Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

"O 'mundo positivo' do HIV a partir da visão dos profissionais de saúde no Município de Niterói – RJ"

por

Audrey Vidal Pereira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Orientadora
Professora Dra. Ana Luiza Stiebler Vieira

Rio de janeiro
Abril 2006

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

"O 'mundo positivo' do HIV a partir da visão dos profissionais de saúde no Município de Niterói – RJ"

por

Audrey Vidal Pereira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Orientadora
Professora Dra. Ana Luiza Stiebler Vieira

Rio de janeiro
Abril 2006

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Exame de Dissertação de Mestrado

"O 'mundo positivo' do HIV
a partir da visão dos profissionais de saúde
no Município de Niterói – RJ"

por

Audrey Vidal Pereira

Banca Examinadora

_____
Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (ENSP/FIOCRUZ)
Orientadora

_____
Professora Doutora Marilda Andrade (UFF)

_____
Professor Doutor Antenor Amâncio Filho (ENSP/FIOCRUZ)

_____
Professora Doutora Gertrudes Teixeira Lopes (UERJ)

_____
Professora Doutora Maria de Fátima Lobato (ENSP/FIOCRUZ)

Dissertação defendida e aprovada em 06 de abril de 2006.

Esta dissertação é dedicada aos meus pais Suelí e João, pois se cheguei até aqui, foi devido ao desprendimento de ambos... Incentivos e contribuições sempre presentes durante uma existência. E à minha esposa Dolores, mulher e companheira, que me auxiliou a respeitar o próximo e suas diferenças. Graças aos esforços de vocês estou conseguindo transformar meus sonhos em realidade... Sintam que esse alcance também é de vocês!

Agradecimentos

A Deus, Poder Superior que rege nossas existências e permite nosso movimento de complexa transformação em direção ao progresso...

A todo ser que direta ou indiretamente convive respeitando às diversidades e procura consolidar momentos que amenizem as aflições e os sofrimentos dos que vivem na Terra.

Às pessoas que sempre me incentivaram a trilhar os caminhos acadêmicos.

À minha família, pelos envolvimentos diretos e indiretos. Meu pai, por ter compreendido inúmeras ausências. Minha mãe e meu irmão André Luiz, por terem dedicado longo tempo e contribuído, imensamente, com exercício exaustivo de transcrição das entrevistas. E minha irmã Andréa, por ter me auxiliado com a tradução do resumo e ter me socorrido em momentos de sufoco. Novamente, à minha mãe, aproximação com o 'saber' e o 'conhecimento'; obrigado por estar disponível em rever pacientemente os detalhes esquecidos e o 'português' desse estudo. Muitos abraços e beijos... Sofro com as distâncias e sonho com as reaproximações.

À Dolores, pelo determinado modo de contribuir com minhas opções, sempre respeitando meu tempo individual. "Podemos não ser iguais, mas podemos trilhar a mesma direção em busca do Amor Infinito..." Muito obrigado pela sua existência ao meu lado... Obrigado ainda por se disponibilizar em rever comigo a Dissertação.

Aos meus familiares e amigos próximos e distantes... agradeço pela compreensão dos longos períodos de ausência.

À minha Orientadora Dra. Ana Luiza Stiebler, e amiga se assim posso dizer, agradeço por ter me encontrado e me acolhido. Por ter acreditado, incentivado e direcionado com confiança e êxito os caminhos trilhados durante essa pesquisa. E ainda por me defender nas situações adversas e me elogiar nos momentos em público, além de permitir aprender com suas sugestões e ensinamentos. Obrigado pela sua amizade.

Aos Doutores Marilda Andrade e Antenor Amâncio, pelas críticas e sugestões realizadas de modo construtivo com relação à Qualificação e por continuarem contribuindo nesse processo de crescimento até à Defesa da Dissertação, um trabalho árduo... Ás Doutoras Gertrudes Teixeira e Maria de Fátima Lobato, por aceitarem de bom grado fazer parte da Banca de Defesa como suplentes. Muito obrigado.

Ao diretor da Policlínica Comunitária da Engenhoca em Niterói-RJ, Dr. Carlos Alberto de Almeida, por ter acreditado no meu potencial, ter apostado e investido no meu processo de crescimento e aprendizado profissional. Estarei sempre agradecido pela oportunidade.

À Vice-Presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, Maria Célia Vasconcelos, pelo confiança depositada com relação ao meu desempenho na Coordenação Multiprofissional da Policlínica Comunitária da Engenhoca, na FMS de Niterói.

Aos profissionais de saúde que compõem as equipes de trabalho que estou inserido e que compartilham com minhas ansiedades, angústias, insatisfações e desabafos. Obrigado pela escuta amigável e por contribuir com suas vivências, mesmo que sejam indiretas e silenciosas.

Da Policlínica Comunitária da Engenhoca agradeço aos colegas e amigos que souberam compreender minhas ausências e me substituíram de forma exemplar mediante a competência histórica de suas vivências profissionais. Obrigado ainda por terem me acolhido como o 'mais novo' da equipe e ter me auxiliado a caminhar nesse processo de aprendizado e amadurecimento profissional. Valeu! Sei que nesse núcleo jamais esquecerão o 'menino moço' – risos ... Desde o momento de aprovação no processo seletivo do Mestrado, incentivos não me faltaram. Um abraço a cada um de vocês. Agradeço ainda por terem me apoiado em mais um momento difícil da minha vida (um acidente de percurso). Para não me trair através de registros em escalas hierárquicas, e ainda com eventuais esquecimentos – todos são pessoas importantes na minha vida, opto por registrá-los e guardá-los como 'sempre presentes'. Amigos, mais uma vez, valeu por tudo!

Quanto à Maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima, agradeço à minha 'equipe de plantão tecnicista' – auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e supervisão (risos), que muito me ensinam a viver e a enxergar a vida com óculos diferentes dos habituais. Obrigado pelos momentos difíceis e de sofrimento que compartilhamos juntos, em prol de uma ação meio que altruísta. Obrigado por me escutarem e saberem valorizar com respeito minhas diferenças inseridas no contexto hospitalar da assistência à saúde. Em nome de toda equipe – com a permissão de cada um de vocês – agradeço à enfermeira Paula, pelas palavras amigas e pelas reflexões através da valorização verbalizada nos momentos exaustivos do cotidiano – processo de trabalho e academia. À chefia de enfermagem Vera Falino, obrigado pelas palavras verdadeiras de incentivo nas horas complicadas e na correria do dia a dia. Obrigado por tudo.

Aos serviços de saúde que, apesar da delicadeza que cerca o tema, objeto desta dissertação, abriram suas portas, desnudando as ações de seu cotidiano. Aos profissionais, sujeitos anônimos que confiaram e se disponibilizaram em compartilhar as entrevistas em meio aos seus múltiplos afazeres, possibilitando tornar viva a essência desta Dissertação. Em especial à Coordenadora Municipal do Programa de DST/AIDS, Márcia Santana.

À minha turma de Mestrado, pelos momentos agradáveis de convivência e crescimento mediante as múltiplas e intensas trocas. Mesmo sendo rápido estes encontros, quero registrar o quanto gostei de conhecer cada um de vocês: Aline Nascimento, Jônia de Oliveira, Flávia Ribeiro, Simone Mendes, Roberta Castro, Miguel Oliveira, Marta Magalhães, Izabel Emerick, Mônica Costa e Renata Martins.

Aos professores do Mestrado, em particular os da subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, registro o quanto aprendi com estas convivências e suas ricas contribuições de reflexão e aprendizagem. A visão ampla do conhecimento me fascina... Obrigado pelas contribuições individuais.

Aos professores da graduação e das pós-graduações *lato-sensu*. Da Universidade Federal Fluminense, em nome de todos os professores que passaram direta e indiretamente na minha vida, agradeço à Doutora Donizete Vago Daher por ter compartilhado o momento do processo seletivo para o Mestrado, com auxílio em relação ao anteprojeto de pesquisa. Da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, como forma de representar os demais, agradeço às Doutoras Benedita Rodrigues e Sônia Acioli, pelo incentivo em ingressar na pós-graduação *stricto-sensu*.

Aos funcionários da secretaria acadêmica da ENSP e da subárea de Planejamento, pela assistência prestada durante minha estada nesta instituição. Em particular à Cíntia e Eduardo, pelo compromisso e disponibilidade correlacionada às informações necessárias e ao apoio imprescindível à agradável permanência nessa instituição. Abraço fraterno.

Momento difícil, este que se aproxima da interrupção momentânea do agradecimento. Pois estamos certos que não se finda. Devemos estar sempre gratos, até mesmo pelo silêncio de algumas pessoas que nos rodeiam. Mas é uma ação difícil esta de agradecer, não pela exigência diplomática que circunda as normas e etiquetas de um dos mais nobres sentimentos morais, mas pela inquietação decorrente do esquecimento e/ou possíveis omissões. Inúmeros são os limites impostos pela escrita, fala e memória. Nesta situação nos resta pedir desculpas de modo antecipado e contar com a compreensão e sentimento de perdão daqueles que não foram mencionados.

"Em um mundo que se fez deserto,
temos sede de encontrar companheiros.
[...] Cada um que passa em nossa vida,
passa sozinho, pois cada pessoa é única
e nenhuma substitui outra.
Cada um que passa em nossa vida,
passa sozinho, mas não vai só
nem nos deixa sós.
Leva um pouco de nós mesmos,
deixa um pouco de si mesmo. [...]
Tu te tornas eternamente responsável
por aquilo que cativas".

Antoine de Saint-Exupéry

Sumário

Resumo x
Abstract xi
Lista de Abreviaturas e Siglas xii
Lista de Quadros, Gráficos e Mapas xiii

Considerações Iniciais: a ansiosa expectativa... 14
Encontros e desencontros: o HIV em meu cotidiano profissional 15
Mas, por que pesquisar educação em saúde, acolhimento e apoio social no 'mundo HIV'? Onde chegaremos? Compartilhemos situações 23

I - Contextualizando o panorama da 'imunodeficiência humana adquirida'. 27
1.1 Do medo de morrer ao sonho de viver... 28
Como se caminha atualmente nas 'situações de risco' e vulnerabilidade?

II - Fundamentação Teórica 42
2.1 A dinâmica grupal: Onde estiver dois ou mais indivíduos, aí eu estarei... 43
2.2 O silêncio e a voz do espaço coletivo... Educação em saúde, acolhimento e apoio social: do passado 'aidético' ao presente 'portador HIV'. 53
2.2.1 Educação: da permuta de informações ao encontro das emoções 55
2.2.2 Saúde: um processo 'doente' com momentos e sonhos saudáveis 60
2.2.3 Educação em Saúde: uma analogia entre duas artes 64
2.2.4 Acolhimento: uma palavra, um olhar ou apenas um toque... 81
2.2.5 Apoio Social: estamos à espera de quê? 93

III - Caminho Metodológico 99
3.1 Desenho descritivo com abordagem qualitativa 100
3.2 Análise de Conteúdo: Bardin e a categorização das unidades temáticas 101
3.3 Diagnóstico situacional e mapeamento das unidades de referência 108

IV – Unidades e profissionais: uma relação que faz a diferença 114
4.1 Identificando os locais do campo de pesquisa 115
4.2 Caracterizando o perfil dos profissionais envolvidos 142

V - A fala profissional evidenciando as relações com o 'mundo positivo' do HIV em Niterói. 148
5.1 Um *link* necessário - algumas considerações importantes 149
5.2 Análise das facilidades e dificuldades: um processo nas atividades de grupo 153
5.3 O *contínum* da análise: os conceitos trabalhados e os respectivos núcleos temáticos 164
5.3.1 As aproximações conceituais de acolhimento, educação em saúde e apoio social a partir das falas profissionais 166
5.3.2 O acolhimento como artifício de inclusão grupal dos usuários e profissionais 177
5.3.3 A educação em saúde: um processo longo com possibilidade de aprendizado mútuo nas relações 189
5.3.4 Grupo como viabilidade estratégica de apoio social e preparo para a vida 210
5.3.5 Traços, pontos e contrapontos: um alinhavo em construção... 242

Considerações Finais 247
O limite do tempo mediante uma busca interminável... 248
Propostas e/ou recomendações 256

Referências Bibliográficas 269
Anexos 280

Resumo

A presente pesquisa, do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, buscou analisar a prática do acolhimento, da educação em saúde e do apoio social nas ações de grupo, realizadas em unidades de referência ao acompanhamento dos portadores do HIV, no município de Niterói – RJ. Deste modo, optou-se por identificar as unidades de referência ao acompanhamento do HIV que realizavam ações de grupo e caracterizar o perfil dos profissionais envolvidos nestas ações. A partir do pressuposto, que as ações de grupo são possibilidades para vivenciar acolhimento, ações educativas e apoio social, pretende-se com esta pesquisa analisar quais são as facilidades e dificuldades para a realização das mesmas. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com trinta e cinco profissionais envolvidos e também com a coordenadora do programa de DST/AIDS do município, cujo processo de análise dos dados foi através de Análise de Conteúdo, segundo Bardin. As facilidades e dificuldades encontradas a partir das falas dos profissionais, tornaram evidentes quatro categorias de análise: - Estruturas do processo grupal; - Inserção do usuário e profissional nas ações de grupo; - Processo longo de aprendizagem mútua e permuta de vivências; - Espaço de apoio social e preparo para a vida. Assim, a partir das falas profissionais, comprovou-se que são possíveis através das ações de grupo, não só implementar práticas educativas que facilitem trocas de idéias e vivências, como também estruturar práticas de saúde mais acolhedoras e solidárias com a realização de apoio social. Processos reflexivos, mas não impossíveis de serem efetivados.

Palavras Chave: HIV, Acolhimento, Educação em Saúde, Apoio Social.

Abstract

This research, of descriptive type, with qualitative approach, aims to analyze the practice of sheltering, education in health and social support in group actions, carried out in HIV-infection support reference units in the city of Niterói, Rio de Janeiro, Brazil. It was chosen to identify these reference units that carried out HIV infection follow-up and the profile of the professionals working in this action. Starting from the premise that group actions are possibilities to experience sheltering, educative actions and social support, this research intends to analyze the difficulties and easiness of these actions. Semi-structuralized interviews were made with thirty five involved professionals and also with the city STD/AIDS program coordinator. The data analysis process was Contents Analysis, according to Bardin. The easiness and difficulties found by the professionals were clearly divided in four analysis categories: - Group process structures; - Users and professionals insertion in group actions; - Long process of mutual learning and experience exchange; - Social support space and life preparation. Thus, according to professionals speeches, it was concluded that with group actions it is possible, not only to implement educative practices that promote ideas and experience exchange, but also to structuralize more welcoming and solidary health practices with social support actions. Reflexive processes, but not impossible to be fully implemented.

Key-Words: HIV, sheltering, education in health, social support.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AZT - Sigla derivada de Azidotimidina

CNDST – Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis

CTA – Centro de Testagem Anônima

COVIG – Coordenação de Vigilância em Saúde

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMS – Fundação Municipal de Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

PELA VIDDA – Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS (ONG)

REDUSAIDS - Rede de Educação e Saúde para Prevenção de DST/AIDS

RNA – Ácido Ribonucleico

RJ – Rio de Janeiro

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VARIG – Viação Aérea Rio-Grandense

VIPACAF – Vice-Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e da Família

Lista de Quadros, Gráficos e Mapas

	Nº	Título	Página
QUADROS	01	Casos de AIDS segundo ano de diagnóstico, sexo e razão homem mulher, residentes em Niterói no período de 1983-2003.	39
	02	Casos Notificados de AIDS em indivíduos com 13 ou mais anos de idade,por ano de diagnóstico em relação à transmissão sexual, em residentes de Niterói 1983-2003.	40
	03	Referenciais utilizados pelos profissionais para caracterizar os grupos realizados	52
	04	Demonstrativo dos Serviços de Referência ao HIV/AIDS, com Atividades de Apoio por Instituições, selecionados em Niterói – 2004.	110
	05	O conceito de Acolhimento e suas relações entre usuários e profissionais	188
	06	Educação em Saúde e as possibilidades de encontros e desencontros	209
	07	Apoio Social: objetivo a curto e em longo prazo	241
	08	Demonstrativo de ações/subcategorias realizadas nas instituições	244
	09	Demonstração de intercruzamento dos conceitos	248
GRÁFICOS	01	Casos de AIDS Notificados à COVIG de residentes em Niterói segundo sexo e ano de notificação 1983-2003.	39
	02	Casos Notificados de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, por ano diagnóstico e categoria de exposição em residentes de Niterói, 1983-2003.	40
	03	Categorias de profissionais dos entrevistados	143
	04	Sexo dos entrevistados	144
	05	Escolaridade dos entrevistados	144
	06	Tempo de trabalho dos entrevistados nas instituições	145
MAPAS	01	Estimativa Mundial do Número de Casos de HIV em 2004 - UNAIDS. Um panorama da epidemia	32
	02	Município de Niterói-RJ e as localizações das unidades pesquisadas	112

Catalogação na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

Pereira, Audrey Vidal

O 'mundo positivo' do HIV a partir da visão dos profissionais de saúde no Município de Niterói-RJ. / Audrey Vidal Pereira. Rio de Janeiro: s.n., 2006.

281p., tab.

Orientadora: Vieira, Ana Luiza Stiebler.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1.HIV 2.Acolhimento 3.Educação em Saúde 4.Apoio Social

Considerações Iniciais

"Quando começamos a algo estudar
percebemos que tudo já está dito
só que de maneira diferente.
E são as diversas maneiras de olhar
que nos faz aproximar da realidade".
Souza (2004)

- Encontros e desencontros: o HIV em meu cotidiano profissional.

Esta dissertação procura entender um pouco mais sobre a realidade do 'mundo positivo' do HIV. Elaborada a partir de um processo de escolha cuidadosa da temática, através de discussão e reflexão entre orientador e orientando. Fundamenta-se na análise da prática de acolhimento, educação em saúde e apoio social nas atividades de grupo, com a intenção de apresentar algumas dimensões, que se encontram e se complementam, estando presente nas relações entre humanos, portadores ou não do HIV.

Tendo como alvo a experiência dos profissionais envolvidos nas ações coletivas, em instituições de referência ao diagnóstico e acompanhamento do portador do vírus da imunodeficiência humana - HIV, no Município de Niterói – RJ, aborda as relações entre profissional-usuário no 'mundo positivo' do HIV.

Creio ser o espaço de dinâmica grupal, um momento de aprendizado em comum, de incessante troca de informação, conhecimento e experiência que devem perpassar todo processo de relações humanas. Um momento de intenso significado terapêutico e apoio que dignifica o encontro entre pessoas. Sendo um caminho explorado de maneira devida, pode ser útil para o crescimento individual e coletivo dos usuários e profissionais que desenvolvem em conjunto suas ações.

Desde o final do século passado, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS surge como um 'mistério'. Ainda não se conhecia detalhadamente qual era sua origem. Vagamente ouvia-se falar de alguns sinais característicos.

Segundo a visão de Zancan (1999:28) "[...] rapidamente ficou reconhecida como mal do século, uma 'peste moderna' [...]". Conforme o conhecimento daquele momento, esta doença se apresentava a rigor como contagiosa, incurável e mortal. Pouco a pouco o conhecimento a respeito da doença foi se propagando. Foram descobertos os meios de transmissão e o comportamento de como ela cursava. Na adolescência ouvi falar dos 'perigos' e da mudança de hábitos na vida da humanidade. Acreditei, como muitos outros, que era doença exclusiva de homossexuais, de comportamentos considerados desviantes. Atualmente, qualquer um de nós pode ser portador deste vírus infeccioso transmitido pelo sexo e secreções. No entanto, ainda é algo distante do imaginário social de muitas pessoas.

Formado pela Universidade Federal Fluminense, iniciei meu encontro com os portadores do HIV, logo nos primeiros contatos com a profissão. Na década de noventa, a

relação com o *boom* dos pacientes 'aidéticos' ainda era vivenciada com medo. Medo por desconhecimento, pelo estigma e ainda pela insegurança peculiar dos primeiros e tímidos anos como enfermeiro. Passo a passo fui aprendendo a conviver e trabalhar com estas pessoas.

