecție specială a acestora.

Pentru copii, gradul de handicap este stabilit prin ordin comun al Ministrului Sănătății și Familiei și al Secretariatului de Stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție.

Pentru persoanele instituționalizate, protecția specială se realizează prin acordarea de servicii de asistență, îngrijire, tratament, recuperare, reabilitare, orientare și formare profesională.

### **Drepturile de care beneficiază copiii infectați HIV/SIDA în conformitate cu Legea 519/2003 (Legea nr. 519/2003 pentru aprobarea O.U.G.nr.102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap)**

#### **Exemple de prevederi:**

- Acces liber și egal în orice instituție de învățământ obișnuit, în raport cu restantul funcțional și potențialul recuperator, cu respectarea prevederilor legislației din domeniul învățământului;
- Alocație lunară de hrană pentru copiii bolnavi de SIDA, calculată pe baza alocației zilnice de hrană stabilite pentru consumurile colective din unitățile sanitare publice (intrată în vigoare prin Legea nr.10 din 09/01/2003);
- Pregătire școlară la domiciliu a copiilor cu dizabilități, nedeplasabili, pe durata învățământului obligatoriu prevăzut de lege. Pentru copiii cu boli cronice, Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului organizează după caz, grupe sau clase în cadrul unităților sanitare respective;
- Alocația de stat, în condițiile și cuantumul prevăzut de lege, majorat cu 100% pentru copiii cu dizabilități;
- Alocația de întreținere pentru copiii cu dizabilități, aflați în plasament familial sau încredințați, potrivit legii, unei familii ori persoane sau unui organism privat autorizat, în cuantumul prevăzut de lege, majorat cu 50%;
- Asistent personal pentru copiii cu deficiență funcțională gravă, angajat de către autoritățile administrației publice locale;
- Asistență medicală a copilului cu dizabilități, în condițiile Legii asigurărilor sociale de sănătate nr.145/1997, cu modificările și completările ulterioare;
- Locuri de odihnă gratuite în tabere, atât pentru copiii cu dizabilități, cât și pentru copiii preșcolari, elevi sau studenți, o dată pe an;
- Gratuitatea transportului urban cu mijloace de transport în comun pentru copiii cu deficiență funcțională accentuată și gravă și pentru asistenții personali ai acestora;
- Gratuitatea transportului interurban la alegere, cu tren de persoane clasa a II-a, cu autobuze sau nave pentru transport fluvial, în limita a 12 călătorii dus-întors pe an pentru copiii cu deficiență gravă și pentru asistenții personali sau pentru însoțitorii acestora și în limita a 6 călătorii dus-întors pe an pentru copiii cu deficiență funcțională accentuată și pentru însoțitorii acestora;
- Scutire de la plata taxelor de abonament pentru persoana deținătoare de aparat de radio și de televizor, dacă copilul are deficiență funcțională gravă;
- Prioritate la instalarea postului telefonic și scutirea de la plata taxelor de instalare, transferare și abonament telefonic, precum și de costul a 50 de impulsuri pentru abonamentul comun la 2 abonați și 100 de impulsuri, pentru abonamentul – linie individuală;
- Prioritate la închirierea, construirea și cumpărarea locuințelor din fondul de stat, în condițiile legii, dacă copilul are deficiență funcțională accentuată sau gravă;

- Stabilirea chiriei, în condițiile legii, pe baza contractelor de închiriere pentru suprafețe locative cu destinația de locuințe deținute de stat sau de unitățile administrative ale acestuia, la tariful minim prevăzut de lege, dacă copilul are deficiență funcțională accentuată sau gravă.

### **Drepturile de care beneficiază adulții infectați HIV/SIDA în conformitate cu Legea 519/2003**

Conform Legii nr. 519/2003 persoanele infectate/afectate HIV/SIDA au următoarele drepturi:

- Adulții cu deficiență funcțională accentuată și gravă, dacă nu au alte venituri cu excepția pensiei de urmaș, beneficiază de o indemnizație lunară în procent de 50% din salariul minim brut pe țară, pe toată durata handicapului. Cei cu venituri până la acest cuantum primesc diferența până la nivelul indemnizației lunare;
- Asistent personal pentru adultul cu deficiență funcțională gravă, angajat de către autoritățile administrației publice locale;
- Asistență medicală în conformitate cu prevederile Legii nr.145/1997. Medicamente gratuite atât pentru tratament ambulatoriu, cât și pe timpul spitalizării;
- Scutire de la plata taxelor de abonament pentru adulții cu deficiență gravă, deținători de aparate de radio și de televizoare. De această facilitate beneficiază și persoanele care au în întreținere persoane cu deficiență gravă, dacă locuiesc împreună;
- Prioritate la instalarea postului telefonic și scutirea de la plata taxelor de instalare, transferare și de abonament telefonic, precum și de la costul a 50 de impulsuri pentru abonamentul comun la 2 abonați, 100 de impulsuri pentru abonament – linie individuală;
- Gratuitatea transportului urban cu mijloace de transport în comun pentru adulții cu deficiență funcțională accentuată și gravă și pentru asistenții personali sau pentru însoțitorii acestora;
- Gratuitatea transportului interurban la alegere, cu tren de persoane clasa a II-a, cu autobuze sau nave pentru transport fluvial, în limita a 12 călătorii dus-întors pe an pentru adulții cu deficiență funcțională gravă și pentru asistenții personali sau pentru însoțitorii acestora și în limita a 6 călătorii dus-întors pe an pentru adulții cu deficiență funcțională accentuată și pentru însoțitorii acestora;
- Bilete de tratament gratuite, în limita posibilităților existente;
- Acordarea unei camere în plus, în condițiile legii, pe baza contractelor de închiriere pentru suprafețe locative cu destinația de locuințe, deținute de stat sau de unitățile administrative ale acestuia, la solicitarea persoanelor cu deficiență funcțională gravă;
- Stabilirea chiriei pentru locuințele deținute din fondul locativ de stat, la tariful minim prevăzut de lege;
- Prioritate la închirierea, construirea și cumpărarea locuințelor din fondul de stat;
- Acordarea a 25% din fondul de locuințe sociale adulților cu deficiență funcțională gravă, conform legilor în vigoare.

### **Dreptul la muncă a persoanelor infectate HIV/SIDA prevăzut în Legea 53/2003, Codul Muncii, respectiv Legea nr.76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă**

Persoanele cu deficiență funcțională gravă, accentuată sau medie, încadrate cu contract individual de muncă, beneficiază de următoare drepturi de protecție specială:

- Pot ocupa în condițiile legii, conform pregătirii și capacității fizice și intelectuale, orice funcție în cadrul organigramelor angajatorilor;
- Posibilitatea de a lucra mai puțin de 8 ore pe zi, în condițiile legii, în cazul în care beneficiază de o recomandare medicală în acest sens;
- Perioadă de probă la angajare, plătită, de cel puțin 45 de zile lucrătoare;
- Scutire de impozit pe salariu, atât în cazul în care sunt angajate cu contract individual de muncă, cât și în cazul în care sunt angajate cu convenție de prestări de servicii;
- Un preaviz plătit, de minimum 30 de zile lucrătoare, acordat la desfacerea contractului de muncă din inițiativa angajatorului, pentru motive neimputabile acestora.

### **Dreptul la pensie a persoanelor infectate HIV/SIDA prevăzut în Legea nr.19/2002 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare**

Pensionarea la cerere pentru limita de vârstă pentru:

- Persoanele cu deficiență funcțională gravă (gr.I) la o vechime în muncă realizată de la data dobândirii deficienței de minimum 15 ani bărbații și minimum 10 ani femeile;
- Persoanele cu deficiență funcțională accentuată (gr.II), la o vechime în muncă realizată de la data dobândirii deficienței de minimum 20 de ani bărbații și minimum 15 ani femeile;
- Persoanele cu deficiență funcțională medie (gr.III), la o vechime în muncă realizată de la data deficienței de minimum 20 de ani femeile.

### **Măsurile de protecție socială a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA conform Legii nr. 584/2002**

„Persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA beneficiază de protecție socială, de tratament nediscriminatoriu în ceea ce privește dreptul la învățătură, dreptul la muncă și protecția socială a muncii și la promovarea profesională, iar starea sănătății lor nu poate constitui criteriu de concediere.”

Măsurile de protecție socială sunt următoarele:

- Asigurarea neîngrădită și necondiționată a dreptului la muncă al bolnavilor HIV/SIDA;
- Promovarea profesională nediscriminatorie pentru persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA;
- Respectarea dreptului la învățământ în cazul copiilor și tinerilor infectați cu HIV sau bolnavi de SIDA și integrarea acestora în formele de învățământ;

- Alocație lunară de hrană pentru copiii infectați HIV în valoare de 57.000 lei/zi, pe timpul cât se află în familie. Quantumul este stabilit prin Ordonanță de Guvern, el putându-se modifica;
- Pentru o alimentație corespunzătoare atât pentru bolnavii internați și instituționalizați, cât și pentru cei din ambulatoriu (copii și adulți seropozitivi HIV), care să asigure eficiența în tratamentul cu medicamente antiretrovirale, se acordă indemnizații lunare de hrană (în cunatum de 57.000 lei/zi), în quantum aprobat prin hotărâre a Guvernului. Plata acestor indemnizații lunare de hrană se efectuează de către Direcțiile pentru Dialog, Familie și Solidaritate Socială Județene;
- În funcție de stadiul infecției, persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA beneficiază de orientare sau reorientare profesională ori de pensionare, stabilită prin expertiza medicală de specialitate, după caz.

### Care sunt obligațiile persoanelor infectate HIV/SIDA ?

Adulții infectați HIV/SIDA au următoarele obligații:

- Să se prezinte la Comisiile de Expertiză Medicală, pentru încadrarea într-o categorie de persoane care necesită protecție specială;
- Să colaboreze cu asistenții sociali și cu Direcțiile Județene pentru Protecție Socială;
- Să răspundă conform legii, pentru transmiterea voluntară a infecției HIV dacă aceasta s-a produs din motive imputabile lor;
- Să informeze medicul curant, inclusiv medicul stomatolog, cu privire la statusul său HIV, atunci când îl cunoaște.

### Alte legi și acte normative care pot veni în sprijinul persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA

- Constituția României (adoptată de Parlamentul României, 1991);
- Legea nr. 705/2001 privind Sistemul național de asistență socială;
- Legea nr.116/2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale;
- Hotărârea de Guvern nr. 1215/2002 pentru aprobarea Strategiei Naționale privind protecția specială și integrarea socială a persoanelor cu handicap din România;
- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- Ordonanța nr. 137 din 31/08/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare.

În ordonanța nr.137, conform art. 2, alin. (1), „prin discriminare se înțelege orice deosebire, excludere, restricție sau preferință, pe bază de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex sau orientare sexuală, apartenență la o categorie defavorizată sau orice alt criteriu care are ca scop sau efect restrângerea sau înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice”.



Principalele drepturi și egalități la care face referire prezenta ordonanță de urgență sunt următoarele:

- egalitatea în activitatea economică și în materie de angajare și profesie;
- accesul la serviciile publice administrative și juridice, de sănătate, la alte servicii, bunuri și facilități;
- accesul la educație;
- libertatea de circulație, dreptul la libera alegere a domiciliului și accesul în locurile publice;
- dreptul la demnitatea personală.

Art. 4. – „În înțelesul prezentei ordonanțe, categorie defavorizată este acea categorie de persoane care fie se află pe o poziție de inegalitate în raport cu majoritatea cetățenilor datorită originii sociale ori unui handicap, fie se confruntă cu un comportament de respingere și marginalizare datorită unor cauze specifice cum ar fi o boală cronică necontagioasă ori infectarea HIV, statutul de refugiat sau azilant”.

### ***Boala SIDA – prevedere expresă în Codul Penal***

Codul Penal vine în sprijinul persoanelor seropozitive, apărând drepturile acestora, prin sancționarea acelor persoane care prin comportamentul lor, aduc prejudicii persoanelor infectate.

Infrațiunile ce au ca obiect starea de sănătate a populației dintr-o colectivitate umană sunt cunoscute sub denumirea de infrațiuni contra sănătății publice. Ocrotirea juridică are ca obiect atât incriminarea acestor fapte periculoase cât și ansamblul de măsuri și condiții destinate să asigure apărarea sănătății membrilor acelei colectivități.

Transmiterea Sindromului Imunodeficienței Dobândite a fost incriminată și introdusă în Codul Penal prin Legea de modificare și completare a Codului Penal nr. 140/1996 în Art. 309, alin. 2, după contaminarea venerică: **„Transmiterea Sindromului Imunodeficiar Dobândit – SIDA – de către o persoană care știa că suferă de această boală se pedepsește cu închisoare de la 5 la 15 ani.”**

Aceste fapte sunt deosebit de periculoase deoarece au ca rezultat răspândirea unei boli grave, căreia îi pot cădea victime persoane nevinovate ce pot răspândi mai departe infecția, chiar fără să cunoască starea lor de contaminare.

Dacă actul sexual prin care se transmite boala este o infrațiune, de exemplu: viol, raport sexual cu o minoră, seducție, aceasta va exista în concurs cu infrațiunea de transmitere a SIDA.

Infrațiunea a avut loc cu intenție dacă făptuitorul a știut că suferă de o astfel de boală sau cu intenție indirectă atunci când avea temeiul să știe că suferă și a acceptat posibilitatea de a transmite partenerului său boala.

Atât în cazul contaminării venerice cât și al transmiterii SIDA, procurorul sau instanța de judecată vor dispune măsura de siguranță a obligării la tratament medical.

Dacă făptuitorul n-a știut și nici n-a bănuțit că suferă de maladiile respective, fapta nu atrage răspunderea penală, dar impune luarea măsurii de siguranță a obligării la tratament medical.

Dacă persoana care a transmis boala, chiar știind că suferă de ea, a fost victima unui viol sau altor constrângeri, nu va atrage răspunderea penală, dar va impune luarea măsurii de siguranță a obligării la tratament medical.

În toate cazurile, chiar și atunci când nu se aplică făptuitorului o pedeapsă, instanța de judecată va dispune măsura de siguranță a obligării la tratament medical.

Pedeapsa pentru infracțiunea de transmitere a bolii SIDA este închisoarea de la 5 la 15 ani, fapta fiind considerată mult mai gravă decât contaminarea venerică cu alte boli, pentru care pedeapsa este închisoarea de la 1 la 5 ani. Victima transmiterii SIDA va trebui să efectueze tratament medical.

Ca o consecință a luării în mod obligatoriu a măsurii de siguranță s-a instituit ca infracțiune sustragerea de la tratament medical, fapta fiind incriminată prin Legea de modificare și completare a Codului Penal nr.140/1996, art. 309. Infracțiunea de sustragere de la tratamentul medical reprezintă o variantă specifică a infracțiunii de nerespectare a hotărârilor judecătorești, dar se referă la o mai gravă stare de pericol a cărei înlăturare se impune de urgență. Aceasta a făcut necesară incriminarea ca infracțiune de sine stătătoare a sustragerii de la efectuarea obligatorie a tratamentului medical. Sarcina asigurării sănătății publice îi revine statului, prin intermediul Ministerului Sănătății și a organelor sale de specialitate ce stabilesc modul de efectuare a anchetei epidemiologice și tratamentului corespunzător.

În cazul în care făptuitorul se află în stare de libertate, sustragerea de la executarea măsurii se realizează prin neprezentarea cu regularitate a bolnavului la unitatea sanitară unde se află în tratament. În cazul privațiunii de libertate, tratamentul se execută la locul de detenție. Pedeapsa pentru sustragerea de la tratamentul medical este închisoarea de la 3 luni la un an sau amendă de la 250.000 la 1.500.000 lei.

De asemenea, art. 196 din Codul Penal face referire la **divulgarea secretului profesional** – „Divulgarea fără drept a unor date de către cel căruia i-au fost încredințate, sau de care a luat cunoștință în virtutea profesiei ori funcției, dacă fapta este de natură să aducă prejudicii unei persoane, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă”.

**Insulta** este prevăzută în art. 205 – “Atingerea onoarei ori reputației unei persoane prin cuvinte, prin gesturi sau prin orice alte mijloace, ori prin expunere la batjocură, se pedepsește cu închisoare de la o lună la 3 luni sau cu amendă. Acțiunea penală se pune în mișcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate. Împăcarea părților înlătură răspunderea penală.”

Conform art. 206 - Codul Penal - **calomnia** sau imputarea în public, prin orice mijloace, a unei persoane seropozitive se pedepsește cu închisoarea de la 3 luni la un an sau cu amendă.

Persoanele care au în grijă o persoană seropozitivă au obligația legală de a nu pune în primejdie sănătatea acesteia. Art. 314, Codul Penal privind punerea în primejdie a unei persoane în neputința de a se îngriji, prevede: „Părăsirea, alungarea sau lăsarea fără ajutor, în orice mod, a unui copil sau a unei persoane care nu are putința de a se îngriji, de către acela care o are sub pază sau îngrijire, punându-i în pericol iminent viața, sănătatea sau integritatea corporală, se pedepsește cu închisoarea de la 3 luni la 3 ani”.



### 2.2.3. Susținerea materială a copiilor și adulților seropozitivi HIV

În ultimii ani, prin instituirea unei asistențe medicale și terapii eficiente precum și prin dezvoltarea protecției sociale în favoarea persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA s-a ajuns la creșterea speranței de viață atât în rândul copiilor cât și a adulților.

Existența organizațiilor neguvernamentale și a programelor derulate de acestea au drept scop reintegrarea socială și susținerea acestor persoane, copii și adulți, cu respectarea drepturilor și obligațiilor care să vină în întâmpinarea atât a nevoilor psiho-socio-emoționale cât și a nevoilor materiale și financiare.

Fiind o luptă strânsă cu mentalități și prejudecăți eronate în ceea ce privește transmiterea HIV și conviețuirea alături de o persoană infectată, părinții au luat atitudine și s-au constituit în Asociații ale Persoanelor Infectate și Afectate HIV/SIDA pentru a obține și a le fi respectate drepturile pentru copiii lor. Prin demersurile acestora, susținute de organizații non-guvernamentale profesioniste ce dezvoltă servicii în domeniu, au reușit să-și susțină punctul de vedere în fața autorităților guvernamentale centrale referitor la sprijinirea materială/financiară a familiilor cu copii seropozitivi HIV și a preîntâmpina situații de abandon sau instituționalizare pe motiv de lipsă a resurselor materiale.

Fundația „Alături de Voi” România, având ca principal obiectiv îmbunătățirea calității vieții persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA, derulează programe de susținere materială pentru copii, adulți și familiile lor încă din prima etapă a aflării diagnosticului, cu scopul de a asigura o alimentație corespunzătoare conform recomandărilor medicului specialist.

Atunci când un nou caz este luat în evidență, asistentul social al Fundației „Alături de Voi” evaluează situația material-financiară a familiei persoanei infectate HIV cu scopul de a veni în sprijinul acestuia în conformitate cu nevoile speciale pe care le necesită. Sprijinul financiar constă în acordarea de pachete alimentare, produse de igienă, îmbrăcăminte pentru copilul de vârstă mare și adult sau lapte praf și pampers pentru copilul de vârstă mică (cazul copiilor născuți din mamă seropozitivă HIV).

Ulterior, clienții sunt luați în evidență pentru a beneficia de servicii psiho-sociale și de a fi conectați la resursele guvernamentale privind acordarea alocației și indemnizației lunare de hrană, precum și a altor drepturi și facilități. În momentul în care persoana accesează aceste facilități legale, sprijinul material din partea Fundației încetează, tocmai pentru a nu crea o depedență de acesta. Sprijinul este reluat pentru același pacient în momentele în care apar situații de criză în familie (spitalizări îndelungate, apariția bolilor oportuniste ce necesită o atenție și îngrijire deosebită, alte situații intervenite în evoluția stării de sănătate a copilului sau adultului seropozitiv HIV).

Colaborarea va continua pentru servicii sociale și de asistență psihologică<sup>1</sup>, întrucât nevoile identificate la persoanele infectate HIV sunt extrem de variate și complexe.

<sup>1</sup> Vezi „Ghidul de asistență psihologică pentru persoanele infectate și afectate HIV/SIDA” elaborat de către Fundația „Alături de Voi”, România, Ed. Trinitas, Iași, 2004.

În cazurile de deces ale copilului sau adultului seropozitiv HIV familia este, de asemenea, sprijinită material cu scopul de a face față cheltuielilor de înmormântare, având în vedere că aceste cheltuieli afectează viața familială, mai mult cu cât în cadrul acesteia se află și alți copii în întreținere.

#### 2.2.4. Suportul oferit familiilor în caz de deces a copilului sau adultului seropozitiv HIV

Inevitabil, mai devreme sau mai târziu în viața fiecăruia își fac apariția momente în care pierdem pe cineva drag. Pierderea unei persoane dragi implică trăiri personale dintre cele mai complexe și diferite în plan emoțional-afectiv. De aceea, specialiștii, de-a lungul colaborării cu familia persoanelor infectate HIV/SIDA, copii și adulți, introduc în sesiunile lor de consiliere subiecte cu referire la momentul despărțirii pentru ca aceștia să fie pregătiți din punct de vedere psihic și emoțional.

Pot exista reacții de refuz față de colaborarea cu terapeutul, în explorarea durerii post-deces, manifestările fiind dintre cele mai variate de la autoizolare, furie, vinovăție, etc. De aceea, relația cu terapeutul și ceilalți specialiști înainte de momentul pierderii are o importanță marcantă în menținerea dorinței de colaborare și după acel moment, în vederea reechilibrării emoțional-afective.

În general, fiind la mijloc o boală incurabilă, pierderea este previzibilă. Încă din momentul aflării diagnosticului, prin implicarea tuturor membrilor familiei pentru a asigura persoanei infectate tot confortul din toate punctele de vedere (fizic, psihic, spiritual, material, etc), trebuie să fie pregătit momentul despărțirii. Relația cu asistentul social, respectiv psihologul, ajută clientul ca, pe parcursul a câtorva întrevederi, să capete curaj și să vorbească despre ceea ce simte și pentru a se „descărca” de durerea pe care o resimte în fața inevitabilei pierderi. Chiar dacă, în astfel de situații se încearcă negarea sau minimizarea situației, acest lucru nu schimbă cu nimic starea cu care se confruntă. Nimeni nu-și dorește să sufere, însă durerea pricinuită de pierderea unei persoane dragi trebuie trăită pentru a putea fi depășită. Exprimarea emoțiilor înseamnă recunoașterea și acceptarea pe deplin a durerii, pas important spre următoarea etapă de „vindecare”.

O modalitate de terapie este grupul de suport unde se dă posibilitatea fiecăruia din grup să se exprime. Întâlnirile au loc periodic la un anumit interval de timp stabilit de comun acord împreună cu cel care coordonează grupul (asistent social sau psiholog). În cadrul grupului este garantată intimitatea și confidențialitatea a ceea ce se exprimă la întâlniri. La aceste grupuri, într-un mediu de ascultare și respect reciproc, fiecare își poate exprima liber ceea ce trăiește: îndoielile sale, speranțele, temerile, neliniștile, etc. Se poate întâmpla ca fiecare dintre participanți să găsească în cele povestite de altcineva ceva asemănător cu ce a trăit și a experimentat. În felul acesta, realizează că nu este singurul care trăiește emoțiile pe care le povestesc cei din grup și își pun problema viitorului și a posibilităților de a-și reconstrui viața fără persoana dragă pe care au pierdut-o. Printr-un puternic și eficient mecanism de identificare, fiecare membru al grupului realizează faptul că dacă ceilalți au reușit să facă pași importanți în recuperarea lor emoțional-afectivă, și el poate reuși. Împărtășirea emoțiilor determină o veritabilă reconectare cu ceilalți, cu lumea exterioară, știut fiind faptul că după momentul pierderii există

tendința de izolare. Grupul ajută aceste persoane să se resocializeze într-un context securizant în care fiecare știe cât este de dificil să te întorci la un stil obișnuit de viață după un asemenea eveniment.

### 2.3. Rolul echipei pluridisciplinare

Indiscutabil, HIV/SIDA este o afecțiune cu numeroase implicații medicale și psiho-sociale. În acest context, devine evidentă necesitatea unei echipe pluridisciplinare care să acopere numeroasele nevoi ale persoanelor infectate/afectate HIV/SIDA. Nevoia de a colabora derivă din nevoile clienților: de comunicare, de afecțiune, de a fi ascultat, de a relaționa cu alte persoane, într-un cuvânt, din nevoile lor bio-psiho-sociale. O astfel de echipă este cuprinsă de obicei din medicul specialist, asistent social, psiholog, medicul de familie (în unele cazuri însă, pentru cei din mediul rural adeseori, medicul de familie nu face parte din echipă deoarece persoana infectată sau afectată dorește să păstreze confidențialitatea de teamă ca diagnosticul să nu fie aflat în comunitate). În unele cazuri este necesară și colaborarea cu alți specialiști: kinezioterapeuți, nutriționiști, logopezi, stomatologi, dermatologi, etc.

Unul dintre obiectivele Fundației „Alături de Voi” România (ADV) este de a pregăti și instrui voluntari din rândurile liceenilor și studenților pentru a se alătura echipei de specialiști al căror principal scop este îmbunătățirea calității vieții persoanelor afectate și infectate HIV/SIDA.

Descoperirea seropozitivității este o situație care conduce implicit la o stare de criză atât pentru persoana infectată cât și pentru familie. Cel mai frecvent, climatul socio-psiho-afectiv al individului este afectat dramatic de aspecte legate de starea de sănătate care influențează și modifică stilul de viață și activitățile viitoare ale persoanelor.

Având în vedere aceste aspecte devine evidentă nevoia clientului de a beneficia de un pachet de servicii complexe și bine coordonate. Un alt aspect demn de menționat îl constituie necesitatea existenței unei cât mai bune concordanțe între informațiile pe care persoana seropozitivă le primește din diferite surse (medic, asistent social, psiholog, etc). În caz contrar, clientul se va simți derutat, iar încrederea sa în specialiștii cu care colaborează va avea de suferit la fel ca și nivelul de înțelegere al noțiunilor corecte legate de infecția HIV/SIDA. Astfel de consecințe/probleme vor avea un impact negativ puternic asupra complianței la tratament și altor comportamente adaptative legate de boală. Prin contrast, o bună colaborare între specialiști și un mesaj omogen din punct de vedere informațional **vor avea un impact pozitiv asupra calității vieții persoanei HIV+**, vor încuraja aderența la tratament și o vor ajuta să recapete controlul asupra propriei vieți.