Dos procedimentos invasivos às abordagens pela escuta e diálogos... Quantos tropeços! Valorizar o diálogo como instrumento importante na identificação de problemas logo fez parte do meu aprendizado profissional. Relacionar com as tensões dos caminhos de convivência com o adoecimento fazia parte de superar a cada instante mais um obstáculo. Aprender a escutar e descobrir meios para validar o encontro com o usuário, atendendo suas expectativas ainda faz parte do meu esforço diário.

Vivenciando experiências em instituições que não oferecem serviços ao HIV/AIDS, observo dificuldade e resistência da maioria dos profissionais ao se depararem com este doente. Deste modo, surge o interesse de minha parte em visualizar e aprender um pouco mais a respeito das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, que exercem suas atividades profissionais, nas instituições que realizam referência ao diagnóstico e acompanhamento dos usuários HIV positivos.

Direcionar minhas intenções às ações dos profissionais de saúde faz parte das atividades desenvolvidas atualmente por mim - Coordenação Multiprofissional, em uma Policlínica Comunitária de Saúde no Município de Niterói - RJ, em que gerencio de forma mais direta as ações programáticas provenientes do Ministério da Saúde, realizadas pela equipe de trabalhadores de saúde.

Ao passar por um processo árduo de crescimento pessoal, em meio ao contexto de transição vivenciado no cotidiano da unidade e do sistema de saúde como um todo, procuro entender um pouco mais como caminham as questões que vão da atenção básica à saúde ao nível secundário. Tenho percebido que muitas ações ainda permanecem na intenção organizacional. A operacionalização das mesmas estaria desenvolvendo modos de caracterizar melhor o nível de complexidade e de responsabilidade designado para uma policlínica.

Ao tentar implementar ações de acompanhamento pré-natal à portadora de HIV, fui observando um contexto permeado por imensa dificuldade e fragilidade profissional. Observo resistência por parte de alguns em trabalhar com grupos de usuários que demandam maior complexidade em sua assistência; obstáculos que envolvem as

necessidades dos portadores do HIV. Com o universo de situações novas que vêm exigindo constantes capacitações, com o estigma existente e ainda permeado por conflitos que caracterizam o adoecer sem cura e o convívio com a possibilidade da morte, surge a necessidade de maior envolvimento com a assistência destas pessoas. Deixa de ser apenas um encontro em que se realizam procedimentos, para prosseguir com o dever conjunto de amenizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida destes usuários. Assim, observo que estas ações, nas instituições em que tive e tenho a oportunidade de participar, ficam na maioria das vezes, restritas por vontade e afinidade de alguns, ou atropeladas pelo imenso volume das diferentes demandas que se justificam em forma de inúmeras outras prioridades.

Tenho percebido que a maioria dos profissionais se distancia das situações inerentes ao HIV. E quando surge este problema de modo pontual, se encontram, na maioria das vezes, precavidos quando se trata de envolvimento interpessoal, diante da torrente de acontecimentos que desencadeiam o 'drama', num desgaste sucessivo de questões que emergem e absorvem os mesmos. E aqueles que se envolvem, observo atitudes que denunciam sobrecarga de trabalho e ainda desânimo num contexto 'perverso' de encontros e desencontros.

Temáticas como educação em saúde, ações coletivas e acolhimento sempre fizeram parte do meu cotidiano profissional. Alguns momentos foram marcados por sonhos. Outros por descobertas marcantes que perpassam decepções numa realidade nua e crua no cotidiano dos serviços medicalizados de assistência à 'saúde doente' e ao sofrimento compartilhado com este 'ser/estar doente'.

Mattos (2003:53) pontua que:

> "As práticas assistenciais se aplicam àquelas nas quais profissionais de saúde se encontram com sujeitos que sofrem e que almejam reduzir seu sofrimento. É a experiência de sofrimento, percebida como se fosse individual, que suscita as ações da assistência. Para a biomedicina, a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação das tecnologias que combatem a doença. É claro que a biomedicina só se ocupa dos sofrimentos atribuíveis à doença, a tal ponto que alguns profissionais negam sistematicamente todo sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e de tratamento".

Numa visão progressiva, fui me atentando para alguns apontamentos que começaram modificar o rumo das minhas ações. De uma demasiada relevância da educação como objeto de estudo, (com ação diretiva e prioritária, pensava ser razão e fundamento marcante da prática profissional), às mediações necessárias para o

entendimento da sua contribuição nas ações coletivas de saúde, fui intermediando de modo menos sofrido as relações necessárias para o bom desempenho profissional.

Com imensa resistência, em meio às muitas exigências do coletivo profissional, correlacionada à representação da figura do enfermeiro, fui buscando afinidade e compreensão referente às ações coletivas no âmbito da saúde. Hoje, não menosprezo as respectivas ações direcionadas à educação em saúde, mas não posso deixar de confessar que tomaram outro rumo e significado em minha vida, em meu olhar profissional. Além de todo cunho pedagógico existente da relação educador-educando, vislumbro um perfil multiprofissional que se permita interagir com as questões difíceis do processo saúde-doença e que se insira percepções ampliadas no contexto da relação profissional/usuário. Conforme Assis (1998:18):

> "Uma releitura do sentido das práticas educativas, suscitada a partir do reconhecimento da dimensão comportamental e da dinâmica contraditória das instituições, implica então, a possibilidade de transição de um discurso normativo, vertical e disciplinador, para um enfoque discursivo/comunicativo sobre a própria qualidade de vida".

Ao observar as instituições públicas em que já trabalhei e trabalho, deparo-me com usuários provenientes de classes menos favorecidas sócio-econômica-cultural. Conseqüentemente, a maior adesão às 'ações de acompanhamento – ações programáticas' nos serviços públicos, ainda tem sido representada por estes usuários. Com relação ao HIV/AIDS, entendo que o novo perfil epidemiológico da doença vem apontando para uma pauperização e heterossexualização, ratificando a progressiva suscetibilidade de se encontrar com estas pessoas nas instituições de saúde. Segundo Fernandes *et al*. (2000:109), dados do Ministério da Saúde vem direcionando à feminilização, heterossexualização e pauperização. Zancan (1999:29) pontua que: "A crescente incidência em mulheres pobres, contaminadas através dos 'parceiros fixos' e/ou por uso de drogas injetáveis (UDI), coloca os centros de saúde como lócus de resposta à epidemia". Entendo que em qualquer instante e espaço, pode-se deparar não somente com as questões biológicas de um corpo portador do HIV, mas com seus aspectos éticos, morais, culturais e sociais, que envolvem posicionamentos técnico-científicos e ideológicos, demarcando outras dimensões, parafraseando outros rumos, da *práxis* profissional.

Essa crescente demanda cujas tendências cotidianas acompanham os dados nacionais e mundiais, me auxilia a evidenciar o estudo das formas de educação em saúde, apoio social e acolhimento às pessoas portadoras do HIV, passando pela amplitude que tem

alcançado a historicidade desta doença. Na década de noventa, Fee & Fox (1992) *in* Rocha (1999:17) "[...] defendem que a AIDS passa a assumir a característica de uma doença crônica, semelhante em alguma medida ao câncer e às doenças cardíacas, implicando longos períodos de tratamento e a necessidade de suporte social e institucional". Deste modo, aponta para a necessidade urgente de compreender a atenção ampliada e contínua da assistência à saúde do ser humano.

Conforme o ponto de vista, em meio aos avanços encontrados, como a oferta do teste rápido e distribuição medicamentosa de modo universal em todo país, a complexidade da epidemia apontou com clareza as limitações e o andar vagaroso das intervenções individualizadas no âmbito da saúde, impondo a necessidade de articulação com outras instituições e setores. Fundamento a necessidade de se atentar para as ações de promoção e prevenção, que envolvem o HIV. Pois, tais aspectos não conseguem mais pertencer exclusivamente ao setor saúde, perpassando ações inerentes à vida social. Mesmo que ainda não se tenha visão extensa para comprovar a operacionalização desta realidade, percebo que pelo menos na intenção, o discurso tem caminhado com investimentos em ações coletivas que transcendam o repasse de informações, valorizando espaços de acolhimento e de apoio social.

Ratifico a observação momentânea a respeito das dificuldades dos profissionais inserirem, valorizarem e/ou priorizarem algumas atividades correlacionadas às práticas coletivas no cotidiano de suas ações. Encontro ainda uma fragilidade, tornando-se resistente em grande parte, diante da possibilidade de se deparar formal e informalmente, com um usuário portador do HIV. Para uns torna-se complicada a relação ética do sigilo e necessidade crescente de uma rede de apoio. Emerge de uma maneira nebulosa e conflituosa o trabalho em equipe, quando este profissional se depara com respectiva situação, sendo necessário imenso preparo para se vivenciar atividades de apoio, principalmente quando se mesclam as questões que envolvem a técnica e a tática profissionais.

Pode ser que as possibilidades de envolvimento tático-operacional venham caracterizar um quesito a mais na vida cotidiana dos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, uma escuta diferenciada, um aperto de mão, uma atenção focalizada para assuntos fora de sua especialidade, uma orientação aos familiares, podem sinalizar ações que não expressam correlação à representação social apreendida no tempo de sua formação

acadêmica. Este profissional é incessantemente conduzido pelo processo de globalização a realizar um exercício constante em romper os próprios paradigmas, absorvendo novas ferramentas, identificando-as como necessárias à implementação de seu trabalho. Quando esta pessoa se permite romper com o *ethos*[1] convencional de sua vida, alarga a própria visão de mundo, valorizando situações anteriormente banalizadas.

Desta forma, direciono os olhares aos profissionais envolvidos em ações de educação em saúde, acolhimento e apoio social aos portadores do HIV em Niterói – RJ. Parto do princípio de que são realizadas a partir de encontros coletivos. Não sendo submetidas à mesma lógica de produção por procedimentos como, consultas individuais, curativos, exames e vacinas, entendo a importância de perceber onde, como e quando estas ações se desenvolvem.

O passo a passo desta pesquisa é guiado pela reflexão a respeito das ações de acolhimento, educação em saúde e apoio social, como um grande desafio. Como possibilidade de um compartilhamento coletivo e um momento terapêutico, propício ao crescimento de todos envolvidos. Acredito que o profissional pode enriquecer a rotina cotidiana das atividades pré-existentes, implementando ações ainda não habituais, contribuindo cada vez mais para o aprendizado e crescimento mútuos. O universo onde são vivenciadas, as ações grupais, são ambientes apropriados ao acolhimento à educação em saúde e ao apoio social, capazes de implementar o modelo de assistência à saúde e não somente à doença. Caso não consiga visualizar a capacidade e amplitude destas ações, penso que de modo útil, estará compartilhando um momento de escuta e diálogo, enfatizando abertura entre as relações, a fim de estabelecer vínculo, criando laços de confiança e afeto.

No entanto, questiono se realmente estes profissionais incorporam, de forma ampliada, a prática do acolhimento, da educação em saúde e do apoio social nas atividades coletivas, em sua atuação cotidiana.

Deste modo, aponta-se como **objeto de estudo**: ***A prática de acolhimento, educação em saúde e apoio social nas ações de grupo com os portadores do HIV***.

[1] "...*ethos* (palavra grega que pode significar "guarita" para proteger animais e humanos, "costume" que regula a vida em comum dos humanos e "caráter" do agente moral), é uma disciplina filosófica prática que visa a esclarecer e resolver os problemas morais que surgem na práxis humana..." (Schramm, 2002:610)

O objeto delimitado se mostra presente na minha vida profissional, sendo necessário desenvolver uma visão ampla, não devendo prosseguir de modo unilateral nem mesmo radical, em meio aos arraigados valores e crenças, estigmas e preconceitos alimentados até então. São angústias, questionamentos, inúmeras interrogações e reflexões que convivem comigo numa breve caminhada, desde que comecei a pensar em saúde. Uma relação com o contexto 'doente' da mesma, o qual teve início no século passado, cujas questões transcendem a 'competência técnica' isolada, trazendo mais perguntas e dúvidas, do que afirmações taxativas, respostas estanques e conclusões. Partindo destas considerações e inquietações, procurei delimitar as seguintes **Questões Norteadoras**:

-As atividades de grupo possibilitam realizar acolhimento, educação em saúde e apoio social, no processo de trabalho das instituições que atendem os portadores de HIV?
-Quais são as facilidades e dificuldades que os profissionais encontram para exercerem acolhimento, educação em saúde e apoio social aos portadores do HIV?

Essas indagações encaminharam a construção do referencial teórico deste estudo e conduziram a escolha do processo metodológico utilizado para a realização desta dissertação, cuja intenção está direcionada à *práxis* de acolhimento, educação em saúde e apoio social nas ações de grupo oferecidas pelos profissionais de saúde aos portadores do HIV, tendo como ponto de partida o processo analítico das facilidades e dificuldades destas ações.

Ao tomar por base os pressupostos e momentâneos questionamentos, foram elaborados os seguintes objetivos. Sendo Objetivo Geral: **Analisar o acolhimento, educação em saúde e apoio social nas ações de grupo, realizadas em unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento dos portadores de HIV, no município de Niterói-RJ**.

E respectivamente **Objetivos Específicos:**

-Identificar as unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento do HIV que realizam atividades de grupo com os portadores do vírus no município de Niterói;
-Caracterizar o perfil dos profissionais que exercem atividades de grupo com os portadores do HIV no município de Niterói;
-Analisar se as atividades de grupo realizadas com os portadores do HIV proporcionam acolhimento, educação em saúde e apoio social;
-Analisar as facilidades e dificuldades dos profissionais, em realizar acolhimento, educação em saúde e apoio social, nas ações de grupo vivenciadas com os portadores do HIV.

O valor do acolhimento, educação em saúde e apoio social, realizados na prática grupal, vem sendo ressaltado pelas questões teóricas, demonstrando um grande impacto nas políticas públicas. Desde a perspectiva de capacitação profissional, até mesmo à implementação destas políticas com intenção de dinamizar uma nova prática da assistência à saúde. No início desta década, torna-se familiar ouvir a respeito de iniciativas do Ministério da Saúde em desenvolver ações como *QualiSUS*[2] e o *HumanizaSUS*[3].

Desta forma vislumbro entender um pouco mais como são realizadas as práticas coletivas nessa rede de aproximações e solidariedades; permutas de informações, conhecimentos e experiências. Como são as facilidades e dificuldades envolvidas no cotidiano dos trabalhadores, que possibilitam discernimento e lucidez, ao trabalhar a própria visão de mundo, envolta de crenças e valores individuais e as atividades técnicas que emergem diante das necessidades e empecilhos dos portadores do HIV.

Estão sendo enfatizadas sistematicamente as ações de diálogo, escuta, empatia, toque fraterno, acolhimento, troca de conhecimentos e vivências, respeito ao sigilo e às diferenças, criação de vínculos, num aspecto positivo da relação entre os profissionais e usuários portadores do HIV? O espaço da dinâmica grupal desenvolve nos serviços, momentos de acolhimento, educação em saúde e apoio social diante do emaranhado de complexidade existente na vida dos portadores do HIV? Lembro Silva Jr. (2003:122), o qual ressalta: "A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população".

---

[2] *QualiSUS* – "Conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Em conseqüência, o QualiSUS contribui para salvar um maior número de vidas, com a redução dos danos à saúde, além de assegurar a satisfação por parte da população com o atendimento recebido nos hospitais da rede pública– é o respeito ao direito de cidadania. [...] O QualiSUS cria, em cada hospital, grupo de humanização no atendimento; reorganiza o funcionamento com a priorização de leitos para pacientes da emergência; institui a triagem classificatória de risco e capacitam profissionais [...]".
http://portal.saude.gov.br/saude. Acessado em 08/11/2004.

[3] *HumanizaSUS* - Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde. Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonizo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. [...] O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, de sensibilizar outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização uma política pública de saúde [...]". Costa, H. Ministro da Saúde.
www.saude.gov.br/humanizasus Acessado em 08/11/2004.

- Mas, por que pesquisar, educação em saúde, acolhimento e apoio social no 'mundo HIV'? Onde chegaremos? Compartilhemos situações...

Partindo do princípio que as ações profissionais devem ser desenvolvidas em aspecto ilimitado, por instituições onde a demanda crescente é caracterizada por usuários que apresentam um desnivelamento sócio-econômico-cultural, o qual ratifica as novas tendências da epidemia do HIV, que se tornou com o passar dos anos, uma pandemia alarmante, descaracterizando os 'grupos de risco' e ampliando os atores envolvidos, fica pertinente e justificável que o estudo das atividades de grupo, perpassando ações educativas, de acolhida e apoio social aos portadores do HIV, se proceda com a visualização da questão a partir dos profissionais.

Silva Jr. (2003:124-125) diz que:

> "As equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que oferecem apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de 'disfuncionalidades' biomecânicas para o fortalecimento da auto-estima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável. [...] A introdução de formação específica no campo relacional poderia instrumentalizar a melhor atuação dos profissionais".

Dentre as situações, internas e externas, subjetivas e objetivas que se confundem nas relações profissionais/usuários, de acolhimento, diagnóstico, responsabilidade e resolutividade, revelação diagnóstica, tratamento, acompanhamento e apoio, que justifico a iniciativa importante em identificar algumas interfaces existentes na prática de grupos correlacionando educação em saúde, apoio social e acolhimento, que possam registrar direções positivas nos processos de promoção da saúde.

Espero que este estudo possa fazer com que o profissional perceba a importância do acolhimento, da educação em saúde e do apoio social nas ações grupais, com intrínseca relação às demais atividades desenvolvidas no processo saúde-doença, vislumbrando implementações de impacto social no mundo HIV.

Desta forma, faz-se necessário trabalhar as questões inerentes ao processo de dinâmica grupal, como cenário de viabilização ao acolhimento, educação em saúde e apoio social, voltados para a relação interpessoal, visto que estes profissionais devem estar abertos a desenvolver suas ações com resolutividade, dedicando junto a esta demanda exclusividade de atenções.

Para o usuário, acredito que juntamente aos profissionais, possa auxiliar, em pinceladas, no que se refere à tomada de consciência do homem integral, participação cidadã na busca de seu espaço, autonomia no resgate de sua valorização da vida, viabilizando meios para enfrentar seus problemas de forma crítico-reflexiva.

Em relação ao ensino, encaro como possibilidade do educando adquirir uma visão abrangente do processo de saúde-doença, da função da equipe multiprofissional, da validação e incorporação das questões abstratas no cotidiano concreto das relações, auxiliando na construção do seu processo ensino-aprendizagem, destacando a necessidade de a temática ser ressaltada na vida acadêmica progressiva.

Na área de pesquisa, contribuirá para o fortalecimento de temáticas como: dinâmica grupal, educação em saúde, acolhimento e apoio social ao evidenciar questões que, certamente, irão merecer reflexão, investigação e levantar perspectivas possíveis e conseqüentes ações.

Assim, ao partir do pressuposto que as ações grupais são palcos propícios para vivências de acolhimento, ações educativas e de apoio social, pretende-se com esta pesquisa **analisar quais são as facilidades e dificuldades para a realização das respectivas ações no 'mundo positivo' do HIV**.

Nesse sentido, estudar as relações que envolvem os conceitos supracitados, significa avançar na compreensão de processos que evidenciam diretrizes possíveis na prática de saúde coletiva.

O mestrado concretizou a realização de um momento sonhado e vislumbrado. Possibilitou a adequação do desenvolvimento de propostas que requerem uma dedicação de maior tempo e aprofundamento, capaz de abstrações para além das demandas rotineiras do processo de trabalho profissional.

Por isso, penso que a orientação e o encontro com a argumentação científica são elementos capazes de conduzir e confirmar resultados mais qualificados, para a proposta de reorientações necessárias nos modelos tradicionais de assistência à saúde.

Em muitos momentos das relações entre usuário e profissional, os encontros são ainda marcados por imposições prescritivas. Onde o saber acadêmico delibera o poder necessário para ditar condutas e procedimentos, teoricamente capazes de resolver os problemas e as demandas do ser humano. No entanto, as práticas de saúde, atualmente

compreendidas como práticas sociais, constituem sínteses possíveis entre o normativo e o possível de ser vivenciado a partir da experiência concreta dos sujeitos e grupos. É confirmada a necessidade de se prestar uma assistência à saúde que vai além de curar doenças. O sentimento de 'dever cumprido' está necessitando de um pouco mais de trabalho para ser efetivado.

O fio condutor de cada momento desta dissertação acerca da prática do acolhimento, educação em saúde e apoio social nas ações coletivas, vivenciadas nos centros de referência ao acompanhamento dos portadores do HIV, foi organizado da forma que se segue.

Após serem tecidos alguns comentários a respeito da correlação existente entre o HIV e minha prática profissional e serem delimitadas as intenções, justificativas e possíveis contribuições desta pesquisa, faz-se necessário compartilhar os momentos subseqüentes com o caro leitor. Sendo assim, estou confiante de que as pessoas próximas à temática em questão terão momentos instigantes e prazerosos.

No primeiro capítulo está descrito o panorama atual do HIV/AIDS, procurando observar os dados mundiais, nacionais e municipais. O segundo capítulo apresenta a discussão de alguns autores, buscando fundamentar os conceitos correlacionados à prática coletiva das ações educativas, de acolhimento e de apoio social aos portadores. O terceiro capítulo é responsável por apresentar o passo a passo metodológico, onde são compartilhadas concepções teóricas de *Bardin*, através da análise temática, uma das formas simplificadas de Análise de Conteúdo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com trinta e cinco profissionais e com a coordenação municipal de DST/AIDS. Ainda está descrita a trajetória do estudo, apresentando desde um sucinto diagnóstico situacional com a delimitação e escolha das cinco unidades a serem pesquisadas, até o respectivo encontro com os depoentes no momento de coleta de dados. Fica sob a responsabilidade do penúltimo - quarto capítulo, apresentar as descrições de cada unidade pesquisada e o perfil dos profissionais envolvidos. No quinto e último capítulo, efetiva-se a análise dos dados a partir da fundamentação teórica e metodológica enfocada anteriormente, e dá-se início às discussões e reflexões acerca das facilidades e dificuldades de se implementar ações de grupo que possibilitem a *práxis* de acolher, educar em saúde e apoiar socialmente os portadores do HIV, no município de Niterói.

Penso que, na maioria das vezes, as ações de apoio social e de educação em saúde ocorrem de forma acrítica, onde na maioria das vezes, o profissional torna-se um

repassador de informações, sem ao menos elaborar pensamento crítico-reflexivo a respeito das políticas oficiais de saúde, vinculadas à realidade local, procurando se adaptar conforme as novas direções que sinalizam a todo instante a necessidade de implementar ações coletivas de acolhimento e apoio social, auxiliando a concretização dessa prática atual.

Direcionei este estudo com a relevância de alguns aspectos ainda não tanto problematizados, discutidos e explorados, com a intenção de possibilitar repercussões concretas e evidentes na prática. Recordo mais uma vez que o meu interesse com relação às ações de apoio social, educação em saúde e acolhimento nos encontros coletivos, tem como alvo a fala de profissionais nos serviços de assistência referenciados aos portadores do HIV, projetando uma atualizada 'filmagem' das experiências pessoais e dos trabalhos realizados.

Vale lembrar que, mediante a complexidade temática, a progressiva descoberta e necessidade de implementar a utilização de outros conceitos no decorrer da pesquisa e o pouco tempo disponível na realização do Mestrado, vão surgindo inúmeros limites. Com o passar dos anos e com a maturidade futura, as concepções atuais estarão se modificando. Com certeza! Esta pesquisa poderá ser reformulada com o progresso da vida e as considerações realizadas por hora não finalizam qualquer forma de pensamento, podendo ser substituída e implementada a qualquer momento. Mesmo assim, entendo que a partir desse estudo, possam surgir inúmeros modos de se refletir e se implementar práticas de saúde mais solidárias e com a responsabilidade de construir projetos de vida que venham a edificar relações entre homens integrais. Mesmo que ainda sejam utópicos...

I - Contextualizando o panorama da imunodeficiência humana adquirida

Morrendo no 'mundo aidético',
para viver possibilidades e avanços no 'mundo positivo HIV'.
Como estão caminhando as respectivas situações?
Audrey Vidal

1.1 Do medo de morrer ao sonho de viver... Como se caminha atualmente nas 'situações de risco' e vulnerabilidade?

É necessário refletir a respeito das diferenças e diversidades, promovendo saúde, prevenindo doenças, curando e reabilitando vidas; valorizando a vida sem banalizar a morte. Entender como caminham as situações de 'risco' e/ou de vulnerabilidade relacionadas ao HIV, presentes nas ações educativas no âmbito da saúde HIV+.

Os anos foram passando e num curto espaço de tempo, o avanço da ciência foi demonstrando novas maneiras de conviver com os portadores do HIV, trazendo perspectiva de continuidade da vida para aqueles que tivessem acesso aos respectivos progressos. Rocha expressa (1999:10) que:

> "A trajetória vivenciada neste período foi marcada pelo sentimento de que o surgimento desta doença inaugurava novos desafios para as políticas públicas, incorporando uma gama de questões e perspectivas que ultrapassam o campo do naturalismo biologicista da medicina, implicando uma diversidade de leituras e, permitindo uma ruptura com a concepção tradicional de prevenção e saúde pública, pois que evidencia a dimensão histórica e os próprios valores presentes no processo de adoecer".

Outro susto, outro momento difícil para minha atuação profissional. Vencer os valores pré-concebidos e arraigados culturalmente até então. Encontrar pacientes com "*fácies aidéticas*" já estava fazendo parte de uma 'normalidade' na demanda dos serviços. No entanto, defrontar com portadores do vírus (situações encobertas) e não com doentes, com usuários 'vivos' e não seres 'mortos' sem perspectivas de vida era uma outra etapa, a ser vencida por mim e acredito que por cada um dos profissionais.

Os saberes funcionais do biologismo que envolvem o âmbito saúde-doença viram-se limitados pela sua própria forma de caminhar e afirmar os fatos, sendo necessário construir uma releitura dos conceitos de normalidade, de patológico, reconhecendo uma diversidade existente nos fundamentos da vida humana.

Conforme Caponi (2003:67):

> "[...] reconhece-se como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que, em uma sociedade e em um momento histórico preciso, nós qualificamos de modo positivo – aquilo que produz ou que deveria produzir uma sensação de bem-estar, aquilo que se inscreve no espaço da normalidade: a laboriosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos".

Os interesses econômicos e as necessidades cumulativas do capital, em estimular a assistência à saúde baseada numa visão de produção e consumo, pautada na representação

de consultas médicas, de procedimentos, equipamentos e medicamentos e ainda na valorização do conhecimento especializado e na utilização pontual da engenharia hospitalar como meio único de curar doenças, não conseguem, numa totalidade isolada, expressar uma postura de resolutividade contínua, perante alguns fatores existentes na vida humana. Pode-se observar que a perspectiva isolada, de cunho curativista de doenças, sob a égide de sinais e sintomas, o sistema medicalizado com viés tecnológico na sociedade moderna, ainda contribui por velar situações, principalmente aquelas que envolvem 'compulsão' e 'dependência'.

Também fica necessário demonstrar a importância da continuidade das ações, desintegrando os presságios de inércia por parte dos serviços e sistemas, tomando novos rumos no enfoque do ser humano e na perpetuação da existência, tanto individual, quanto coletiva. Merhy (1998) in Silva Jr. (2003:122-123) alerta que: "Os usuários de modo geral, não reclamam de falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e de responsabilização dos serviços".

Os profissionais são formados para atender objetivamente às doenças e não às pessoas 'doentes', resultando-se em limites importantes no atendimento efetivo das reais necessidades de saúde dos usuários. Às vezes hipervalorizam exames laboratoriais e de imagem, em detrimento da palpação, ausculta e anamnese; quiçá com relação à conversa, ao toque fraterno e ao estabelecimento de vínculo, o que contribui para que os usuários sintam-se frustrados, afirmando que não foram nem mesmo examinados, no término do encontro que seria objeto de atenção integral. O ser humano, na maioria das vezes, busca nos serviços de saúde ações inerentes à rede de 'cuidados'. Passam a ficar satisfeitos quando são percebidas outras dimensões além do adoecimento momentâneo.

São inúmeras as circunstâncias que se intercalam superpondo reflexões no âmbito da 'saúde' nos dias atuais. Diante dos fatores que condicionam externamente esse 'mundo', percebo várias influências da crise econômica propagada mundialmente, dos jogos de interesses nos países dominantes, da permanente possibilidade de outra guerra mundial e das constantes 'guerras civis', aos crescentes conflitos internos de violência que demarcam as metrópoles e maiores cidades. Um 'mundo micropolítico' que se expressa através de um conjunto multifatorial, compondo e realizando interferências no cenário da saúde.

Já com relação às situações internas, que se complexificam influenciando o dia a dia das organizações de saúde, ressalto algumas reflexões que podem sinalizar a perpetuação contínua de conflitos. Desde a relação entre a valorização do biológico, em

detrimento das questões sociais, até às discussões com relação ao orçamento e financiamento das políticas que envolvem o planejamento e a programação do setor saúde, a partir de 'pacotes mínimos', contribuindo direta ou indiretamente para a perpetuação da dicotomia entre a cura e reabilitação / promoção e prevenção.

Desta maneira, Rocha (1999:13) posiciona-se de forma brilhante em um capítulo, intitulado 'Múltiplos Ecos', de sua dissertação, admoestando a respeito da interlocução com diferentes saberes necessários para a compreensão da mesma:

> "A complexidade das dimensões envolvidas nesta doença a tornaram um símbolo, quase metáfora dos tempos modernos. Ela é uma pandemia, espalhada por todos os continentes em um curto espaço de tempo, graças às facilidades dos meios de comunicação. [...] As fraturas sociais - a desigualdade econômica, a limitada capacidade do nosso sistema de saúde e sua permanente crise - ficaram muito mais expostas. [...] Espelho de um mundo em turbilhão, 'do caos reinante'; as respostas pareceram, a princípio, inviáveis".

Neste ínterim, creio ser interessante visualizar um pouco do que vem se falando sobre HIV/AIDS - a 'assassina global'. São angustiantes as atuais perspectivas quando se trata do assunto no viver africano. No entanto, estão sendo esperançosas as prospectivas, quando se referem ao uso de vacina específica para prevenir a doença em determinados locais do mundo.

Este panorama de conflitos e contradições, mesmo que refletido timidamente no '*contínum'* de nossas instituições, proporciona intensas reflexões. Contém vasta referência de informações importantes, que necessitam ser pensadas, repensadas e compartilhadas. Carecem sensibilidade, discernimento, bom senso e reflexão, diante dos posicionamentos atuais e expectativas futuras.

Deste modo ressalta-se o quanto está sendo importante a participação e sensibilização dos variados setores que se inter-relacionam com um fim único – a preservação e continuidade da própria existência.

De um lado, encontro na fala de Parker *et al*. (1994) citados por Rocha (1999:18), "[...] o vigor das respostas comunitárias [...] que reagiu com criatividade, indignação e tenacidade às respostas inconsistentes das políticas de controle desta epidemia, buscando reverter à famosa equação AIDS = MORTE, por SILÊNCIO = MORTE e AÇÃO = VIDA". De outro, os empenhos governamentais, conforme ressalta Teixeira (1997) *in* Rocha (1999:36): "[...] o volume de recursos envolvidos neste campo, bem como as normas e diretrizes em termos de quantidade e possibilidades de sua alocação e execução financeira, podem ter impactos diferenciados nas diversas esferas estaduais e municipais".

Uma coisa é certa, há interesse mundial mediante a "menina dos olhos". Todos preocupados com o controle da evolução epidemiológica dessa doença avassaladora. Ao meu entender, para que se consiga efetivar o controle e/ou convivência com a epidemia é necessário uma transformação consistente na sociedade em geral. Além dos investimentos nas ações de prevenção primária e secundária e do alto custo inserido nas ações curativistas, devem ser valorizadas as questões inerentes à busca de novas formas de enfrentamento no que diz à mudança comportamental, de hábitos e atitudes. E ainda, num tom mais sonhador, aclarar formas de convívio que aceite o diferente e as diferenças mediante a cronicidade dos já infectados e implementar maciçamente projetos que contribuam para mudanças nos estilos de vida.

A epidemia da AIDS faz com que inúmeras dúvidas e incertezas trilhem, de modo próprio, na convivência entre todos. Tanto usuário, quanto profissional passa por tensões as quais trazem reflexões, a respeito do HIV/AIDS como um problema de saúde pública, não somente no Brasil, como em todo o mundo.

- Panorama Mundial 2004

Pode-se visualizar no mapa abaixo, conforme estimativa da UNAIDS em 2004, que cerca de 39 milhões de pessoas são soropositivas no mundo inteiro. Aproximadamente foram detectados quatro milhões de novos casos de infecção pelo HIV e mais de três milhões de pessoas morreram até então.

Neste panorama, encontra-se sobressaindo na escala dos milhões, a África Subsaariana, com 3,1 milhões de novos casos; 25,4 milhões de portadores do vírus e 2,3 milhões de mortos pela doença.

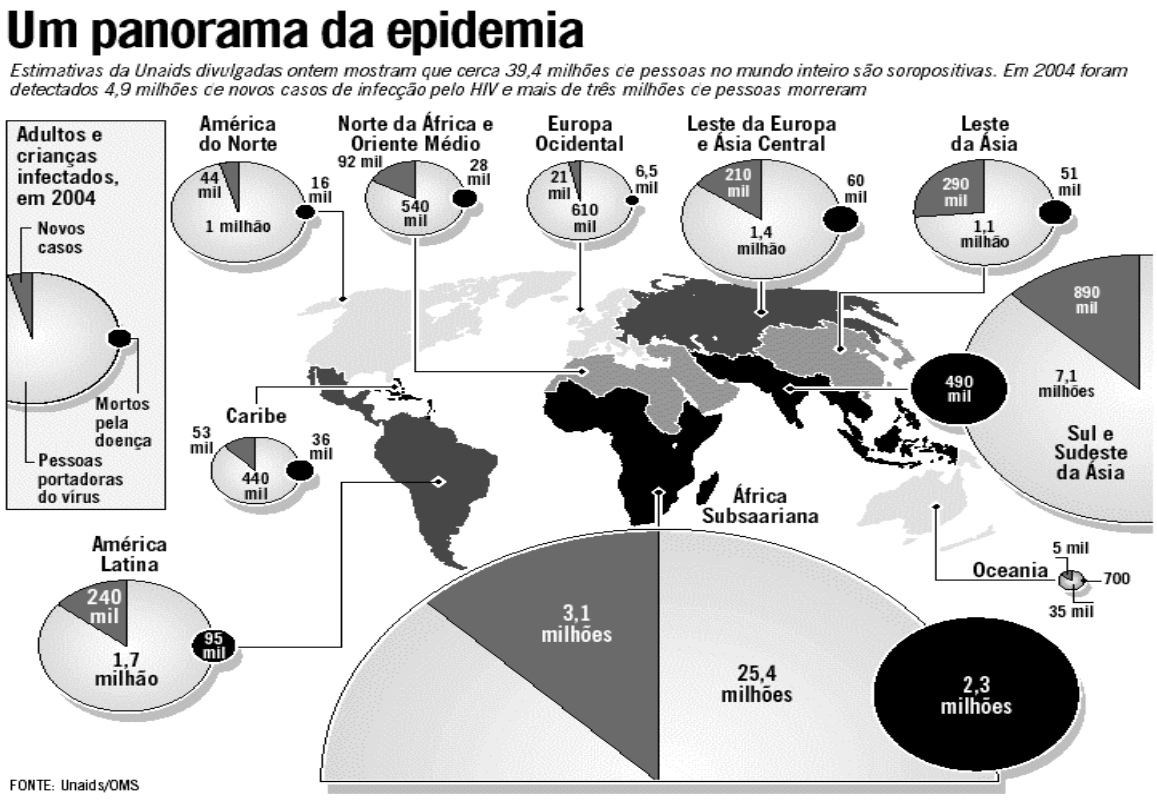
A seguir nas demais áreas geográficas, no que se refere aos novos casos, observa-se em primeiro lugar com 890 mil o sul e sudeste da Ásia; com 290 mil o leste da Ásia; 240 mil a América Latina; 210 mil o leste da Europa e Ásia Central, 92 mil o norte da África e Oriente Médio, 53 mil o Caribe; 44 mil a América do Norte, 21 mil a Europa ocidental e por último, cinco mil novos casos na Oceania.

Com relação ao quantitativo de pessoas portadoras do vírus, em primeiro lugar encontra-se com 7,1 milhões o sul e sudeste da Ásia; posteriormente a América Latina com 1,7 milhão; seguidos do leste da Europa e Ásia Central com 1,4 milhão; do leste da Ásia com 1,1 milhão; da América do Norte com um milhão, da Europa Central com 610 mil; do

norte da África e Oriente Médio com 540 mil, do Caribe com 53 mil e por fim da Oceania com 35 mil.

Pode-se ainda visualizar no mapa, o número de mortes estimadas. No sul e sudeste da Ásia os dados apresentam 490 mil óbitos. Na América latina 95 mil; no leste da Europa e Ásia Central 60 mil; no leste da Ásia 51 mil; no Caribe 36 mil; no norte da África e Oriente Médio 28 mil; na América do Norte 16 mil; na Europa ocidental 6,5 mil e na Oceania 700 óbitos.

Mapa 01: Estimativa mundial do número de casos de HIV em 2004 – UNAIDS



http://oglobo.globo.com/online/ciencia/default.asp Acessado em 30/11/2004.

É necessário um olhar responsável, de compromisso, com a cautela e perseverança, a fim de não banalizar esta demonstração preocupante. Conforme Camargo (1995) in Rocha (1999:25) HIV/AIDS é "[...] um dos mais graves problemas de saúde pública deste final de século". Mais que um problema de saúde pública, a Aids vem se emaranhando entre nações subdesenvolvidas que já tinham poucas perspectivas de crescimento, dizimando imensa parcela da população.

A pandemia atinge de maneira avassaladora as regiões e países mais pobres do planeta, sobretudo pessoas que estão inseridas no mercado de trabalho, impedindo contingentes populacionais de gerar renda, consumir e manter a própria vida. Desta forma, Barbosa (2001:13) aponta que: "[...] a epidemia de Aids constitui-se num campo privilegiado para se compreender a persistência e o aprofundamento das desigualdades sociais, de gênero e de raça/etnia".

- Panorama 2005: Do mundo à América Latina...

O novo relatório conjunto do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e da Organização Mundial de Saúde, Boletim Epidemiológico Mundial de 2005, traz atualização com estimativas sobre a situação da epidemia no mundo, correspondente a cada região do planeta.

Logo de início está demonstrado no relatório - ONUSIDA (2005:01), um resumo mundial da epidemia até dezembro de 2005, apresentando uma média de 40,3 milhões de pessoas vivendo com o vírus e 4,9 milhões de novas infecções. Traz ainda a informação de que são 3,1 milhões de mortes causadas pela AIDS.

Conforme os dados referentes a 2004, em comparação com os de 2005 é percebido que o número global de pessoas vivendo com o HIV continua a crescer, porém existem taxas de infecção em alguns países demonstrando diminuição. ONUSIDA (2005:02), registra que: "El número de personas que viven con el VIH ha aumentado en todas las regiones, salvo en una, en los dos años anteriores. En el Caribe, la segunda región más castigada del mundo, la prevalencia general del VIH no ha registrado cambios en 2005 en comparación con 2003".

Quando os olhares são transportados para a América Latina, o mesmo relatório, evidencia o aumento da epidemia em 2005, quando comparada com o ano de 2003, cujos dados demonstram que eram 1,6 milhões de pessoas que viviam com o vírus, 59.000 mortes causadas pela AIDS e 170.000 novos casos.

> "Se estima que el número de personas que viven con el VIH en América Latina ha aumentado a 1,8 millones [1,4 millones - 2,4 millones]. En 2005, aproximadamente 66.000 [52.000 - 86.000] personas fallecieron a causa del SIDA, y se registraron 200.000 nuevos casos de infección por el VIH [130.000 - 360.000]". ONUSIDA (2005:63).

Torna-se evidente que pela base populacional de maior intensidade, o Brasil encontra-se entre os mais atingidos pela epidemia. "Básicamente a causa del gran número de habitantes que tienen, la **Argentina**, el **Brasil** y **Colombia** son los países sudamericanos que presentan lãs mayores epidemias en la región. Solamente el Brasil da cuenta de más de una tercera parte de los 1,8 millones de personas que viven con el VIH en América Latina". ONUSIDA (2005:63).