### 2.4. Rolul confidențialității în lucrul cu persoanele infectate și afectate HIV/SIDA

O altă caracteristică a infecției cu HIV este cea legată de confidențialitate și de întrebările care apar odată cu boala: „În cine să am încredere?”, „Cu cine pot vorbi despre asta?”, „Cum să păstrez secretul față de ceilalți?”. Decizia de a spune unei persoane despre diagnosticul lor sau când și cum să facă acest lucru aparține întru

totul persoanei seropozitive. În general există riscuri posibile și avantaje care să rezulte prin ruperea confidențialității.

Confidențialitatea este *dreptul* persoanei infectate de a păstra doar pentru ea informația că este seropozitivă. De asemenea, păstrarea confidențialității reprezintă fundamentul oricărei relații de încredere stabilită între persoana seropozitivă și alți specialiști cu care intră în contact (medic, asistent social, psiholog, asistent medical).

În urma confirmării diagnosticului de HIV+, persoana seropozitivă nu este obligată să dezvăluie acest lucru nimănui. Totuși, atunci când își cunoaște diagnosticul, ea trebuie să informeze medicul curant și medicul stomatolog. Medicul, la rândul său, nu va informa alți medici sau asistenți medicali despre diagnostic, decât cu acordul persoanei respective și atunci când colaborarea între specialiști este necesară.

Diferiți specialiști care vin în contact cu persoana seropozitivă nu au dreptul să divulge diagnosticul fără acordul persoanei, deoarece constituie secret profesional. În România nu există o lege expresă pentru păstrarea confidențialității, dar Codul Penal vine în sprijinul acesteia prin mai multe articole, aplicând sancțiuni persoanelor care ar putea aduce prejudicii morale persoanelor afectate sau infectate cu HIV.

**Art. 196 privind divulgarea secretului profesional:**

„Divulgarea fără drept a unor date de către cel căruia i-au fost încredințate sau de care a luat la cunoștință în virtutea profesiei sau funcției, dacă fapta este de natură să aducă prejudicii unei persoane, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni –2 ani sau cu amendă”.

**Art. 205 privind insulta:**

„Atingerea onoarei sau reputației unei persoane prin cuvinte, prin gesturi sau prin orice alte mijloace, ori expunerea la batjocură, se pedepsește cu închisoare de la o lună la 3 luni sau cu amendă. Aceeași pedeapsă se aplică și în cazul când se atribuie persoanei un defect, o boală sau o infirmitate care, chiar reale de ar fi, nu ar trebui relevate”.

**Art. 206 privind calomnia:**

„Afirmarea ori imputarea în public, prin orice mijloace, a unor fapte determinate, privitoare la o persoană, care dacă ar fi adevărată ar expune acea persoană la o sancțiune penală, administrativă sau disciplinară ori disprețului public, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 1 an sau cu amendă”. Eforturile făcute în ultimii ani au dus la realizarea unor progrese în educația oamenilor cu privire la HIV/SIDA.

**Ruperea confidențialității. Unde și cum se poate întâmpla?**

- Uneori, rezultatele testului HIV sunt comunicate dispensarelor înainte ca persoana depistată seropozitivă să se prezinte la medicul curant. Când cadrele medicale nu cunosc legislația privind confidențialitatea, aceasta se poate rupe ușor la acest nivel, în special în comunitățile mici.

Tot la nivelul autorităților, acest lucru se poate întâmpla datorită faptului că angajarea ca asistent personal (drept al persoanelor cu gradul 1 - grau de handicap) se face de către primării, în urma unei anchete sociale, în care

apare diagnosticul HIV/SIDA. Din această cauză, mulți renunță la acest drept, evitând ruperea confidențialității, în special în comunitățile mici, unde toată lumea se cunoaște, iar persoanele seropozitive se tem că nu vor face față reacțiilor și atitudinilor discriminatorii ale celor din jur.

- Ruperea confidențialității de către specialistul cu care vine în contact persoana seropozitivă este o mare dilemă, în care interferează drepturile persoanei cu necesitatea dezvăluirii acestui lucru de către specialist. Există cazuri în care acest lucru este necesar și inevitabil. Ex: în cazul unei persoane cu o boală psihică, care nu are discernământ sau care nu își poate purta singură de grijă sau atunci când riscul transmiterii HIV este foarte mare (exemplu: un agresor sexual) sau când persoana seropozitivă infectează cu bună știință alte persoane, lucru pedepsit prin lege<sup>1</sup>.

Gândindu-ne la persoanele seropozitive ne vom confrunta întotdeauna cu o dilemă: oare confidențialitatea dusă la extrem nu reprezintă tot o formă de marginalizare socială? Înainte de a lua o decizie trebuie analizate toate riscurile, repercursiunile sau beneficiile pe care le va avea un astfel de gest.

Ruperea confidențialității poate afecta atât persoana infectată, cât și membrii familiei sale sau persoane apropiate. Uneori, părinți ai copiilor seropozitivi sau adulți seropozitivi își pot pierde locul de muncă, deși conform Legii 584, art.3<sup>2</sup>, starea sănătății lor nu poate constitui motiv de concediere.

Respectarea confidențialității conduce la un confort al celui aflat în situația de a avea HIV/SIDA, atât la nivel social, cât și la nivel personal, printr-un sentiment de încredere care se stabilește între specialist și persoana infectată cu HIV. De asemenea, garantarea acestui drept reduce riscul transmiterii infecției, prin încurajarea cât mai multor persoane să se testeze HIV.

Această siguranță privind confidențialitatea, însoțită de consilierea pre și post testare HIV poate conduce la depistarea celor infectați și la reducerea riscului de transmitere involuntară.

Cei care sunt infectați HIV+ se confruntă cu etichetarea pe care ceilalți le-o aplică, de „persoană cu SIDA”, care de multe ori primează în stabilirea oricăror contacte interpersonale. Pentru majoritatea populației, SIDA înseamnă imagini terifiante, văzute sau auzite din mass-media și... teama de a nu se infecta. De aceea, persoanele infectate preferă să păstreze secretul diagnosticului lor, inventând boli ca leucemia, hepatita cronică, TBC, pentru a-și păstra demnitatea umană. **Să respectăm deci decizia lor!**

<sup>1</sup> Aceste situații sunt reglementate prin **Legea nr. 584 din 29.10.2002** (publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 814 din 8.11.2002) privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA

<sup>2</sup> **Art. 3 din Legea nr. 584** din 29.10.2002 – „Persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA beneficiază de protecție socială, de tratament nediscriminatoriu în ceea ce privește dreptul la învățătură, dreptul la muncă și protecția socială a muncii și la promovarea profesională, iar starea sănătății lor nu poate constitui criteriu de concediere.”



## CAPITOLUL 3

### Măsuri alternative la instituționalizarea copilului seropozitiv HIV

Cel mai propice mediu de dezvoltare fizică, emoțională, intelectuală a oricărui copil (sănătos sau cu dizabilități) este familia în care s-a născut. De multe ori menținerea copilului în familia naturală nu este posibilă din diferite motive, aceasta abandonându-și copilul pentru o perioadă de timp sau definitiv în spital sau centre de plasament, ori dându-și consimțământul pentru asistență maternală. Separarea copilului de familia sa are repercursiuni grave asupra dezvoltării socio-emoționale și fizice a copilului cum ar fi: lipsa încrederii în sine și ceilalți, interiorizare, minimizarea valorii personale, agresivitate, comportament dificil, afecțiune nediscriminată, lipsa cunoașterii de sine, întârziere în dezvoltarea fizică și intelectuală, dezvoltarea unor complexe de inferioritate, diminuarea capacității de adaptare, dificultăți în a relaționa cu cei din jurul său, inițierea unor sentimente negative. În cazul copiilor seropozitivi HIV mai putem adăuga la toate aceste tare, implicațiile pe care boala le are asupra lor: tratamentul greoi și cu multiple reacții adverse, spitalizări dese și uneori îndelungate, marginalizarea copilului și familiei în comunitatea din care aceștia fac parte. Chiar dacă părintele care și-a abandonat copilul își reia obligațiile față de acesta, nu înseamnă că și celelalte efecte de natură psihotraumatizantă sunt total și definitiv înlăturate. Odată abandonat, copilul se poate confrunta în continuare cu „teama de abandon”.

Ținând cont de toate aceste aspecte, specialiștii care lucrează în domeniul socio-uman recomandă ca soluții viabile la instituționalizare: **reintegrarea în familia biologică/lărgită, asistența maternală sau adopția.**

#### 3.1. Reintegrarea în familia biologică/lărgită

**Reintegrarea** reprezintă revenirea copilului în familia naturală după o perioadă în care a fost separat de aceasta printr-o măsură de protecție luată în momentul în care se afla în dificultate (plasament la un serviciu public specializat sau plasament în asistență maternală) și reluarea relațiilor specifice vieții de familie. Acest lucru poate fi realizat în momentul în care problemele care au dus la dezorganizarea familiei au fost depășite iar familia își manifestă disponibilitatea și are capacitatea de a le depăși.

Motivele pentru care unii părinți nu sunt capabili să-și îndeplinească la un moment dat sau pentru o anumită perioadă de timp responsabilitățile de creștere și îngrijire ale copiilor sunt complexe. În general, **cauzele** care duc la ruptura copilului seropozitiv HIV de familia lui țin atât de contextul socio-economic al familiei dar și de aflarea diagnosticului copilului de către apropiați. De cele mai multe ori familia îl abandonează tocmai pentru că nu poate face față bolii: „unul dintre părinți a aruncat în spatele celuilalt vina de a fi infectat copilul, abandonând familia; celălalt părinte, din ignoranță, din teama de a nu fi infectați și ceilalți membri ai familiei, din



cauza problemelor materiale, au luat în unele cazuri decizia de a abandona copilul fie în spital, fie într-un centru de plasament”<sup>1</sup>.

Datorită creșterii în ultimii ani a incidenței cazurilor de transmitere verticală a virusului (de la mamă la copil) au apărut și situații în care mamele seropozitive (în multe cazuri minore) și-au abandonat copilul în spital-instituții sau au fost de acord cu plasamentul acestuia - pentru o perioadă limitată de timp până la rezolvarea situației de criză – la familia unui asistent maternal.

Există situații în care reintegrarea copiilor seropozitivi ridică anumite **probleme** :

- Situație specială este aceea în care părinții își doresc copilul acasă dar situația materială a familiei nu le permite acest lucru (lipsa unei locuințe, lipsa unui loc de muncă sau a unui venit stabil) – a se vedea studiul de caz prezentat mai jos;
- Copiii nu doresc întoarcerea acasă, învinovățindu-și părinții pentru faptul că sunt abandonați în instituție sau pentru că familia de îngrijire le oferă condiții mult mai bune de trai. Această situație este mai des întâlnită în cazul copiilor abandonați încă de la naștere;
- Personalul instituției de ocrotire nu sprijină procesul de reintegrare în familia biologică sau integrare într-o familie de îngrijire deoarece există temeri legate de posibila pierdere a locului de muncă;
- Deși părinții au posibilități materiale, nu doresc întoarcerea copilului în mijlocul lor din cauza bolii și a repercursiunilor pe care aceasta le poate avea asupra familiei. Ei motivează acest refuz prin faptul că le este teamă să nu fie infectați și ceilalți membri ai familiei, să nu fie respinși de vecini, familie sau comunitate, să nu fie marginalizat copilul sau chiar dați afară de la locul de muncă.

Fiecare dintre aceste situații pot fi remediate prin utilizarea unor argumente bine întemeiate, prin acordarea unui sprijin material sau conectarea familiei la resurse comunitare, în funcție de situație. Părinților copilului sau familiei largite trebuie să li explice faptul că reintegrarea copilului se face treptat, prin parcurgerea mai multor etape și cu sprijin din partea unor persoane abilitate. Această procedură necesită pe de o parte evaluarea și consilierea copilului iar pe de altă parte evaluarea și consilierea familiei biologice.

### **Proceduri utilizate în cazul reintegrării copilului seropozitiv HIV în familia biologică**

În cadrul **evaluării copilului** trebuie să avem în vedere necesitățile acestuia în funcție de vârstă, temperament, nivel de evoluție al bolii, perioada în care copilul a fost separat de familia sa, dacă în această perioadă legăturile cu familia au fost păstrate, școlarizare, tratament și alte nevoi speciale.

<sup>1</sup> „Asistența maternală pentru copilul seropozitiv HIV. Metodologie, standarde, proceduri” Fundația „Alături de Voi” (p. 13), Editura Lumen, Iași, 2003

În cadrul **evaluării familiei** trebuie să avem în vedere situația familială prin identificarea nevoilor materiale sau sociale și a condițiilor morale ale acesteia. Acest lucru se realizează prin vizite la domiciliul acesteia, contactarea familiei extinse pentru a identifica punctele de suport și o evaluare corectă a nevoilor, contactarea autorităților locale care vor fi consultate în legătură cu reîntoarcerea copilului în familie. Familia trebuie sprijinită și pregătită pentru întoarcerea copilului prin conectarea la resurse, sprijin material, asistarea familiei în vederea obținerii drepturilor legale, consilierea familiei și sprijinirea acesteia în vederea stabilirii unui plan de viitor pentru copil, responsabilizarea părinților pentru viitorul copilului. De asemenea, părinții trebuie să fie informați despre condițiile de transmitere a virusului, evoluția bolii, mijloace de prevenire și control, alimentație, tratament și legislație. Aceste intervenții ale asistentului social pot fi extinse și asupra familiei lărgite, educatori sau alte persoane care vor fi implicate în viața copilului, dar toate acestea numai în momentul în care părinții sunt hotărâți să renunțe la confidențialitate. Familia lărgită poate reprezenta un adevărat suport moral și, în anumite situații, chiar material pentru familiile care au în componența lor un copil seropozitiv HIV.

Întreaga evaluare trebuie să se bazeze pe realitatea faptelor astfel încât, hotărârea de reintegrare să constituie cea mai bună soluție pentru copilul respectiv. Fiecare intervenție a asistentului social este consemnată într-un raport ce este ulterior atașat în dosarul copilului, în ideea că fiecare informație este importantă în luarea unei decizii.

În cadrul evaluării, asistentul social care se ocupă de caz va contacta și va purta discuții cu copilul, cu medicul infecționist care se ocupă de cazul acestuia, educatori sau alte persoane din cadrul instituției care pot da referințe despre acesta. Inițial vor fi consultate dosarele copiilor, caietele de evidență a vizitelor care există în instituții precum și alți specialiști din cadrul acestora (psiholog, asistent social, medic, educator). În urma acestor întrevederi copilul, sprijinit de asistentul social va încerca să realizeze **cartea vieții** tocmai pentru ca acesta să înțeleagă mai bine ce i s-a întâmplat, să-și construiască propria identitate, iar asistentul social sau psihologul care lucrează cu copilul să înțeleagă care sunt temerile și așteptările acestuia. Prin realizarea acestei cărți cu siguranță copilul va câștiga mai târziu în lupta cu incertitudinea trecutului său și va ști să privească cu alți ochi viitorul.

Reintegrarea copilului nu se face printr-o trecere bruscă dintr-un mediu (spital, centru de plasament sau familia unui asistent maternal) în altul (familia naturală) ci treptat, prin petrecerea unor perioade, la început mai scurte (câteva ore) urmând ca mai apoi perioadele să se prelungească treptat (câteva zile), în familia biologică. Aceste vizite sunt necesare pe de o parte în vederea identificării problemelor de adaptare care ar putea să apară iar pe de altă parte în vederea acomodării copilului în noua sa locație.

Decizia de reunificare a familiei trebuie să aparțină tuturor persoanelor implicate în procesul de reintegrare (copil – dacă are peste 10 ani este obligatorie obținerea consimțământului copilului, părinți, asistentul social care a instrumentat cazul, personalul instituției de ocrotire).

Reintegrarea copilului se face pe baza unui *dosar* ce trebuie să cuprindă următoarele *documente*: copii după actele de identitate ale copilului și familiei; adeverințe medicale ale părinților; copie după certificatul de încadrare într-un grad de handicap

al copilului (accentuat sau grav); raport de anchetă psiho-socio-medicală eliberată de specialiștii centrului de plasament; adeverință școlară sau aprobarea de transfer școlar a copilului în funcție de caz; hotărârea de internare în instituția de ocrotire sau hotărârea de plasament a copilului în asistență maternală; acte de proprietate asupra unei locuințe, prin care părinții să ateste că pot oferi un adăpost sigur copilului; adeverințe de venit ale părinților; cererea ambilor părinți de externare a copilului din centrul de plasament sau de reîntoarcere a copilului care se află în regim de asistență maternală; ancheta socială de la primăria comunei de pe raza căreia locuiesc părinții în care să fie specificată propunerea de reintegrare a copilului în familia de origine; raport de anchetă psiho-socială întocmit de asistentul social care a instrumentat cazul.

După realizarea reintegrării (copilul este adus în familie prin hotărârea Comisiei pentru Protecția Copilului) asistentul social are obligația de a monitoriza cazul timp de șase luni prin vizite periodice la domiciliul copilului în vederea sesizării oricăror probleme care pot să apară. Vizitele scad în intensitate treptat, până în momentul în care familia este pregătită pentru încetarea relației cu asistentul social, respectiv organizația. Reintegrarea copilului trebuie să fie susținută de consiliere, conectarea familiei la resursele comunitare de care are nevoie dar și de sprijin material atunci când situația o impune. De asemenea, părinții copilului reintegrat trebuie să fie informați despre condițiile de transmitere a virusului, evoluția bolii, mijloace de prevenire și control, alimentație, tratament și legislație.

Responsabilitatea oferirii de condiții de viață optime pentru acești copii revine nu numai familiei, ci și comunității. Comunitatea ar trebui să înțeleagă și să sprijine copiii sau persoanele care suferă de pe urma acestei boli. Toți ar trebui să luptăm pentru schimbarea mentalității și comportamentelor, să mobilizăm resursele sociale și solidaritatea față de acești copii loviți de două ori de viață: pe de o parte de boală, iar pe de altă parte de faptul că nu au parte de dragostea și căldura unei familii.

În continuare prezentăm 2 studii de caz, respectiv:

- Cazul unui copil seropozitiv HIV ce a fost instituționalizat în cadrul unui centru de plasament și a fost reintegrat în familia lărgită;
- Cazul unui copil născut din mamă seropozitivă HIV aflat în familia unui asistent maternal profesionist pentru care planul de viitor este reintegrarea în familia biologică.

## Studiu de caz 1

### 1. Date de identificare copil

Numele și prenumele: C. G.  
 Data și locul nașterii: 02.09.1988, Com. D, jud. I.  
 Greutatea: 45 Kg  
 Înălțime: 153 cm  
 Domiciliul actual: familia lărgită – sora copilului

### 2. Istoricul social al copilului

Minora C. G., născută la data de 2 septembrie 1988 în comuna D., jud. I., este fiica lui C. și V. G., cu domiciliul în satul B., comuna D., județul I. Fetița prezintă diagnosticul de boală SIDA, stadiul C1.

Minora provine dintr-o familie legal constituită. Din căsătorie au mai rezultat doi copii: M.G. (căsătorită T.), născută la data de 17 februarie 1979 în orașul H. și E.G., născută la data de 31 iulie 1986 în comuna D, județul Iași.

Problemele în familie au început să apară în anul 1995 când fetița a împlinit 7 ani. Fiind internată în Spitalul Clinic de copii „Sf. Maria” la secția Chirurgie infantilă a fost diagnosticată cu „retracție eetrogenă cvadriiceps bilateral”, „pneumonie interstițială” și „sindrom alcool fetal”.

După 2 ani de la internare, în urma unor investigații medicale amănunțite, fetița a fost depistată HIV pozitiv, respectiv când aceasta avea vârsta de 9 ani. Deoarece, în acea perioadă, familia nu avea o situație materială necesară îngrijirii copilului, părinții au dorit ca fetița lor să fie internată în Centrul de Plasament G., unde să beneficieze de tratament medical și psihologic corespunzător nevoilor copiilor infectați cu HIV, precum și de îngrijirea de către personal instruit, deoarece aceștia nu aveau cunoștințe despre boală. Pe toată perioada, minora a fost vizitată de câteva ori de tată și foarte des de sora ei, M.T. și de soțul acesteia.

În iulie 2001, tatăl a decedat, fetița nemaifiind vizitată decât de surorile și de cumnatul ei. Din evidența vizitelor s-a constatat că nu a fost vizitată de mamă, pe toată perioada instituționalizării (2000-2004), decât de 2 ori. Într-una din cele două vizite, mama a venit în stare de ebrietate. Motivul invocat de mamă pentru care a vizitat-o pe fetița atât de rar a fost lipsa banilor.

Din anchetele sociale efectuate de către asistentul social din comuna D, de asistentul social de la Centrul de Plasament, din afirmațiile fiicelor sale, cât și din vizitele efectuate de asistentul social al Fundației „Alături de Voi”, care are în evidență cazul, rezultă că mama fetei, V.G., consumă frecvent și în mod abuziv băuturi alcoolice.

După decesul soțului, mama fetiței a locuit la diferiți concubini, în prezent aflându-se la domiciliul numitului V.M., în vârstă de 72 de ani, din sat B., com. D., jud. Iași.

Datorită apariției unor situații conflictuale datorate comportamentului mamei, sora mijlocie, E.G., s-a mutat împreună cu sora sa mai mare, imediat după căsătoria acesteia în satul P. M., comuna D., județul Iași.

Mama minorei C.G., posedă o casă de locuit compusă din trei camere, modest mobilate și o anexă gospodărească. Datorită neplății, locuința a fost deconectată de la rețeaua electrică. În prezent, mama nu realizează venituri financiare și nu este în evidența Serviciului Social al Primăriei D. cu ajutor social.

În urma evaluărilor efectuate s-a constatat că mama minorei nu prezintă garanții morale și material-financiare pentru a-i oferi o creștere și o îngrijire corespunzătoare fiicei sale. Sora mai mare a minorei, M. T. și-a exprimat dorința de a o lua în plasament pe sora sa. Din cauza relațiilor tensionate dintre fiica mai mare și mamă, cea din urmă s-a opus acestei dorințe prin refuzul de a-și da acordul pentru plasament în familia lărgită.

### 3. Dezvoltarea psiho-motorie; starea de sănătate

Date cu privire la nașterea copilului nu se cunosc. Primele date sunt înregistrate în anul 1995, când fetița a fost internată la Spitalul Clinic de copii „Sf. Maria” fiind

diagnosticată cu „retracție eatorogenă cvadriceps bilateral”, „pneumonie interstițială” și „sindrom alcool fetal”. În anul 1997 a fost diagnosticată ca fiind seropozitivă HIV.

Starea de sănătate actuală nu prezintă manifestări clinice acute. Diagnosticul actual arată astfel: boală SIDA stadiul C1, hepatită cronică, retracție bilaterală cvadriceps și retard mintal ușor (QI=51).

Copilul nu prezintă reacții adverse la medicamente și nici nevoi speciale referitoare la medicație.

Recomandările medicului pediatru din Centrul de Plasament G., sunt următoarele:

- continuarea tratamentului antiretroviral sub observația personalului medical din Spitalul de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași;
- luarea în evidență de către un medic de familie;
- regim alimentar hipercaloric și hiperproteic;
- program regulat de odihnă;
- efort fizic scăzut.

#### 4. Dezvoltarea socio-emoțională

Pe toată perioada evaluării, fetița s-a dovedit a fi foarte apropiată de familia ei și în special de surorile sale. C.G. este o persoană sociabilă, comunicativă, sufletistă care își dorește foarte mult căldura unei familii. În timpul vizitelor pe care asistentul social al Fundației „Alături de Voi” le-a efectuat împreună cu fetița la familia surorii mai mari, T. M., a simțit nevoia de a fi ocrotită și îngrijită într-o familie și și-a exprimat dorința de a fi alături de surori, de cumnat și de cei doi nepoți.

Atașamentul față de familia surorii sale s-a dovedit și prin faptul că de fiecare dată când a mers în vizită le-a dat membrilor familiei diferite cadouri simbolice, în special, jucării pe care le-a primit cu diverse ocazii.

La începutul evaluării, Fundația „Alături de Voi” a încercat să identifice posibilitatea reintegrării copilului în familia biologică, dar fetița nu era atașată de mama sa, deoarece a vizitat-o foarte rar și nu s-a interesat de ea în timpul cât a fost instituționalizată în Centru de Plasament G. Cu toate acestea vorbește cu respect despre mamă și dorește să meargă să o viziteze când va fi posibil.

#### 5. Programul zilnic și adaptarea

Înainte ca minora C.G. să fie plasată în familia lărgită era elevă în clasa a VII-a la Școala Specială „C.P.” Iași. În timpul anului școlar fetița mergea la școală de la ora 8 până la ora 13. În fiecare după-amiază fetița participa la cele 3 ore de meditație desfășurate în Centrul de Plasament G. În prezent ea este elevă în clasa a V-a la Școala cu clasele V-VIII din satul P.M., com. C., jud. Iași. Diferența de două clase se datorează orientării școlare efectuate de Serviciul de Evaluare Complexă, deoarece copilul nu avea cunoștințe corespunzătoare clasei a VII-a din cauza neconcordanței materiei predate la școala specială și cea din școala de masă. Locul meditațiilor a fost ocupat de orele pe care le petrece cu sora mai mare care o ajută la lecții și îi explică ceea ce este mai dificil. Sora a ajutat-o să învețe tabla înmulțirii, să citească și să scrie corect.

Pentru a ușura integrarea copilului în școala de masă, Fundația „Alături de Voi” a organizat campanii de informare și conștientizare cu privire la problematica HIV/SIDA în rândul profesorilor, elevilor și părinților din clasa unde fetița învață în

prezent. Campania de informare a fost necesară cu atât mai mult cu cât în satul în care locuiește sora fetiței se știa despre diagnosticul copilului.