Nos últimos anos a epidemia se espalha por todo continente de modo explosivo na África e Ásia, atingindo segundo Ayres (2003:121), suas feições atuais e "[...] ao mesmo tempo em que se espalha geograficamente, a epidemia reitera sua tendência à pauperização, difundindo-se mais rapidamente nos países pobres e nas periferias e bairros pobres das grandes cidades, mesmo entre as nações mais ricas".

Chegando ao Brasil, a questão não fica diferente...

No Brasil, pode-se observar que os dados, conforme Tabela II (Anexo 02), do Boletim Epidemiológico de AIDS/DST – Ministério da Saúde – 2005, confirmam crescentes taxas de incidência, ilustrando a partir de 1994 com taxa de 12,1 por 100.000 habitantes e em 1998 com taxa de 17,5. Apresenta um decréscimo em 2001 com taxa de 14,9, mas sobe para 17,7 em 2002. Em 2003 continua subindo para 19,2 e em 2004 apresenta uma taxa de 17,2.

Conforme a Tabela I (Anexo 01), do mesmo Boletim de 2005, comparativamente os números de casos subiram, sendo evidenciado um quantitativo de 18.642 em 1994 e de 28.318 em 1998. Apresenta 25.611 em 2001 e 33.904 em 2003.

Assim, o total do número de casos no Brasil, conforme a Tabela I (Anexo 01), de 1980 a 2005, consolida um quantitativo igual a 371.827, confirmando as tendências mundiais de que a epidemia aumenta com o passar dos anos.

Por suas características patogênicas e epidemiológicas, seu impacto social e econômico, a AIDS pode influenciar em grande escala, na capacidade produtiva dos países afetados, aumentando o desemprego, comprometendo o índice de desenvolvimento e o mercado de produção e trabalho das respectivas nações. Souza (2001:39) diz que: "[...] é notório que a epidemia HIV/AIDS vem atingindo, crescentemente, populações menos favorecidas em nosso país".

Além da medicamentação de problemas de origem social, a AIDS também pode contribuir para o aumento da mortalidade infantil, de custos/financiamentos dos cuidados em saúde e sociais, sendo necessário fazer emergir forças múltiplas no combate acirrado individual e coletivo, em amplos aspectos.

Várias discussões ressaltam que esse público alvo se apresenta em condições mais vulneráveis à epidemia. Dentre elas, encontro Filgueiras (1999:122), afirmando de modo geral que a grande riqueza da prática do aconselhamento é promover a consciência sobre a vulnerabilidade dos indivíduos. Com relação à mulher HIV+, Barbosa (2001:21) diz que: "Se levarmos em consideração que a pobreza potencializa a vulnerabilidade ao hiv em função, entre outros, da falta de opções e poder para mudar as circunstâncias que aumentam o risco de infecção, constatamos que a situação das mulheres, especialmente no Terceiro Mundo, é grave".

Assim, para Ayres, (2003:123), o conceito de vulnerabilidade:

> "[...] pode ser resumido justamente como esse movimento de se considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos".

Por isso, as análises de vulnerabilidade, segundo o mesmo autor, envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados como: componente individual, social e programático.

Souza (2001:39) evidencia a questão da vulnerabilidade por intermédio da tríade pobreza, baixo nível de instrução e uso de drogas, sugerindo que a maioria das pessoas não consegue manter um comportamento seguro, a despeito das intenções dos programas no âmbito da prevenção. Complementa, afirmando que: "Tal fato reforça a necessidade de implementar programas preventivos específicos direcionados para esta população e seus respectivos parceiros [...]".

Desta forma, entendo que do passado marginalizado, dos 'grupos de risco, onde os alvos eram os homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis, os dados apontam para uma atenção que deve abranger não só os que se consideram susceptíveis ao risco de se contaminar, mas todo e qualquer ser humano que esteja vulnerável a determinada exposição.

Rocha (1999:54) salienta que:

> "A resposta encontrada, capaz de superar a abordagem comportamentalista individual, foi a concepção de vulnerabilidade proposta por Mann e colaboradores no início da década de noventa. Este "modelo", embora, não tenha sido ainda incorporado como uma alternativa diferenciada à noção de risco, inclui, além dos elementos de ordem subjetiva, fatores de ordem estrutural que tornam determinadas populações mais suscetíveis/vulneráveis a contrair o HIV".

Visto que é pertinente a lembrança de situações externas aos comportamentos individuais, que dependendo do contexto em que essas individualidades estiverem inseridas, estarão influenciando e sofrendo influência, num jogo constante que deve atender as diferenças e diferentes suscetibilidades.

Em consonância com o exposto, Caponi, (2003:75) alerta que:

> "Quando o olhar médico privilegia as populações consideradas de risco, pode desprezar as necessidades dos grupos considerados normais. É o que parece ter ocorrido em relação à AIDS, com as 'donas de casa'. [...] não sãos as prostitutas nem homossexuais, nem os UDI que lideram as mortes de AIDS na cidade de SP, mas sim as donas de casa. [...] elas são as principais vítimas da idéia, ainda compartilhada por muitos profissionais de saúde, de que existem grupos de risco".

Sem pretensão de realizar alguma síntese do assunto, utilizo Souza (2001:39-40) sugerindo que diversas questões ainda podem ser trabalhadas, com a existência de uma diversidade de informações. Afirma que:

> "A prevenção da infecção pelo HIV em populações particularmente vulneráveis e inseridas em condições sócio-econômicas desfavoráveis constitui uma questão complexa e desafiadora que demanda e demandará profunda integração entre profissionais de saúde, sociedade civil e esfera governamental [...]".

Com relação a pauperização/desigualdade que caracteriza esta população, a avaliação não é realizada de forma estatística, depende de um processo dinâmico de acúmulo de perdas e desvantagens, como pontua Paugam, S. (1999:60), sendo necessário ainda tomar por base correlações e características próprias de cada nação.

Como é possível constatar, a rápida disseminação do HIV entre população feminina e aqueles desprovidos economicamente e excluídos, são uma questão dramática e que tende a se agravar, tornando-se cada vez mais evidente.

Fernandes (2000:109) relata que: "[...] a epidemia de AIDS no Brasil, além de estar cada vez mais sendo transmitida via heterossexual e de estar se feminilizando, também está sofrendo processo de pauperização e de interiorização". E à medida que se concentra cada vez mais nos segmentos expostos a desigualdades, aponta-se a necessidade de realização

de estudos mais amplos que incluam questões a respeito do cenário sócio-político-econômico-cultural dessa população.

Novamente Rocha (1999:41) ressalta que:

> "O quadro de pauperização implica também um desafio maior para o setor governamental, aumentando ainda mais a complexidade do enfrentamento desta epidemia. Mais do que nunca será necessário articular as políticas de saúde com as políticas da área de assistência social, reunindo esforços que permitam construir estratégias que viabilizem a inclusão de segmentos historicamente colocados à margem do acesso aos direitos sociais neste país".

O quantitativo de 371.827 consolida o total do número de casos no Brasil até 2005, conforme descrito anteriormente Tabela I (Anexo 01). Deste montante, a parcela referente à região sudeste, até o referente ano, equivale a 234.736, segundo a mesma tabela (Anexo 01) do Boletim de AIDS/DST do Ministério da Saúde de 2005.

-O Estado do Rio de Janeiro

Com relação ao estado do Rio de Janeiro tomou-se como parâmetro para identificação do quantitativo do número de casos de AIDS, até o ano de 2004, o Boletim Epidemiológico (2005), da Secretaria de Estado de Saúde – Acessoria de DST/AIDS, onde se encontra um total de 43.629, conforme Tabela I (Anexo 03). Foram 2.422 casos em 1994, 3.872 casos em 1998, 3.415 casos em 1999 e 3.355 em 2001.

Entendo que as realidades estaduais não são tão divergentes e distantes das tendências nacionais.

Para visualizar um pouco mais o quadro atual da epidemia no estado, utilizei alguns apontamentos da assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, através de Lemos e Sole Plá, cujas sinalizações caracterizam os aspectos da epidemia conforme o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS (2005:04):

> Até 31/12/2004 foram notificados à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro 43.629 casos confirmados de AIDS, residentes no Estado desde o início da epidemia. [...] No que tange à forma de transmissão, entre os indivíduos adultos de ambos os sexos, destaca-se a redução de casos por transmissão sangüínea e o crescimento proporcional constante da categoria heterossexual. [...] No que se refere às taxas, observa-se que houve crescimento acentuado da incidência até 1997 com decréscimo a partir de então. Entre os anos de 1999 e 2001, as taxas mantêm valores próximos, sugerindo estabilização da epidemia.

A fim de demonstrar a importância do estudo e suas correlações diretas no dia a dia, compartilho o contexto atual, o qual tem parcela refletida a partir do âmbito municipal, no

que se refere ao HIV/AIDS. Na mesma tabela (Anexo 03) do Boletim da Secretaria de Estado, até o ano de 2004, encontrou-se um quantitativo de 2.042 casos no município de Niterói - RJ.

No entanto, não cabe nesse momento ficar traçando paralelos entre as tendências continentais, nacionais, regionais, estaduais e municipais. Uma coisa é certa, mesmo que esteja aumentando em vários locais do planeta, ou mesmo que esteja com uma tendência de estabilidade nas relações mais próximas, não quer dizer que a epidemia esteja controlada, nem mesmo quer dizer que esteja com dados inferiores aos anos anteriores de acompanhamento das notificações.

- Município de Niterói: o fim do início...

Niterói também traz quantitativos próximos de um ano para o outro. Conforme a SES, através do Boletim de 2005, em 1994 teve 118 casos de AIDS notificados. Em 1998, 2000, 2002 e 2003, apresentou respectivamente totais de 124, 145, 115 e 127 casos.

A seguir, evidencio através de gráficos e tabelas, elucidações de alguns dados que confirmam a realidade da epidemia. Visualizo o aumento gradativo e significativo de portadores do HIV/AIDS nos serviços, acompanhando a perspectiva estadual, nacional e mundial.

Como foram ressaltadas as tendências de feminilização, heterossexualização, pauperização e interiorização, aproveito a oportunidade para demonstrar alguns dados do nível local proveniente da Coordenação de Vigilância em Saúde – Coordenação de DST/AIDS. Os demais dados estão demonstrados a partir de notificações de AIDS de 1983-2003, no município de Niterói -RJ, através de respectivos gráfico e tabela.

A respeito da feminilização da doença, a razão entre homens e mulheres vem se aproximando desde o início da década de 90. Pode-se observar que na metade da década de 80, os quantitativos de casos notificados eram próximos, com uma razão de 03 homens para cada mulher. Com o decorrer dos anos os números se distanciaram, chegando em 1988 com 51 casos masculinos para 2 casos femininos, apresentando uma razão de 25,5/01. Já em 2002, a razão entre notificações de casos masculinos e femininos cai, apontando 1,3 casos masculinos, para 1,0 caso feminino.

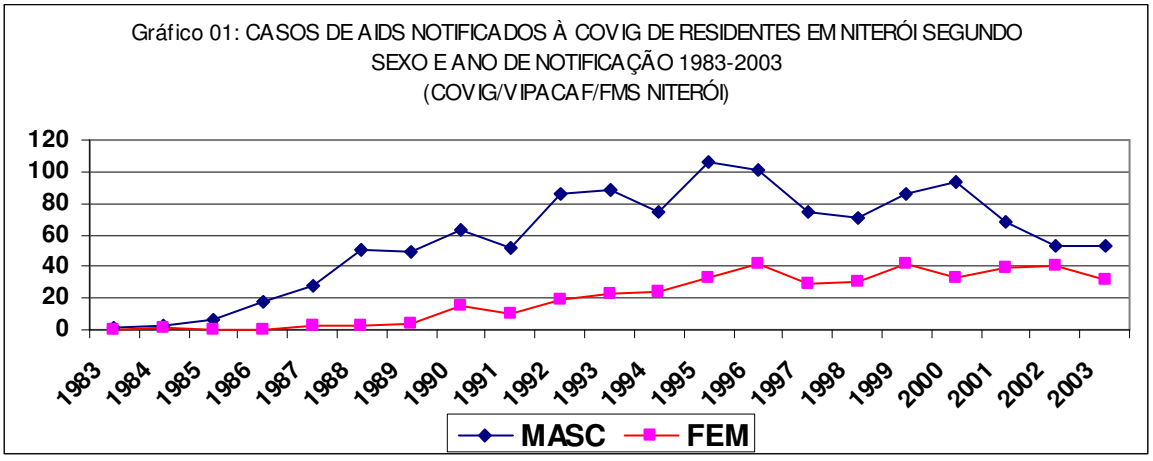
Quadro 01: Casos de AIDS segundo ano de diagnóstico, sexo e razão homem mulher, residentes em Niterói-RJ no período de 1983 a 2003.

	MASC	FEM	Razão	Total			MASC	FEM	Razão	Total
1983	1	0	1/0	1		1994	75	24	3,1/1	99
1984	3	1	**3/1**	4		1995	106	33	3,2/1	139
1985	6	0	6/0	6		1996	101	42	2,4/1	143
1986	18	0	18/0	18		1997	74	29	2,6/1	103
1987	28	3	9,3/1	31		1998	71	30	2,4/1	101
1988	51	2	**25,5/1**	53		1999	86	42	2,0/1	128
1989	49	4	12,3/1	53		2000	94	33	2,8/1	127
1990	63	15	4,2/1	78		2001	68	39	1,7/1	107
1991	52	10	5,2/1	62		**2002**	53	41	**1,3/1**	94
1992	86	19	4,5/1	105		2003	53	32	1,7/1	85
1993	89	23	3,9/1	112		Total	1227	422	2,9/1	1649

Fonte SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS – 10/02/2004

O próximo gráfico demonstra claramente a discussão realizada a partir do quadro anterior. A linha azul caracteriza o comportamento masculino da epidemia e a rosa, o feminino. Na década de oitenta estavam bem próximas, confirmando a razão do quadro anterior de 03 homens para 01 mulher.

Gradativamente tanto o quantitativo masculino, quanto o feminino vai aumentando, porém, percebe-se que vão se distanciando bastante entre os anos de 1988 e 89, onde temos aproximadamente a linha azul entre 40 e 60 e a rosa pouco acima do zero. Isso equivale a dizer que o número de homens está nesse momento muito maior do que o de mulheres. Com o passar dos anos as linhas se aproximam novamente, porém demonstrando um aumento expressivo no número de casos. Em 2002 encontramos, por exemplo, a linha rosa próximo de 40 e a azul de 50, confirmando que a razão entre homens e mulheres diminuiu consideravelmente.



Enfatizando outra tendência dessa epidemia, a heterossexualização também pode ser mais bem evidenciada no município de Niterói-RJ, a partir da visualização dos dados a seguir, os quais demonstram casos de AIDS em indivíduos a partir de 13 anos, realizando um paralelo entre as formas de transmissão homossexuais e heterossexuais.

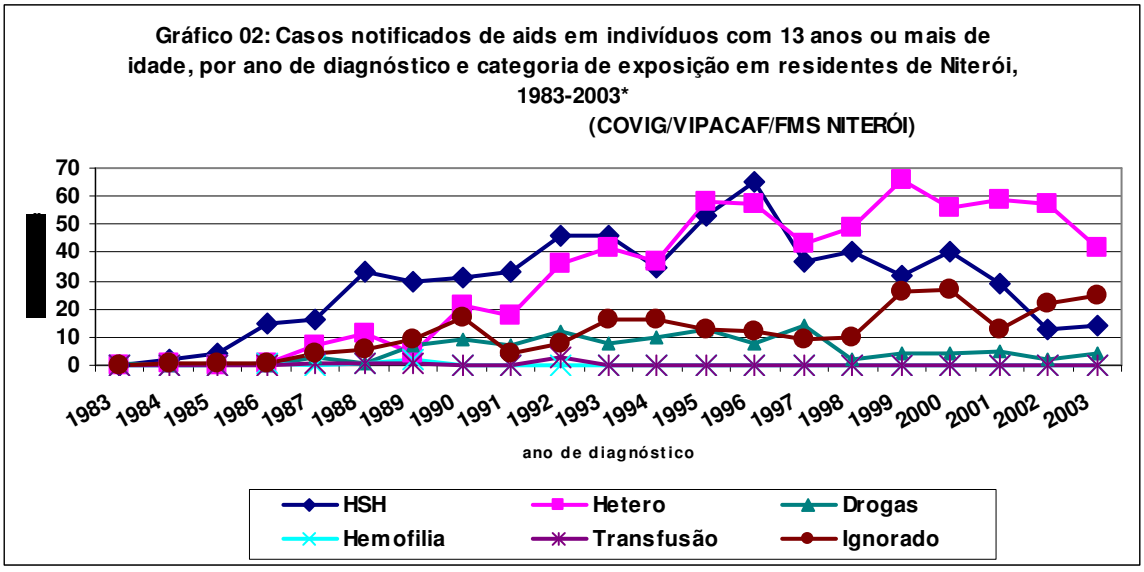
Quadro 02: Casos notificados de AIDS em indivíduos com 13 ou mais anos de idade, por ano de diagnóstico em relação à transmissão sexual, em residentes de Niterói. 1983-2003.

	HSH	HETERO	Total		HSH	HETERO	Total
1983	0	0	0	**1994**	35	37	72
1984	2	1	3	1995	53	58	111
1985	4	0	4	1996	65	57	122
1986	15	1	16	1997	37	43	80
1987	16	7	23	1998	40	49	89
1988	33	11	44	1999	32	66	98
1989	30	4	34	2000	40	56	96
1990	31	21	52	2001	29	59	88
1991	33	18	51	**2002**	13	57	70
1992	46	36	82	2003	14	42	56
1993	46	42	88	Total	614	665	1279

Fonte: COVIG/VIPACAF/FMS – 10/02/2004

Em 1984 pode-se observar que das três notificações realizadas duas eram de transmissão homossexual e uma heterossexual. Em 1994 dos 72 casos, 35 eram de transmissão homossexual e 37 heterossexual. Já em 2002, totalmente ao contrário, dos 70 casos, 42 eram de transmissão heterossexual e apenas 14 de homossexual. Dentre esses anos escolhidos, observa-se aumento gradativo da transmissão heterossexual em detrimento da homossexual no mesmo período observado nos apontamentos anteriores.

O último gráfico apresenta o número de casos por categoria de exposição.



Como se pode observar, as linhas responsáveis por caracterizar as categorias de exposição dos hemofílicos e das transfusões sanguíneas, permanece zerada ou inexistente com o decorrer dos anos, desde 1992. O usuário de drogas injetável, a partir do final da década de 90, não ultrapassa a linha dos 10 casos. Os casos ignorados não justificam tanta oscilação; penso que isto é decorrente dos preenchimentos equivocados das notificações e até mesmo das declarações de óbito. Já as linhas, azul e rosa responsáveis pelas transmissões heterossexuais e homossexuais, justificam e confirmam os comentários anteriores.

Aponta Oltramari (2003:15) que: "Algumas representações sobre a AIDS parecem ter mudado no decorrer dos anos. Se antes a AIDS vinha sendo relacionada diretamente ao 'medo e a morte', hoje talvez esta representação esteja mais presente entre pacientes que possuam a doença e familiares. Entre outras pessoas, a representação de AIDS suscita a idéia de 'prevenção'".

Pitta (1998:39) afirma que:

> "[...] não se pode compreender as políticas e estratégias institucionais de comunicação para o combate à Aids sem relacioná-las a um cenário epidemiológico em transformação. Cenário que faz transitar não apenas indicadores, taxas, estatísticas, mas processos de organização social, política, acadêmica e técnica em torno da análise, compreensão e controle de uma epidemia que vai, depois demais de uma década, deixando emergir um modelo singular e cada vez mais complexo de disseminação no Brasil: modelo estreitamente relacionado às formas concretas de organização social, política - e assim cultural e simbólica – de diferentes grupos populacionais".

A AIDS é uma doença que se renova a cada dia, sendo necessário uma releitura constante de nossos olhares, reflexões, práticas, estratégias e alvos, com intuito de agir de modo adequado e atual, em todo processo de discussão que caminha do medo de morrer ao sonho de viver nas 'situações de risco' e vulnerabilidade.