În Centrul de Plasament copilul avea un program alimentar care cuprindea 3 mese pe zi și două gustări. Meniul zilnic era corespunzător cerințelor vârstei și bolii de care suferă, având nevoie de o alimentație hipercalorică și hiperproteică. Menționăm că același program adecvat îl are și în familia surorii ei care are în vedere toate cerințele bolii copilului.

În Centrul de Plasament își petrecea timpul liber împreună cu prietenele ei jucându-se, urmărind diferite programe la televizor sau desenând. Acum, în familie, are ocazia să facă și alte lucruri, de ex. să-și ajute sora la gătit, să aibă grijă de nepoții ei, să petreacă mai mult timp în aer liber, etc.

Având o fire sociabilă și prietenoasă, fetița nu a avut niciodată probleme cu alți copii din centru și nici cu noii săi colegi de clasă de care s-a atașat foarte repede, iar câțiva dintre ei i-au devenit buni prieteni.

În urma discuțiilor cu profesorii am observat că fetița dă dovadă de o puternică voință și încearcă să recupereze noțiunile ce-i lipsesc pentru a ajunge la nivelul de cunoștințe al celorlalți colegi.

## 6. Date de identificare a familiei lărgite

1. Numele și prenumele: T. M.  
 Data și locul nașterii: 17 februarie 1979, orașul H., jud. Iași  
 Starea civilă: căsătorită  
 Studii: 8 clase  
 Profesia: –  
 Ocupația: casnică  
 Starea de sănătate: bună  
 Domiciliul: sat P. M., comuna C., județul Iași

2. Numele și prenumele: T. I.  
 Data și locul nașterii: 18 iulie 1973, orașul H., jud. Iași  
 Stare civilă: căsătorit  
 Studii: 10 clase + școala profesională  
 Profesia: mecanic auto  
 Ocupația: agricultor  
 Stare de sănătate: bună

Soții T. s-au căsătorit pe data de 14 mai 2001 la Primăria comunei C. și au doi copii: T. G., născut la data de 17 mai 2001 și T. A., născută la data de 20 mai 2003.

Cei doi copii nu prezintă probleme de sănătate (boli cronice sau psihice) și sunt dezvoltăți corespunzător din punct de vedere fizic și intelectual.

Soții T. posedă o casă de locuit compusă din patru camere (două camere nu sunt locuibile) și anexe gospodărești. Încăperile sunt mobilate în mod adecvat, încălzirea se face cu lemne de foc, iar condițiile igienico-sanitare sunt corespunzătoare.

Familia deține o vacă, o căruță cu cal, un porc și 30 de păsări. Familia lucrează în arendă o suprafață de 4 ha de teren agricol. De asemenea, au și un autoturism Dacia 1310. Din comercializarea produselor agricole ei obțin un venit lunar de aproximativ 3 000 000 lei.



Soții T. au vizitat-o pe C. în centru frecvent și au dorit foarte mult ca minora să locuiască împreună cu ei. Fetița este foarte apropiată atât de surorile și cumnatul ei, cât și de cei doi nepoți.

Soții au un comportament liniștit atât în familie, cât și în societate și nu au săvârșit abateri de la regulile de conviețuire socială. Relațiile familiale sunt armonioase, soții se susțin reciproc și au o grijă deosebită față de cei doi copii ai lor.

Pentru a o lua în plasament pe sora, respectiv cumnata G. C., cei doi soți s-au informat din diverse materiale informative cu privire la boala fetiței.

Sora fetiței a dorit reintegrarea în familie a copilului mult mai înainte, dar nu au reușit acest lucru, deoarece casa în care locuiesc era în construcție și mai era nevoie de o perioadă mai lungă de timp pentru a putea fi mobilată și utilată corespunzător nevoilor copilului.

În prezent, situația material-financiară și condițiile de locuit le permit să-i ofere minorei G.C. un mediu favorabil stării sale de sănătate, îngrijirii și educației sale adecvate.

Reintegrarea în familia lărgită a presupus și oferirea unui sprijin material din partea Fundației „Alături de Voi”, constând în îmbrăcăminte, piese de mobilier și rechizite școlare pentru fetiță.

## 7. Concluzii

În urma recomandării asistentului social al Fundației „Alături de Voi” cu privire la reintegrarea copilului în familia lărgită, pe data de 21.09.2004 Comisia pentru Protecția Copilului Iași, a aprobat plasamentul minorei G.C. în familia surorii sale T. M. și integrarea acesteia într-o școală de masă în clasa a V-a.

Copilul se află în prezent în evidența Fundației „Alături de Voi”, asistentul social monitorizând cazul pentru a urmări acomodarea copilului în familie.

Atât fetița, cât și sora, respectiv cumnatul său beneficiază de servicii psihologice oferite de Fundația „Alături de Voi” prin participarea la grupurile de terapie și suport organizate de psihologul fundației.

## Studiu de caz 2

### 1. Date de identificare copil:

Numele și prenumele: H. G.  
 Data și locul nașterii: 15.03.2003, I.  
 Greutatea: 11 Kg  
 Talia: 72 cm  
 Domiciliul actual: I., familia asistentului maternal

### 2. Istoricul social al copilului

Povestea nou-născutului H.G. și a familiei acestuia este cea a unui copil născut în urma unei relații de concubinaj dintre numita D.I., în vârstă de 14 ani și concubinul acesteia, H.C., în vârstă de 26 ani.

Încă de la o vârstă mică, mama copilului nu a avut parte de un climat familial armonios în care să poată crește normal, să fie înconjurată de afecțiune și

înțelegere, precum și să primească o educație corespunzătoare. Părinții, preocupați mai curând de relațiile personale extraconjugale decât de creșterea și educarea propriilor copii, s-au despărțit chiar în momentul în care D.I. avea cea mai mare nevoie de sprijinul lor. Astfel, în anul 2001, D.I. a ajuns să doarmă în stradă și să se hrănească din mila celorlalți. Până într-o zi în care l-a cunoscut pe viitorul ei concubin, H.C., în vârstă de 26 ani. Întâlnirea cu acesta, în iarna anului 2001, a însemnat pentru D.I. posibilitatea de a-și întemeia propria familie, de care ea a fost vitregită în copilărie.

După aproximativ 6 luni de conviețuire, D.I. a rămas însărcinată la vârsta de numai 13 ani. Fiind luată în evidența medicului de familie, minorei i s-au efectuat analizele medicale specifice; de asemenea, i s-au recoltat probe de sânge în vederea testării HIV. În luna martie 2003, D.I. a fost diagnosticată cu HIV pozitiv, pe când se afla în ultimul trimestru de sarcină. De asemenea, analizele medicale au confirmat și prezența sifilisului congenital la ambii parteneri.

Cazul minorei însărcinate a ajuns în atenția asistentului social al Fundației „Alături de Voi” din momentul internării acesteia în cadrul Spitalului de Boli Infecțioase. Împreună cu medicul specialist infecționist al mamei seropozitive, asistentul social a discutat cu ambii parteneri despre diagnosticul mamei, oferind toate informațiile necesare privind infecția HIV/SIDA. Din fericire, concubinul mamei, în urma testării HIV, nu a fost depistat ca fiind seropozitiv, recomandarea fiind de repetare a testului peste 6 luni.

În martie 2003, minora a dat naștere lui H.G. Deoarece exista riscul transmiterii infecției HIV la nou-născut prin intermediul unei nașteri normale, medicii au fost nevoiți să intervină chirurgical pentru ca șansele copilului de a nu contacta HIV să fie mai mari.

La câteva zile după naștere, mama și copilul au fost luați în îngrijirea concubinului, respectiv al tatălui, la domiciliul său din sat C., com. P., jud. Iași. Asistentul social a lucrat îndeaproape cu familia pentru a se asigura că starea de sănătate a copilului nu este pusă în pericol. Evaluarea condițiilor materiale a pus în evidență un mediu necorespunzător din punct de vedere igienic și al condițiilor de locuit pentru creșterea și îngrijirea unui nou-născut. Deoarece tatăl și-a dorit foarte mult acest copil, nu a fost de acord cu propunerea asistentului social de a-l plasa pentru o perioadă temporară de timp la un asistent maternal profesionist.

Familia locuia într-o casă alcătuită din patru camere și un hol la intrare, modest mobilate și neîngrijite cu pereții mucegăiți; de asemenea, casa era proprietatea fratelui tatălui împreună cu care împărțeau cele patru camere. Principala sursă de încălzire a camerelor era reprezentată de o sobă din lut, alimentată cu vreascuri uscate. Familia nu deținea în proprietate teren agricol arabil vilan sau extravilan și aveau doar câteva păsări în curte. Veniturile familiei erau ocazionale și proveneau din vânzarea cartoanelor colecționate pe stradă sau munca cu ziua, pe perioada verii, în construcții.

Ca urmare a acestui fapt, asistentul social a început efectuarea vizitelor săptămânale la familie pentru a verifica condițiile în care este îngrijit copilul. Surprizele nu au întârziat să apară. Deși mamei i s-au dat toate explicațiile necesare modului

cum să-și hrănească nou-născutul și a fost sprijinită prin acordarea gratuită de lapte praf și produse de igienă pentru acesta, în data de 25 aprilie 2003, asistentul social a fost nevoit să intervină de urgență prin internarea copilului la secția de distrofici a Spitalului de Pediatrie „Sf. Maria”, Iași. Acesta a fost diagnosticat cu distrofie gradul I, pneumonie interstițială și anemie carentială. Medicul pediatru a afirmat că această stare a copilului s-a datorat faptului că nou-născutul nu a fost suficient hrănit. Copilul a rămas internat, fără a fi însoțit de mama sa (medicul pediatru a crezut că nu este necesară și internarea acesteia), până la data de 7 mai, starea de sănătate a nou-născutului reabilitându-se în mod vizibil.

Și de această dată părinții (în special tatăl) au dorit să ia copilul acasă, luându-și responsabilitatea acordării unei îngrijiri corespunzătoare. Din acel moment, copilului i s-a acordat o mai mare atenție iar tatăl s-a implicat mai mult în creșterea copilului. Ori de câte ori i se făcea o programare de către asistentul social al Fundației „Alături de Voi”, medicul specialist sau medicul de familie, tatăl se prezenta cu regularitate, fiind interesat de soarta fiului său. Cei doi părinți mai erau ajutați în creșterea copilului de către nașii de botez ai acestuia.

Fiind influențată de către mama și sora sa, minora D.I. a părăsit domiciliul conjugal în data 18 iunie 2003 și a plecat împreună cu acestea în mun. Petroșani, jud. Hunedoara. Tatăl a aflat cu puțin timp înainte de intenția acesteia de a părăsi domiciliul împreună cu nou-născutul dar, acționând la timp, a împiedicat plecarea copilului din familie. În aceste condiții și fiind preocupat în mod vizibil de situația fiului său, tatăl a solicitat plasarea copilului pe o perioadă determinată (un an) la un asistent maternal, din următoarele motive:

- nu are un loc de muncă și un venit financiar stabil care să-i poată permite asigurarea condițiilor corespunzătoare de creștere și educare a copilului;
- condițiile de locuit nu sunt corespunzătoare pentru creșterea acestuia; tatăl intenționează să consolideze casa și să creeze condițiile reîntoarcerii copilului în familie;
- tatăl nu are abilitățile necesare pentru îngrijirea unui copil de vârstă mică.

La sfârșitul lunii septembrie 2003, mama D.I. s-a întors la domiciliul concubinului iar de atunci vine împreună cu acesta (o dată pe lună) să-și vadă copilul.

În toată această perioadă asistentul social care s-a ocupat de caz a lucrat cu părinții copilului dar și cu familia extinsă în vederea reintegrării acestuia în familie. Astfel, mama copilului a fost înscrisă la un curs de educație parentală pe care nu l-a frecventat din „lipsă de timp”. De asemenea, Fundația „Alături de Voi” a sprijinit părinții copilului prin acordarea unor materiale de construcții (casa în care locuiesc necesită reparații și curățenie generală) și s-a încheiat un contract cu părinții copilului prin care aceștia se obligă să-și îmbunătățească condițiile de locuit, condițiile materiale și financiare, să obțină documentele necesare pentru încadrarea lui D.I. într-un grad de handicap dar și documentele din care să reiasă că au un domiciliu stabil (act de primire în spațiu de către fratele mai mare al tatălui).

### 3. Dezvoltarea psiho-motorie; starea de sănătate

H.G. a fost născut prin operație cezariană, înregistrând la naștere o greutate de 3,600 Kg și o înălțime de 54 cm. Imediat după naștere, copilului a început să i se administreze tratament profilactic în vederea prevenirii infecției HIV. Copilul a fost dus la spital pentru analize la intervale regulate de timp, respectiv 1 lună, 3 luni și

6 luni. În prezent nu i se mai administrează tratament profilactic, ultimele analize demonstrând că el este seronegativ. Cu toate acestea la 1 an și 8 luni lui G. i se va recolta o nouă probă de sânge pentru a i se da un diagnostic final.

De asemenea, copilului i s-a făcut tratament cu calciu și fier în vederea tratării anemiei și a rahitismului, și i s-au administrat vaccinurile corespunzătoare schemei de vaccinare a bebelușilor de 13 luni.

Dacă la începutul plasamentului, copilul prezenta întârziere atât la nivelul motricității generale (nu reușea să-și mențină capul ridicat timp îndelungat), cât și la nivelul motricității fine (nu păstra un obiect în mână și nu-l ducea la gură pentru a-l explora) în prezent, copilul este dezvoltat normal – merge singur, cu pași largi, fără a îndoi picioarele, poate să ducă în mânăuță obiecte pe care mai apoi le dă de jos, îi place să deseneze (mâzgălească) pe hârtie și să cerceteze tot ce îl înconjoară. Asistentul maternal stimulează copilul prin exerciții fizice, vorbind cu el, cântându-i și spunându-i povești.

Ținând cont că în momentul plasamentului G. avea greutatea de 4600 gr. și înălțimea de 56 cm, distrofie gradul I și anemie carențială iar la vârsta de 1 an și 2 luni cântărea 11 Kg și avea o lungime de 72 cm se poate afirma că băiețelul a recuperat foarte bine din punct de vedere fizic.

#### 4. Dezvoltarea socio-emoțională

Mama copilului a fost persoana de referință pentru copil, până în momentul în care aceasta a plecat de la domiciliu, părăsindu-și băiețelul și concubinul. Aceasta stătea în permanență lângă copil, cu excepția perioadei de spitalizare a acestuia la Spitalul Sf. Maria (25 aprilie – 7 mai, 2003). Fiind minoră și fără experiență în creșterea unui copil, mama nu a deprins abilitățile necesare creșterii și îngrijirii corespunzătoare a fiului ei. Întâmpina mari dificultăți atunci când îl schimba și cerea ajutorul concubinului ei în realizarea acestui lucru. Copilul nu a beneficiat de o igienă corespunzătoare în familie, date fiind și condițiile de locuit ale acesteia. Deși familia fusese informată cu privire la necesitatea efectuării de 2-3 ori/săptămână a băii generale pentru copil, familia abia dacă reușea o dată la două săptămâni să facă acest lucru.

După plasament, G. a recuperat și din punct de vedere emoțional. Astfel, se joacă cu băiatul asistentului maternal în vârstă de 5 ani și îi place să fie în compania asistentului maternal. De asemenea, și familia asistentului maternal este foarte atașată de copil, existând dorința acestora de a adopta copilul în cazul în care nu va fi posibilă reintegrarea acestuia în familia biologică.

#### 5. Programul zilnic și adaptarea

Fiind la vârsta de 13 luni, programul copilului este diversificat. Doarme o dată pe zi câte două – trei ore, îi place să se joace în aer liber, să fie în preajma membrilor familiei asistentului maternal, să i se vorbească și să fie ținut în brațe. Dacă vremea este favorabilă, copilul este scos la plimbare zilnic, atât dimineața cât și seara. După plimbarea de seară, asistentul maternal îi face băiță, gimnastică și masaj.

#### 6. Date de identificare a asistentului maternal

Numele și prenumele: I.P.  
 Data și locul nașterii: 8.02.1976, I.  
 Adresa: I.  
 Numărul și data atestării: 1028/R2 din 13.05.2003

Doamna I.P. provine dintr-o familie numeroasă cu cinci copii. A avut parte de o copilărie și o adolescență fericită, crescând într-un climat familial armonios, înconjurată de afecțiune și înțelegere. A absolvit, în anul 1994, Liceul M.S. Iași, secția Psihologie – Științe Sociale. După absolvirea liceului a lucrat ca speaker la două dintre cazinourile din Iași, fiind colegă de serviciu cu viitorul său soț G.C., pe care l-a cunoscut în anul 1995. În anul 1996 s-au căsătorit, iar în anul 1999 li s-a născut singurul copil, T. Ș. Familia I. își dorește mult un al doilea copil, starea de sănătate a doamnei I. împiedicându-i să-și realizeze acest vis. În prezent, domnul I. este liber profesionist, oferind servicii ca instalator sanitar, zugrav sau tâmplar, veniturile obținute de pe urma prestării acestor servicii oscilând între 5 și 10 milioane lunar.

În familie relațiile sunt armonioase, soții se susțin reciproc, cea mai mare grijă a lor fiind fiul lor Ș. Doamna I. este o persoană sociabilă, realistă, ordonată, interesată de educația copilului și viitorul familiei ei.

Motivația familiei I. de a lua în îngrijire un copil a fost aceea că această meserie îi va permite doamnei să aibă grijă de propriul copil, să aibă continuitate în muncă dar și să suplimenteze veniturile din casă.

Doamna I. a participat în perioada 24.03.-28.03.2003 la cursul de pregătire organizat de către Fundația „Alături de Voi” pentru asistentul maternal profesionist, la sfârșitul căruia a obținut 200 puncte din 200 posibile. Doamna I. a avut o participare activă și interesată pe tot parcursul cursului, acest lucru demonstrând faptul că este motivată să ia un copil în îngrijire.

Deoarece au un băiețel de cinci ani care nu are capacitatea de a înțelege boala și nici nu știe să se protejeze în caz de accident, familia a optat pentru un copil cu vârsta până într-un an.

Familia este conștientă de faptul că părinții lui G. nu-i vor putea oferi condițiile materiale și nici educația pe care i-o pot acorda ei, de aceea nu numai că nu sunt de acord cu întoarcerea copilului în familie, dar sunt dispuși chiar să-l adopte dacă părinții și-ar da consimțământul.

### 7. Procesul de potrivire între copil și asistentul maternal

În momentul în care tatăl a solicitat Fundației „Alături de Voi” ca fiul său să meargă în familia unui asistent maternal profesionist pentru o perioadă limitată de timp, s-a început procesul de identificare a unei familii care să răspundă nevoilor specifice ale băiețelului (asistent maternal profesionist aflat în evidența fundației noastre). Acest proces s-a desfășurat în mai multe etape:

**Potrivirea teoretică** a avut loc în data de 23 iunie 2003, avându-se în vedere următoarele criterii: vârsta copilului, interesele și nevoile speciale ale acestuia, preferințe și disponibilități ale asistentului maternal privind copilul, reședința asistentului maternal, vârsta copilului din familie, nivelul de educație și pregătirea asistentului maternal, experiența de părinte a acestuia, atitudinea față de copiii cu nevoi speciale. Matching-ul teoretic s-a realizat cu participarea asistentului maternal – doamna I. P., a asistentului social al copilului, precum și cu asistentul social al asistentului maternal.

Toate părțile implicate în procesul de plasament al copilului H.G. au fost informate și pregătite pentru acest proces. Astfel, tatăl copilului a fost informat cu privire la



familia care îi va îngriji copilul pentru o perioadă de timp, asistentul maternal a fost informat cu privire la istoricul social al copilului, starea de sănătate, dezvoltarea socio-emoțională și cognitivă precum și programul zilnic. Asistentul maternal a primit din partea asistentului social al copilului un raport ce cuprindea toate aceste informații precum și fotografiile ale copilului.

**Matching-ul practic** a început în data de 24 iunie 2003 prin vizita asistentului maternal la Spitalul de Copii „Sf. Maria”, unde H.G. era internat pentru recuperare. Asistentul maternal a fost însoțit la spital de cei doi asistenți sociali, a copilului și a familiei. De asemenea, asistentul maternal s-a întâlnit și cu medicul pediatru de la care a primit informații precise cu privire la evoluția stării de sănătate a copilului. Asistentul maternal a efectuat vizite periodice băiețelului pe toată durata spitalizării acestuia.

## 8. Concluzii

Deși s-a încercat menținerea copilului în familia biologică (inclusiv în familia extinsă) pe toate căile (consiliere, sprijin moral și material), posibilitățile ca acesta să rămână în familie au fost minime. Datorită faptului că tatăl nu avea posibilitatea să-i asigure condiții normale de creștere și educare iar starea de sănătate a băiețelului era precară (anemie carențială, pneumonie virală și distrofie gradul I), la propunerea asistenților sociali ai Fundației „Alături de Voi”, Comisia pentru Protecția Copilului Iași a hotărât plasamentul copilului H.G. la asistentul maternal profesionist I.P. pe o perioadă determinată de un an de zile. Planul de permanență a copilului este reintegrarea acestuia în familia biologică.

Părinții copilului sunt monitorizați de către asistenții sociali ai Fundației „Alături de Voi”, evaluându-se posibilitățile de reîntoarcere a copilului în familie. În nenumărate rânduri tatăl lui G. a venit în vizită la copil sub influența băuturilor alcoolice, într-una dintre întâlniri devenind agresiv cu personalul fundației atât verbal cât și comportamental, fără să țină cont că tonul ridicat a speriat copilul. De asemenea, i-am sprijinit pe părinții lui H. G. prin acordarea unor materiale de construcții – var, aracet și culoare pentru var (casa în care locuiesc necesită reparații și curățenie generală) și am încheiat un contract cu părinții copilului prin care aceștia se obligă să-și îmbunătățească condițiile de locuit, condițiile materiale și financiare, să obțină documentele necesare pentru încadrarea mamei lui G. într-un grad de handicap dar și documentele din care să reiasă că au un domiciliu stabil (act de primire în spațiu de către fratele tatălui). Acest lucru a fost consemnat în dosarul copilului și adus la cunoștința D.A.S.-ului prin intermediul raportului lunar. În cazul în care aceste obligații nu sunt îndeplinite plasamentul copilului va fi prelungit pentru încă o perioadă de timp care să le permită părinților copilului îmbunătățirea condițiilor de trai.

### 3.2. Asistența maternală pentru copilul seropozitiv HIV și copilul născut din mamă seropozitivă HIV

Ocrotirea copiilor seropozitivi HIV într-o familie de îngrijire temporară a fost, la noi în țară, până în anul 1996, un vis pe care atât specialiștii din domeniu cât și copiii seropozitivi HIV abandonați îl credeau imposibil de realizat. Organizația Holt International Children's Services România a fost cea care, într-o perioadă în care legislația ce reglementa acest mod de îngrijire nu exista încă, a avut curajul să



experimenteze acest program în județele Constanța și Mureș, răspunzând astfel nevoii copiilor seropozitivi aflați la risc de abandon sau abandonați în spitale ori centre de plasament de a avea o familie.

Experiența practică dar și cercetarea efectuată în 2002 de către Institutul de Cercetare a Calității Vieții, București a evidențiat care sunt diferențele dintre copiii seropozitivi ocrotiți într-o familie față de copiii HIV instituționalizați și de asemenea, de ce este considerată asistența maternală o alternativă viabilă și poate singura (un copil seropozitiv HIV are șanse reduse la adopție) la instituționalizare. Astfel, s-a constatat că un copil seropozitiv HIV din asistență maternală este acceptat în comunitate cu mai multă ușurință decât un copil infectat HIV instituționalizat. Evaluarea psihologică efectuată pe un eșantion reprezentativ de copii seropozitivi ocrotiți atât într-o familie de asistenți maternali, cât și în centrele de plasament a demonstrat prezența unei deficiențe moderate în dezvoltarea mentală a copiilor seropozitivi instituționalizați comparativ cu gradul normal de dezvoltare mentală al copiilor seropozitivi HIV din familii. De asemenea, s-a constatat că plasamentul sau încredințarea copilului seropozitiv pe o perioadă nedeterminată la un asistent maternal, pregătit și atestat în acest scop, crește speranța de viață a copiilor datorită climatului socio-afectiv oferit acestora. În plus, îngrijirea în familie presupune costuri mai mici decât îngrijirea din cadrul unei instituții tip centru de plasament.

La aceste argumente se mai adaugă și numărul mare de copii seropozitivi HIV la risc sau abandonați, motiv pentru care odată cu înființarea Fundației „Alături de Voi” România (ADV), la inițiativa și cu sprijinul Organizației Holt International Children’s Services în februarie 2002, programul a fost preluat, dezvoltat și replicat în alte județe din țară în afară de Constanța și Mureș.

O situație aparte întâlnim în județul Iași unde cei 41 de copii seropozitivi HIV abandonați sunt internați într-un centru de plasament special creat pentru îngrijirea lor. Acești copii au vârsta cuprinsă între 10 și 16 ani și urmează o școală specială pentru copii cu deficiențe mintale cu toate că nivelul intelectual al multora dintre ei le-ar permite frecventarea unei școli de masă. Pentru ei programul de asistență maternală a demarat la începutul anului 2003 prin recrutarea, evaluarea, instruirea și atestarea unui număr de patru asistenți maternali urmând ca în perioada următoare, în parteneriat cu Direcția de Asistență Socială pentru Copil și Familie, rețeaua să fie mărită la 11 asistenți maternali.

Un aspect foarte important îl constituie faptul că în acești șapte ani atitudinea comunității față de situația copiilor seropozitivi s-a schimbat în bine. Astfel, la debutul programului în 1996, în Constanța și Tg. Mureș, cei care doreau să ia în plasament copii seropozitivi proveneau din rândul familiilor care aveau propriul copil infectat HIV. În momentul în care acest program a demarat și la Iași existau temeri că această situație se va repeta. Dar nu a fost așa. Spre marea surpriză a specialiștilor care lucrau pe acest program această ipoteză a fost infirmată. Peste 160 de cereri de a deveni asistenți maternali au venit din partea unor persoane care nu aveau în propria familie sau în familia lărgită vreun membru care să sufere de această boală. Astfel, am constatat că motivația acestor persoane a fost aceea de a susține efectiv copilul în lupta sa nemiloasă cu boala, prejudecățile și mentalitatea care existau în urmă cu câțiva ani dispărând, fiind înlocuite cu ideea că acești copii fac parte integrantă din comunitatea în care trăim.