II – Fundamentação Teórica

"Por força de suportar o essencial em nome da urgência,
termina-se por esquecer a urgência do essencial"
Hadj Garum O'rin

2.1 - A dinâmica grupal: "Onde estiver dois ou mais indivíduos, aí estarei...".

O homem é um ser que necessita da convivência com o outro. Dentre os mamíferos, é aquele que apresenta dependência durante maior espaço de tempo, tomando-se por base o seu crescimento e desenvolvimento, em comparação com os demais. No período correspondente à fase de adolescência humana, outros animais já estão velhos. Para o humano o cuidado nos primeiros anos de vida é mais duradouro do que a atenção dispensada por um outro animal à sua prole.

Segundo as relações entre as pessoas, onde estiver dois ou mais indivíduos em convivência tem-se a iniciação de um grupo. Os grupos são formados por aproximações e afinidades, devendo existir capacidade mútua de compreensão.

Como um ser pensante, antagonicamente o ser humano demora mais tempo para conseguir caminhar com suas próprias pernas. Num sentido figurado e simbólico, existem alguns que nem conseguem aprender num período de cinqüenta anos... Sempre necessitando de amparo e diretriz externos.

Ao invés de desenvolver as mudanças necessárias à sobrevivência a partir das questões biológicas, como garras e presas encontradas nos outros animais, utiliza mecanismos exteriores ao seu corpo para sua proteção, como roupas, ferramentas, armas, trabalho, cultura, valores e tradições, os quais passam de geração à geração. Suas vivências não são herdadas biologicamente, mas sim aprendidas de forma gradual com o grupo social a que pertence. Deste modo, é necessário a esta espécie, uma convivência sistematizada com outros seres humanos, questão indissociável para prosseguir sua caminhada.

Para Pichon-Rivière (2000:61):

> "As inter-relações existentes entre os grandes e os pequenos, os jovens e os velhos, os homens e as mulheres, preenchem com uma significação dinâmica, para cada ser humano, essa descrição universa das diferenças possíveis. A criança, ao adaptar-se a essas diferenças evidentes, define e dá sentido ao próprio papel individual, que desempenha na relação com os demais".

É por si só um ser social, que vive em sociedade/comunidade. Uns conseguem até sobreviver mais isolados, todavia em sua maioria é necessário que se relacionem com os outros, para crescimento próprio e coletivo.

O primeiro grande vínculo do humano é a família. Pichon-Rivière (2000:63), define a mesma como uma estrutura social básica, sendo o modelo natural da situação de integração grupal.

A base desta relação vincular é afetiva, pois é através de uma forma de comunicação emocional que o recém-nascido mobiliza o adulto, garantindo assim os cuidados necessários à sobrevivência. Portanto, é o vínculo afetivo estabelecido entre o adulto e a criança que sustenta a etapa inicial do processo de aprendizagem na vida. Toda aprendizagem está impregnada de afetividade, já que ocorre a partir das interações sociais, num processo vincular.

Conforme Saraiva (2002:36): "No começo da vida, o processo de socialização ocorre em um círculo de relações afetivas que coincide com o das relações sociais, âmbito que são o único meio do qual a criança extrai e com o qual compartilha".

Com o decorrer dos anos, a rede de convivência desta criança vai se expandindo. Passa a conhecer outras realidades, até então desconhecidas. Desde a vizinhança na própria rua, até os amigos na escola. Daí por diante, não é percebido mais retorno, salvo em casos claros de opção por um estilo de vida isolado ou dentre as questões patológicas. Em condições naturais, essa rede cada vez mais vai se ampliando.

Aumenta sua visão de mundo e seu processo crítico-reflexivo também se amplia para com os outros e consigo mesma, ratificando a necessidade de aprendizagem numa convivência grupal, em detrimento da vivência isolada do indivíduo. O mesmo passa a não conseguir sobreviver satisfazendo-se apenas com as necessidades pessoais. Gradativamente surge um emaranhado de questões sistêmicas e necessárias ao coletivo, que o faz sair do casulo pessoal e ir ao encontro do outro nas relações sociais.

A presente fundamentação pode ser também enriquecida pelas concepções encontradas na Educação. Como analisa Góes (1991) in Garcia (2001:91), "... o educar, enquanto processo sócio-cultural, alicerça-se no plano das interações, sendo o resultado da apropriação (internalização) de formas de ação que dependem tanto de estratégias e conhecimentos dominados pelo sujeito quanto de ocorrências no contexto interativo".

O processo de educação não se limita à absorção passiva de conhecimentos, mas às múltiplas interações livres entre os sujeitos. Parafraseando Goleman (2001:50), devíamos gastar mais tempo ajudando as pessoas a identificar suas aptidões e dons naturais e a cultivá-los. Através do pensamento pode imaginar, conjecturar e sonhar, com o intuito

sempre presente de modificar a prática existente, fazendo-se conhecedor e levando os que o rodeiam a também conhecer.

Sendo assim, por que a maioria das pessoas apresenta dificuldade de conviver em grupo, de se relacionar, de se encontrar com o outro? Somos livres para buscar interações possíveis de aprendizado, conforme nosso desejo e objeção?

Para Pichon-Rivière (2000:54-55), o ser humano tem uma dificuldade relativa em superar frustrações, aspirações, medos, culpas e demandas biológicas excessivas, que surgem no período infantil. Assim uma determinada insegurança social instala-se ao se inserirem em novos grupos, estando ligada a uma vivência ansiosa diante de mudanças ocorridas.

Desta forma, passa a ser necessário o apoio externo, mesmo que seja silencioso e/ou indireto, a fim de intermediar formas capazes de sustentar a caminhada do indivíduo pela sua existência.

Para mobilizar a atenção das pessoas, com intuito de motivá-las a se inserirem de modo natural nos espaços coletivos e assumir passo a passo novos papéis, ou seja, um exercício constante de convivência em grupo, é preciso conhecer e analisar as questões a partir da demanda do próprio indivíduo/grupo, as quais estão desencadeando sofrimentos, barreiras e dificuldades, que podem estar levando ao sentimento cômodo de uma vivência isolada.

Partindo do pressuposto que a convivência em grupo é um processo difícil de ser vivido, porém imprescindível na existência humana, passa a ser necessário entender neste momento o significado da definição de grupo.

Dentre os inúmeros autores, Pichon-Rivière (2000:159) refere à configuração de uma situação grupal como: "Todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna. [...] É nesse processo que deverá surgir o recolhimento de si e do outro, no diálogo e no intercâmbio permanente".

Ao procurar delimitar os teóricos a fim de priorizar uma linha de pensamento correlacionada à temática referente ao grupo, encontrei dificuldades. Primeiro porque os teóricos utilizam denominações diferentes, intercruzando conceitos que se afunilam, parecendo se encontrar num ponto comum. Mesmo que não se encontrem, pela variedade

de referências utilizadas, fica impossível escolher uma única diretriz para delimitar e caracterizar o referencial teórico de grupo. Se assim fosse, o referencial utilizado de modo isolado e focalizado não corresponderia às intenções nem dos nossos pensamentos nem dos pensamentos encontrados nas falas dos entrevistados.

Vale lembrar também, que não faz parte dos objetivos dessa dissertação discutir especificamente sobre conceitos isolados para cada grupo. Assim, não fica restrito a idéia de escolher um único caminho para respaldar teoricamente os grupos encontrados. Não serão comparados com modelos teóricos ou definições históricas de uma única linha de pensamento, como grupos operativos de psicoterapia segundo Pichon-Rivière (2000:143), grupos de encontro, segundo a experiência com terapia centrada na pessoa, de Carl Rogers in Moreira (1999:64), ou ainda, processo grupal de Martín-Baró in Martins (2003:203). No entanto, é possível que se encontre nas falas dos entrevistados caracterizações ou princípios oriundos da área da sociologia, psicologia e educação, numa múltipla referencialidade.

Desta forma, encontra-se em Martins (2003:202) uma citação que consegue definir grupo sem necessariamente ter que optar de modo exclusivo por um referencial teórico-filosófico. Assim, afirma que: "Em geral os autores definem grupo como sendo uma unidade que se dá quando os indivíduos interagem entre si e compartilham algumas normas e objetivo".

Não importa que apresentem desdobramentos que venham caracterizar em determinados momentos esta ou aquela referência. Não importa que a maioria dos autores utilizados trilhe caminhos específicos da psicologia. Importa que esses caminhos de modo alternados ou sinérgicos venham minimizar o sofrimento, estimular a inclusão e reintegração social do usuário e melhorar a qualidade de vida.

Grupo deve ser compreendido aqui, como uma das fontes de reequilíbrio, readaptação, troca, reinserção, ajuda mútua, expressão autêntica de sentimentos, pensamentos e ações.

Repito que pode acontecer em situações específicas, dependendo da formação do profissional, do andamento de suas necessidades e da instituição e ainda conforme o momento da realização, a sobreposição da utilização dos conceitos ou que estes princípios venham a se fundir sendo utilizado conforme a intenção de quem organiza, fazendo assim variar de grupo para grupo. Principalmente se este grupo é realizado em conjunto por uma

equipe multiprofissional. Fica impossível caracterizá-lo segundo determinada linha de pensamento, pois ocorre não só alternância dos enfoques, como também utilização de modo antagônico. Porém, o intuito é falar de grupo que aborde sentimentos, conhecimentos e informações e que seja capaz de construir estratégias coletivas e individuais para enfrentar as limitações do dia a dia.

Entendo que um grupo pode ser designado como **grupo de adesão**, porém pode trabalhar apoio social, questões educativas, e reflexões e ainda pode desencadear contribuições no processo de construção de uma consciência crítica acerca da cidadania dos usuários. Um **grupo de apoio** se desdobra em inúmeras interfaces, confirmando o amplo conceito de apoio social: compartilha informações, conhecimentos, apoio material e ainda questões de sentimentos, havendo ênfase respectiva conforme cada instituição.

O termo grupo de apoio, segundo Guanaes (2000:29) geralmente significa: "O encontro de indivíduos com problemas semelhantes e que estão dispostos a compartilhar de suas experiências pessoais e a si engajarem no desenvolvimento de um processo coeso e suportivo".

Sendo assim, é possível correlacionar com a prática encontrada através de algumas falas dos profissionais, como relação à essa modalidade de grupo.

> *"... o grupo acontece de acordo com o que eles próprios trazem... porque o medo deles é o que? Ter que falar... é,... uma hora sobre Hiv e eu não gosto disso. Eu falo com eles... não, a gente fala sobre o que vocês trouxeram... é o Hiv, a medicação, é o relacionamento com o marido, com a esposa, com o amigo, com os filhos... então o que eles vem trazendo é o que eu vou trabalhando com eles. Aí acaba sempre chegando, não é... ou na medicação ou no que eu tenho que tomar, ou que estou hoje com depressão, sempre acaba chegando nesse ponto..." Psicóloga - Carinho.*

No entanto ao questionar a respeito de como a mesma psicóloga caracteriza o grupo, ela diz que:

> *"Seria um grupo de terapia, tá... de terapia em si... porque eu tento abranger as diversas áreas da vida deles, não é... então eu vejo mais como um grupo terapêutico, pra poder dar ajuda, um suporte, pra eles poderem continuar seguindo em frente de uma forma saudável". Psicóloga – Carinho*

Isso confirma o que se encontra na literatura. Muita aproximação entre esses grupos. Os terapêuticos e os de apoio. Novamente Guanaes (2000:22), estuda grupo de apoio utilizando uma abordagem de grupo terapêutico de curta duração onde conceitua como um espaço terapêutico que possibilita a identificação entre os membros, favorecendo a construção de um sentimento de identidade. Além disso, proporciona condições de reparo

porque atribui importância à realidade atual e ao sofrimento psíquico dos membros desse coletivo.

Desta forma, o grupo **terapêutico** ou psicoterapêutico é mais utilizado pelo referencial do psicólogo, onde se desdobram questões individuais, em ambiente fechado, no entanto, pode desdobrar para as questões ocupacionais e sociais de reintegração, porém, ambas focalizadas nas demandas individuais. Como grupo terapêutico, Pichon-Rivière (2000:97) diz que: "a tarefa é resolver o denominador comum da ansiedade grupal, que adquire características particulares em cada membro...".

Já, um **grupo educativo** além de trabalhar o 'repasse de informações' pode ainda tentar trabalhar mudanças de comportamentos, questões de gênero, estigmas, preconceitos, angústias e ansiedades[4].

> *"Faço grupo de primeira vez... que passa toda informação com relação à como se transmite, quem é portador de HIV, quem é soropositivo, o que é AIDS, meios de transmissão, resultados de exame, colocação de camisinha, tanto masculina quanto femininas... quer dizer... toda essa abordagem é feita no grupo de primeira vez. [...] Acho que é um grupo informativo (...) É! A gente se apresenta... e a gente já tem tipo um roteiro pra (...) é um grupo aberto, até você pode parar, eles podem perguntar até pra o que esteja fora dali das perguntas... tem uma abordagem ampla... abertura pra você retirar dúvida...". Enfermeira - Encontro*
>
> *"... a gente começa primeiro uma conversa informal com eles... exatamente como a gente faz na educação infantil. Aquela rodinha, cada um contando o que aconteceu durante o mês... como está a situação... se tiveram algum problema de doença ou não... se foram à festa... eles têm muita coisa pra contar..., até interessante isso... a troca entre eles... eles gostam muito de falar...". Pedagoga - Empatia*
>
> *"Com o grupo dos menores a gente trabalha de forma mais lúdica. Assim, brincadeiras mesmo. Grupo dos menores a gente já fez algumas dinâmicas que... questão de gênero na verdade... aquela coisa de dentro da família". Assistente Social - Valorização*

O grupo educativo também trabalha as questões de modo que resolva o individual e que repercuta de modo direto e indireto na solução dos demais que compõem o coletivo, viabilizando perspectivas futuras de construção de participação cidadã.

Conforme Pichon-Rivière (2000:97-98) ele é caracterizado como grupo de aprendizagem, onde: "... a tarefa consiste na resolução das ansiedades ligadas à aprendizagem..." [...] Onde basicamente o ato de ensinar e aprender deve ser identificado com o ato de inquirir, indagar ou investigar, caracterizando assim uma relação contínua,

[4] "**Ansiedade** é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho". Castillo (2000:20).

onde educador e educando – o grupo, indague, descobre-se, redescobre-se, aprende e se ensina.

A respeito do **grupo de adesão**, alguns profissionais entrevistados deixam transparecer a intenção marcante da existência desse grupo. Além de proporcionar o aumento da sobrevida dos portadores e a melhora da expectativa de vida dos mesmos, trabalha a importância de se conviver com a utilização persistente de inúmeras medicações que apresentam sinais, sintomas e efeitos indesejáveis como: gastrintestinais, neurológicos, hematológicos, dislipidemias, lipodistrofia e alterações com relação à distribuição da gordura corporal. Segundo os entrevistados:

> *"... eventualmente a gente vai às reuniões dos grupos pra discutir essa questão da adesão ao tratamento, levar pra eles a importância dessa adesão...". Médico – Liberdade*
>
> *"Uma oportunidade de discutir dúvidas... uma oportunidade que eles têm de melhorar a adesão... a adesão em remédio, adesão ao vínculo afetivo, compromisso dele consigo próprio". Médico - Auto-estima*
>
> *"... porque na verdade, eu tento fazer desses grupos, como que um grupo de adesão mesmo, àquela problemática. Principalmente a isso – HIV". Assistente Social – Solidariedade*
>
> *"A gente precisa de formar um grupo pra gente está vendo o que a gente poderia estar fazendo com eles até por causa da adesão que a gente sabe que a adesão nesses grupos é uma coisa muito difícil...". Bióloga – Esclarecimento*

Para Silveira (2004:95), grupo de adesão ao tratamento, é "... um espaço solidário que permite o acesso à informação, a troca de experiências, o intercâmbio de motivações, o a apoio mútuo e a vivência de uma pluralidade de situações que criam oportunidades para pacientes e profissionais de saúde posicionarem-se, tirarem dúvidas, interagirem e superarem dificuldades no processo de tratamento".

O **grupo de convivência** pode ocorrer encontros periódicos com realização de eventos e festas conforme calendário anual, com realização de passeios, oficinas, cursos e ainda possibilitar espaços para palestras e estudos. Mais uma vez observo que a descrição da ação amplia a conceituação referente. Nesses grupos eles falam de coisas da vida cotidiana.

Conforme os dois depoimentos, confirma-se tal fato:

> *"... todas essas questões, isso deveria ter grupos de convivência, de amadurecimento... como é uma doença que vai ficar vários anos da vida, ela vai passar por primaveras e verões com dificuldades, luzes... e tudo isso..." Médico - Auto-estima.*

> *"... eu penso em grupo de adolescente, eu também tento considerar grupo de trocas de experiências, de vivências entre eles... um grupo onde se é respeitado as... todas as questões culturais deles, de cada um e do coletivo, não... as crianças, valores, cultura; isso tudo onde a gente procura considerar e valorizar, é o grupo é onde há também um espaço para as informações, informações que eles desejam, informações que nós é considerar naquele momento, naquele contexto que precisa ser levado ao grupo, tá?". Psicóloga - Toque/Contato*

A própria referência que encontramos, também confirma a extensão desses encontros. Percebo que realmente varia muito conforme o ponto de vista.

Segundo Dias *in* Silva (2005:08) "Grupos de Convivência provocam educação participativa, concretizando-se à medida que o profissional se envolve e se compromete, de modo solidário, com o crescimento do grupo, na perspectiva de que todos se mostrem ativos no trabalho grupal".

Com relação ao **grupo de acolhimento** pode ser designado pela idéia de que seja o primeiro atendimento ou a recepção do usuário no serviço. Auxilia na dinâmica de acesso dos usuários na instituição e, ainda pode ser utilizado para a continuidade da atenção à saúde dos mesmos, possibilitando trocas e vínculos sucessivos.

Sendo uma ação centrada em torno de pessoas que se encontram com intenções comuns, que tem por finalidade buscar alternativas em termos de resolução das dificuldades vivenciadas pelo convívio grupal, onde cada um cria oportunidades e desempenha funções específicas que se complementam em processo de ensino-aprendizagem constante, é importante diferenciar um grupo com ação social construtiva e transformadora, de situações em que se juntam várias pessoas em um mesmo local, sem vínculos interpessoais como boates, danceterias, clubes, transportes coletivos, por exemplo.

Outros subsídios para referenciar o convívio grupal, foram encontrados. Segundo Zimerman (1997) in Saraiva (2002:37): "Há dois tipos de grupos: primário e secundário. A família é um grupo primário, os secundários são os grupos de trabalho, de estudo, de lazer, associações, etc".

Mediante as exposições a respeito de cada modo específico de se enxergar uma convivência grupal e as possibilidades de inseri-las nos tipos de divisão de Zimerman, entende-se que o enfoque desta pesquisa está voltado para os grupos secundários, que são aqui representados pelas ações profissionais nos encontros coletivos compartilhadas com os portadores do Hiv, cujas denominações e operacionalizações apresentam identificações

a partir das representações individuais correlacionadas por cada entrevistado, evidenciando associações e pontos específicos, porém, sinérgicos quando se trata de grupo.

Pode ser ratificado através da fala de Torres *et al.* (2003:1041): "... experiência de grupo estimula a produção de conhecimentos por meio de uma perspectiva dialógica, interativa, em que os problemas e soluções são compartilhados, caracterizando-se como uma estratégia de promoção da saúde".

Deste modo, estes grupos secundários tomam vida conforme a visão de cada profissional, influenciados pela sua formação de base. De todo material coletado, foram encontradas referências múltiplas. As inúmeras palavras utilizadas pelos profissionais para caracterizar as ações coletivas encontradas foram agrupadas conforme a percepção do significado de suas aproximações. Estão identificados conforme quadro demonstrativo das palavras identificadoras, público alvos, categorias profissionais envolvidas e se a participação dos mesmos é pontual ou efetiva.

Na literatura não foi encontrada referência conceitual específica para todo tipo de denominação utilizada pelos depoentes, dentre elas o grupo de primeira vez, o qual é responsável pela recepção aberta de usuários num centro de testagem anônima. O grupo de revelação diagnóstica, que o próprio nome identifica como um espaço disponível para o processo de revelar a condição sorológica para os usuários, em maior parte, a denominação é utilizada com referência aos grupos realizados com crianças e adolescentes.

Na página seguinte será possível visualizar um quadro demonstrativo das referências utilizadas pelos profissionais para caracterizar o grupo realizado. Além disso também será possível identificar o público alvo que se destina a ação, a categoria profissional que realiza o trabalho e ainda se sua participação é efetiva ou pontual.

Quadro 03: Referências utilizadas pelos profissionais para caracterizar os grupos realizados

Caracterizações dos Grupos	Público Alvo	Categoria Profissional	Participação
De reflexão e discussão	Adulto	-Assistente Social - Médico	-Efetiva -Pontual
De adesão, gerência à adesão	Geral	-Médicos -Assistente Social e Biólogo	-Pontuais -Efetivas
De primeira vez	Adulto	-Psicólogos e Enfermeiro	-Efetivas
De revelação diagnóstica	Criança Adolescente	-Assistentes Sociais -Médicos	-Efetivas -Pontuais
De pares, espelho	Adulto	-Assistentes Sociais e Psicólogo	-Efetivas
De fortalecimento	Adulto	-Assistente Social e Psicólogo	-Efetivas
De aconselhamento	Adulto	-Assistente Social	-Efetiva
De acolhimento	Geral	-Assistentes Sociais, Psicólogos e Biólogo -Médicos	-Efetivas -Pontuais
Informativo, educativo, instrutivo	Adolescente Adulto	-Psicólogos, Enfermeiro e Assistente Social -Cirurgião dentista	-Efetivas -Pontual
De continuação, aprofundamento, acompanhamento e amadurecimento	Adolescente Adulto	-Assistente Social -Médicos	-Efetiva -Pontuais
De apoio, mútua-ajuda	Adulto	-Psicólogos e Assistente Social -Médico	-Efetivas -Pontual
De terapia, terapêutico	Geral	-Psicólogos e Assistente Social -Médico	-Efetivas -Pontual
De vivências, convivência e interação	Adolescente Adulto	-Psicólogos e Assistentes Sociais -Médico	-Efetivas -Pontual
De troca de experiências	Adolescente Adulto	-Psicólogo, Enfermeiro e Assistente Social	-Efetivas
Reunião	Adultos	-Assistentes Sociais e Pedagogas -Médico e Técnico de enfermagem	-Efetivas -Pontuais
Aberto/fechado	Adolescentes Adultos	-Psicólogos, Enfermeiro e Assistente Social -Médico e Cirurgião dentista	-Efetivas - Pontuais

Fonte: Elaboração Própria

2.2 - O silêncio e a voz do espaço coletivo... Educação em saúde, acolhimento e apoio social: do passado 'aidético' ao presente 'imunodeficiente adquirido'.

"Tenhamos em mente que não somos o que os outros pensam e, muitas vezes, nem mesmo o que pensamos ser; mas somos, verdadeiramente o que sentimos. Aliás, os sentimentos revelam nosso desempenho no passado, nossa atuação no presente e nossa potencialidade no futuro."
Hammed

Esta pesquisa apresenta como eixo temático, considerações que tomam vida nas atividades de grupos voltadas para a educação em saúde, acolhimento e apoio social. São ações que podem ocorrer antes, durante ou após os atendimentos individuais. Podem se expressar de forma contínua e à parte dos respectivos atendimentos, ou se atrelar a toda dinâmica interdisciplinar do acompanhamento ao usuário.

É necessário compreender que o cenário coletivo se apresenta como palco propício à emergência de conflitos sócio-culturais-econômicos, sendo esses expressados no dia a dia através das relações dinâmicas e intersubjetivas, entre os sujeitos sociais que se encontram na figura do usuário e o profissional. No caso desta pesquisa, o foco são as ações aos portadores do vírus da imunodeficiência humana, realizadas por profissionais que compõem a equipe multidisciplinar.

Ao considerar as variadas dimensões existentes nas instituições de saúde, é necessário que a visão de co-participação se amplie para maiores entendimentos. Isto significa a justificativa de reconhecer o espaço coletivo como mediador de educação em saúde, acolhimento e apoio social, a partir de múltiplos referenciais e fatores, perfazendo encontros nas variadas dimensões, como sujeitos, instituição e sociedade, por meio dos respectivos conceitos e teóricos. Uma área isolada do conhecimento não daria conta de explicitar a complexidade que emerge do encontro teórico-prático.

Prossigo de maneira crítica, uma reflexão à luz de experientes teóricos que desenvolvem suas referências e inferências a respeito da temática abordada. Mesmo diante da momentânea exaltação dos valores de bens de consumo, do individualismo, do imediatismo da posse e da apropriação, ainda existem algumas pessoas voltadas aos processos circunscritos aos valores da solidariedade, do diálogo, da escuta, do toque afetivo e da emoção. Esses instrumentos estão presentes nas atividades coletivas, vivenciadas nas ações de educação em saúde, acolhimento e apoio social.

Entendo que os espaços coletivos se intercruzam em determinados momentos. No entanto, antes mesmo de delinear considerações a respeito desta interseção, percebo a necessidade de pontuar algumas questões, com intuito de enriquecer a discussão.

2.2.1 - Educação: da permuta de informações ao encontro das emoções...

O que entendemos por educação? Educação pode ser compreendida como a intercessão entre informações e um composto de conhecimentos abrangentes e integrados que amplia a leitura da realidade, estimulando o desenvolvimento geral e potencializando o raciocínio das pessoas, se apresentando como uma busca constante realizada pelos grupos, em prol da construção da própria identidade e história. Relaciona-se tão somente com o conjunto de fatos e com o conhecimento sobre o mundo externo, quanto ao entendimento profundo da sabedoria que surge de dentro, do íntimo das pessoas.

Como espaço de produção contínua de saberes, a educação tem demonstrado significativa importância no caminho que a humanidade tem percorrido. Diante deste progresso, conduzido num processo que se polariza entre os aspectos da inteligência/razão e da moral/sentimento, o homem se apresenta como um complexo articulado de funções orgânicas, mentais e espirituais, fruto de sua inserção num contexto rico de fatores condicionantes como sociais, culturais e políticos. Ninguém escapa da educação. Todos envolvem parte de sua caminhada com a educação. Quer seja no lar, na escola, no hospital ou numa instituição religiosa. Conforme Barros (2000:33) neste contexto: "... a educação é entendida, por vários autores ou pesquisadores da área, como mera mediadora do desenvolvimento do indivíduo, de sua felicidade e de seu bom desempenho como cidadão. [...]...suas práticas não são, em muitas situações, entendidas como mecanismos de poder, ou seja, fábricas de subjetividade, máquinas de fazer falar, pensar e sentir".

Através das inúmeras experiências vivenciadas, envoltas por múltiplos saberes, valores, pensamentos e emoções, este indivíduo vem construindo sua história individual e coletiva, pautada nos princípios teóricos de uma educação, se assim posso dizer, crítica.

De acordo com Pereira (2003:1528):

> "Educar não significa simplesmente transmitir/ adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade".

Atualmente, parece-me que a tendência de se investir na educação, tenha transpassado os muros da formalidade escolar, estando presente no cotidiano da população em geral. A importância da amplitude nesse investimento estabelece melhor projeção nas questões sócio-econômicas individuais, refletindo na qualidade de vida de modo geral.

A abordagem educativa que se pretende valorizar aqui, não se fundamenta nos moldes tradicionais, embasados nas convenções sociais e focalizados na figura de quem detém o saber. O professor (lê-se profissional/trabalhador) aqui representa um papel centralizador de conhecimentos e informações. O aluno (lê-se paciente/cliente/usuário) é tido como um recipiente vazio, um objeto de intervenção e/ou um ouvinte passivo. Quando esta abordagem tinha prevalência, a inteligência era tratada como capacidade de o aluno acumular informações. Novamente Pereira (2003:1529) descreve essa tendência pedagógica como ações de ensino centradas na exposição dos conhecimentos pelo professor, onde assume funções como vigiar, corrigir e ensinar a matéria, organizar conteúdos e estratégias de ensino, sendo autoridade máxima, 'o único responsável e condutor do processo educativo'.

Nesse ponto de vista percebe-se o professor no centro decisório da efetivação da aprendizagem, sendo detentor autoritário do método aplicado e do conteúdo objetivado sem variações e flexibilidades. Além de se estabelecer uma rígida forma de avaliação automática e interação prescritiva/normativa com o aluno, desprezando-se os anseios e propósitos verdadeiros deste educando.

O prisma de educação crítica que se deseja priorizar deve ser construído num processo de troca, superação de conflitos psíquicos e sociais, solidariedade, afeto, e emoção entre os humanos. Conforme Goleman (2001:58) "... é a inteligência emocional que contribui com um número muito maior das qualidades que nos tornam mais plenamente humanos".

Entendo assim, que se trata de possibilitar questões referentes ao pensar, teorizar, refletir sobre suas práticas, progredir, produzir, educar-se e proporcionar momentos educativos embasados nas ações supracitadas. Deve-se trabalhar com a intenção de desenvolver personalidades empreendedoras, com capacidade de escolha e moderação, de questionar e de estabelecer prospectivas de seus desejos e sonhos.

Um caminhar educativo em que as pessoas envolvidas se sintam cada vez mais estimulados a ultrapassar as dificuldades e diferenças cotidianas que se apresentam por momentâneos preconceitos e verdades, o qual se distancia em muito dos princípios antinaturais e coercitivos que caracterizam a linha de pensamento tradicional. O modo tradicional de imposição do saber, ratifica de maneira incipiente conquistas pontuais com a valorização dos produtos finais. Para Grazzinelli *et al*. (2005:201): "Desconsidera-se que

no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente".

O enfoque crítico procura reconhecer e considerar os meios de conquistas, relativizando o conhecimento mediante a complexidade da realidade local e estimulando todo processo de aprendizagem. O suposto detentor momentâneo do saber, pautado na figura do profissional, deve antes de qualquer coisa ser um *expert*, na arte de aprender, pesquisar e pensar.

Assim, o viés de educação crítica que se pretende enfatizar nesse estudo, se realiza através de uma conduta ativa de quem aprende, mediante o que ele vive e não do que se vive por ele. Isso significa dizer que é possível um processo educativo onde o educando não seja massacrado com regras e convenções, capazes de torná-lo um ser desarticulado de si mesmo, dependente de padrões externos, frustrado e incapaz de expressar-se por conta própria.

Deste modo segundo a leitura realizada por Pereira (2003:1531) educação crítica pode ser definida como:

> "... uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social".

Entende-se que o objetivo da educação não é o de transmitir verdades, informações ou demonstrações de modelos e comportamentos, mas que a pessoa aprenda com o outro, por iniciativa individual, a conquistar as verdades através de um processo crítico-reflexivo, dentro de uma visão de totalidade onde o conhecimento não é fragmentado, mas interdependente e interligado. Cury (2003:79) diz que "... professores[5] fascinantes educam para a vida. [...] ... através do espetáculo de suas idéias".

E nesse processo de socialização do conhecimento a pessoa possa encontrar condições propícias de cooperação para ver-se e sentir-se mais capaz. A educação, aqui referida, abre as portas da mente. É uma educação contextualizada que busca revitalizar, a cada momento, as entrelinhas da vida. Uma educação que tem como princípio o íntimo das pessoas, apresentando uma base estável e permanente.

É preciso aos educadores uma postura que considere o processo de aprendizado não como a acumulação de representações de papéis isolados, mas como um processo contínuo de transformação individual e coletiva, através de descobertas e mudanças sucessivas. Um

[5] Lê-se trabalhador de saúde.

caminho que percorre questões, que vai além do repasse de informações e objeções que sonham isoladamente, em mudar comportamentos.

Segundo Grazzinelli (2005:202), as práticas educativas conteudistas e normativas demoraram a demonstrar que aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento.

Desta forma, a abordagem de educação mencionada, se apresenta como condição indispensável para o desenvolvimento do indivíduo, onde o educando é convidado a compartilhar um decurso mais livre, porém pactuado e responsável, uma vez que o foco do trabalho educacional é desenvolvido com e para ele, a fim de trabalhar as dificuldades, diferenças e propósitos. Esse processo é responsável pelo conjunto de relações de correspondência e de cooperação. Ao educador cabe a tarefa de propiciar situações em que possa ser estabelecida a reciprocidade dos conhecimentos e questões, a partir de uma dada realidade onde esse sujeito está inserido. Atualmente necessita ser ativo, dinâmico e criativo. Deve exercer um papel de instigar o educando a persistir em constantes formulações de pressupostos, a apreciar, comparar e confrontar os reais interesses, pensando nos prós e contras, contribuindo para o processo de aprender a pensar a própria existência. A finalidade desse encontro entre educador e educando deve ser pautada na edificação de pessoas íntegras e maduras, com a intenção de estimular a sustentação de um homem melhor preparado para a vida.

Corrobora-se que o processo educativo se desenvolve a partir de uma interação entre educador e educando, num processo de possibilidades com crescimento mútuo e constante, sendo que o resultado desse encontro seja concretizado passo a passo, jamais instrumentalizado, tomando-se por base respostas previamente estabelecidas e estanques.

Assim, compreendo que num mundo em permanente e rápida mudança, a educação deve constituir um instrumento de modificações conscientes, condição *sine qua non*, dirigida para o futuro como uma força de inovação e criatividade.

Segundo Gadotti (2000:07):

> "Seja qual for a perspectiva que a educação contemporânea tomar, uma educação voltada para o futuro será sempre uma educação contestadora, superadora dos limites impostos pelo Estado e pelo mercado, portanto, uma educação muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural".

O objetivo da educação não pode ser formar um adulto estável, falsamente seguro nos conhecimentos adquiridos, mas sim, desenvolver a capacidade de pôr em prática a sua

forma de estar perante o outro e o mundo que o rodeia. Educar é, portanto, mais do que instruir. Não é obrigar ou constranger através do falso poder ou da pressão, em nome da moral, mas deixar que se exprima e surja potencialidades do ser. É construir e reconstruir um compartilhar e um conviver sistemático com o outro. De acordo com Grazzinelli (2005:202): "Hoje se sabe que há um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, ao integrar a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas".

Conviver com o outro nos momentos de reflexões e descobertas, faz-se necessário reportar a inúmeras questões que envolvem o processo de ensino-aprendizagem, onde o aprender significa a busca da compreensão de cursos complexos que envolvem maturidade, discernimento e mudança.

A priori, a educação é uma construção tanto pessoal quanto coletiva onde são mobilizadas formas de enfrentamento diante das situações novas que surgem na vida, podendo proporcionar mudanças, envolvendo comportamento, hábitos e atitudes desta pessoa e respectivamente da coletividade. Ou simplesmente estacionar, deixando tudo do mesmo jeito. Esse entremeio, que se segue através do avançar com mudanças ou estagnar com situações cômodas, cujo processo de reflexão é necessário a todo indivíduo.

A prática do pensamento sistematizado e constante proporciona discernimento e evita ações impulsivas; valida e ressalta o próprio potencial de escolhas, através da capacidade trabalhada e correlacionada aos interesses nas tomadas de decisões.

Em suma, aprender a pensar a própria vida de modo ativo, contestador, cuidadoso e persistente é um longo passo que envolve conflito entre emoção e razão, implicando o desenrolar de questões que vão além da busca de soluções lógicas, imediatas e pragmáticas. Goleman (2001:42) diz que: "As emoções, portanto, são importantes para a racionalidade. Na dança entre sentimento e pensamento, a faculdade emocional guia nossas decisões a cada momento, trabalhando de mãos dadas com a mente racional e capacitando – ou incapacitando – o próprio pensamento".

Cada nova etapa, integra questões trabalhadas em curso, embasando um processo de transformação permanente, com valorização das relações entre as respectivas pessoas. E mais do que treinamento em busca de novos conhecimentos e informações, é o resgate de valores e saberes, é a busca da compreensão da realidade nos diferentes níveis - individual e coletivo. A participação através do encontro das relações vem colaborando para superar o distanciamento entre os humanos, viabilizando o crescimento de todos.

2.2.2 - Saúde: Um processo 'doente' com momentos e sonhos saudáveis...

Para se falar em saúde, é necessário entender um pouco da dinâmica que envolve esse contexto e suas relações com os fatores que giram em torno dela, levando ao 'desequilíbrio', à doença. Cada época histórica em que o processo saúde-doença é situado, observam-se enfoques sobre a doença.

Anteriormente o conceito de saúde, adotado pela OMS era de: "Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se caracterizando, unicamente, pela ausência de doença". Todavia, Singer (1988:68) ressalta que "esta formulação tem sido criticada por sua excessiva amplidão e pouca operacionalidade."

Considero importante ressaltar a amplitude do conceito de saúde vigente, focalizando os aspectos de promoção à saúde, atrelados às políticas de saúde existentes. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, o respectivo conceito é ampliado. Deixa de ser identificado como ausência de doença e passa valorizar a totalidade enquanto direito. A **saúde** é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida da população.

Encontra-se escrito na Constituição Federal de 1988 (2005:39) e leis complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (Artigo 196 da Constituição Federal de 1998).

Assim Fracolli & Bertolozzi (2002:01), apontam "que a saúde-doença compõe momentos de um processo maior, que se refere à vida das pessoas, que, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver a vida..."

No entanto, ainda tem predominado na formação e prática dos profissionais a idéia de que o agente é o principal alvo desencadeador do processo de doença, onde ocorre a intervenção de caráter clínico-curativo, baseada, numa visão medicalizada[6], com ênfase no

[6] "A medicalização de uma questão consiste na busca de causas e soluções médicas, a nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social." Collares & Moyses (1985:10).

indivíduo, com aspecto mecanicista da saúde e da vida. Essa percepção vem sendo vivenciada, através dos tempos, passando de geração para geração.

O mundo foi marcado por grandes pestes e/ou epidemias... talvez, demonstrando parâmetros que reforcem a causa do desequilíbrio do homem, a partir do desajuste orgânico.

Com o passar dos anos, surge uma nova formulação sobre a determinação do processo saúde-doença, expressando seu caráter duplo – biológico e social, onde a evolução dos conceitos tem acompanhado o desenvolvimento histórico da humanidade. Entende-se este processo, atualmente, como um processo dinâmico, determinado pelo contínuo agir do homem frente ao universo em que vive. Faz-se compreender a saúde, a vida dos homens ao longo da história, tendo em vista a multicausalidade, como resultado de condições econômicas, políticas e culturais em uma determinada sociedade. Como salienta Fracolli. & Bertolozzi (2002:01): A vida humana é dinâmica e contraditória, não estática. Dessa forma, a saúde não se reduz à aparição de um transtorno e à busca de um serviço de saúde. Os problemas de saúde são resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz no interior da sociedade.

A respeito desta linha de pensamento, acompanhada por muitos autores, observa-se novos aspectos correlacionados às ações de saúde, atualmente. Souza (2001:01) considera que saúde e doença enquanto processo pertinente à vida das pessoas ao longo dos anos tem sido compreendido ou enfrentado de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização.

Paim (2000: 68) pontua que: "O modelo de vigilância em Saúde contempla o processo saúde-doença na coletividade e se fundamenta na epidemiologia e nas ciências sociais, ao contrário do modelo da história natural das doenças que privilegia o indivíduo e a fisiopatologia."

Também Fracolli & Bertolozzi (2002:03) enfatiza a abordagem de Vigilância à Saúde como: ... uma forma de atuação que tem em vista a cotidianidade, ou seja, o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos sociais. Nesse aspecto consideram-se como objeto de atenção os perfis de saúde-doença dos grupos sociais e as questões que desencadearam os processos de adoecimento/fortalecimento.

Desta maneira, mesmo que ainda não se dê conta destas implementações na prática das ações cotidianas, percebe-se que a saúde tem sido concebida como expressão do modo de vida (estilo e condições de vida). A resolutividade de ações correlacionadas ao processo

saúde-doença, quando focalizada unicamente na visão organicista do ser humano, pode apresentar algumas restrições. Essas dificuldades têm levado a elaborações de metas que viabilizem uma intervenção mais eficiente no sentido da prevenção e da promoção da saúde, recuperando o sentido da vida, implícito e explícito neste processo.

Em relação às questões referentes à saúde, o ser humano ainda vivencia no seu cotidiano, um 'mundo' imerso em estruturas que valorizam a doença e seu aspecto curativo. Como a maioria da população pode visualizar as dificuldades e empecilhos encontrados no âmbito da saúde, consegue-se perceber que esta saúde se encontra momentaneamente doente. No decorrer da história, foi-se cultivado um pensamento para valorizar a saúde, porém a doença orgânica ainda tem um destaque vigente no cotidiano de todos.