Urmărind standardele și procedurile în vigoare specialiștii fundației au identificat în această perioadă familii de ocrotire pe termen lung pentru un număr de 14 copii seropozitivi HIV, procedura de recrutare, evaluare, instruire, atestare și plasament continuând și în perioada următoare.

Susținuți de expertiza practică pe care o deținem și în baza legislației în vigoare, specialiștii Fundației „Alături de Voi” România (ADV) au elaborat în anul 2002 un manual de metodologie, standarde și proceduri în asistența maternală pentru copilul seropozitiv HIV, manual util atât profesioniștilor din domeniu, asistenților maternali sau studenților din domeniul socio-uman. Cuprinsul manualului urmărește care sunt pașii pentru ca o persoană să devină asistent maternal profesionist (recrutarea; evaluarea psiho-socio-medicală a persoanelor care solicită să devină asistenți maternali precum și a membrilor familiilor lor; instruirea și sprijinul în atestarea ca asistent maternal profesionist) precum și modul în care un copil seropozitiv aflat la risc sau abandonat ajunge în familie (evaluarea psiho-socio-medicală a copiilor seropozitivi HIV care au nevoie să fie ocrotiți temporar în regim de asistență maternală; construirea unui plan de permanență pentru copil; realizarea matching-ului teoretic și practic între asistentul social al copilului, asistentul social al asistentului maternal, asistentul maternal și copil; modalitatea în care se face încredințarea sau plasamentul copilului seropozitiv la asistentul maternal profesionist). De asemenea, este foarte important de știut care sunt procedurile de angajare ale asistentului maternal, conectarea acestuia la resursele comunitare în domeniu, dar și monitorizarea plasamentului și grupurile de suport pentru copii cât și pentru asistenții maternali în vederea îmbunătățirii calității serviciilor oferite.

Principalele caracteristici ale programului de asistență maternală pentru copilul seropozitiv HIV sunt următoarele:

- Este **pe termen lung** deoarece decizia părinților este în majoritatea cazurilor ireversibilă deoarece și boala copilului este incurabilă;
- Este **planificată** deoarece ceea ce se întâmplă cu copilul în timpul îngrijirii nu este întâmplător, ci se urmărește planul de viitor al copilului;
- Resursa esențială este **familia de îngrijire/asistentul maternal** care acordă îngrijire într-un mediu familial unui copil care nu îi este rudă, oferind acestuia posibilitatea de a beneficia de supraveghere și atenție individualizată pe care numai o familie le poate acorda;
- Îngrijirea temporară implică **munca în echipă** între familia de îngrijire și asistentul maternal.

Încurajați de faptul că acest program a fost recunoscut și premiat la categoria „Servicii de Asistență Maternală”, în iunie 2003, de către „Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională”, „World Learning” prin programul Child Net și „Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție”, ca fiind un model de bună practică în protecția copilului din România dar și datorită numărului mare de copii seropozitivi abandonați în centre de plasament sau spitale și creșterii îngrijitoare a incidenței cazurilor de transmitere verticală, Fundația „Alături de Voi”

România a demarat în decembrie 2002, cu sprijin World Learning/USAID, replicarea acestui model și în alte 6 județe din țară. Scopul principal al proiectului îl reprezintă dezvoltarea unei rețele de asistenți maternali profesioniști pentru copilul seropozitiv HIV, aflat la risc sau abandonat, din județele Botoșani, Bacău, Galați, Prahova, Suceava și Vaslui. Proiectul se desfășoară în parteneriat cu cele 6 D.A.S.-uri care au manifestat un deosebit interes la propunerea Fundației „Alături de Voi” România, deoarece este o alternativă viabilă, pe termen lung, ce răspunde perfect, pe de o parte, nevoilor copiilor seropozitivi HIV abandonați sau aflați la risc de abandon de a avea propria lor familie, iar pe de altă parte, nevoilor lor de a oferi o alternativă la instituționalizare a acestor copii.

Prin implementarea acestui proiect putem spune cu convingere că ceea ce acum șapte ani era doar un vis azi a devenit realitate.

### 3.3. Adopția copilului seropozitiv HIV

Adopția rămâne o alternativă pentru copilul abandonat la care reintegrarea în familia naturală sau lărgită nu este posibilă. Pentru copilul seropozitiv HIV, găsirea unei familii care să dorească să-l adopte este un demers dificil, pe de o parte datorită faptului că deocamdată boala este incurabilă iar pe de altă parte datorită mentalității comunității.

Toate principiile privind adopția națională sau internațională se aplică și copiilor seropozitivi HIV însă trebuie avut în vedere nevoile și caracteristicile lor. Experiența de până acum demonstrează că acești copii au o bună capacitate de adaptare la viața de familie, starea lor de sănătate ameliorându-se ca urmare a îngrijirii într-o familie. Adopția acestor copii presupune în special cunoașterea, înțelegerea și respectarea istoricului lor, a bolii și necesităților ce decurg de aici.

Există cazuri de copii seropozitivi HIV la care adopția a fost posibilă. Este vorba de copiii abandonați născuți din mame seropozitive HIV, la care statusul serologic HIV a devenit, ulterior, negativ. La Iași există o familie care dorește să adopte un copil născut din mamă seropozitivă HIV, copil pe care l-au îngrijit timp de un an de zile în regim de asistență maternală.

### 3.4. Module de tip familial

O altă măsură alternativă la instituționalizarea copiilor seropozitivi HIV este reprezentată de **modulele de tip familial** numite și **căsuțe de tip familial**.

Prin intermediul acestui sistem de îngrijire se asigură un mediu de îngrijire apropiat celui existent în familie, urmărindu-se echilibrarea copilului abandonat din punct de vedere psiho-socio-emoțional, reintegrarea lui în comunitate și creșterea calității vieții și speranței de viață prin îmbunătățirea condițiilor de alimentație, îngrijire și de igienă.

Pentru construirea acestor module, respectiv renovarea și amenajarea unor clădiri deja existente au fost luate în considerare atingerea obiectivelor privind îmbunătățirea calității vieții și creșterea speranței de viață a copiilor seropozitivi HIV abandonați. Astfel, au fost compartimentate în apartamente cu dormitor, cameră de

zi, baie, dormitorul mamei sociale, camera în care copiii servesc masa (exemplu modelul „Casa Speranța” din Constanța). Un apartament este folosit de 4 sau 5 copii, îngrijiți de două mame sociale. Fiecare copil are spațiul și obiectele lui personale care îi aparțin în exclusivitate. Ceilalți copii din casă, chiar dacă sunt diferiți ca vârstă și sex sunt considerați frați și surori, ca într-o familie iar adulții care îi îngrijesc sunt considerați părinți sociali (mame sociale).

În aceste căsuțe de tip familial, copiii învață să se autogospodărească. Dar cel mai important este faptul că învață să rezolve problemele care rezultă din interacțiunea socială, în cadrul familiei sau în afara ei, fiind capabili să stabilească relații funcționale cu alți membri ai societății.

Programul zilnic de activități se desfășoară în condiții asemănătoare cu cele existente în familie. Exemplu: micul dejun se ia împreună cu ceilalți copii din familie iar la pregătirea lecțiilor sunt ajutați și supravegheați de către mamele sociale. De asemenea, acestea participă la ședințele cu părinții organizate la nivelul clasei, mențin legătura cu dirigintele pentru a cunoaște îndeaproape evoluția școlară a copiilor, sunt implicate în alte activități de recreere cum ar fi: plimbări la teatru, cofetărie, excursii, tabere în vacanțe, etc. La toate aceste activități sunt supravegheați și îndrumați de mamele sociale.

Programul de educație pentru copiii seropozitivi HIV din căsuțele de tip familial se desfășoară în unități școlare normale alături de copiii din familii. Pentru cei cu nevoi speciale cu afecțiuni de retard psihic, sindromul Down, alte afecțiuni, care nu permit copilului să urmeze cursurile unei școli normale, primesc educație în cadrul casei într-un spațiu special amenajat. Ei sunt asistați la ore de către cadre didactice specializate.

Nu se evită implicarea copiilor și la rezolvarea unor sarcini gospodărești pentru a învăța ce înseamnă să ai responsabilități și drepturi caracteristice acestui grup social numit „familie”.

## CAPITOLUL 4

# Prevenirea abandonului școlar și reintegrarea școlară a copilului seropozitiv HIV

### 4.1. Cauze și efecte ale abandonului școlar

Școala are un rol deosebit de important în viața copilului infectat HIV fiind singurul loc unde ar putea fi sprijinit în relaționarea cu alți semeni, antrenat într-un proces socio-educativ corespunzător vârstei, atât de necesar și merit să-l țină conectat la viața socială. De asemenea, fără a se exagera, integrarea unui copil seropozitiv în cadrul unei școli normale adresată învățământului de masă reprezintă o componentă esențială a tratamentului acestuia și a sprijinului în plan emoțional. De asemenea, de modul în care școala, ca instituție cheie a infrastructurii sociale, reușește să-și îndeplinească obiectivele, depinde modul în care anumite părți ale societății se vor reface în urma epidemiei HIV.

Unul dintre cele mai vizibile efecte ale epidemiei este abandonul școlar. Cauzele abandonului școlar sunt: necesitatea de a îngriji părinții bolnavi, imposibilitatea de a achita costurile rechizitelor, natalitatea scăzută și folosirea copiilor la muncă în locul adulților și efectele infecției HIV la copil (moarte prematură). Obiectivele educaționale sunt din ce în ce mai greu de îndeplinit pentru că mulți învățători/profesori renunță la cariera didactică din motive strict financiare, în special în mediul rural. Aceste cadre didactice nu pot fi înlocuite foarte ușor, iar efectele se văd imediat deoarece în școlile din mediul rural există unul sau doi învățători. Acestui element i se adaugă sărăcirea resurselor pe măsură ce sectorul îngrijirilor medicale și al asistenței sociale au nevoie de câți mai mulți bani. În aceste condiții, în anumite zone, obiectivele educației trebuie modificate și orientate către activități de prevenire realizate în sala de clasă și mesaje care întăresc cunoștințele despre viața ale copiilor. Părinții bolnavi și copiii care au abandonat școala sunt la rândul lor implicați în programe de prevenire specifice.

**Cauzele** cel mai frecvent întâlnite care au condus la abandonul școlar la tinerii seropozitivi sunt:

- atitudinea de excludere manifestată de școală, clasă și comunitate;
- autoexcluderea școlară – foarte mulți părinți au retras proprii copii din școală de teama aflării diagnosticului acestuia în clasă, școală și comunitate;
- datorită perioadelor îndelungate de spitalizare, mulți copii seropozitivi nu au reușit să recupereze orele pierdute și, astfel, au întrerupt cursurile școlare.

**Soluții** privind prevenirea abandonului școlar:

- Abandonul școlar și familial poate fi prevenit prin lărgirea gamei de servicii sociale în comunitate. Este nevoie de asistenți sociali în comunități și în unitățile de învățământ pentru a identifica acei copii care rămân în afara

sistemului din cauza greutăților materiale, a lipsei de interes sau a ignoranței părinților lor;

- Asigurarea unor șanse egale de acces la educație și instruire pentru copiii săraci, cu handicap sau seropozitivi;
- Diminuarea abandonului școlar prin îmbunătățirea motivației școlare a tinerilor și prin implicarea familiilor acestora în procesul de educație;
- Stimularea accesului la educație prin asigurarea gratuită a rechizitelor necesare, prin dezvoltarea de programe sociale și prin implementarea de politici de combatere a sărăciei;
- Conștientizarea părinților privind importanța învățământului și a efectelor pozitive a acestuia prin derularea de programe de informare și prin difuzarea de spoturi în mass-media.

#### Previziuni:

- Dacă, în continuare, suportul material se va degrada, dacă nu va exista o orientare mai fermă spre consolidarea unei economii de piață, șansele de ameliorare a situației semnalate în prezent sunt firave;
- Va crește pericolul consolidării analfabetismului juvenil, însoțit adesea de violență, dezvoltarea bandelor delincvente, consumul de droguri și alte efecte nefaste pentru individ și comunitate;
- Normele și valorile sociale se vor interpreta diferit conturându-se astfel noi accepțiuni originale, iar ceea ce era considerat indecent sau imoral va deveni banal sau obișnuit (vezi dezvoltarea unor genuri de muzică interzise pe posturile naționale dar extrem de apreciate de populație);
- Lipsa educației va determina sărăcie și limitarea șanselor de acces pe piața locurilor de muncă.

#### 4.2. Modalități de intervenție ale asistentului social pentru prevenirea abandonului școlar și menținerea copilului seropozitiv HIV în școală

În Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului, ratificată de țara noastră prin Legea nr. 18/1990, România își asumă garantarea și promovarea drepturilor tuturor copiilor, inclusiv a celor cu dizabilități și a copiilor infectați HIV. Un drept fundamental prevăzut în Convenția ONU îl reprezintă **dreptul la educație**.

În strânsă legătură cu termenul de dizabilitate se află *principiul egalizării șanselor* – termen înțeles ca drept al copiilor cu dizabilități de a rămâne în comunitate și de a primi sprijinul necesar în cadrul structurilor obișnuite de educație, sănătate, a serviciilor sociale și de încadrare în muncă. Accentul este pus pe participarea activă la comunitate, precum și pe cea de integrare socială<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> „Integrarea școlară a copilului în dificultate/cu nevoi speciale”, Centrul de Resurse și Informare pentru Profesiuni Sociale CRIPS, 2002.



O situație aparte o întâlnim în cazul copiilor seropozitivi HIV ocrotiți în familii, al căror drept la educație și integrare în comunitate sunt, în mod preponderent, încălcate. Situațiile de marginalizare și chiar excludere a copiilor seropozitivi din școli apar în momentul în care dreptul la confidențialitate este încălcat de cele mai multe ori chiar de către cadrele didactice (educatori, învățători, profesori). Presiunile făcute de către părinții celorlalți copii din clasa unde învață copilul seropozitiv HIV reprezintă o altă cauză a marginalizării și excluderii acestora din școală.

Cazul copiilor seropozitivi HIV instituționalizați prezintă o particularitate în ceea ce privește sistemul de ocrotire, integrare socială și școlară a acestora. Istoricul situației copiilor seropozitivi HIV din România ne arată că, imediat după diagnosticarea cu HIV+, aceștia au fost ocrotiți în centre de plasament speciale. Lipsa serviciilor de specialitate, insuficiența informațiilor privind evoluția infecției HIV, a condus la integrarea copiilor seropozitivi HIV în școli speciale, fiind separați chiar de alți copii ce prezentau alte tipuri de dizabilități.

Copilul seropozitiv HIV și familia acestuia sunt nevoiți să facă față de-a lungul timpului la numeroase pierderi, de cele mai multe ori acestea fiind consecințe ale atitudinii discriminatorii ale celor din jur. Marginalizarea și excluderea copilului seropozitiv HIV din școală, imediat după aflarea diagnosticului, este unul dintre aceste efecte.

Integrarea socială a copiilor seropozitivi HIV este indisolubil legată de procesul de socializare al acestora, precum și de diferitele forme de acțiune educativă la care participă. Sistemul școlar reprezintă un instrument de integrare socială a copiilor și adolescenților seropozitivi HIV în sistemul existent.

Situațiile de excludere sau retragere a copilului seropozitiv din școală apar în următoarele conjuncturi:

- Comunitatea școlară se confruntă pentru prima dată cu un asemenea caz și există puține informații autentice despre infecția HIV și prevenirea transmiterii virusului;
- Comunicarea diagnosticului a fost făcută și unor persoane care nu era necesar să cunoască acest fapt și care nu au respectat confidențialitatea;
- Familia nu reușește să identifice cu realism situațiile în care copilul are nevoie de un regim deosebit de îngrijire, devenind hiperprotectori și retrăgând copilul de la școală;
- Boala devine evenimentul primordial iar toate celelalte nevoi ale copilului sunt ignorate și marginalizate.

Există însă și situații în care retragerea copilului de la școală este recomandată, și anume:

- Copilul seropozitiv HIV dezvoltă o infecție oportunistă contagioasă (TBC, hepatită de tip C) care, din punct de vedere medical, interzice temporar integrarea în colectivitatea școlară;
- Copilul prezintă tulburări de comportament cu agresiune orientată spre sine și spre ceilalți, motiv pentru care se recomandă de asemenea retragerea școlară;

- Degradarea stării psiho-fizice a copilului seropozitiv HIV în asemenea măsură încât reacția la stimulii din activitatea școlară este inadecvată.

#### 4.2.1. Consilierea oferită copilului seropozitiv HIV și familiei acestuia în situații de excludere și retragere școlară

Excluderea din mediul școlar a copilului seropozitiv HIV poate constitui un eveniment care poate declanșa o criză în mediul familial. În asemenea momente, familia este copleșită de sentimente confuze și are nevoie de ajutorul celorlalți. De cele mai multe ori, deoarece membrii familiei nu reușesc să facă față situației, apelează la serviciile asistentului social pentru a stabili un plan de intervenție adecvat acestei situații.

Intervenția asistentului social într-un asemenea moment de criză presupune respectarea anumitor principii:

- să recunoască individualitatea și forța familiei și să respecte diferitele modalități de a face față;
- să încurajeze și să faciliteze suportul interfamilial și lucrul în rețea.

#### 4.2.2. Campanii de informare adresate cadrelor didactice, părinților și elevilor

În literatura de specialitate sunt cunoscute următoarele tipuri de campanie:

- Campanii IEC (informare – educare – comunicare);
- Campanii PR (relații publice);
- Campanii de advocacy;
- Campanii de mobilizare a comunității.

Campania de informare, educare, comunicare (IEC) numită și *comunicare publică* reprezintă un efort concentrat de schimbare (sau de menținere) a opiniei uneia sau mai multor categorii de public asupra unei probleme. Campania poate viza și atragerea atenției publicului asupra unei probleme care nu a fost luată în discuție până în momentul începerii campaniei.

Campania IEC este poate cel mai complex tip de campanie pentru că se folosesc tehnici din toate celelalte tipuri. Campaniile de comunicare publică cuprind elemente de informare și educare a publicului, dar și elemente specifice campaniilor de advocacy, de relații publice și de mobilizare a comunității.

Fundația „Alături de Voi”, România desfășoară campanii IEC privind problematica HIV/SIDA, **scopul principal** fiind acela de informare, educare și conștientizare a cadrelor didactice, elevilor și părinților privind implicațiile psihosociale ale infecției HIV/SIDA în școlile în care au fost integrați copii seropozitivi.

#### Obiective:

- Creșterea gradului de informare privind infecția HIV/SIDA, sănătatea reproducerii și boli cu transmitere sexuală;
- Reducerea riscului de transmitere a infecției HIV în comunitate;
- Reducerea și prevenirea discriminării copiilor seropozitivi în școli;

- Menținerea copiilor seropozitivi în școli;
- Creșterea numărului de elevi seropozitivi integrați în școli de masă;
- Informarea privind drepturile persoanele seropozitive.

**Grupul țintă:** cadre didactice, elevi și părinții elevilor din școlile în care sunt integrați copiii seropozitivi HIV.

**Beneficiari direcți :**

- Cadrele didactice din școlile unde sunt integrați copii seropozitivi;
- Elevii din școlile unde sunt integrați copii seropozitivi;
- Părinții elevilor din școlile unde sunt integrați copii seropozitivi;
- Copiii seropozitivi integrați în mediul școlar și familiile acestora.

**Beneficiari indirecti :**

- Inspectoratele Școlare Județene;
- Comunitatea.

Informarea în școli cu privire la modul de transmitere a virusului, precum și implicațiile psihosociale ale acestuia este inexistentă sau insuficientă. Avându-se în vedere că tinerii reprezintă o categorie vulnerabilă, o informare calificată și completă este necesară pentru prevenirea transmiterii virusului și a combaterii discriminării în școli a copiilor seropozitivi.

Datorită lipsei de informații corecte în domeniul HIV/SIDA, în numeroase școli din țară au fost înregistrate situații de discriminare și de excludere a copiilor seropozitivi din sistemul de învățământ manifestate prin conflicte între părinții copiilor neinfecțați și părinții copiilor infectați.

Conflictele s-au concretizat în exercitarea de presiuni asupra conducerii școlilor în care au fost integrați copiii seropozitivi, părinții celorlalți copii școlarizați amenințând că își vor retrage copiii de la școală. Au fost situații în care directorii din școli nu au rezistat presiunilor și au dat curs solicitării părinților de a exclude copiii infectați HIV din școală, justificând această hotărâre prin protejarea celorlalți copii. Această situație este însă în contradicție cu prevederile legale privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, deoarece în Ordonanța nr. 137/2000 se prevede că refuzul accesului unei persoane ce aparține unei categorii defavorizate la sistemul de educație (persoanele infectate făcând parte din această categorie) constituie contravenție și se sancționează conform legii.

În plus, lucrările de specialitate din domeniul HIV/SIDA atrag atenția asupra necesității integrării copiilor seropozitivi în sistemul de învățământ, școala fiind un spațiu în care aceștia ar putea fi sprijiniți pentru a putea interrelaționa eficient.

Pe de altă parte, s-a constatat că, în prezent, tinerii își încep viața sexuală foarte devreme, iar una dintre modalitățile de transmitere a infecției cu HIV și a altor boli venerice o reprezintă transmiterea pe cale sexuală, prin practici sexuale neprotejate și potențial infectante. Elevii preadolescenți și adolescenți trebuie să știe că

a avea relații sexuale multiple înseamnă o creștere a riscului de expunere la alte infecții venerice, inclusiv cu HIV.

### **Desfășurarea campaniilor**

#### **Pasul 1:**

Inițial, Fundația „Alături de Voi” România a semnat un acord de parteneriat cu Inspectoratele Școlare Județene din cele 3 centre ale sale privind desfășurarea acestor campanii de informare în școli.

#### **Pasul 2:**

Informarea cadrelor didactice din școlile unde sunt integrați copiii seropozitivi privind implicațiile medicale și psihosociale ale HIV/SIDA. În cadrul acestor discuții se urmărește:

- informarea cadrelor didactice în legătură cu legislația existentă în domeniul HIV/SIDA;
- informarea cadrelor didactice cu privire la implicațiile medicale și psihosociale ale HIV/SIDA;
- conștientizarea profesorilor cu privire la importanța confidențialității în lucrul cu persoanele seropozitive.

Cadrelor didactice primesc un suport de curs care cuprinde informații cu privire la problematica HIV/SIDA. Acest suport ajută cadrele didactice să răspundă la întrebările elevilor, dar și să disemineze aceste informații elevilor cu care vor lucra în viitor.

#### **Pasul 3:**

Informarea elevilor din școlile unde sunt integrați copii seropozitivi și, nu numai, despre implicațiile infecției HIV/SIDA.

Campaniile de informare s-au adresat la început doar școlilor în care erau integrați copii seropozitivi, dar au fost cereri din partea altor școli generale, licee care doreau să afle mai multe despre problematica HIV/SIDA și astfel a crescut numărul beneficiarilor. Campania de informare în rândul elevilor presupune:

- informarea elevilor cu privire la implicațiile medicale și psiho-sociale ale HIV/SIDA (ce este HIV?; ce este SIDA?; modalități de transmitere; mijloace de protecție);
- conștientizarea elevilor privind dreptul la confidențialitate al persoanelor seropozitive;
- informarea elevilor cu privire la legislația existentă în domeniul HIV/SIDA.

Întâlnirile cu elevii au loc în cadrul orelor de diriginție organizate de profesorii diriginți/învățători sau în orice altă activitate în care sunt implicați elevii. Materialul informativ pentru elevi este constituit din pliante, broșuri, materiale audio-video.

#### Pasul 4:

Informarea părinților copiilor cu privire la problematica HIV/SIDA. Întâlnirile cu părinții se desfășoară sub forma unor discuții deschise și care au ca scop:

- informarea părinților în legătură cu legislația existentă în domeniul HIV/SIDA;
- informarea părinților cu privire la implicațiile medicale și psiho-sociale ale HIV/SIDA;
- conștientizarea părinților cu privire la importanța confidențialității în lucrul cu persoanele seropozitive.

Întâlnirile cu părinții au loc cu ocazia ședințelor cu părinții organizate de profesori diriginți/învățători. De asemenea, părinții primesc și materiale informative privind infecția HIV/boala SIDA.

#### Ce trebuie să afle tinerii despre HIV... și când <sup>1</sup>

În cadrul campaniilor de informare în problematica HIV/SIDA, având în vedere că se adresează diferitelor grupe de vârstă școlară, informațiile trebuie adaptate astfel încât mesajul să fie corespunzător recepționat și înțeles.

#### **Vârsta antepreșcolară** (până la 4 ani)

Copiii mici sunt foarte curioși în ceea ce privește părțile și funcțiile corpului, diferențele între bărbați și femei, și cum sunt făcuți copiii. Este o perioadă ideală pentru stabilirea unei atmosfere de încredere și susținere care să încurajeze comunicarea deschisă despre chestiunile sexuale. De aceea, trebuie să ne ocupăm de întrebările sau nelămuririle pe care le au în ceea ce privește sexualitatea și să le oferim răspunsuri simple, corecte, folosind terminologia corespunzătoare. În legătură cu SIDA trebuie să știe că este o boală gravă, care poate fi transmisă doar pe anumite căi, și că pentru ei pericolul e mic.

#### **Vârsta preșcolară** (de la 5 la 8 ani)

Preșcolarii ar trebui să înțeleagă rolul important pe care igiena personală îl are în reducerea riscului de îmbolnăviri. Ei ar trebui să știe că:

- Unele boli, precum SIDA, pot fi transmise de la o persoană la alta;
- SIDA e cauzată de un virus numit HIV (virusul imunodeficienței umane), care intră în sângele persoanelor. (Având în vedere nevoia copiilor de exemple concrete, i-ați putea spune: „Una din căile prin care se poate răspândi virusul este dacă o persoană infectată cu HIV se înțeapă cu un ac, și apoi o persoană neinfectată se înțeapă cu același ac.”);
- Oamenii nu sunt infectați prin contacte obișnuite (îmbrățișare, strângerea mâinii, împărțirea alimentelor, așezarea lângă o persoană infectată).

<sup>1</sup> Informațiile sunt preluate din materialul prezentat în cadrul Școlii de Vară în Asistență Socială, 2003 de către Lindi Endicott, coordonator internațional programe de educație, Organizația Planned Parenthood, Eugene, Oregon, SUA.

**Recomandări:**

***Față de copii este necesar să manifestăm deschidere pentru discuții. Dacă suntem întrebați despre transmiterea sexuală, copiii merită răspunsuri directe, sincere și simple.***

**Vârsta școlară și a pubertății** (de la 9 la 12 ani)

La această vârstă tinerii au nevoie de mai multe detalii clare despre comportamentele care prezintă riscuri de infecție HIV. Ei ar trebui să înțeleagă toate informațiile descrise mai sus plus următoarele :

- HIV poate fi transmis prin folosirea în comun cu o persoană infectată a acelor de seringă în timpul injectării de droguri sau steroizi, realizării de tatuaje sau piercing (dacă acestea nu sunt executate steril);
- Virusul care provoacă SIDA se găsește în lichidele corporale, precum sângele, sperma și secrețiile vaginale; acesta se poate transmite în timpul contactului sexual vaginal sau anal, ca și prin relații sexuale orale cu o persoană infectată;
- Oamenii se pot proteja abținându-se de la activități sexuale care ar putea implica expunerea la sângele, sperma sau secrețiile vaginale ale altei persoane, și neîmpărțind acele de injectare a drogurilor sau steroizilor, sau de executare a tatuajelor sau piercing-ului;
- Folosirea corectă și permanentă a prezervativelor de latex.

În campaniile de informare desfășurate de Fundația „Alături de Voi” la clasele primare și la clasele a V-a și a VI-a, elevii au primit informații clare cu privire la infecție iar conținutul a fost adaptat gradului lor de înțelegere. S-a insistat în primul rând pe măsurile de protecție și igienă în cazul unor accidente și evitarea contactului direct cu sângele altei persoane. La această vârstă copiii sunt foarte curioși și este foarte important să le răspundem la întrebări cât mai clar fără să subestimăm puterea lor de înțelegere cu privire la infecția cu HIV. Pentru a înțelege mai bine este absolut necesar să ilustrăm toate informațiile cu exemple concrete. De exemplu, în cazul în care la ora de sport un copil se accidentează și sângerează este bine ca ceilalți elevi să cheme un profesor sau, în cazul în care vor să-l ajute, să nu intre în contact direct cu sângele copilului.

Copiii primesc informații și cu privire la celelalte căi de transmitere deoarece vârsta la care tinerii își încep viața sexuală a scăzut îngrijorător.

**Adolescenții** (de la 13 la 19 ani)

Tinerii trebuie să știe toate lucrurile descrise mai sus, plus următoarele:

- Abținerea și relațiile monogame cu un partener neinfectat sunt elemente-cheie în prevenirea infectării cu HIV;
- *Trebuie practicate relațiile sexuale protejate, excepție făcând doar cazul în care ești sigur că partenerul nu e infectat, și că nu are alte relații;*



- Relațiile sexuale cu mai mult de un partener în decursul vieții cresc riscul posibil de a fi infectat cu HIV și/sau alte boli cu transmisie sexuală;
- Folosirea drogurilor prin injectare e o altă activitate cu nivel crescut de risc; HIV se poate transmite prin folosirea în comun cu o persoană infectată a acelor de seringă;
- Evitarea consumului de droguri și alcool, deoarece influența acestor substanțe duc la comportamente cu risc.

La această vârstă, tinerii suferă o mulțime de transformări atât fizice cât și emoționale și sunt foarte interesați de imaginea pe care și-o fac ceilalți despre ei. Acum se leagă foarte multe prietenii, nevoia de comunicare și relaționare cu cei din jur este evidentă, iar pentru a nu fi excluși din anumite grupuri devin foarte vulnerabili în fața ispitelor de genul: droguri, alcool, relații sexuale întâmplătoare.

Campaniile de informare desfășurate de Fundația „Alături de Voi” în rândul adolescenților au un impact deosebit. În cadrul întâlnirilor cu adolescenții se prezintă informații cât mai exacte despre infecția cu HIV, despre boala SIDA, date despre istoricul bolii, despre modalități de transmitere a virusului și de prevenire a infecției. Cum era și normal, dar și specific perioadei de dezvoltare, elevii au foarte multe întrebări legate de subiectul infecției cu HIV/SIDA și în special de transmiterea virusului pe cale sexuală. S-a observat că tinerii nu dețin informații corecte și suficiente care să-i protejeze de infecția cu HIV/SIDA și/sau de alte boli cu transmisie sexuală.

În cadrul campaniilor de informare, adolescenții vizionează și un film numit „**Linile sângelui**” unde persoane infectate HIV povestesc despre modul în care au fost infectate, despre reacția familiei, prietenilor la aflarea diagnosticului. Filmul are mesaj educativ, iar scopul utilizării acestui material este cel de conștientizare a riscului la care se expun în cazul în care au relații sexuale neprotejate cu un partener netestat și că un singur contact sexual este de ajuns pentru a se infecta.

### **Concluzii:**

Campaniile de informare desfășurate de Fundația „Alături de Voi” în școlile din cele 3 județe în care își desfășoară activitatea, au un dublu scop. Pe de o parte, informarea, educarea și conștientizarea cadrelor didactice, elevilor și părinților pentru a reduce riscul de transmitere a infecției în rândul populației, iar pe de altă parte, integrarea sau reintegrarea și menținerea copiilor seropozitivi în școli de masă și prevenirea discriminării.

### **4.3. Modalități de intervenție ale asistentului social pentru reintegrarea școlară a copilului seropozitiv HIV – campanii de lobby și advocacy la nivelul autorităților în domeniu**

Integrarea școlară a copilului seropozitiv HIV desemnează un proces de adaptare a copilului la cerințele școlii pe care o urmează, de stabilire a unor raporturi afective pozitive cu membrii grupului școlar (respectiv clasa de elevi) și de desfășurare cu succes a prestațiilor școlare. Asimilierea de către copil a statusului de elev este rezultatul unor modificări interne în echilibrul dintre anumite dominante de personalitate cu consecințe în planul conduitei sale.

În cele mai multe situații, această relație afectivă pozitivă între cadrul didactic, clasa de elevi și copilul seropozitiv încetează (în cazul în care ea există) în momentul aflării statutului de seropozitivitate al acestuia.

Dacă în cazul copiilor seropozitivi HIV ocrotiți în familie aceștia au posibilitatea de a învăța într-o clasă din învățământul de masă, în cazul copiilor seropozitivi ocrotiți în centre de plasament, situația este puțin diferită. Exemplificăm aici situația copiilor seropozitivi HIV abandonați într-un centru de plasament din jud. Iași.

Atât copiii seropozitivi HIV abandonați cât și o parte din copiii seropozitivi ocrotiți în familie au fost integrați în cadrul învățământului special, deși dezvoltarea lor intelectuală la momentul respectiv le permitea cu ușurință să urmeze cursurile unei școli normale din învățământul de masă. În timp, s-a observat că, în cazul câtorva dintre acești copii, sistemul de învățământ special nu satisfacea pe deplin nevoile acestora privind dezvoltarea unei cariere profesionale.

În baza principiului „Egalitatea șanselor pentru toți copiii”, „Fundația „Alături de Voi” a sprijinit până în prezent integrarea școlară a 7 copii seropozitivi HIV din centrul de plasament, copii care au fost transferați din învățământul special în învățământul de masă.

### **Studiu de caz**

#### **1. Scurt istoric**

*Maria s-a născut în 1989. Nașterea a fost prematură și s-a datorat, în mare parte, traumei psihice suferită de mamă ca urmare a divorțului de soț. La vârsta de 2 luni Maria a fost internată într-un spital de pediatrie din Iași unde a primit o transfuzie de sânge – acesta este momentul în care, bănuiește mama, fetița a fost infectată HIV. În 1996 a fost spitalizată pentru zona zoster și i s-a făcut testul HIV, al cărui rezultat a fost pozitiv. Din punctul de vedere al stării de sănătate se află în stadiul de boală SIDA (stadiul C3).*

*De frica reacției și a efectului asupra stării sale psihice, mama nu i-a spus fetiței despre faptul că este infectată HIV. Mama avea grijă să ascundă biletele de ieșire din spital, astfel încât Maria să nu le găsească. Fetița însă a bănuțit că suferea de o boală gravă, deoarece mergea la medic mai des decât alți copii și făcea tratamente despre care alți copii nu știau nimic.*

*În vara anului 2002, Maria a găsit biletele de externare pe care mama le ținea ascunse. Le-a multiplicat și apoi le-a pus la loc, oprindu-și copiile pentru a demonstra mamei că știe despre boală. Acesta a fost momentul în care Maria a început să scrie poezii și să picteze icoane. În aceeași perioadă de timp starea de sănătate i s-a înrăutățit (CD4 a ajuns la valoarea 2) și a abandonat școala. S-a retras în sine, a încercat să se adapteze la noua situație, dar avea foarte multe întrebări la care nimeni nu știa să-i răspundă. De aceea, s-a hotărât să-i comunice mamei că știe diagnosticul. I-a cumpărat un trandafir și i-a dat un bilet pe care a scris: „Îți fac acest cadou ca să ai amintire de la mine, că poate mor. Când te uiți la acest bilet să îți aduci aminte de chipul meu, să îți aduci aminte cât te-am iubit și încă te iubesc”.*

Răspunzând nevoilor și dorințelor copilului, mama a început să comunice cu acesta despre boală și să-i explice care a fost mecanismul infectării și care este rolul tratamentului și al alimentației.

## 2. Prezentarea intervenției psihosociale

Acesta a fost unul din primele cazuri care au beneficiat de programele de asistență socială și psihologică derulate de către Fundația „Alături de Voi” România. Astfel, familia a fost sprijinită moral, material și a fost inclusă în grupurile de terapie și suport, organizate de psihologul fundației, pentru a depăși situația de criză în care se afla după aflarea diagnosticului de către copil.

Maria este un copil perseverent, comunicativ, imaginativ, flexibil, dând dovadă de reale înclinații artistice și entuziasm în toate acțiunile în care se implică. Este interesată de soarta celorlalți, o impresionează suferința semenilor, este îngăduitoare cu cei care nu îi înțeleg durerea și cu cei care o resping. Se adaptează ușor în societate și dorește să-și facă foarte mulți prieteni, mai ales că a trecut prin experiența respingerii sociale. Mai întâi a fost respinsă de către copii vecinilor, care strigau după ea „a ieșit afară bolnava de SIDA”. „Poate voi sunteți bolnavi”, le striga Maria. „Dar eu nu îi urăsc, pentru că ei nu știau ce fac”.

Înainte de începerea anului școlar 2003-2004, una dintre întâlnirile de grup cu copiii seropozitivi a avut ca temă integrarea școlară. Maria a fost unul dintre copiii care și-au manifestat dorința de a se reîntoarce la școală. Deși în România refuzul unei persoane ce aparține unei categorii defavorizate la sistemul de educație constituie contravenție și se sancționează conform legii, Maria s-a lovit de refuzul directorului școlii de a o primi în colectivitate, pe motiv că ea este seropozitivă și că a depășit vârsta legală de continuare a studiilor. În urma intervenției Fundației „Alături de Voi” și a demersurilor efectuate către Inspectoratul Școlar Județean s-a obținut o derogare de la legea învățământului, care i-a permis fetiței să meargă la școală alături de alți copii sănătoși.

Imediat după integrarea sa în colectivul de elevi, Fundația „Alături de Voi” a efectuat o campanie de informare adresată atât la nivelul profesorilor, la nivelul colegilor de clasă ale Mariei, precum și a părinților acestora.

Maria s-a integrat foarte bine în colectivul de elevi, care deși știe că este seropozitivă, o acceptă și o consideră un copil normal.

În prezent, Maria continuă să picteze și să scrie poezii iar rezultatele sale la învățătură sunt cu mult peste așteptările învățătoarei sale.

## 4.4. Școala de zi în Spital

Copilul seropozitiv HIV are nevoie să învețe ca și ceilalți copii. Personalitatea în continuă dezvoltare a acestuia presupune implicarea în diverse activități care să contribuie la definirea lui ca viitor membru al societății.

HIV nu se transmite în interacțiunile cotidiene, iar dezvoltarea fizică și psihică a copilului infectat cu HIV îl face apt de școală. Școlarizarea are efecte benefice asupra stării de sănătate a persoanei seropozitive, răspunzând dorinței lui de a fi

la fel cu ceilalți și de a-și satisface curiozitatea. Marginalizarea, stigmatizarea și excluderea din învățământul normal invocând diverse aspecte nu este justificată și contravine dreptului fundamental al acestei categorii sociale, și anume, dreptul la educație.

Datorită perioadelor mari de internare în clinicile de specialitate s-a găsit oportună înființarea unor școli în aceste clinici, care să asigure continuitatea actului educațional pe perioada internării.

Ideea de a înființa o școală de zi pentru o anumită categorie defavorizată, în speță pentru tinerii seropozitivi, nu este singulară, în lași mai existând astfel de modele alternative sau complementare de învățământ. Necesitatea implementării unui astfel de program a reieșit din următoarele motive:

1. mulți copii seropozitivi nu au fost integrați în nici o formă de învățământ datorită fricii părinților privind stigmatizarea sau dorinței de a-i proteja, din cauza sărăciei sau efectelor bolii;
2. există tineri seropozitivi care au fost integrați în cadrul învățământului de masă dar care nu pot face față cerințelor acestuia;
3. există tineri seropozitivi care au abandonat pentru o perioadă sistemul de învățământ și care au fost reintegrați în cadrul acestuia dar prezintă carențe curriculare și întâmpină mari dificultăți în vederea adaptării.

În contextul în care unul din efectele sărăciei este abandonul școlar, iar impactul infecției HIV/SIDA asupra persoanei infectate și asupra familiei acesteia este demobilizator, situația persoanelor din această categorie în plan educațional este una delicată și departe de a fi rezolvată doar printr-o integrare în cadrul unei forme de învățământ. Este necesară o intervenție pe mai multe planuri pentru a se considera că o persoană a fost reintegrată cu succes în cadrul sistemului de învățământ:

#### **1. la nivelul școlii pentru:**

- a se facilita sprijinirea aceluși copil în vederea acomodării sale;
- a se prântâmpina situațiile de marginalizare.

#### **2. la nivelul familiei copilului pentru:**

- a se conștientiza importanța școlii și a procesului de educație;
- a fi sprijinit copilul în procesul de învățare.

#### **3. la nivelul copilului pentru:**

- a putea să facă față cerințelor presupuse de curricula școlară;
- a recupera informația neexersată ca urmare a întreruperii școlii;
- a face față eventualelor situații de disconfort ca urmare a marginalizării;
- interrelaționarea cu colegii.

Orice tânăr are nevoie să învețe și cu atât mai mult un copil seropozitiv, școala fiind un spațiu vital menit să-l sprijine și să-i atragă atenția către activități pozitive în detrimentul atenției concentrată exclusiv asupra diagnosticului.

Conceperea și derularea programelor de tip Școală de Zi în spitale, a reieșit datorită perioadelor mari de internare în clinicile de specialitate a copiilor afectați de un virus sau o anume boală – în cazul nostru HIV/SIDA. Astfel, s-a găsit oportună înființarea unor școli în aceste clinici, care să asigure continuitatea actului educațional pe perioada internării. La lași în Spitalul de Boli Infecțioase vin copii din

toată zona Moldovei pentru analize, prilej cu care se internează pentru o perioadă de timp. Astfel, ei sunt nevoiți să întrerupă orele de la școala unde sunt integrați pe timpul internării, iar această discontinuitate afectează dezvoltarea lor în plan cognitiv și le creează situații de disconfort în raport cu procesul de învățare deoarece la reîntoarcere sunt nevoiți să recupereze informația pierdută.

La Tg. Mureș există o astfel de sală de clasă care funcționează în cadrul Clinicii de Boli Infecțioase nr.1. Inspectoratul Școlar Mureș plătește două cadre specializate care asigură continuitatea actului educațional. Toți copiii care sunt internați în clinică participă la cursurile pe care le susțin cei doi învățători.

În cadrul orelor susținute în cadrul clinicii se ține cont de starea de sănătate a copilului, de disponibilitatea lui de a participa la orele de curs și se realizează un program accesibil copiilor în funcție de tratamentul medical.

Această școală aparține de Școala Generală Nr.1 Tg. Mureș, unde sunt încadrate cele două cadre didactice care susțin orele de curs din clinică. Programa de învățământ se adaptează nevoilor speciale ale copiilor infectați cu HIV dar se urmărește menținerea calității actului educațional apropiat de standardele presupuse de învățarea în școlile normale tocmai pentru ca acești copii să facă față cu succes cerințelor din învățământul de masă atunci când se întorc la școală după o perioadă lungă de spitalizare.

În unele cazuri, notele care sunt acordate de cadrele didactice din clinică sunt recunoscute în școlile normale pentru ca acești copii să poată recupera materia pierdută pe perioada internării.

Eficiența acestei școli s-a dovedit deja prin multiplele avantaje pe care le reprezintă pentru copiii infectați:

- **Socializare** - la apariția acestei școli în clinică exista un număr mare de copii infectați care nu participau la nici un fel de activități în afara actului medical. Prin activitatea derulată de cadrele didactice acești copii au putut fi incluși într-o formă de învățământ care i-a ajutat să înțeleagă că există o lume complexă dincolo de porțile spitalului;
- **Reintegrarea școlară** - au existat părinți ai căror copii au fost excluși din învățământul de masă în anii 1997-1998, care au preferat această școală pentru copiii lor, infectați cu HIV, tocmai de teama rejecției acestor copii din învățământul de masă. Deoarece existau puține cazuri mediatizate de acest fel iar atitudinea cadrelor didactice și a părinților era una foarte clară, de excudere a acestora, copiii infectați din familii au participat la aceste cursuri alături de copiii abandonați în clinică. După absolvirea școlii primare un copil seropozitiv a fost admis în învățământul de masă.
- **Reintegrarea socială** – această școală i-a pregătit pe copii pentru societatea din care fac parte și pe nedrept au fost excluși de teamă și necunoaștere a realității. Prin contribuția unui psiholog voluntar și a unui asistent social s-a realizat un program de activități în acest sens, s-au efectuat ședințe de ludoterapie, arteterapie și sesiuni de consiliere pentru a face posibilă reintegrarea socială a acestor copii care nu ieșiseră din curtea spitalului până la vârsta de 6 ani. Evenimentele organizate în afara clinicii au



demonstrat că acești copii erau nerăbdători să cunoască oameni noi și să viziteze orașul. Mai târziu, când acești copii au plecat din clinică, fiind reintegrați în familia biologică, plasați în familii de asistență maternală sau în case de tip familial erau pregătiți să fie reintegrați în societate într-o măsură mai mare decât era societatea pregătită să-i primească.

- **Continuitatea actului educativ** - au existat multe cazuri de abandon școlar deoarece copiii nu reușeau să recupereze materia pierdută după perioadele de spitalizare îndelungate. Prin menținerea acestei școli, copiii au posibilitatea de a primi sprijin din partea cadrelor didactice pentru recuperarea materiei pierdute pe perioada spitalizării sau se realizează diverse activități menite să motiveze copilul să păstreze relația cu școala chiar dacă rezultatele pe care le au nu sunt cele mai bune. Trebuie subliniat că medicația pe care o primesc copiii seropozitivi afectează capacitatea de concentrare a acestora și implicit randamentul lor școlar.

### **Concluzii:**

1. Rațiunea care conduce la abandon școlar a fost aceea de conservare a stării de sănătate a copilului, care trebuie să facă o navetă obositoare pe distanțe mari și în condiții improprii;
2. Școlile de zi reprezintă o alternativă pentru copiii seropozitivi, dar trebuie subliniată importanța frecventării învățământului de masă de către aceștia, în vederea integrării sociale și pentru a nu se consolida convingerea că, locul unui copil seropozitiv este într-un spațiu izolat de restul copiilor;
3. Integrarea sau reintegrarea copilului seropozitiv în cadrul sistemului de învățământ trebuie văzută doar prin prisma orientării și integrării socio-profesionale a acestuia. Integrarea socio-profesională reprezintă o nouă etapă a intervenției în plan social pentru această categorie defavorizată.

Acest tip de școli reprezintă o alternativă pentru copiii seropozitivi dar trebuie subliniată importanța frecventării învățământului de masă de către copiii seropozitivi pentru a evita problemele ulterioare de integrare și adaptare la viața socială. Chiar dacă aceștia sunt asistați social trebuie subliniată dorința clar exprimată de ei de a învăța în continuare pentru a reuși mai târziu în viață. În ultima perioadă au renunțat la continuarea studiilor după absolvirea gimnaziului doar acei copii seropozitivi care locuiesc în localități mici unde nu există învățământ liceal sau grupuri școlare (școli profesionale). Și în aceste cazuri rațiunea care a dus la abandon școlar a fost aceea de conservare a stării de sănătate a copilului, care ar fi trebuit să facă o navetă obositoare pe distanțe mari și în condiții improprii.

Adolescenții – care reprezintă grupul nostru țintă își manifestă interesul pentru continuarea studiilor dar trebuie să beneficieze de o orientare școlară și profesională corespunzătoare. La nivelul învățământului gimnazial trebuie să ținem cont de interesele, aptitudinile dar și de orientarea copilului infectat HIV spre acele meserii care să nu reprezinte un risc pentru ei sau pentru cei din jur.

Trebuie subliniat faptul că există profesii care sunt prea solicitante din punct de vedere fizic sau mental pentru persoanele infectate cu HIV/SIDA. Medicația specifică este una complexă iar efectele secundare nu pot fi evitate. Uneori se instalează o stare de fatigabilitate precoce însoțită de iritabilitate ușoară, incapacitate de



concentrare pe perioade îndelungate iar la nivel biologic există și posibilitatea apariției unor manifestări somatice.

Orientarea școlară a copilului seropozitiv trebuie înțeleasă ca o acțiune continuă și complexă și presupune o pregătire psihologică susținută pentru formarea opțiunii copilului, pentru alegerea tipului de studii sau a profesiei pe care o va face în viitor. În același timp trebuie înțelese și acceptate anumite sugestii privind viitorul educațional și profesional ținând cont de problemele medicale pe care această categorie socială le are.

Ca „îndrumător” trebuie să avem în vedere contribuția altor factori, în afara celui medical, care influențează activitatea de orientare școlară și profesională:

- Familia;
- Rețeaua de suport social;
- Locurile accesibile și disponibile pe piața forței de muncă pentru această categorie socială.

O bună înțelegere a situației speciale a acestor persoane infectate cu HIV/SIDA, dorința să-și continue studiile și dispuse să își creeze un viitor va reuși să ofere un nucleu pentru planul de sugestii privind orientarea lui școlară și profesională.

Ținând cont de complexitatea situației acestor persoane afectate de infecția cu HIV în plan subiectiv, comportamental și biologic trebuie elaborate niște instrumente specifice de psihodiagnoză de pe pozițiile unei concepții științifice pentru a pune în evidență eficiența învățământului pentru această categorie socială.

Încercarea de orientare școlară a acestor copii ridică multiple probleme deoarece trebuie plecat de la premisa că acest copil în viitor nu va trebui învățat „să învețe” ci va fi învățat „să devină”, adaptându-se și integrându-se într-o societate supusă unor tendințe de discriminare, de restricționare a accesului la diverse meserii ca urmare a problemelor medicale generate de infecția cu HIV.

Pentru menținerea acestor copii în școli și pentru a-i motiva atunci când doresc alegerea continuării procesului de învățământ, trebuie să analizăm fiecare caz în parte prin prisma disponibilității individului dar trebuie să ținem cont și de recomandările făcute de medicul de specialitate, psihologul copilului și nu în ultimul rând de aspirațiile familiei.

Cunoașterea nivelului de dezvoltare a înclinațiilor, intereselor, aptitudinilor și atitudinii copilului permite o organizare judicioasă și o aplicare diferențială a măsurilor formative în direcția orientării școlare și profesionale.

Consilierea elevului seropozitiv este eficientă numai în anumite condiții:

- Competență;
- Empatie;
- Încredere reciprocă.

Prezența unei persoane competente sau în cazul persoanelor seropozitive a unui grup de specialiști (asistentul social, psihologul, medicul specialist, dirigintele) în orientarea școlară și profesională este de bun augur pentru persoana seropozitivă pusă în situația de a-și alege viitoarea profesie. În această situație este nevoie să se lucreze individual și cu familia fiecărui copil în parte pentru a stabili gradul de

autodeterminare a acesteia, nivelul aspirațiilor și concordanța acestora cu celelalte elemente pe care le-am prezentat: problemele medicale, expectanțele familiei în ceea ce privește viitorul copilului, concluziile la care au ajuns ceilalți specialiști.

Asigurarea unor informații la nivel profesional tinerilor seropozitivi care privesc cu încredere la viitor, presupune informarea lor cu privire la structura învățământului, cunoașterea caracteristicilor profesiilor care sunt recomandate persoanelor seropozitive ținând cont de măsurile de prevenire a transmiterii infecției HIV/SIDA.

Decizia finală privind orientarea spre o profesie sau alta, spre o instituție sau alta de învățământ aparține copilului seropozitiv și familiei acestuia, ținând cont de recomandările pe care acesta le-a primit de la echipa de specialiști pentru ca alegerea făcută să fie cu adevărat cea mai bună pentru el.

### **Studii de caz**

- C.D. este un copil cu o rețea de suport social foarte puternică. Fiind un elev foarte bun în clasele primare, participant la olimpiade și cu o medie la examenul de capacitate foarte mare a optat pentru un liceu prestigios. Părinții au fost cei care l-au susținut în dorința de a se înscrie la acest liceu chiar dacă erau conștienți de pericolul suprasolicitării copilului în timpul cursurilor. Fiind ambițios și într-o continuă competiție cu colegii lui care sunt sănătoși, C.D. a făcut față cu succes exigențelor impuse de prestigiosul liceu. Acest caz demonstrează că atunci când un copil își dorește cu ardoare să facă parte din elita liceenilor, infecția cu HIV nu este un obstacol.
- B.B. este o elevă foarte bună în clasa în care învață. Este inclusă într-o clasă din cadrul învățământului special. A ajuns în acest tip de instituție deoarece în Casa de copii cu Școală Ajutătoare trăiau copii care erau considerați cazuri sociale. Deși în dosarul copilului nu a existat nici o evaluare care să justifice internarea ei în acest tip de instituție, B.B. a rămas în această Casă de copii cu Școală Ajutătoare până când a fost plasată în familie. Deoarece copilul era deja în clasa a V-a în momentul plasamentului și a parcurs programa specifică școlilor ajutate, s-a realizat o evaluare a situației ei școlare iar concluzia a fost că nu va reuși să recupereze materia „pierdută”. În aceste condiții copilul a continuat să fie premiata școlii. B.B. se gândește cu multă încredere la viitor și a beneficiat de consiliere pentru orientarea școlară. Își dorește foarte mult să urmeze o școală profesională care să-i permită prin calificarea obținută să se autosustină financiar.