A Carta de Ottawa de novembro de 1986 sinaliza que:

> A Promoção da Saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma melhor saúde. (MS 1996:.15-16)

No entanto, há necessidade de multiplicar mais ainda o ideal e o entusiasmo de se trabalhar com estas questões, a fim de vestir a camisa da vida preventiva. Entendo que muitas questões dependem do poder público e da vontade política.

Desde as modificações existentes no âmbito da Saúde Publica, com o advento da expressão "Saúde para todos no Ano 2000", criada na década de 70, consolida-se um compromisso para uma nova saúde pública. Em 1978, a OMS e UNICEF, juntamente com os países que fazem parte da ONU, realizam a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, na antiga União Soviética.

Pode-se observar alguns pontos que norteiam esse novo modo de pensar a saúde, ao qual procuro focalizar as atenções, no intuito de priorizar o olhar ao aspecto promocional da saúde.

Desta forma, a saúde aqui enfatizada é vista como direito fundamental do homem e dever do Estado; onde a população tem o direito e o dever de participação no planejamento e na execução dos cuidados de saúde; onde a promoção da saúde é essencial para o desenvolvimento econômico e social, contribuindo para mudança do estilo de vida e

melhorar respectivamente a qualidade, sem desvalorizar os aspectos da prevenção, tratamento e reabilitação que envolve a saúde.

Nesse sentido, a atuação dos profissionais em relação às ações cotidianas, referentes à Saúde Coletiva, como sintetiza Fracolli. & Bertolozzi (2002:03): ... Devem dar lugar à apreensão da forma como os usuários dos serviços de saúde, individualmente ou nos grupos sociais, entendem o processo saúde-doença em primeiro lugar, uma vez que se deve partir desse marco para superar o entendimento tradicional.

São vários os enfoques que fazem referência ao processo saúde-doença. Foi tomado como ponto de partida, inserido na discussão deste processo, um breve comentário sobre saúde com ênfase nas questões correlacionadas à promoção.

Crendo ser fundamental lembrar que para discutir saúde é necessário contextualizar algumas dimensões: social - solidariedade, respeito mobilização, valorização do coletivo, consciência social, exercício da cidadania, combate aos preconceitos; humana - educação lazer, criatividade, alimentação, habitação, transporte, unidades de saúde, emprego; ambiental - conservação meio ambiente, saneamento básico, reciclagem, natural vigilância coletiva, bioequilíbrio; econômica - recursos transmitidos de fundo a fundo, prestação de contas transparentes; política - moralidade e ética, exercício da cidadania, representação e participação polar, controle social e cidadania; histórica - exercício do senso crítico sobre o senso comum, reconhecimento do povo como co-participante da construção da história; entre outras.

2.2.3 - A educação em saúde: o encontro de duas artes.

O processo de discussão foi implementado a partir da prática grupal de educação no âmbito da saúde, realizada pelos profissionais que trabalham com os portadores do HIV. Não se pode esquecer de questões que dizem respeito à promoção da saúde, pois o palco de representações destas ações tende a ser direcionado; tendo intenção de viabilizar pensamento crítico-reflexivo das pessoas, buscando reconhecer seus problemas, de forma que atuem individual e coletivamente para solucioná-los. Contudo, nada impede que se encontre viés de educação em saúde em todos os níveis de atenção. Desde a relação com as ações de promoção à saúde comunitária, até envolvimento com as atividades preventivas propriamente ditas. Pode-se ainda, encontrá-la, permeando as mais específicas intervenções de cura e reabilitação.

Conforme Alves (2005:43):

> "Educação em Saúde, constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde".

Afinal, deparar com a prática citada, por mais simples, pontual e imediata que seja, constitui-se em uma *práxis*, que segundo Freire (1997:38) : "[...] é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo [...]". Nesse caso, ainda perante as ilustrações de Freire (1997: 128): "Críticos seremos, verdadeiros, se vivermos a plenitude da práxis. Isto é, se nossa ação involucra uma crítica reflexão que, organizando cada vez o pensar, nos leva a superar um conhecimento superior, com que os homens cheguem à razão da realidade".

Segundo Pinheiro e Luz (2003:26), "A práxis destaca-se no processo de pesquisa, não como um campo de experimentação, mas como autora de eventos e fatos sociais, de representações e de comportamentos sociais, condicionando tanto a reprodução, como a construção de uma realidade mais ampla em saúde".

O trabalho de enfatizar a validação de algumas ações que se tornam vivas nas relações interpessoais, sendo vivenciadas através de práticas educativas no campo da saúde no 'mundo positivo' do HIV, direciona vieses que podem ser percebidos como acolhimento e apoio social que devem exteriorizar mecanismos conforme a cultura local e as diferenças de cada um.

A educação em saúde, compartilhada com o portador de HIV, como atividade externa ao âmbito do atendimento individual em consultório, deve ser enfatizada na fundamentação do diálogo, da criatividade, do trabalho em conjunto, da participação, da valorização da diversidade, do envolvimento/criação de vínculo e da solidariedade, na construção de uma sociedade 'saudável', fraterna e democrática.

Teixeira (2003:106) se reporta como educativas:

> "[...] todas as práticas de conhecimento que se dão no serviço (das atividades educativas em formatos mais convencionais a todas as formas de conversa em que se pesquise, em que se investigue alguma coisa), que estão fundadas no pressuposto de que as nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se faz sem cessar é a nossa própria humanidade [...]".

Podendo ser um processo individual ou coletivo, gradual e lento, crítico e reflexivo, que necessita ser objeto de avaliação e retro-alimentação permanentes, considerando seus avanços, dificuldades e desafios. Não poderia ser mais feliz com as respectivas reiterações, do que Merchán-Hamann (1999:86), quando reconhece a importância das práticas sociais de informação, educação e comunicação[7] com o objetivo da promoção da saúde, articuladas com formas de apoio social e com serviços de assistência de qualidade e resolutividade aceitáveis. Sobre as práticas de educação para a saúde faz um exame crítico - particularmente aquelas destinadas à prevenção contra a infecção com o vírus HIV -, nota-se uma dissociação paradoxal entre a teoria e a prática.

Encontro essa mesma condução do pensamento nos questionamentos de Mattos (2003:52) quando se posiciona:

> "Por que distinguir esses dois tipos de ações? Nem todos os autores consideram relevante ou oportuna essa distinção. Levell e Clark, por exemplo, defendiam que todas as ações em saúde deveriam ser consideradas preventivas, estabelecendo alguns níveis de prevenção. Pensamos, contudo, que a distinção se sustenta na experiência de vida das pessoas".

São inúmeras as intenções de valorizar as situações de prevenção diante da veloz dependência tecnológica que excita e inebria os olhares, pensamentos e ações. Teixeira (2001:84) atenta quanto:

> "A busca de 'integração' das ações coletivas e individuais, embasada na concepção ecológica do processo saúde-doença e instrumentalizada na organização dos 'níveis de prevenção / níveis de atenção' a saúde em sistemas 'descentralizados', 'hierarquizados', 'regionalizados', ainda se apresenta como

[7] "Desejo e capacidade de verbalmente, trocar idéias, partilhar sentimentos e concepções com os outros". Goleman (2001:208).

> cerne do discurso racionalizador que permeia a maior parte das propostas de reforma do 'modelo médico-assistencial' vigente no Brasil [...]".

Todavia, não é prioridade deste estudo, discutir relações de força e poder entre 'utopias preventivas' e 'pragmatismos curativistas'. Ambos os níveis de atenção à saúde devem ser planejados e programados com intuito de conviver em forma harmônica e interligada, se comunicando e permutando reflexões, em prol de implementar e estruturar de modo responsável, a continuidade das ações, com o fim único de promover a tão 'almejada saúde para todos'. Merchán-Hamann (1999:89) afirma que "a quebra da visão dicotômica operacional curativo-preventiva, permite maior escopo de ações para abranger o aspecto ecológico e adaptativo da saúde na comunidade."

Mas, em relação aos contrapontos evidenciados entre as discussões da Saúde Preventiva e Saúde Curativa, ainda se depara com mundos distintos e distanciados. Espero que apenas momentaneamente, pois Oliveira e Júnior (2003: 321) diz que: "[...] a perspectiva da interação como motivadora de ações que vão para além do 'tratar' aproxima as práticas assistenciais do 'cuidado'. [...] Essa perspectiva implica a exigência de respostas assistenciais, por parte dos serviços, mais próximas às necessidades de saúde de indivíduos e coletividade [...]".

O atual modelo de assistência à saúde, vem corroborando situações antigas, porém ainda presentes, de corporativismos profissionais que realizam ações isoladas, gerência verticalizada e visão restrita, individualizada e compartimentalizada a respeito da vida do usuário, dificultando o trabalho a ser realizado com este usuário, numa visão ampla da assistência.

Segundo a afirmativa de Souza (2001:57), é necessário entender o modelo assistencial de saúde enquanto modo de produção de suas ações e a maneira como os serviços e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las, conforme o espaço e demanda populacional.

Partindo do princípio de que este modelo não se apresenta em condições de programação ideal, é almejada a prioridade de algumas ações embasadas na atenção interdisciplinar, efetivada por equipe multiprofissional. É preponderante articular o aspecto coletivo na produção da saúde, estimulando a autonomia e diálogo entre os homens, prevenindo doenças, curando e reabilitando as pessoas. Merchán-Hamann (1999:85), aponta como maiores problemas de tais modelos o individualismo, a alteridade nas

relações educador-educando, a passividade do educando, a falta de contextualidade macro-social e cultural, bem como a ênfase em comportamentos.

Todavia, para além da articulação entre saberes, deve-se levar em conta a importância das correlações que devem existir entre ações pedagógicas, indivíduos, espaços e tempos os quais estão inseridos. De uma maneira clara, Teixeira (2003: 106), também expressa suas idéias que aproximam ambas as ações em forma de acolhimento-diálogo, o qual corresponde a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos, não se tratando necessariamente de uma atividade particular, mas de um conteúdo inerente a qualquer atividade assistencial.

Na verdade, entendo que deve ser observado na atenção à saúde, não somente os aspectos biológicos como também os psicológicos, sociais, culturais e espirituais do adoecer. Respectivos aspectos devem procurar atender aos princípios do Sistema Único de Saúde, como integralidade das ações, universalidade do acesso, equidade na assistência e participação dos usuários.

Neste momento, tento aproximar os vieses que fazem lembranças às questões coletivas. É relevante que o profissional de saúde tenha a perspicácia de correlação intrínseca entre as atividades coletivas, fazendo-a perpassar pelas demais ações no processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, talvez transdiciplinarmente[8].

Conforme Pinheiro e Luz (2003: 27): "[...] o processo de medicalização da sociedade brasileira tem na medicina especializada o seu fio condutor e indutor, sendo por muitas vezes caracterizada como uma medicina que despersonaliza o indivíduo, face ao seu caráter curativo [...] contribuindo cada vez mais ao distanciamento e enfraquecimento na edificação dessa interdisciplinaridade [...]".

Faço um convite ao presente leitor, a respeito das múltiplas possibilidades de se correlacionar os conceitos de educação em saúde, acolhimento e apoio social, utilizados nesse estudo, às atividades coletivas vivenciadas com os portadores de HIV.

Essas ações, que se concretizam a partir das relações entre os humanos, mais especificamente, no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, devem ser

[8] **Transdisciplinaridade:** atitude de buscar compreender o conhecimento como algo além do que é produzido pelas disciplinas (estas que tem seus métodos, linguagens, preocupações e áreas de conhecimento específico). É uma postura de respeito à diversidade, reconhecendo que não há referenciais - culturais, étnicos, científicos, religiosos - privilegiados para julgar como mais corretos ou verdadeiros determinado conjunto de conhecimentos, crenças ou valores. [...] É um movimento de reintegração da ciência, da arte e das tradições espirituais; uma abordagem holística do conhecimento.
http://www.cgustavo.hpg.ig.com.br/transdisciplinar/ Em 14/12/2002.

vivenciadas com ênfase no diálogo[9] e escuta[10] e ainda na expressão corporal, ou seja, priorizando tanto a comunicação verbal quanto a não-verbal. Entendo, ainda, segundo Pinheiro e Luz (2003:19), que cotidiano pode ser compreendido como lócus social onde se expressam experiências de vida na perspectiva individual e nos contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoa, como grupos, coletividades e instituições. Onde o autor da prática social deve ser reconhecido numa perspectiva integral, onde as questões orgânicas sejam inseridas num contexto histórico, político, sócio, econômico, cultural, mas também espiritual.

Pressuponho que escuta e diálogos, nesse contexto devam ser pensados como instrumentos que auxiliem nos momentos de ajuda, acolhimento, cuidado, vínculo e atenção. Ambos substituem a formalidade e a frieza do preenchimento burocrático de uma ficha no momento de uma anamnese. Para exercê-los é fundamental a disponibilidade do profissional e o respeito ao usuário. Neste encontro, são noções essenciais para que o profissional se coloque como aquele que escuta e se comunica, uma vez que implicam na abertura para o outro na sua diferença, aqui representado pelo portador do HIV. Não apenas para 'ouvir por ouvir'e 'falar por falar', mas para dar crédito às suas demandas, buscando reconhecer quais são as reais necessidades desse encontro.

Dentre as questões que se inserem a presente reflexão, algumas fazem parte de um mundo externo (público) que se apresentam como fatores condicionantes na existência humana, outras se expressam através de um mundo (privado), íntimo, envolto nos quesitos que dizem respeito à mente, ao espírito, ao significado, à atitude, à moral e à ética que circunda a vida. Funari (2003:1843) assegura que: "[...] Mais e mais, a questão da prevenção ultrapassa os limites da epidemiologia, inserindo-se em contexto ético. [...] É por isso que os indivíduos vão interpretar os preceitos preventivos segundo o seu quadro cognitivo sócio-cultural [...]".

---

[9] **Diálogo** que, segundo Freire, "... é uma necessidade existencial. É o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar. É necessário amor, humildade, fé no homem, criatividade, criticidade e esperança". O diálogo, para Freire, é condição básica para o conhecimento. O ato de conhecer, segundo ele, "dá-se num processo social e o diálogo é, justamente, uma mediação deste processo". Miranda e Barroso (2004: 234).

[10] "**Escuta** provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e postura. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, ao contrário, busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade". – Ceccim, (1997), in Fontes, R. S. (2004:276).

Assim, os profissionais devem compreender que a população traz ao longo dos tempos, um arsenal de conhecimentos, fazendo parte do senso comum[11], perpassando de geração a geração.

Ressalto Caponi (2003:63) enfatizando que "[...] o âmbito do público e o âmbito do privado começaram a misturar suas fronteiras, fazendo com que as políticas de saúde se convertessem em intervenções, muitas vezes coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados 'promíscuos', 'alienados', ou simplesmente irresponsáveis' [...]".

Atento quanto a Valla e Marteleto (2003:15) no que dizem respeito ao acesso a conhecimentos e informações, significando "[...] a possibilidade de agir com conhecimento de causa e não pela cabeça dos outros, sobretudo nas sociedades orientadas pelo modelo racional do conhecer, nomear e interagir com a realidade".

Devem ser facilitadores, proporcionando suporte na permuta de experiências do processo de aprendizagem, na relação com usuário. Novamente não posso deixar de valorizar os argumentos de Caponi (2003:63):

> "[...] Existem condições de vidas impostas, convivência em um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas: alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes. [...] Porém, existem estilos de vida escolhidos, eleições e condutas individuais pertencentes ao âmbito privado que também consideramos como dados a serem explicitados quando falamos de etiologia social [...]".

Desta forma é ressaltado por Merchán-Hamann (1999:89) que: "[...] A experiência humana passa a ser vista não só em termos de matéria e tecnologia, mas também como expressão de subjetividade e de troca intersubjetiva. Além da valorização dos elementos físicos na experiência humana, inclui a troca de sentimentos, envolvendo energia e emoção[...]".

Creio que experiência humana a qual Merchán-Hamann pontua é vista sob a mesma perspectiva de Dewey (1971) in Grazzinelli (2005: 204), "... como campo em que se entrecruzam representações e práticas; subjetividade objetividade; pensamento e ação; corpo e mente".

[11] **Senso Comum**: é a atitude natural perante o mundo que produz, a partir das experiências vividas pelos homens, um tipo particular de conhecimento. [...] é o modo comum e corrente do conhecimento humano que se adquire no contacto direto com a realidade. [...] designa, também, um conjunto de saberes e opiniões que uma determinada comunidade humana acumulou no decorrer do seu desenvolvimento. Sendo produto das experiências vividas por um povo, esse saber comum constitui um patrimônio herdado das gerações anteriores e partilhado com todos os indivíduos da comunidade a que pertencem.
http://www.terravista.pt/ancora/2254/apoio/scomum.htm Em 14/12/2002.

Com uma epidemia que teve seus primeiros casos registrados nos últimos vinte anos muitas questões ainda necessitam de discussão e reflexão, com a probabilidade de tornar evidente novos olhares. Apesar da imensidade de estudos e interesses coletivos, a AIDS foi e está sendo como tudo que caminha, no 'universo das verdades'. Obviamente, todo aspecto que envolve o mundo atual do HIV/AIDS, pode ou não deixar de ser uma 'verdade' com o passar das gerações, permanecendo estacionado, ou tornando-se retrógrado com o passar dos tempos. Pode ser que daqui a alguns anos se consiga um convívio diferenciado.

Imagino, como algumas pessoas, que a evolução desta epidemia possa cursar novos rumos percorridos até então por doenças como sarampo, poliomielite, tuberculose e hanseníase em algumas partes do mundo.

Suponho ser de extrema importância, a convicção momentânea que está embasando realização de ações objetivas através de prevenção, acompanhamento, controle e convivência frente ao contexto da doença. No entanto, ainda existem muitos impasses que geram conflitos e dificuldades na vida diária de muitos profissionais. Impasses que fomentam a criatividade constante e a busca de variados dispositivos, a fim de contornar situações delicadas, vivenciadas no mundo subjetivo de relações educativas, no mundo do HIV.

Vale a pena recorrer às palavras de Paiva (2002: 29) sobre alguns questionamentos que ainda limitam inúmeras 'atividades fins' na relação com o 'mundo positivo' do HIV:

> "Problemas conhecidos dos que trabalham com a prevenção permanecem: numa sociedade que não estimula a comunicação franca sobre as conseqüências do sexo, embora seja "sexo-estimulante" a qualquer hora do dia nos meios de comunicação, como ajudar as pessoas a comunicar a seus parceiros sua situação de portadores? Como incluir na motivação para o uso do preservativo a necessidade de se proteger (e ao parceiro) da re-infecção? Como lidar com os efeitos psicológicos negativos do diagnóstico na vida sexual, como a depressão e o isolamento freqüentes? Como lidar com o medo da violência conseqüente ao estigma que ainda marca a vida dos portadores, mesmo estigma com que os "negativos" não querem se identificar e psicodinamicamente acaba por dissolver a consciência de sua provável vulnerabilidade?"

É em meio à necessidade de inclusão de muitas outras ações, que o mundo aguarda não somente pela concretização de uma vacina quanto pelo acolhimento com '*solidarização*' na relação com o portador do HIV. Aguarda pela mudança do estilo de vida coletiva através da pactuação de ações entre os envolvidos e não imposição isolada de tratamento, sem levar em consideração a realidade em que está vivendo este ser humano.

Questiono qual o contingente de profissionais incorpora e vivencia a prioridade de educação em saúde como práxis de acolhimento e apoio social, no processo 'doente' de modo geral. Segundo Assis (1998:18): "[...] educação em saúde, mesmo que numa abordagem limitada, é ainda uma atividade de certa forma marginal nos serviços, pouco reconhecida e valorizada [...]".

Com relação ao HIV, mesmo numa estrutura em que a medicalização da assistência tenha um papel de importância fundamental na sobrevida do usuário, (os antiretrovirais surgem, afirmam e reafirmam a única oportunidade de continuidade da vida de muitas pessoas), não posso deixar de lembrar que é, também, através da massificação da utilização contínua de medidas preventivas, que se almeja alcançar êxito no controle desta doença. Todavia, insisto que se faltar instrumentos que viabilizem vínculos com intenção de adesão à oferta material de insumos, todo trabalho se limita.