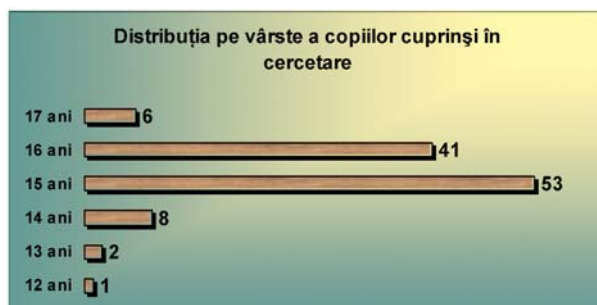
### **4.5 Cercetare practică – percepția tinerilor seropozitivi HIV privind integrarea socială și școlară.**

Fundația „Alături de Voi” România a realizat o cercetare în rândul unui număr de 111 tineri infectați HIV din cadrul a 13 Asociații ale Persoanelor Infectate și Afectate HIV/SIDA din 9 județe ale țării, scopul principal fiind acela de a studia percepția tinerilor seropozitivi HIV referitoare la relațiile din cadrul grupului școlar, respectiv a dificultăților privind integrarea lor socială și școlară.

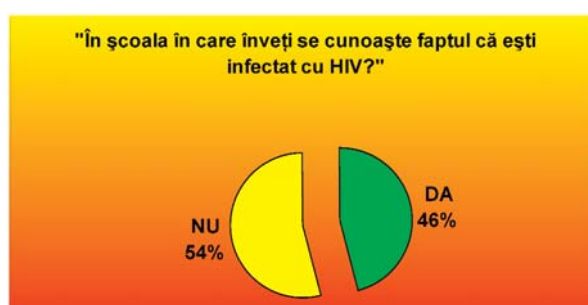
Tinerii cuprinși în cercetare au vârste cuprinse între 12 și 17 ani iar județele din care provin aceștia sunt Iași, Caraș Severin, Constanța, Galați, Giurgiu, Neamț, Mureș, Suceava și Vaslui.

De asemenea, tinerii chestionați sunt membri ai Asociațiilor Persoanelor Infectate și Afectate HIV/SIDA din România, după cum urmează: Speranța Copiilor, Bârlad; Pro Sănătatea 2000, Constanța; Zâmbete de copii, Galați; Viață și Speranță, Giurgiu; Glasul Inimii, Iași; O rază de lumină, Mangalia; Îngerii păzitori, Medgidia; Benone, Tg. Mureș; ProKarma, Tg. Mureș; Alexiana, Piatra Neamț; Inocența și Speranță, Reșița; Angel's Hope, Suceava; Iris, Vaslui.

**Distribuția pe vârstă, sex și nivelul de școlarizare al tinerilor seropozitivi HIV cuprinși în cercetare este următoarea:**

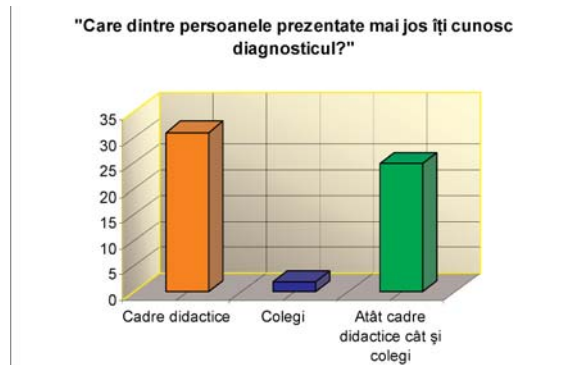


**Item 1: „În școala în care înveți se cunoaște faptul că ești infectat cu HIV?”**



## Item 2: „Care dintre persoanele prezentate mai jos îți cunosc diagnosticul?”

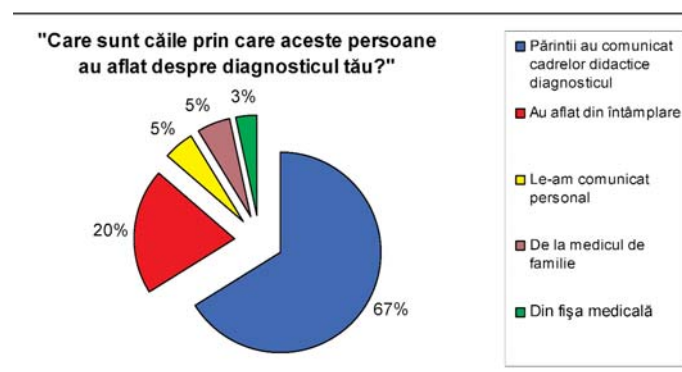
La acest item, tinerii chestionați au avut de ales între 3 variante de răspuns, respectiv „cadre didactice”, „colegi” și „atât cadre didactice cât și colegi”.



După cum se poate observa din graficul de mai sus, cadrele didactice sunt cele care cunosc diagnosticul într-o mai mare măsură decât colegii de clasă a tinerilor HIV+.

Următoarea întrebare adresată vine în completarea celei anterioare, respectiv:

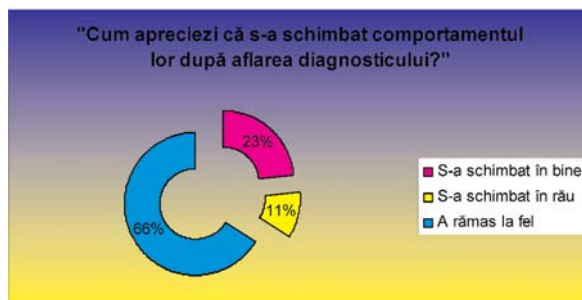
## Item 3: „Care sunt căile prin care aceste persoane au aflat despre diagnosticul tău?”



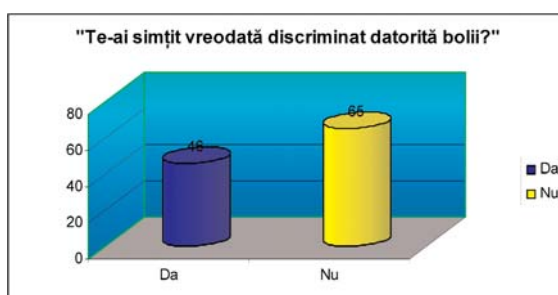
După cum putem observa din graficul de mai sus, părinții sunt cei care au comunicat diagnosticul propriilor copii cadrelor didactice, scopul fiind acela de a-i proteja și pentru a evita apariția unor mici accidente în cadrul relațiilor dintre colegi. Au existat și situații în care profesorii și colegii de clasă au aflat despre diagnostic din întâmplare, după cum au existat și situații în care diagnosticul a fost comunicat personal de către copilul în cauză, au aflat de la medicul de familie sau direct din fișa medicală a acestuia.

## Item 4: „Cum apreciezi că s-a schimbat comportamentul lor după aflarea diagnosticului?”

Întrebarea are rolul de a afla în ce măsură tinerii infectați HIV s-au confruntat cu anumite schimbări de comportament, imediat după ce profesorii sau colegii de clasă au aflat despre propriul diagnostic. Situația este următoarea:



### Item 5: „Te-ai simțit vreodată discriminat datorită bolii?”



#### Observație:

Copiii care au răspuns că nu s-au simțit discriminați datorită bolii sunt cei despre care nu se știe absolut nimic în comunitate și în școală despre boala de care suferă.

### Item 6: „Dacă da, ai făcut ceva pentru a te apăra de atitudinile discriminatorii ale celor din jur?”



Pentru cei 56% care au răspuns cu **DA** la întrebarea precedentă, copiii au adus și câteva exemple asupra modului cum au încercat să schimbe atitudinile celor din jur, astfel:

- Prin discuții cu diriginta de clasă și ceilalți colegi despre ceea ce înseamnă infecția HIV/boala SIDA, respectiv informații corecte privind modalitățile de transmitere a virusului;
- Modalități de autoapărare: „Am încercat să nu îi iau în seamă atunci când strigau că sunt bolnavă”, „Am dat uitării cuvintele spuse de ei”, „M-am simțit

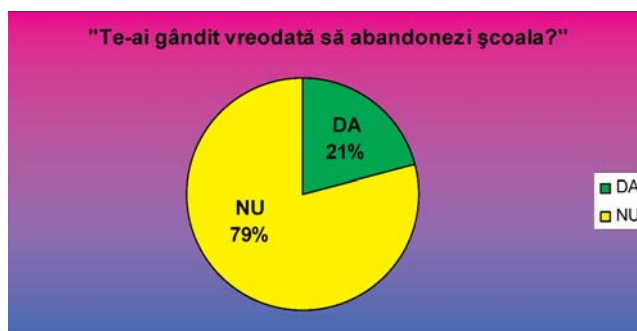
respins, dar am încercat să ascund ceea ce simt. Cu alte cuvinte i-am ignorat”;  
 „Am mințit spunând că nu este adevărat”;

- „Am arătat celor din jur că nu suntem diferiți și pe orice cale am încercat să îi informez despre faptul că boala mea nu se poate transmite oricum”(acest argument este oferit de foarte mulți copii);
- „Am încercat împreună cu părinții și cadrele didactice de la mine de la școală să-i facem să înțeleagă pe ceilalți copii ce înseamnă HIV/SIDA și că persoanele care trăiesc cu această infecție sunt la fel ca și cei sănătoși și au dreptul la o viață normală”;
- „Am încercat să le explic celor din jurul meu că nu sunt un ciumat”;
- „Le-am comincat adevărul despre boala mea”.

Pentru cei care **NU** au încercat să facă ceva pentru a schimba atitudinile celor din jur, motivele sunt următoarele:

- „Este inutil. Păreră lor nu se poate schimba și nu vor să înțeleagă”;
- „Ei sunt mulți, noi suntem puțini”;
- „Lumea este prea rea să înțeleagă că noi nu avem nici o vină și că suntem oameni”;
- „Nu știu ce să fac pentru a-i face pe ceilalți să mă accepte așa cum sunt”;
- „Din teamă de reacțiile celorlalți”;
- „Sunt prea tăcut și mă simt neputincios”;
- „Sunt prea mic și nu am multe cunoștințe despre ce aș putea face” (copil de 13 ani);
- „Nu știu cum aș putea să îi conving că nu sunt vinovată că am HIV”.

#### Item 7: „Te-ai gândit vreodată să abandonezi școala?”



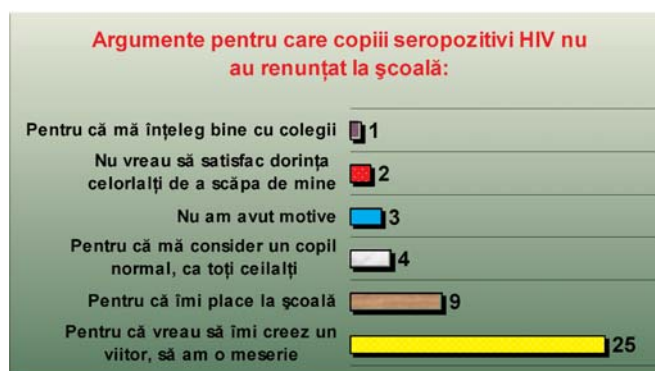
În cazul celor care au răspuns cu **DA** la întrebarea de mai sus, motivele sunt următoarele:

- Datorită apariției unor probleme mai grave în evoluția stării de sănătate;
- „Credeam că nu o să mai am nici un viitor”;



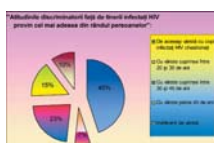
- „M-am gândit să abandonez școala deoarece nu mai suportam ca unii dintre colegii mei să nu vorbească cu mine”;
- „Este greu să rezisti răutăților celor din jur care vorbesc despre boala mea”;
- „Am renunțat să mai merg la școală din cauza colegilor care vorbeau urât despre boala mea”;
- „La începutul liceului mă aflam într-o criză nervoasă pentru că nu cunoașteam pe nimeni, mă temeam de posibilele reacții din partea noilor colegi când vor afla despre boala mea, însă mi-am revenit repede”.

Copiii care nu s-au gândit să abandoneze școala, au argumentat astfel:



### Item 8: „Atitudinile discriminatorii față de tinerii infectați HIV provin cel mai adesea din rândul persoanelor:

- De aceeași vârstă cu tine;
- Cu vârste cuprinse între 20 și 30 de ani;
- Cu vârste cuprinse între 30 și 45 de ani;
- Cu vârste peste 45 de ani.



**Concluzii:**

- din cei 111 copiii seropozitivi HIV cuprinși în cercetare, doar în cazul a 51 dintre aceștia se cunoaște diagnosticul în școala unde aceștia învață;
- în cele mai multe dintre cazurile copiilor seropozitivi școlarizați, diagnosticul acestora este cunoscut atât de către cadrele didactice, cât și de colegii de clasă;
- în 67% din cazuri (copii care au afirmat că în școală se cunoaște diagnosticul), părinții copiilor seropozitivi HIV au comunicat cadrelor didactice diagnosticul și doar în cazul a 20% dintre acestea, s-a aflat din întâmplare;
- cauzele principale pentru care unii dintre copiii seropozitivi HIV au avut tendința de a abandona școala au fost cele legate de atitudinile discriminatorii ale colegilor de clasă;
- modalitatea principală, indicată de către copiii seropozitivi HIV în scopul modificării atitudinilor discriminatorii venite din partea cadrelor didactice și a colegilor privind boala de care suferă, o reprezintă informarea corectă a acestora privind infecția HIV/SIDA, respectiv modalitățile corecte de transmitere a virusului.

## CAPITOLUL V

### **Orientarea și integrarea socio-profesională a copiilor și adulților seropozitivi HIV**

Anul 1993 este anul în care Organizația Națiunilor Unite adoptă cele 22 de reguli standard cu privire la Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Handicap, reguli ce nu sunt obligatorii dar „pot să devină norme cutumiare internaționale, atunci când le va aplica un număr mare de state, cu intenția respectării normelor de drept internațional”. Aceste reguli prevăd că statele ar trebui să recunoască principiul potrivit căruia persoanele cu dizabilități, în cazul nostru persoanele seropozitive HIV, trebuie să fie încurajate să-și exercite drepturile într-un anumit domeniu de muncă în conformitate cu posibilitățile și limitele lor.

Țara noastră dispune de reglementări privind încadrarea în muncă și stimularea angajatorilor în vederea angajării persoanelor cu dizabilități prin Legea nr. 519/2002 modificată prin Legea 10/2003 și Legea nr. 76/2002. Astfel, Legea 519/2002 prevede că „încadrarea în muncă a persoanelor cu dizabilități se poate face prin crearea de locuri de muncă protejate special organizate în scopul eliminării impedimentelor de orice fel...” (Legea 10/2003 – Cap. VII, art. 36, alin 2). În cazul tinerilor seropozitivi HIV trebuie avut în vedere, în momentul angajării, particularitățile bolii: rezistență scăzută la efort, spitalizări dese și uneori îndelungate, afecțiuni medicale ce împiedică practicarea anumitor meserii.

În cadrul Strategiei naționale privind protecția specială și integrarea socială a persoanelor cu dizabilități, un segment important îl reprezintă formarea și angajarea în muncă a acestora, pornind de la evaluarea individuală a fiecărei persoane în parte. Astfel, Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă împreună cu Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap organizează, la nivel național, Bursa Locurilor de Muncă pentru persoanele cu handicap, prilej cu care și persoanele seropozitive HIV își pot găsi un loc de muncă.

În momentul în care comunitatea din care aceștia fac parte (mai ales în cazul comunităților rurale) a aflat despre statutul de seropozitivitate, reacția a fost de respingere și marginalizare. Mai mult, în 60% dintre cazuri, instituțiile școlare au hotărât excluderea din colectivul de elevi, fapt ce a determinat neparticiparea acestora la activitățile școlare și extrașcolare care le-ar fi asigurat după împlinirea vârstei de 18 ani, respectiv după finalizarea studiilor, o mai bună integrare socio-profesională. În aceeași situație se află și tinerii seropozitivi instituționalizați în centrele de plasament, care nu au fost acceptați în învățământul de masă, fiind integrați în cadrul unor școli speciale, deși nivelul intelectual le-ar fi permis frecventarea școlilor normale. Mai mult, faptul că provin dintr-un centru de plasament reprezintă încă o piedică în încercarea de a se integra socio-profesional.

Conform legii, după împlinirea vârstei de 18 ani persoanele seropozitive HIV beneficiază de o indemnizație lunară în procent de 50% din salariul minim brut pe

țară (adică 45\$ pe lună) sumă insuficientă pentru acoperirea nevoilor minime de trai. În plus, datorită particularităților bolii (respectiv rezistență scăzută la efort, stres, risc crescut de transmitere a virusului și a infecțiilor oportuniste în cazul practicării anumitor meserii, întreruperi frecvente din câmpul muncii datorită sănătății precare etc.) universul socioprofesional la care pot accede persoanele seropozitive este restrâns.

Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, în conformitate cu Ordinul Comun nr. 748/460/2002 al Ministrului Sănătății și Familiei și al Ministrului Muncii și Solidarității Sociale a aprobat criteriile de încadrare și modul de autorizare a unităților protejate ca forme de angajare în muncă a persoanelor cu dizabilități. Persoanele seropozitive HIV angajate în cadrul acestor unități pot desfășura fără să le prejudicieze sănătatea sau fără a pune în pericol alte persoane, activități precum:

- Contabilitate;
- Etichetarea manuală și ambalarea sticlurilor etichetate;
- Confecționarea ambalajelor de carton;
- Confecționarea de măști și perii;
- Activități de editare (felicitări, cărți de vizită);
- Fabricarea altor produse manufacturiere (ștampile);
- Confecții textile;
- Fabricarea de pulovere, veste și articole similare tricotate sau croșetate;
- Ateliere confecții răchită;
- Ateliere artizanat și broderie;
- Fabricarea altor produse din lemn, plută, nuiete și alte materiale vegetale;
- Croitorie.

Fundația „Alături de Voi” România (ADV), sprijină - prin intermediul unui proiect pilot ce se desfășoară pe o perioadă de trei ani (2004 – 2007) în județul Iași - tinerii seropozitivi HIV proveniți din centre de plasament sau din familii în vederea obținerii unei calificări într-un anumit domeniu compatibil cu statutul lor de seropozitivitate în vederea inserției profesionale. Astfel, corespunzător nevoilor acestor tineri, s-a considerat potrivit pentru ei ca, în cadrul unor ateliere de lucru, să urmeze cursuri de instruire în domeniul artelor plastice și meșteșugărești și a utilizării P.C.-ului, pentru ca, ulterior (după împlinirea vârstei de 18 ani), aceștia să fie încadrați în câmpul muncii pe baza deprinderilor învățate. În plus, în cadrul acestor ateliere de lucru, tinerii vor fi sprijiniți pentru a interrelaționa eficient și antrenați în procesul socio-educativ corespunzător vârstei, atât de necesar și merit să îi țină conectați la viața socială.

**Obiectivele** proiectului sunt îndrăznețe și urmăresc:

- Creșterea șanselor de inserție socio-profesională a tinerilor seropozitivi proveniți din familie sau centru de plasament din județul Iași;
- Creșterea gradului de implicare a comunității cu privire la integrarea socio-profesională a persoanelor seropozitive;

- Dobândirea cunoștințelor teoretice și practice în domeniul meșteșugurilor populare și a artelor plastice de către tineri seropozitivi din județul Iași pe perioada desfășurării proiectului;
- Dobândirea cunoștințelor teoretice și practice în domeniul operării P.C.-ului de către tineri seropozitivi din județul Iași pe perioada desfășurării proiectului;
- Dezvoltarea capacității de autosusținere după împlinirea vârstei de 18 ani de către tinerii seropozitivi HIV din județul Iași pe perioada desfășurării proiectului.

În cadrul acestui proiect, tinerii seropozitivi vor fi îndrumați de către *voluntari* ai Fundației „Alături de Voi”, studenți la facultăți de profil (arte plastice, teologie – patrimoniu), elevi ai liceului de arte și meserii și de către *specialiști* plătiți (profesori, angajați ai școlii populare de artă, ai cooperativelor meșteșugărești) pentru a le forma abilități de lucru și pentru a fi capabili să creeze cu succes obiecte artisanale, goblenuri, tablouri, felicitări confecționate prin intermediul meșteșugurilor populare și artelor plastice, dar și obiecte de îmbrăcăminte și accesorii vestimentare. De asemenea, se vor organiza grupe de copii care vor urma cursuri de operare P.C. la sfârșitul cărora vor obține o diplomă recunoscută de către Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și Ministerul Educației și Cercetării care vor fi parteneri pe acest proiect și vor sprijini ulterior integrarea profesională a acestor tineri.

Dobândirea acestor cunoștințe teoretice și practice vor ajuta tinerii seropozitivi să treacă, în următoarea etapă a proiectului, la producția obiectelor de artizanat, de artă plastică sau confecții. Produsele obținute vor fi comercializate într-un spațiu special amenajat, fondurile obținute revenind tinerilor seropozitivi implicați în proiect.

„Pentru ca această acțiune – integrarea în muncă a persoanei cu dizabilități să fie de un real succes, este necesar ca această persoană să fie considerată ca un adevărat partener. Cel mai potrivit loc de muncă este cel ales de persoana cu dizabilități, deoarece propria alegere îi crește stima față de propria persoană.”<sup>1</sup>

Persoanele adulte seropozitive se încadrează într-o categorie de handicap și potrivit legislației au dreptul la muncă conform pregătirii profesionale, a calităților lor fizice și intelectuale, pe baza unui contract individual de muncă.<sup>2</sup>

De asemenea, persoanele cu handicap pot fi angajate la domiciliu. În acest caz, persoana care le angajează, fizică sau juridică, are obligația de a asigura transportul de la domiciliu a materiilor prime și materialelor pe care persoana cu handicap angajată le utilizează în activitate și a produselor finite pe care acestea le realizează.

Persoanele cu handicap încadrate cu contract individual de muncă beneficiază de următoarele drepturi de protecție socială (art.44):

- Pot ocupa în condițiile legii orice funcție în cadrul instituției care le angajează, conform pregătirii și capacității lor fizice și intelectuale;

<sup>1</sup> „*Rolul asistentului social în sistemul de protecție a persoanelor cu handicap*” (p. 57) – Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, Institutul Național pentru Prevenirea și Combaterea Excluziunii Sociale a Persoanelor cu Handicap, București, 2003

<sup>2</sup> Art. 26 din **Legea nr. 519 din 12/07/2002** pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap.

- Beneficiază de scutire de impozit pe salariu în cazul în care sunt angajate cu contract individual de muncă;
- La angajare, au dreptul la o perioadă de probă plătită de minim 45 zile;
- Au dreptul la preaviz plătit de minim 30 de zile lucrătoare acordat la desfacerea contractului individual de muncă din inițiativa angajatorului, pentru motive care nu pot fi atribuite persoanelor cu handicap;
- Au posibilitatea de a lucra mai puțin de 8 ore pe zi, în condițiile legii, în cazul în care beneficiază de o recomandare medicală în acest sens;
- Au dreptul la pensionare la cerere pentru limită de vârstă.

Persoanele seropozitive au aceste drepturi dacă doresc să continue să muncească. Din experiența acumulată de către Fundația „Alături de Voi” România s-a observat că există trei tipologii ale persoanelor adulte seropozitive:

- Adulți tineri care au aflat întâmplător care este diagnosticul lor în urma donării de sânge;
- Adulți tineri care au avut ca partener/ă o persoană seropozitivă și au ajuns să fie testați în momentul în care au intrat în faza simptomatică datorită unor îmbolnăviri frecvente și lipsei de răspuns eficient la medicația administrată;
- Adulți în vârstă, care sunt părinți ai copiilor seropozitivi testați ca aparținători ai acestora.

În funcție de tipologia la care aderă și de starea de sănătate, atitudinea față de reintegrarea profesională este foarte diferită. Datorită îmbolnăvirilor frecvente persoanele seropozitive nu pot să-și păstreze locurile inițiale de muncă. În aceste cazuri, după ce au renunțat la locul inițial de muncă este destul de dificil să fie acceptați în alt loc. Fiind seropozitivi, trebuie să se prezinte periodic la clinică pentru control sau diverse investigații medicale. De asemenea, îmbolnăvirile sunt mai frecvente iar persoana seropozitivă are nevoie de concedii medicale frecvent și o astfel de atitudine este greu acceptată de oricare angajator.

Pentru a preveni ruperea confidențialității, la prezentarea certificatelor medicale și întreaga suită de probleme care decurg din aceasta, persoanele seropozitive renunță din proprie inițiativă la locul de muncă.

O astfel de atitudine nu trebuie încurajată deoarece poate duce la apariția unor sentimente negative puternice (inutilitate, excludere, etc.) care pot genera depresie însoțită uneori de tentative de suicid.



## CAPITOLUL VI

### Fenomenul HIV/SIDA în context actual și viitor

#### 6.1. Transmiterea HIV pe cale sexuală

HIV/SIDA a dus la crearea unui alt punct de vedere privitor la ce înseamnă sexul, mai ales printre cei tineri. Este important cum se raportează ei la acest lucru, pentru că astfel se află mai ușor dacă ei consideră că prezintă riscuri, cum răspund ei la încercările de prevenire HIV și ce spun ei despre experiența lor sexuală.

În general, studiile<sup>1</sup> consideră că cineva este activ sexual numai dacă acea persoană are contacte vaginale. De exemplu, sexul anal (destul de comun) nu este legat de posibilitatea unei sarcini, dar prezintă un risc când este vorba de HIV/SIDA sau de alte ITS-uri.

Mulți tineri (bărbați, în special) vorbesc despre activitatea lor sexuală. Multe femei nu sunt active sexual; de fapt, în doar patru din țările în care s-au făcut studii (Canada, Côte d'Ivoire, Togo și SUA) mai mult de jumătate din femeile cu vârste între 15 și 19 ani vorbesc despre activitatea lor sexuală. De asemenea, în țările în care informațiile sunt disponibile, mai mult bărbații decât femeile au mai mult decât un partener sexual. În alte locuri, numărul celor care au relații sexuale înainte de căsătorie a scăzut.

- **Femeile sunt supuse mai multor riscuri**

Riscul de infectare cu HIV prin sex neprotejat este de 2 până la 4 ori mai mare pentru o femeie comparativ cu un bărbat. Transmiterea de la bărbat la femeie are o incidență mai mare deoarece în timpul unui contact vaginal la femeie o parte mai mare a zonei genitale este expusă secrețiilor partenerului decât un bărbat. De asemenea, concentrația de HIV este în general mai mare în spermă decât în secrețiile vaginale.

Tinerele se expun în general mai multor riscuri decât cele adulte. Vaginul și colul uterin nu sunt încă la maturitate, deci mai puțin rezistente la HIV și alte ITS-uri, cum ar fi gonoreea. Schimbări ale aparatului reproducător în timpul pubertății fac țesuturile din aceste zone mai susceptibile infecției cu HIV. De asemenea, schimbările asociate cu ciclul menstrual sunt de multe ori asociate cu o subțiere a mucoasei care acoperă colul uterin. O astfel de subțiere poate permite mai ușor accesul HIV în organism. Tinerele produc foarte puține secreții vaginale, nefiind o barieră serioasă în transmiterea virusului HIV. Multe studii privind infectarea cu HIV includ femei, dar și bărbați, determinându-se astfel că femeile sunt mai sensibile la viruși decât bărbații.

<sup>1</sup> „*Injection Drug Use and HIV/AIDS: Legal and Ethical Issues*”, Health Canada, Montreal, Quebec, 1999.

### • Relații cu partenerii de același sex

În lumea industrializată, se estimează că 70% din infecții au loc în cazul bărbaților care fac sex cu alți bărbați. USAID (United States Agency for International Development) estimează că un procent de 5 până la 10% din transmiteri se fac de la bărbat la bărbat.

Adolescența este o perioadă dificilă, mai ales pentru cei care-și explorează sexualitatea prin experimentarea relațiilor heterosexuale și homosexuale. Mulți tineri au relații heterosexuale la începutul vieții lor sexuale, înainte de a recunoaște mai târziu că sunt lesbiene sau homosexuali. Tinerii care au relații sexuale cu alți bărbați sunt supuși la tot felul de presiuni pentru a-și păstra secretă orientarea sexuală.

În țările în care homosexualii sunt acceptați, „comunitățile lor sunt rare sau chiar inexistente. Cu toate acestea, în aproape orice țară bărbații au relații sexuale cu alți bărbați (inclusiv sex oral și anal) chiar dacă nu se consideră a fi homosexuali sau nu sunt văzuți astfel de către ceilalți.” Construcția „bărbați care fac sex cu alți bărbați”, spre deosebire de „bărbați homosexuali” a intrat în uz pentru a face referire la acest adevăr.

Dacă descoperirile în domeniu sunt vagi în țări în curs de dezvoltare, mai ales în cele în care incidența HIV este mai mare, informațiile din SUA sugerează faptul că tinerii care au relații sexuale cu parteneri de același sex se expun unor riscuri substanțiale. Conform Centrelor de Control și Prevenire a Bolilor din SUA, 50% din numărul cazurilor de SIDA raportate în State în 1999 în cazul tinerilor cu vârste între 13 și 24 de ani se refereau la bărbați care fac sex cu alți bărbați. Cu toate că în State procentele de infecții cu HIV par să fi scăzut în rândul bărbaților adulți care fac sex cu alți bărbați, procentele de infectare cu HIV par să fi crescut în rândul tinerilor care fac sex cu alți bărbați, mai ales în rândul minorităților. Deoarece mulți tineri care fac sex cu alți bărbați au și relații sexuale cu femei, cazurile de infectare pot să crească.

În cazul relațiilor sexuale între femei, se recomandă ca acestea să se protejeze prin folosirea de mănuși de plastic pentru a reduce contactul cu fluidele corporale ale partenerului. Deoarece HIV poate fi prezent în secreții vaginale, în sângele menstrual și laptele de la sân, expunerea la aceste fluide în timpul relațiilor sexuale dintre femei poate cauza infectarea. Mai mult, în medie, femeile care fac sex cu alte femei au în general mai mulți parteneri sexuali decât celelalte femei în general.

Transmiterea sexuală reprezintă principala modalitate de transmitere a infecției HIV în întreaga lume. În funcție de particularitățile fiecărei țări, preponderența modalităților de transmitere a fost diferită. În România, principala modalitate de infectare a fost folosirea de seringi nesterilizate, mai ales înainte de 1989, ceea ce a dus la o infectare în rândul pacienților (în special a copiilor) care au fost internați în unitățile spitalicești în acea perioadă.

În prezent însă, România se confruntă în special cu problema transmiterii pe cale sexuală, acest lucru datorându-se lipsei de informare și insuficienta folosire a măsurilor de protecție în rândul populației cu comportament la risc și nu numai. Totodată, un risc major îl reprezintă copiii care au fost infectați în perioada 1989-1990,

copii care au ajuns la vârsta pubertății și care nu numai că sunt interesați de sexualitatea lor, dar mulți dintre ei își încep viața sexuală.

Pornind de la aceste premise, eforturile celor care acționează în acest domeniu trebuie concentrate în special în jurul campaniilor de informare și prevenire.

În afara abstenenței, principala și singura modalitate de prevenire a transmiterii infecției HIV/SIDA este folosirea prezervativului în timpul oricărui contact sexual: vaginal, oral, anal. În afară de infectarea cu virusul HIV, contactul sexual protejat (cu prezervativ) poate proteja femeia de o sarcină nedorită, contactarea altor ITS-uri (infecții cu transmitere sexuală) precum și a hepatitei B și C.

Mitul conform căruia folosirea prezervativului reduce din plăcerea actului sexual trebuie dărâmat. Astăzi există zeci de variante de prezervative, lubrifiante, geluri, arome și texturi care, dimpotrivă, pot îmbunătăți viața sexuală. Specialiștii le recomandă pe cele din latex ca fiind mai rezistente față de cele din poliuretan, acestea din urmă având riscul de a se rupe mai ușor. De asemenea, lubrifiantele pot înlătura senzația de uscăciune din timpul penetrării și pot să reducă riscul de rupere a prezervativului.

Există însă câteva precauții în ceea ce privește prezervativele. Termenul de valabilitate nu trebuie să fie expirat iar ambalajul să nu fie deteriorat (să nu prezinte rupturi sau zgârieturi). Regula de bază după care trebuie să ne ghidăm este evitarea contactului direct cu fluidele din corpul partenerului: spermă, fluide vaginale, sânge (chiar și sânge menstrual) sau rănilor purulente.

Nu doar contactul sexual vaginal cu o persoană seropozitivă poate duce la infectare. La fel de periculoase sunt și contactele sexuale orale sau anale (mai ales).

În ceea ce privește sexul oral au existat mai multe dezbateri privind riscul pe care acesta îl prezintă în transmiterea HIV. Riscul principal constă în transmiterea ITS-urilor, hepatitei și a diferiților paraziți, și un risc minor în transmiterea HIV. Riscul transmiterii crește dacă există tăieturi, mici răni pe buze sau în cavitatea bucală sau dacă sângerează gingiile. Unele dintre aceste răni sunt atât de mici încât nu pot fi sesizate foarte ușor.

De aceea, pentru evitarea oricărui risc este indicată folosirea prezervativului și evitarea contactului direct cu vaginul în timpul sexului oral. În cazul sexului oral, se recomandă persoanei neinfectate, dacă nu se folosește prezervativul să se evite cel puțin spălarea dinților imediat după actul sexual deoarece periștața de dinți poate cauza răni minuscule ale gingiilor care pot fi o poartă de intrare a virusului în corp.

Sexul anal neprotejat, prezintă cel mai mare risc de transmitere HIV, explicația constând în faptul că zona anală este mult mai vascularizată iar capilarele sangvine se sparg cu ușurință, existând deci șanse mai mari de a intra în contact cu sângele. Sexul anal este la fel de periculos pentru ambii parteneri implicați în act.

Totodată, medicamentele folosite pentru tratarea unor probleme ale anusului sau ale vaginului, cum ar fi supozitoarele, unguentele pentru hemoroizi și alte creme pot crește riscul de rupere a prezervativului.

Și jucăriile sexuale (ex: vibratoarele, păpușile gonflabile, inelele de cauciuc) pot fi căi de transmitere HIV, în cazul în care sunt folosite în comun cu o persoană seropozitivă. Ideal este ca acestea să fie personale, iar dacă se folosesc în comun cu o altă persoană este recomandabil să fie protejate de prezervative (diferite pentru fiecare). Oricum ele necesită o igienă atentă, după fiecare utilizare spălându-se cu apă caldă, săpun și chiar un dezinfectant ușor, după care se clătesc foarte bine. Dacă au în componență și o parte electrică (baterii) se va folosi o cantitate mică de dezinfectant ușor. Se păstrează în pungi de plastic închise ermetic.

Sărutul uscat și în general sărutul, dacă nu există leziuni bucale, nu prezintă risc de infecție. Nu trebuie însă neglijată posibilitatea existenței de microleziuni sângerânde, mai ales că cei infectați cu HIV pot avea diverse leziuni, cum sunt aftele, candidozele, herpesul, gingivitele, leziuni care îmbogățesc saliva cu HIV.

Așadar, toate practicile sexuale neprotejate sunt potențial infectante. Riscul de transmitere este diferit în funcție de practicile sexuale utilizate, varietatea partenerilor, precum și de sexul persoanei infectate. Astfel, cercetările au arătat că transmiterea de la bărbat la femeie este de 20% iar de la femeie la bărbat este de 10%.

Toate acestea nu înseamnă că trebuie să devenim anxioși și absurzi în stabilirea relațiilor cu ceilalți de teama infectării cu HIV. Există multe lucruri care se pot experimenta împreună cu partenerul, care nu implică neapărat penetrarea orală, vaginală sau anală și care nu prezintă nici un risc. Pentru ca lucrurile să fie mai clare vom prezenta mai jos o scală a activităților cu caracter sexual și măsura riscului pe care acestea îl prezintă în transmiterea HIV.

- |                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Risc crescut</b>  | ⇒ Contact sexual anal fără prezervativ<br>⇒ Contact sexual vaginal fără prezervativ<br>⇒ Retragerea penisului înainte de ejaculare (coitus interruptus)   |
| <b>Risc scăzut</b>   | ⇒ Contact sexual anal cu prezervativ<br>⇒ Contact sexual vaginal cu prezervativ<br>⇒ Contact sexual oral cu prezervativ   |
| <b>Risc teoretic</b> | ⇒ Săruturi care implică schimbul de fluide (saliva)<br>⇒ Penetrarea cu degetul a vaginului sau anusului<br>⇒ Contact sexual oral fără ejaculare<br>⇒ Contact sexual oral fără contact direct cu vaginul |
| <b>Fără riscuri</b>  | ⇒ Masturbare reciprocă<br>⇒ Sărut și mângâiere<br>⇒ Masaj, atingeri<br>⇒ Jucării sexuale personale<br>⇒ Împărtășirea fanteziilor sexuale  |

Sexul protejat nu înseamnă a renunța la sex. Înseamnă a fi deștept și a rămâne sănătos, înseamnă respect față de propria persoană și față de partenerul tău, înseamnă a vorbi despre sex, a ști cum să te protejezi și a fi precaut tot timpul. Nu uitați că o persoană poate transmite infecția HIV prin contact sexual, în primele săptămâni de la infectare, într-o perioadă în care anticorpul nu sunt încă detectabili și, deci, nu poate fi stabilit încă diagnosticul.

Uneori, este suficient doar un singur contact sexual neprotejat pentru a contacta HIV.

Există și în afara activităților cu caracter sexual o serie de alte activități care prezintă un risc crescut de infectare cum ar tatuajele și body-piercing-ul (penetrarea pielii pentru montarea unor cercei, podoabe). Acestea sunt practici care necesită precauții serioase: ace de unică folosință, cerneală folosită pentru o singură persoană. La toate acestea se adaugă și o igienă locală strictă tot timpul. Aceste precauții nu sunt respectate întocmai de toți cei care oferă astfel de servicii. De aceea este recomandabil alegerea unor profesioniști care folosesc proceduri sigure de sterilizare și igienă.

Vom prezenta mai jos o listă a comportamentelor care prezintă riscuri de infectare HIV:

- Seringi folosite în comun;
- Instrumente de tatuare, nesterile;
- Contact sexual anal, vaginal, oral neprotejat;
- Ceremonii care implică contactul cu sângele altei persoane (ceremonii oculte, „frați de cruce”);
- Contact sexual neprotejat cu o persoană care se droghează;
- Instrumente de piercing nesterile;
- Abuzul de alcool și alte droguri.

Revenind la activitățile cu caracter sexual, trebuie cunoscut faptul că precauțiile nu trebuie să dispară nici atunci când în actul sexual sunt implicate două persoane seropozitive. Cercetătorii au dovedit că există mai multe tulpini de virus HIV și că unele tipuri cauzează „daune” mai mari organismului decât altele. Fără a intra în detalii de natură medicală trebuie amintit totuși faptul că o persoană infectată cu un anumit tip de virus HIV, dacă contactează un alt tip de virus HIV (indiferent prin ce mod) există un risc major de a dezvolta rezistență la un tip de tratament care i-a fost aplicat partenerului de la care s-a infectat. Acest lucru va limita opțiunile de tratament disponibile pentru el. Protejându-se poate evita tipurile de HIV la care nu a fost expus încă, iar acest lucru poate ajuta la menținerea sănătății mai mult timp. Totodată, contactarea unor boli cu transmitere sexuală poate avea un efect negativ asupra evoluției infecției HIV grăbind evoluția sa spre stadiul final de SIDA.

În ceea ce privește statutul de persoană seropozitivă, există o serie de implicații de ordin etic care trebuie luate în considerare. Dacă aceste persoane doresc să se

implice într-o relație poate fi dificilă decizia legată de cum, când și unde să-i spună partenerului: îi va spune de la început sau va aștepta să ajungă la momentul actului sexual; contează dacă este o aventură de o noapte sau o relație de lungă durată?

Studiile arată ca o parte din persoanele seropozitive sunt de părere că trebuie să comunice acest lucru oricărei persoane cu care au o relație sexuală sau folosesc seringi în comun. Alții sunt de părere că atâta timp cât te protejezi, protejându-l astfel și pe partenerul tău, diagnosticul nu trebuie comunicat.

Pentru o persoană seropozitivă este extrem de dificil și delicat să vorbească despre statusul bolii sale de teama reacției celorlalți. Această teamă este justificată dacă ne gândim la rejecția pe care o resimt cei mai mulți față de aceste persoane. De aceea, este extrem de importantă cunoașterea modalităților prin care se poate transmite HIV dar mai ales pe cele care nu prezintă nici un risc și care permit stabilirea și menținerea unor relații interumane normale cu persoanele seropozitive.

Important este cunoașterea faptului că HIV se transmite numai prin o parte din fluidele corpului: sânge, spermă, fluide vaginale și lapte matern, dar nu și prin transpirație, salivă, lacrimi. Acestea din urmă au în compoziție virusul, dar este necesară o cantitate foarte mare (aproximativ 1litru) pentru a putea transmite infecția. O informare corectă în ceea ce privește spațiul HIV și SIDA ne va ajuta să acceptăm în anturajul nostru persoane seropozitive și să dezvoltăm o atitudine pozitivă și de acceptare față de ei.

## 6.2. Transmiterea HIV pe calea utilizării drogurilor

Tinerii sunt vulnerabili din cauza faptului că nu sunt dezvoltați complet din punct de vedere social, emoțional și psihologic. Astfel, ei ajung să se expună unor comportamente riscante, de cele mai multe ori nedându-și seama de pericolul la care se expun. Acest lucru include: alcoolul și drogurile, delicvență și nerespectarea autorității. În același timp, unii cercetători avertizează împotriva unei perspective simpliste asupra adolescenților, clasându-i drept „vulnerabili” sau „prezentând riscuri”. O astfel de perspectivă poate îngreuna înțelegerea situației în care se află acești tineri, deoarece tinerii nu sunt un grup omogen și, mai mult, ei sunt capabili să-și exprime punctul de vedere. Cei mai mulți tineri știu foarte puține lucruri despre HIV/SIDA, deoarece societatea îngreunează aceasta. Politicile sociale arată intoleranță și discriminare adresată tinerilor, cum ar fi atunci când se limitează accesul la informare și îngrijire. Din cauză că ei se află într-o perioadă de tranziție între copilărie și maturitate, cei din sănătate privesc nevoile lor privind acest domeniu ca fiind conflictuale și confuze. Normele sociale și așteptările, ca și părerile celorlalți afectează foarte mult tipurile de comportament ale tinerilor, crescând riscurile la care ei se expun.

**Tinerii se infectează** în principal prin trei metode: relații sexuale cu persoane de sex diferit, relații sexuale cu persoane de același sex (bărbați) și prin injectarea cu droguri intravenoase. Prezența și a altor boli cu transmitere sexuală poate crește riscurile de infecție cu HIV/SIDA. HIV mai poate fi transmis și de la mamă la copil în timpul sarcinii, a nașterii sau a alăptării. Alte metode de transmitere nu reprezintă decât o mică parte din cazurile de infectare. Aici sunt incluse infectarea prin



transfuzii de sânge și activități cu echipamente nesterilizate în care pot apărea leziuni la nivelul pielii.

Un pericol real, însă privind transmiterea infecției cu HIV în următorii ani îl reprezintă utilizarea drogurilor administrate injectabil, și nu numai.

Din punct de vedere farmaceutic, drogul poate fi definit ca o materie de origine vegetală, animală sau minerală care servește la prepararea anumitor medicamente. În acest context, activitatea de drogare constă în administrarea exagerată de medicamente care duce la obișnuință, la necesitatea măririi continue a dozei, fapt care are repercursiuni asupra organismului.<sup>1</sup>

Experți din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății definesc drogul ca fiind “orice substanță care, introdusă într-un organism viu, îi poate modifica acestuia percepția, umoarea, comportamentul ori funcțiile sale cognitive sau motrice”. În conformitate cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (1993), substanțele sau clasele de substanțe psihoactive (drogurile), a căror administrare pot produce tulburări mintale, tulburări de comportament și dependență, sunt: *alcoolul, opiaceele, derivatele cannabisului, sedativele și hipnoticele, cocaina, halucinogenele, tutunul, solvenții volatili, alte substanțe psihoactive și din diferite clase utilizate în asociere*<sup>2</sup>.

Consumul de droguri, ca fenomen cu dimensiuni sociale, a apărut în anii 50-60, în cursul dramaticelor mutații culturale ale lumii occidentale. Acest fenomen a pătruns în toate comunitățile progresând extrem de rapid, în special în rândul tineretului.

Comunitatea unde „prinde” consumul de droguri se găsește într-o fază de dezorientare culturală. Această dezorientare este mai pronunțată la tineri care se găsesc într-o căutare, prin esență destabilizată, de identitate în general, și de identitate socială, în particular. În acest context, consumul de droguri este deseori asociat de către tinerii în dificultate cu o cultură alternativă, atractivă, a contrariilor, opusă unei comunități în care nu se simt integrați.

Protagoniștii acestei drame, părinți, educatori, tineri și instituții sociale au fost găsiți total nepregătiți pentru identificarea, întâmpinarea și rezolvarea problematicii deosebit de ridicate ale consumului de droguri. Cei dintâi afectați – adolescenții - sunt lipsiți de o informare corespunzătoare în ceea ce privește consumul de droguri, dar și de un ajutor psihologic specializat pentru depășirea momentelor de criză existențială. Părinții și educatorii, supuși inevitabil dificultăților de adaptare intergenerațională determinată de criza adolescentină, se confruntă acum cu un nou pericol. În acest mod, asaltul traficantilor de droguri asupra liceelor sau a altor locuri frecventate de adolescenți este imposibil de stăvilit.

### România: de la țară de tranzit la țară consumatoare de droguri<sup>3</sup>

Mulți ani România a fost izolată, cel puțin parțial, prin constrângeri politice și economice, de aceste anomii sociale pentru care alte state au dezvoltat structuri

<sup>1</sup> Drăgan, Jenică, *Dicționar de droguri*, Editura Național, 2000.

<sup>2</sup> Organizația Mondială a Sănătății, *Seria de rapoarte tehnice* nr.836/1996, p.6.

<sup>3</sup> „*Adolescenții și toxicomania*” (volum coordonat de Gilles Ferreol) – Cap. 3: „Drogurile - alarmă națională”, p. 30-31, Dr. Cristian Bellu-Bengescu, Iași, Ed. Polirom, 2000.

de relativă ținere sub control. După 1989, România a devenit un mediu deosebit de fragil și vulnerabil la invazia drogurilor. Această fragilitate este agravată de accelerarea dramatică a evoluției fenomenului, și ca urmare a deschiderii bruște a societății românești către fenomene sociale anomice caracterstice funcționării societăților deschise și care erau oarecum noi pentru români.

Principala categorie de populație vulnerabilă la consumul de droguri o constituie tinerii. Populația tânără este mult mai deschisă la nou, la risc, mai dispusă să încerce noi experiențe. În plus, tinerii din România au venit mai puțin în contact cu mesajele care subliniau pericolul reprezentat de consumul de droguri în societatea capitalistă. În plus, în locul mass-mediei riguros cenzurate, a apărut o explozie a informației vehiculate pe piața audio-vizualului. Tinerii sunt ținta unui bombardament informațional masiv, în care consumul de droguri este deseori prezentat ca o alternativă de a face față vieții.

Principala caracteristică a consumatorilor de droguri este, așa cum am menționat deja, tinerețea. Marea majoritate a toxicomanilor români se află la vârstele tinereții și adolescenței, media de vârstă înregistrând o continuă scădere: de la 18 la 22 de ani la începutul anului 1997 la 15-18 ani în prezent. Deși ponderea băieților consumatori de droguri este în continuare mai mare decât cea a fetelor, se constată o tendință clară de reducere a acestui decalaj. De la un raport de 3:1 în anii 96-97, în prezent s-a ajuns la un raport de 2:1. În ultima perioadă au fost depistate mai des cazuri de tinere dependente de droguri; majoritatea lor au ajuns la dependență sub influența partenerilor sau din dorința fetelor de a slăbi. Drogurile consumate de către tinerii români sunt în principal heroina și marijuana, urmate de ecstasy, amfetamine și chiar cocaină. Deși mult mai redus datorită prețului prohibitiv, consumul de cocaină este în continuă creștere, tot mai mulți dintre tineri fiind atrași de acest drog. Un alt aspect important în cazul heroinei, drogul cel mai utilizat și mai periculos în cazul nostru, este modalitatea de administrare. Trecerea de la perioadele de început (anii 96-97) când heroina se consumă prin inhalare sau prizare („la țigară” sau „la folie”), la perioada actuală când majoritatea heroinomanilor se injectează, semnifică intensificarea fenomenului. Injectarea este o formă de administrare mult mai sofisticată, dar mai eficientă, tinerii consumatori români fiind așadar practicanți avansați ai acestui comportament deviant.

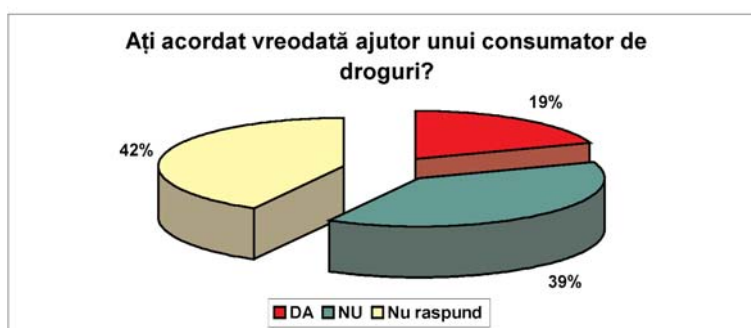
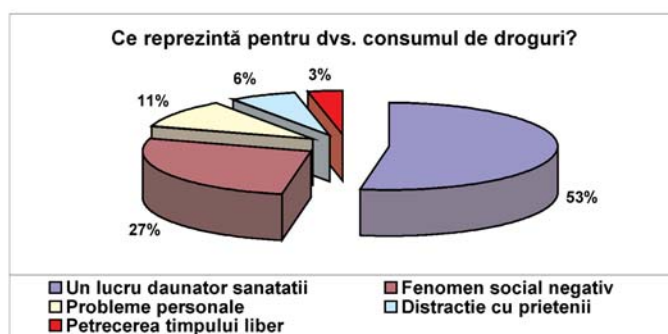
#### **Studiu de caz:**

#### **Consumul de droguri în rândul adolescenților din liceele ieșene și legătura între modalitățile de administrare a drogurilor și transmiterea infecției cu HIV**

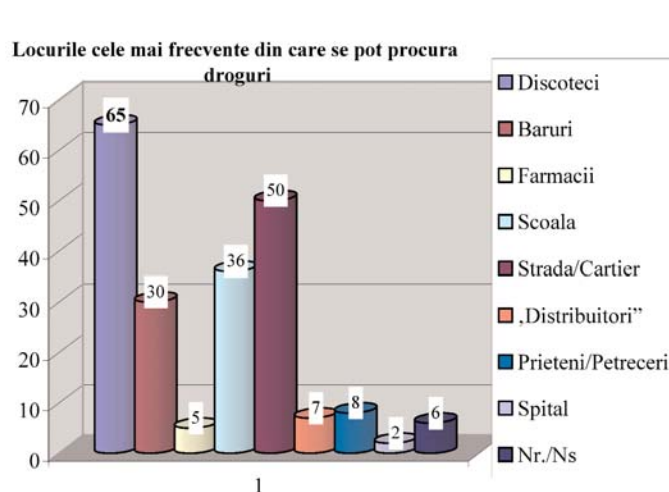
În anul 2003 s-a desfășurat o anchetă sociologică<sup>1</sup> pentru a estima care este amploarea fenomenului la nivelul liceelor ieșene, care sunt percepțiile și atitudinile adolescenților din Iași față de fenomenul consumului de droguri. Cercetarea s-a desfășurat în mai multe licee ieșene, alese aleator, care au cuprins elevi cu vârste între 15-20 ani, dintre care 40,9% băieți și 59,1% fete (dintre respondenți 28% erau în cls. a IX-a, 30% în cls. a X-a, 36,6% în cls. a XI-a și numai 5% în cls. a XII-a).

<sup>1</sup> Ancheta sociologică efectuată de Ciprian Iftimoaei (sociolog în cadrul Direcției de Asistență Socială, Iași) și Manuela Iftimoaei (Director Centrul Iași, Fundația „Alături de Voi”, România). Rezultatele cercetării au fost publicate în Revista de Asistență Socială, vol. 2/2003, Editura Lumen, Iași, 2003.

Chestionarele au fost aplicate în luna mai 2003, în timpul pregătirii pentru bacalaureat. Din această cauză eșantionul nostru are clasa a-XII-a subreprezentată.

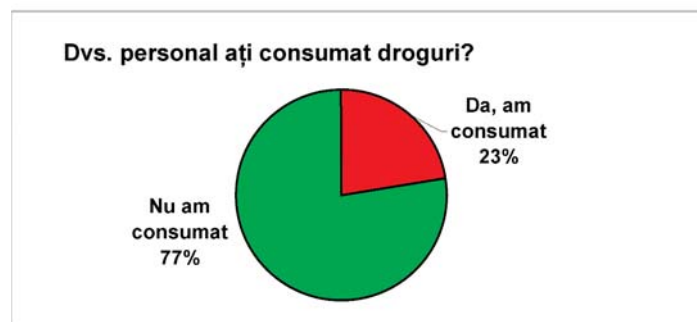


Din diagrama de structură de mai sus rezultă că majoritatea adolescenților intervievați este conștientă de riscurile generate de consumul de stupefiante, aproximativ 80% considerând acest lucru un fenomen social negativ cu implicații personale. Din acest punct de vedere, considerăm că strategiile de informare și mediatizare a consecințelor negative generate de acest flagel ar trebui să se focalizeze, din perspectiva răspunsurilor de mai sus, pe sublinierea consecințelor negative directe asupra stării de sănătate a consumatorilor și pe accentuarea stării de rău „biologic”.

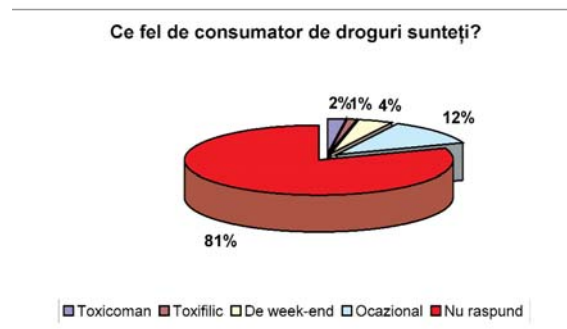


Din datele culese de pe teren a rezultat că 40,9% dintre adolescenții chestionați cunosc persoane care se droghează. Acest fapt conduce la concluzia că, dacă la începutul anilor '90 acesta era un fenomen oarecum redus ca manifestare (România fiind mai mult o țară de tranzit, decât una de desfacere a drogurilor pentru consumul intern), după 15 ani de tranziție, consumul de droguri a luat deja dimensiuni îngrijorătoare. În acest sens, se impune o politică concertată din partea tuturor factorilor de răspundere (școală, poliție, familie etc.) pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului de droguri la toate categoriile sociale, în special a celor de risc.

Amploarea consumului de droguri în rândul adolescenților ieșeni: **77,42** din adolescenți declară că **nu** au consumat niciodată droguri, în timp ce **22,58%** **au încercat** sau **obișnuiesc** să consume droguri, aproximativ 1/3 din respondenți.



Pentru cei care au răspuns cu „DA” la întrebarea de mai sus, le-am adresat următoarea întrebare: „Dvs. ce tip de consumator vă considerați?”



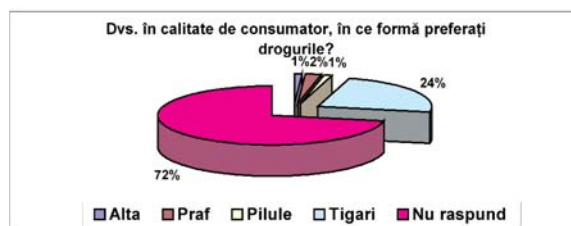
**A. Ocazionali:** consumă doze moderate, în ocazii „excepționale”, motivate ca scop recreativ sau experimental. Există riscul de a trece de la folosirea intermitentă la cea constantă. Interesează mai ales stările emoționale determinate de drog;

**B. „De week-end”:** consumă doze mari, luate intermitent, la sfârșit de săptămână, cu scopul de a „uita” dificultățile existenței sau eșecurile vieții cotidiene. În acest caz apare sentimentul de vinovăție și chiar de auto-victimizare; crește riscul de a trece la folosirea regulată a unor doze mai mari. Se instalează un ciclu de trăiri emoționale: consum-culpabilizare-remușcare-nevoie de consum crescut;

**C. Toxicofilici:** consum regulat de doze moderate, cu convingerea iluzorie că „se poate lăsa oricând”. Consumul aproape zilnic indică existența unei probleme de

natură chimică care conduce la dependență sau la nevoia de droguri mai puternice. Abstinența, chiar dacă are loc, nu durează;

**D. Toxicomanii:** consumă doze mari, regulate, droguri diferite. Dependența este clară, afectează progresiv viața socială, starea materială, existența, în general. Argumentele morale sau raționale, dovedirea efectelor distructive (fizice sau psihice) nu mai pot înlătura nevoia de drog.



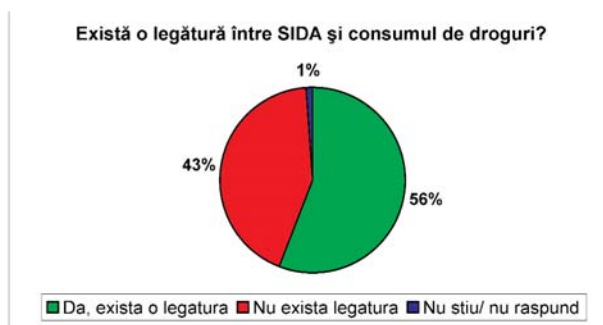
### Măsuri de stopare/prevenire a consumului de droguri, în viziunea adolescenților.

Adolescenții intervievați au fost solicitați să sugereze care ar fi măsurile necesare pentru a opri/diminua consumul de droguri printre adolescenți. Ei au sugerat diverse categorii de soluții:

- Pedepse aspre pentru comercianți – **38,7%**;
- Control asupra comerțului – **27,96%**;
- Control asupra producției – **15,5%**;
- Măsuri educative – **15,5%**.

		Frecvența	Procent	Procent valid	Procent cumulativ
Valid	NS/Nr	2	2,2	2,2	2,2
	Poliția	34	36,6	36,6	38,7
	Școala	23	24,7	24,7	63,4
	Medicul	4	4,3	4,3	67,7
	Familia	20	21,5	21,5	89,2
	Comunitatea	10	10,8	10,8	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Cei mai mulți dintre tineri (55,91%) consideră că există o legătură între droguri și transmiterea infecției HIV/SIDA. Însă, foarte puțini dintre ei cunosc în ce constă această legătură.



După cum putem observa din graficul de mai sus, 43% dintre tinerii investigați nu cunosc faptul că există o legătură între consumul de droguri (în special cele injectabile) și transmiterea infecției HIV.

Datele culese și analizate în cercetarea de mai sus se referă la percepțiile pe care le au adolescenții asupra cauzelor care determină consumul de droguri, amplitudinea pe care acest fenomen îngrijorător o are în rândul tinerilor. Am preferat să cercetăm opiniile adolescenților datorită răspândirii tot mai mari a consumului de droguri în rândul acestei categorii de vârstă, dar și pentru a afla care sunt motivațiile, tentațiile, explicațiile vehiculate în lumea lor.

Sintetizând, am putea spune că, în opinia adolescenților, principalul factor intern favorabil consumului de droguri este **curiozitatea**. Ea este recunoscută de majoritatea adolescenților ca fiind principalul mobil al tentației și reprezintă una din principalele cauze interne ale consumului de droguri. Construirea unor programe de prevenire a consumului de droguri ar trebui să ia în calcul acest pivot central al motivației adolescente (care este, de fapt, una dintre dominantele specifice vârstei).

Principalul factor extern indicat de adolescenți ca fiind favorabil consumului de droguri este anturajul, grupul de prieteni. Astfel, un prilej favorabil inițierii în practica consumului de droguri este distracții, locurile cele mai simple pentru procurarea și consumul de droguri fiind în opinia tinerilor intervievați discotecile și barurile.

Sintetizând informațiile cu privire la percepțiile adolescenților despre propria lor generație și despre relațiile (reale sau simbolice) cu lumea drogurilor, detaliind și analizând aceste informații – privind amploarea fenomenului, măsuri de prevenție indicate de tineri, lipsa sau slaba informare privind efectele negative ale drogurilor, legătura între acestea și transmiterea virusului etc., putem desprinde informații necesare construirii unor strategii de prevenire a consumului de droguri la adolescenți.

Cercetarea de față aduce în atenție faptul că principalele eforturi de stopare a consumului de droguri la adolescenți vor trebui făcute în plan educațional (fie că este vorba de educația în instituțiile de învățământ, de cea promovată prin mass-media sau asigurată de cadrul familial ori comunitar).

### Măsuri de prevenire și combatere a consumului de droguri

Programele de prevenție acționează fie la nivelul colectivității – programe generale, fie într-o populație selecționată după factorii de risc-programe selective, fie focalizat pe persoane ce manifestă deja un risc crescut – programe țintite.



Informația preventivă despre efectele negative ale consumului de droguri este în concurență permanentă cu faptul că tendința de a se droga este simptomul unor tulburări mai generale, care implică particularități psihologice foarte bine individualizate, cum sunt: inabilitățile de adaptare; gestionarea insuficientă a hetero sau auto-agresivității; inabilități de comunicare; dificultatea de a alege, de a decide; sugestibilitatea crescută la influențele de mediu; incapacitatea de a se confrunta cu stresul și de a rezolva problemele de viață; tendințele hedonice; mecanismele psihologice de autoapărare insuficiente. La acestea se adaugă factorii biologici și sociali care induc comportamentul disfuncțional de consum.

Dacă dificultățile personale amintite mai sus nu pot fi depășite prin comportamentul obișnuit, atunci sunt de dorit, pentru consumator, efecte precum euforia, excitația, halucinațiile, alterarea percepției timpului și spațiului, obișnuite prin drogare, ele diminuând sentimentul neadaptării. Acestea reprezintă o motivație intrinsecă foarte serioasă.

Prevenția primară se adresează celor ce nu prezintă comportament adictiv.

**Primul factor de prevenție** este informația asupra efectelor negative exercitate de consumul moderat, respectiv de excesul de drog, la care se adaugă conștientizarea factorilor de risc personali (de exemplu, contagiunea socială, bagatelizarea efectelor, ignorarea propriilor probleme de adaptare).

**Al doilea factor de prevenție** presupune angajarea prealabilă a persoanelor cu risc de consum (mai ales a adolescenților) în activități care să le satisfacă anumite trebuințe psihologice, experiențe și sentimente de recompensă morală, pentru ca, ulterior să aibă o atitudine de evitare sau de indiferență față de tentația drogurilor.

În acest sens, sunt sugerate următoarele tipuri de activități:

1. exerciții de relaxare, dans, sport, antrenare a mișcărilor, instruire dietetică și nutrițională (favorizează experiența stării de bine fiziologic);
2. masaj, exersarea coordonării mișcărilor, conștientizarea echilibrului poziției corpului, controlul micromuscular, inclusiv exprimarea privitor la activitatea sexuală (îmbogățesc experiența senzorială);
3. exerciții de autocunoaștere, consiliere psihologică (amplifică experiența emoțională);
4. implicarea în activități comunitare; în discuții, activități de grup vizând încrederea în sine și în ceilalți; respectul reciproc; valorile sociale (pentru dobândirea unei experiențe sociale corecte);
5. practicarea picturii, muzicii, exprimării, comunicării artistice, în general, activități de tip hobby, jocuri, lecturi (pentru a experimenta recompensele intelectuale și creatoare);
6. integrarea în activități de ordin spirituale, cum ar fi: rugăciune, meditație, contemplarea, literatură religioasă sau filosofică, cursuri de etică și morală pentru clarificarea propriului sistem de valori (pentru a avea experiențe spirituale, filozofice).

**Al treilea factor** este consilierea psihologică a membrilor familiei. Atitudinea adecvată preventivă sau față de un membru de familie deja suspectat de consum va ține cont de următoarele recomandări:

- a reacționa exagerat la bănuiele, amplificând problemele;
- a deschide subiectul despre drog într-o discuție rațională, liniștită, cu tact și răbdare;
- a utiliza tehnici eficiente de comunicare și interacțiune între membrii familiei pe baza unor atitudini consecvente, suportive;
- a avea expectanțe clare de comportament, conforme cu posibilități reale ale membrilor familiei;
- a monitoriza, mai ales comportamentul familiei, extrafamilial;
- a corecta concepțiile greșite, „miturile” achiziționate de la colegi sau mass-media;
- a favoriza autoevaluarea pozitivă laudând eforturile, realizările, fixarea unor scopuri realiste, evitând comparațiile nefavorabile;
- a sprijini dezvoltarea unor valori solide pentru a lua decizii corecte în raport cu presiunile mediului;
- a dovedi înțelegere, interes și ajutor, criticând faptele negative, nu persoana;
- a evita conflictele, ostilitatea, pedepsele, perfecționismul în educație;
- a nu oferi chiar în familie modele de consum care să influențeze indirect percepția despre droguri în general;
- a încuraja exersarea atitudinilor de refuz;
- a contacta familii cu probleme similare și persoane recuperate;
- a dezvolta abilitatea psihologică de a recunoaște din timp momentul apariției unei disfuncționalități în familie.

Toate aceste recomandări cer un antrenament psihologic de consiliere.

Observația atentă este mai obiectivă și mai discretă făcută de un mediator, medic de familie, medic psihiatru sau psiholog școlar. El va evalua atât efectele obiective ale consumului, cât și anamnetic motivația consumatorului, precum și posibilitățile de intervenție pornind de la condițiile psiho-sociale. În cazul adolescenților este de menționat că suportul parental favorizează scăderea consumului de droguri mai mult la băieți. Fetele, mai ales dacă au rezultate școlare slabe sunt influențate preponderent de părerea colegilor.

### **Prevenția secundară**

În fazele inițiale ale consumului, pacientul va fi încurajat să solicite ajutorul terapeutic pentru a nu progresa spre dependență. Psihologii, psihiatrii, asistenții sociali pot fi antrenați pentru a solicita un asemenea ajutor. În prezent, în România acesta este un sector prea puțin organizat. În cazul fazelor inițiale este important ca pacientul să dorească să se schimbe și să nu fie pasiv, trimis la terapie fără voia lui. Chiar și un dependent de drog simte nevoia să aibă un anumit grad de libertate.

## *Psihoterapia*

Terapia medicamentoasă vizează dependența fiziologică. Nu s-au elaborat metode psihoterapeutice specifice de intervenție, ci s-au adaptat tehnici folosite în general. În psihoterapia individuală se utilizează tehnici de relaxare progresivă sau metode de management al stresului. În cazurile când este asociată depresia se va utiliza terapia specifică. Când consumul de drog apare ca o nevoie de separare de familie, de câștigare a independenței va fi aplicată psihoterapia de familie. Psihoterapia de grup este mai dificilă pentru că trebuie controlate negativismul, comportamentele ostentative, provocatoare, recăderile, loialitatea față de contactele „de stradă”. Este utilă întâlnirea cu ex-dependenții de drog. Se recomandă ca grupurile să fie omogene.

## ÎN LOC DE CONCLUZII...

### *Frânturi din gândurile unui asistent social...*

*Când am cunoscut-o prima dată pe Laura, era o fetiță încântătoare, cu ochi mari și curioși și cu o voce minunată. Mi-o amintesc și acum în ajunul unui Crăciun organizat de Fundația „Alături de Voi” în Sala de joacă a Spitalului, îmbrăcată într-un costum național popular, fredonând în fața Moșului cântece populare moldovenești.*

*Acum... stă întinsă pe un pat de spital, într-o stare febrilă, alături de mama sa. Frumusețea ei de copil s-a dus... parcă chipul ei este ireal, privirea îi este pierdută și când vorbește parcă îți șoptește ceva la ureche. Doar ochii mai spun încă multe...; o înțelegi ce dorește numai uitându-te în ochii ei. Întotdeauna, ochii unui copil m-au impresionat. După privirea lor, îmi puteam da seama de suferința ce le macină gândurile.*

*Un copil aflat pe moarte nu a dat semne niciodată de apropierea sfârșitului, într-un mod tragic, sfâșietor; ba dimpotrivă, apropierea ultimelor clipe îi făcea să fie mai liniștiți, împăcați cu ei înșiși și cu ceilalți din jur. Pe când adulții... îi auzi strigând, țipând, agonizând, uneori chiar blestemând. Copiii suportă mai ușor durerea, nu cea fizică, ci pe cea sufletească, poate că totuși la o anumită vârstă nu au conștiința morții. Credința în îngeri și în viața de apoi, așa cum o aud că există din vorbele părinților, îi fac să accepte mai ușor ultimele clipe. Adulții, deși cunosc și ei aceste lucruri, „nu cred” însă în mirajul acestei credințe. Se îndoiesc totuși.. nu văd lumina de dincolo, „văd” doar întunericul care-i copleșește încet... încet.*

*Mi-l amintesc pe Ionuț din P., un băiețel inteligent, trecut prin greutățile vieții de mic copil, prin faptul că și-a văzut familia destrămându-se. Avea o surioară – Amalia - la care ținea foarte mult..., înainte de a afla despre boala sa. Deși, aparent, medicii îi dădeau șanse foarte mari de a duce boala pe picioare mulți ani de atunci înainte, Ionuț s-a stins foarte repede. Nu a acceptat boala sub nici un chip. Îi era ciudă pe surioara lui care se juca nestingherită cu ceilalți copii de vârsta ei...îi era teamă că el nu va mai ajunge mare. Încet-încet a început să refuze medicația; spunea că nu o mai poate înghiți, însă adevărul era cu totul altul. Era descurajat, își pierduse încrederea în el... și nu mai avea puterea să lupte. Într-o zi, a venit la spital...și acolo a rămas. Mama plecase până în piață să-i cumpere produsele pe care el și le dorise în acele momente... iar când s-a întors plecase dincolo doar cu puțin timp înainte. A fost parcă o pedeapsă pentru mamă... să nu fie lângă copilul ei în acele momente. Știa însă că o să moară; îi spusese lucrul acesta în perioada cât a stat internat în spital. Se tot ruga de mama să-l ducă acasă, acolo el vrea să moară, lângă cei dragi. A murit însă... neîmpăcat, fără ca ceilalți să-i respecte această ultimă dorință.*

### *Frânturi din gândurile unui copil seropozitiv*

*„Mă consider un copil matur și plin de imaginație. Cred că am fost aleasă să sufăr și să trec prin anumite perioade mai grele pe care să le înving și din care*

să ies câștigătoare în cele din urmă. Eu îmi zic că sunt o luptătoare și întotdeauna voi înfrunța pericolele cu fruntea sus. Viața este frumoasă și așa, nu mă simt marginalizată pentru că alături de mine sunt prietenii, frații și, în special, mama mea.

Sunt la fel ca ceilalți copii... merg la școală... învăț bine... mă joc și mă simt iubită. Cel mai mult mă deranjează atunci când mă compătimește cineva. Vreau să ajung mare iar cel mai important lucru pentru mine va fi lupta contra acestei boli, alinarea suferinței copiilor bolnavi ca și mine și defavorizați de soartă. Noi toți avem o speranță, nu suntem singuri. Trebuie să ai poftă de viață și dorința de a lupta. Cum în natură plantele reînvie la viață, și în sufletul meu se petrece aceeași schimbare.

E iarnă...și îmi doresc din tot sufletul ca îngerul care mă păzește să nu mă părăsească niciodată și să mă ajute să trec mai multe ierni care vor mai veni. Știu că și această infecție cu HIV poate fi răpusă.”

### **Frânturi din gândurile unei mame al unui copil seropozitiv HIV**

„Sunt mama unui copil seropozitiv. Când am aflat prima dată despre această boală, am tratat subiectul cu reținere, dar nu cu ostilitate. Îi compătimeam pe cei atinși, dar atât...pentru că nu eram conștientă de gravitatea acestei boli.

Până când...într-o zi, pe nesimțite, așa numita boală a secolului – **SIDA** – fără să-mi bată la ușă, **a pătruns în casa mea.**

Sunt mamă a cinci copii, două fete și trei băieți. În momentul când am aflat că mezina este infectată, am crezut că este sfârșitul lumii. Mă gândeam că totul s-a terminat. Pur și simplu, nu știam ce să fac, unde să mă duc și cui să-mi plâng suferința și disperarea în care mă prăbușisem. Căutam cu disperare vinovatul pentru această situație ca să îmi revărs asupra lui furia care îmi umpluse întreaga ființă. Multă vreme nu am simțit nevoia de odihnă sau de mâncare. Prietenilor nu le spuneam nimic, cu excepția celor mai apropiați, dar și la aceștia nu aveam decât o strângere de mână... și aceea cu teama riscului de transmitere a infecției.

Îmi priveam fiica cu sufletul zdrobit de durere la gândul că, într-o zi, nu-i voi mai vedea zâmbetul frumos și ochii mari oglindindu-i nevinovăția de îngeruș. În acele momente nu aș fi crezut că într-o bună zi voi depăși acest prag și voi lupta cu atâta forță și înverșunare pentru viața copilului meu.

Am cunoscut persoane care sufereau ca și mine și persoane din afară care erau implicate doar sufletește. Aceste persoane m-au ajutat să înțeleg lucrurile și m-au învățat să lupt. A trecut deja un an de când am aflat...și de atunci lupt neconștient. Alături de mine se află familia.

De câteva luni fetița mea știe ce boală are și nici una dintre noi nu și-a pierdut speranța, această speranță care ne dă tărie și forță de a lupta mai departe.”

## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- „Integrarea școlară a copilului în dificultate/cu nevoi speciale”, Centrul de Resurse și Informare pentru Profesiuni Sociale CRIPS, 2002
- „The Positive Side Magazine”, numărul 6/2003, Ed. CATIE (Canadian AIDS Treatment Information Exchange)
- „Injection Drug Use and HIV/AIDS: Legal and Ethical Issues”, Health Canada, Montreal, Quebec, 1999
- Asociația Adolescentul & Fundacio Salut i Comunitat, „Ghid de integrare a adolescenților infectați HIV”, Editura PER OMNES ARTES, București 1999
- Asociația Română Anti- SIDA, „Ghid de Asistență psiho-socială a persoanelor seropozitive”, Piatra Neamț
- Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, Institutul Național pentru Prevenirea și Combaterea Excluziunii Sociale a Persoanelor cu Handicap, „Rolul asistentului social în sistemul de protecție a persoanelor cu handicap” (p. 57), București, 2003
- Băban, A., „Consiliere educațională”, Imprimeria „Ardealul” Cluj-Napoca, 2001.
- Benea, E., Streinu Cercel A., „Managementul bolnavului cu infecție HIV”, Institutul de Boli Infecțioase „Prof.Dr.Matei Balș”, București, 2001
- Canadian AIDS Society, „HIV Transmission –Guidelines for Assessing Risk”
- Canadian HIV /AIDS Clearinghouse, „Safer Sex Menu”, Asociația Canadiană de Sănătate Publică, 2002
- Chircev, A., Salade, D., „Orientare Școlară și Preorientare Profesională”, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1976
- Comitetul Francez de Educație pentru Sănătate „Medecins du Monde” - „SIDA, Actorii sănătății în prima linie”
- Community Prescription Service, „The future of HIV Treatment”
- Doise, W., Deschamp, J.C., Mugny, G., „Psihologie Socială Experimentală”, Editura Polirom, Iași, 1996
- Drăgan, J., „Dicționar de droguri”, Ed. Național, 2000
- Endicott, L. (coordonator programe de educație în cadrul Organizației Planned Parenthood, Eugene, Oregon, SUA), material prezentat în cadrul Școlii de Vară în Asistență Socială, Iași, 2003
- Ferreol, G. (coord.), „Adolescenții și toxicomania”, Editura Polirom, Iași, 2000
- Fundația „Alături de Voi” România, „Asistența maternală pentru copilul seropozitiv HIV. Metodologie, standarde, proceduri”, Ed. Lumen, Iași, 2003
- Iftimoaei, C. & Iftimoaei, M., „Consumul de droguri în rândul adolescenților din liceele ieșene”, Revista de Asistență Socială, vol. 2/2003, Ed. Lumen, 2003
- Organizația Mondială a Sănătății, „Seria de rapoarte tehnice” (nr. 836/1996, p. 6)
- Patterson, B., Robietraud, F., „Managing your health. A Guide for People living with HIV& AIDS”, Canada, 1999
- Petrea, S., „Copilul dumneavoastră și SIDA”, Ed. All, București, 1998
- Petrea, S., „Prevenirea transmiterii HIV în practica medicală”, Ed. All, București, 1999
- Petrea, S., „SIDA. Trecerea oprită (...Individul, colectivitatea și HIV)”, Ed. All, București, 1997
- Petrea, S., Chirilă, O., „Ghid de consiliere în infecția cu HIV/SIDA”, Ministerul Sănătății și Familiei, Comisia Națională de Luptă Anti-SIDA – Programul Național de Luptă Anti-SIDA, București, 2001
- Țopa, L., „Cum cultivăm inteligența socială în relațiile umane”, Ed. Știința Enciclopedică, București, 1983
- Walzer, M., „Despre Tolerare”, Yale University, Ed. Institutul European, București, 2002



HIV / SIDA – O boală pentru totdeauna ?!