Encontro novamente na afirmação de Paiva (2002: 31) correlações com o pensamento anterior:

> "Sabemos que consensos sobre como medicar os pacientes, rapidamente passados numa atitude "receitadora", que modelos prontos de como se comportar, ou o marketing de preservativos pagos com dinheiro público (e não pela indústria que lucra com eles) não têm sido suficientes para produzir as mudanças que ainda precisamos (Baptistella Nemes, 2000; Teixeira *et al*., 2000). Para superar a visão de clientes consumidores de serviços e produtos (medicação ou preservativos) e incorporar a visão de sujeitos da adesão (ao preservativo ou à medicação) precisamos entender que o consumidor é apenas uma das faces do cidadão".

No modelo organizacional das instituições, o ato de escutar, dialogar, apoiar e acolher, proporcionar autonomia deve estar intrinsecamente atrelada à ação cotidiana de todos profissionais/equipes e usuários. Essa autonomia, tanto física, econômica, emocional e mental, está diretamente ligada às descobertas do próprio eu. A relação entre os saberes científico e popular, deve ser horizontal, bidirecional, democrática, visando possibilidades de transformação da vida - uma permuta constante de conhecimentos e informações, buscando a transformação da própria realidade. O educador de saúde, nas práticas tradicionais, parece não perceber que o conhecimento nasce e se desenvolve na medida em que as pessoas pensam e refletem sobre a experiência vivida, mas insiste em crer numa produção predominante e unilateral daquele que ensina. Reincide na perpetuação de métodos tradicionais de repasse de informações e orientações formais, ao encontro da alienação e passividade das pessoas.

Percebo que pode ser devido à inexperiência, até mesmo ao déficit de conhecimento profissional em algumas situações, ou talvez falta de *'filling',* iniciativa, vontade, responsabilidade e compromisso. Via de regra, este profissional considera o seu dever cumprido, uma vez que 'passou as informações'.

Tenho visto que a educação em saúde foi e continua sendo vivenciada por muitos profissionais como um conjunto de medidas que deve induzir as pessoas às atitudes tidas como desejáveis, constituindo-se, basicamente, de orientações, aulas e demonstrações, onde 'se ensina', se transmite conteúdo e conhecimento.

Rosa (2001:77) lembra que:

> "[...] todos os professores ensinam, a despeito do quanto dominam ou não o conteúdo de sua especialidade. Muitos contam com a experiência, outros são especialmente hábeis no manejo de certas técnicas e recursos materiais; outros, ainda, desenvolveriam com maestria o exercício da oratória, com o que impressionam muito bem. Todos, bem ou mal, de uma maneira ou de outra, vão cumprindo, assim, sua função institucional. Mas nem todos de fato educam [...]".

Aproximando do profissional de saúde, Sabóia (1997:50) diz que são na maioria das vezes, formados com a visão de ensinar, passando conhecimentos numa visão autoritária, assistencialista e individualista, onde a linguagem trabalhada é estranha e alienante, subestimando e desconsiderando a realidade do indivíduo e comunidade.

A falência desse tipo de educação em saúde aparece com as atitudes prescritivas em forma de se justificar e/ou endossar o hábito de finalizar o encontro entre profissional e usuário, com a formalização de uma conduta; não conseguem promover mudanças nas atitudes e comportamentos da população. Principalmente com o portador de HIV, o qual traz em sua história de vida comportamentos distanciados dos padrões da sociedade atual.

Para Merchán-Hamann (1999:86):

> "[...] Pensamos que os modelos de reflexão teórica sobre a educação em saúde têm falhado em decorrência do enfoque individualista que converte os sujeitos em entidades alienadas de seu contexto social; da manutenção de diferenças de poder entre educador-educando, onde o processo educativo é estruturado nos moldes unidirecionais, com uma comunidade passiva, sendo alvo de intervenções; da falta de preocupação com o ambiente macrossocial; da ênfase dada aos comportamentos observáveis, promovendo a dissociação dos processos afetivos e cognitivos [...]".

Mais uma vez ao observar Teixeira, (2003: 91) constato que "[...] o foco está claramente posto na relação trabalhador/usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração".

Parece que os profissionais em conjunto com os usuários podem contribuir com relações e posturas que venham abrir novas perspectivas ao ensino/aprendizagem da vida HIV+, num contexto integral, onde a saúde é entendida como resultado multifatorial.

No momento tenho identificado dificuldades coletivas no trabalho de educação em saúde, as quais podem ser vivenciadas, tanto pelos profissionais/equipes/instituições quanto pelos usuários. Tentarei, embasado nas respectivas observações, sinalizar algumas sugestões, direções e prospectivas, que possam vir implementar mudanças no cenário de apoio educativo ao portador HIV/AIDS.

São uns, contribuindo pela manutenção da vida e outros, lutando para que muitos outros não se contaminem. Ou militantes das respectivas ações, simultaneamente, num esforço coletivo entre portadores e não portadores, onde as ações de educação em saúde devem permear todos os espaços de convívio da humanidade.

Acredito que a multireferencialidade utilizada neste estudo, sinaliza embasamento às variadas dimensões, pois trata da temática educação em saúde com interfaces em outras questões. Tenho encontrado um vasto campo de teorizações correlacionadas ao objeto de pesquisa delimitado, podendo proporcionar uma releitura do processo em andamento e apontar novas direções. Generalizando as discussões e aproximando do cenário da saúde, palco vivo de possibilidades de educação, acolhimento e apoio social, todos profissionais deveriam incorporar o espírito desta atividade, interando-se dos 'detalhes' que corroboram com o envolvimento em questão, como acolhimento-diálogo-escuta, com intuito de trabalhar de forma responsável as questões inerentes à democracia e posicionamento cidadão. Reporto-me novamente a Merchán-Hamann (1999:87):

> "[...] elaborar propostas de práticas de educação para a saúde que incorporassem, ao mesmo tempo, o reconhecimento da dignidade e integridade das pessoas envolvidas, bem como a construção de bases democráticas e igualitárias de comunicação, onde os educandos tanto quanto os educadores constituem sujeitos ativos em uma relação de reciprocidade e crescimento. Considerando igualmente essencial o reconhecimento da natureza social, política intersubjetiva das relações destes sujeitos [...]".

No entanto, ainda se encontra uma realidade como aborda Silva Jr (2003:123), de que, há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as lesões e disfunções detectadas. Deixam de ampliar os pensamentos para todas as questões que envolvem essa doença.

Alerta Hermann (2001:20) que a educação é impensável fora de uma comunidade, de uma família, de um meio convivido inter-relacionado, onde o ato educativo pressupõe a aceitação de um determinado *ethos*, de determinados princípios morais, compartilhados à ação pedagógica em si.

A opção por uma forma crítica de educação para a saúde está respaldada na inoperância dos métodos vigentes tradicionais, comprometendo-se sempre com a visão diferente do mundo e da inserção do homem na sociedade.

Acredito, como diz Freire (1997: 78) que os homens não se fazem no silêncio, "[...], mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão". É através do diálogo que o ser humano se descobre como sujeito, tornando o encontro educativo um momento do processo de crescimento individual, onde deve ser o sujeito de sua própria história, não podendo ser o objeto dela.

O processo de aprendizagem deve responder aos desafios das diferenças. Um julgamento arbitrário é o entrave para o entendimento, a complacência e aceitação das diversidades. Somente a educação que leva em conta essas condições, pode de fato, responder à realidade social veiculadora do pleno exercício de cidadania e concretização da liberdade e da dignidade humana, responsável e comprometida com a transformação coletiva.

Para que realmente haja sucesso neste processo de transformação é necessário que ocorra reforma interior; é fundamental que os usuários incorporem a idéia de educarem-se. Pressupõe íntima relação do ser humano com sua realidade, a fim de aflorar um passo às condições de consciência crítica. É o exercício de vivenciar e refletir introspectivamente sobre seu contexto, com discernimento suficiente para se apropriar de sua realidade, sendo capaz de criticá-la, talvez modificá-la de uma forma comprometida com a própria causa, potencialmente significativa. Segundo Assis (1998:25), a aproximação com a forma de vida das pessoas, o exercício da fala e escuta, a relação solidária e afetiva entre profissionais e usuários dos serviços abrem um espaço singular para abordagens que possam recontextualizar seus propósitos em bases comunicativas.

A Educação em Saúde é uma ação que se fundamenta eminentemente no propósito de contribuir para a formação crítica-reflexiva da realidade, procurando instrumentalizar a população no sentido de transformação dessa convivência social, através do exercício da cidadania plena, em busca de uma melhor qualidade de vida. Merchán-Hamann (1999:91) afirma que há possibilidade de criar uma prática democrática na contemplação e

valorização da diversidade e que confira poder aos sujeitos com base na busca permanente de valores de cidadania e da construção mais justa.

Tenho pensado ultimamente que essa possibilidade tornará realidade no momento em que prevalecer as ações de cooperação, acolhimento, inclusão, solidariedade, com a edificação de um caminhar educativo, que de fato priorize os direitos das pessoas envolvidas, num processo de transformação, em busca da minimização das diferenças.

O acolhimento, o diálogo e a escuta, direcionada a proporcionar um retorno focalizado na assistência necessária, se somariam num momento importante para recriar uma relação horizontal, não elitista, de confiança[12] interpessoal, humilde, a qual foi se perdendo através dos tempos. Conforme Freire (1997:78) "O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu".

Filgueiras, (1999: 124-125) "Pressupõe a capacidade do profissional em propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde; responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades e prestar apoio emocional".

Partindo do princípio da importância deste processo e da mobilização de investimento individual, fica necessário um aporte especial dos formuladores e executores de políticas públicas no que diz respeito à capacitação e supervisão técnica-gerencial dos profissionais envolvidos, pois conforme atenta Minayo (1999: 361): "O nível de embrutecimento das relações no dia a dia e a impessoalidades que rege o atendimento nos serviços públicos de saúde fazem com que a representação das instituições para os usuários faça com que afirmem: 'nem parece serviço público'".

As informações sobre as questões referentes ao HIV existem e estão sendo veiculadas amplamente, onde grande parte da população tem acesso. O que se questiona, é se estas diferenças existentes na população (classe, etnia, gênero, idade) estão sendo levadas em conta, e como estão sendo propostas as estratégias frente estas diversidades.

É necessário pensar formas de atingir o alvo (convivência e controle harmônicos da epidemia), no que se refere ao território físico e subjetivo, cultural, político e econômico, que envolve essa epidemia, com a finalidade de evidenciar, com mais segurança, códigos de comunicação, de linguagem e de valores.

[12] "Senso de controle e domínio sobre o próprio corpo, comportamento e mundo"; sensação de que é mais provável vencer do que fracassar naquilo que empreender. Goleman (2001:208)

Para Merhy (1997:96-97):

> "[...] o modo como as 'cabeças estão sendo fabricadas' também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo, com forças instituintes de processos de resistência às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estamos diante de processos inovadores em termos de agenciamento como casos de movimentos contestadores e anti-hegemônicos".

Visto que os grupos de risco não estão sendo mais focalizados isoladamente, as ações de educação em saúde têm como objetivo atingir a população de modo geral e, portanto, devem ser vividas através de relacionamentos[13], escutas, diálogos e orientações mais claras, de experiências menos segmentadas por ideologias de exclusão. Portanto, sem tantos estigmas e tamanha validação no controle comportamental dos estereotipados grupos de risco. Assim, falar em soropositividade é discutir algo real no cotidiano das ações profissionais, no entanto, viver a síndrome é um 'adoecer' do outro, quase impossível de ser sentido.

Como o HIV/AIDS traz implicações inerentes às diversidades morais, éticas e comportamentais, é necessário que os profissionais percebam que as atitudes e perfis coercitivos, punitivos e prescritivos não conseguem aproximação eficaz aos usuários, que se distanciam cada vez mais. De modo formal e tradicional as atividades educativas com perfil verticalizado estão ainda impregnadas em muitas práticas vivenciadas pelos profissionais, que segundo Oliveira (2003: 36), "[...] parte-se do princípio do acréscimo de informação e/ou a produção de um novo conhecimento que faltava para grupos vulneráveis[...]".

Aponta-se a necessidade de mudanças na postura dos profissionais em sua relação com os usuários. Novamente Oliveira (2003:36-37) afirma ser muito mais do que determinantes do fortalecimento do sujeito, sendo conseqüência da estruturação e fortalecimento social de apoio. Compromisso com a desvalorização do discurso normatizador, presente no campo tradicional da educação em saúde.

Ferreira *et al*. (2001: 489) lembram que: "[...] ao terem no aconselhamento sua tarefa primordial, abordam de forma permanente temas pessoais (como a sexualidade) e coletivos (preconceitos, tabus, direitos sociais etc.). Desta forma, praticam uma modalidade de assistência que dá voz, crédito e escuta ao sujeito-cliente".

Associa a necessidade de se atentar para um comportamento mais solidário e de apoio social ao passado 'aidético' e ao presente 'imunodeficiente adquirido', residindo no

fato de que numa mesma doença depara-se com temas, tais como morte, sexualidade e drogas, com um conjunto de pessoas consideradas marginalizadas socialmente (travestis, homossexuais, prostitutas, usuários de drogas). Tenho observado a importância de recontextualizar as regras e parâmetros até então radicalizadores e circunscritos, os quais estão parafraseando e dando continuidade a nichos fechados e ainda prosseguindo, impensadamente, as normas mecânicas de fluxos e rotinas, perpetuando os comportamentos tradicionais das organizações de saúde. Pinheiro e Luz (2003: 16-17) nos alerta a respeito da necessidade de:

> "Saber escutar e fazer com que o outro escute, no sentido de ver o estado das coisas, é conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas. O gesto é valorizado e assim a ação concentra todas as possibilidades e todas as visões. [...] A sutileza, a sensibilidade, os sentidos, quando recuperados com o objetivo de auxiliar nas transformações necessárias à melhoria da qualidade de vida das populações, pode nos permitir uma conjugação essencial entre sujeito e ação".

Entendo que ações isoladas de prescrição do medicamento não conseguem apresentar resultado na vida do portador de HIV, se não pensar estratégias de adesão e criação de vínculo. O 'grupo profissional curativista' se vê obrigado a buscar em outras ferramentas, subsídios que auxiliem a continuidade eficaz das ações coletivas, em busca de amenizar o emaranhado de sofrimentos que circunscrevem o caminhar da vida do usuário HIV+. Utilizo Mattos (2003:53) a fim de enfocar que:

> "As práticas assistenciais se aplicam àquelas nas quais profissionais de saúde se encontram com sujeitos que sofrem e que almejam reduzir seu sofrimento. É a experiência de sofrimento, percebida como se fosse individual, que suscita as ações da assistência. [...] É claro que a biomedicina só se ocupa dos sofrimentos atribuíveis à doença, a tal ponto que alguns profissionais negam sistematicamente todo sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e de tratamento".

Encorajar a participação das pessoas portadoras ou em situação aparente de vulnerabilidade, ao invés da construção de uma postura de controle sobre as suas vidas, faz parte das necessidades individuais e coletivas na relação com o 'mundo positivo' do HIV.

Ao se atentar quanto às inúmeras e crescentes necessidades frente a uma variedade de problemas, inerentes e circundados ao modo de vida destas pessoas, os profissionais, algumas vezes, procuram outras alternativas para consolidar e direcionar a multiplicidade das ações no cotidiano do mundo HIV.

---

[13] Relacionamento: "Capacidade de encontrar-se com os outros, baseada na sensação de que é compreendida por eles e que os compreende. Goleman (2001: 208)

É fundamental refletir quem são estes profissionais envolvidos e suas histórias de vida, com intuito de procurar entender um pouco mais a respeito de suas intenções e razões que motivam e ao mesmo tempo permitem tal envolvimento.

Conforme Gadotti (2000:06)

> "As práticas de educação popular também constituem-se em mecanismos de democratização, em que se refletem os valores de *solidariedade* e de *reciprocidade* e novas formas alternativas de produção e de consumo, sobretudo as práticas de educação popular comunitária, muitas delas voluntárias".

Desta forma encontro o surgimento espontâneo e necessário de uma rede de solidariedade para com estes usuários, sua família e a comunidade. Em geral passa de transferência e repasse de informações e conhecimentos para um perfil terapêutico na relação de uma forma de apoio, através de comunicação, diálogo, escuta e respeito às diferenças. Um apoio que se auxilia sem interferir, apresentando interesse e respeito pelo outro.

Novamente, de acordo com Valla (1999:12): "Se, de um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica [...]".

Quem assume esse papel, em primeiro momento são as ONG, expressando uma postura que perante o mundo científico, vem abordando e instrumentalizando a prática profissional, mesclando atividades com ações cujas representatividades não faziam parte do mundo técnico-acadêmico. Possibilitou a criação de novos laços de solidariedade, democratizando informações.

De início, doença representada pela figura dos homossexuais no primeiro mundo e marcada por relatos que provocava 'emagrecimento no povo africano', pondera afirmações de significativos valores, que a mesma carrega ainda diante de si a continuidade dos estigmas e preconceitos. A educação em saúde vai assumindo e incorporando outros papéis, tomando amplitude progressiva, num esforço constante como apoio, rompendo barreiras, e vencendo obstáculos, diante dos 'gigantes paradigmas'.

Pode ser uma visão inovadora que os serviços estejam implementando com os discursos de pactuação e intersetorialidade, ressaltados nas políticas públicas de saúde, no momento vivenciadas no caso do HIV em nosso país. Parker & Camargo Jr (2000:89) dizem: "[...] que as políticas de prevenção do HIV/AIDS devem abordar, de forma integrada, as várias dimensões que determinam as diferenciadas vulnerabilidades à

epidemia, dependendo, portanto, de transformações sociais substantivas". Uma troca que deve acontecer, sistematicamente, entre os serviços públicos e os demais indivíduos envolvidos neste âmbito.

Utilizo-me de Mattos (2003: 58) para comentar que a visão a respeito do HIV amplia-se a partir das necessidades específicas dos diversos grupos sociais vulneráveis envolvidos, como também do conjunto da população, não sendo vistos como simples objetos das intervenções governamentais, mas, como sujeitos que têm direitos, demandas e necessidades que devem ser ouvidas e supridas.

Com o advento da operacionalização concreta de valorização e reconhecimento do trabalho multiprofissioanal, assuntos que não diziam respeito ao mundo biomédico, hoje assumem outro posicionamento, a partir do exercício progressivo do trabalho em grupo, em equipe, passando pela multi e, talvez, interdisciplinaridade.

O estímulo do trabalho multiprofissioanl faz com que variadas profissões se encontrem, numa tentativa de se respeitarem, inserindo e/ou retomando práticas cotidianas do processo saúde-doença, que devem ser validadas com o fim único de comprovar a melhoria dos resultados e dinamizar a eficácia do trabalho em equipe, na conquista do cuidado integral do usuário, família e comunidade.

É certo que não se pode esquecer as questões que envolvem a vida, a realidade dos usuários, o meio em que eles estão inseridos. Pois, de acordo com Merhy, (1997: 99) "[...] basta a existência de duas pessoas, em um ato de produção e consumo em saúde, para que esta situação se torne altamente complexa, em termos dos distintos processos instituintes e instituídos que operam neste campo". Devem ser apropriadas inúmeras outras ações necessárias aos sustentáculo e soerguimento da visão integral do ser humano para manutenção de sua saúde, procurando torná-la um pouco menos complexa.

Observo as ponderações de Freire (1997:92) salientando que: "[...] é como seres transformadores e criadores que os homens, em suas permanentes relações com a realidade, produzem, não somente os bens materiais, as coisas sensíveis, os objetos, mas também as instituições sociais, suas idéias, suas concepções".

Bem é verdade, que essa amplitude de questões não é absorvida, interiorizada, de modo responsável e prioritário, por todos os profissionais. Compõem a estrutura do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde. E, à medida que se inserem como parte das políticas públicas, vão interiorizando nas suas proposições, não somente uma reorientação prática do processo de trabalho vivido nos serviços, mas também intenções de formação,

capacitação, suporte, consistência e progresso no embasamento de suas ações, críticas e reflexões.

Considerando o caráter multifacetado dos processos educativos, expostos até então, me reporto à Grazzinelli (2005:204) a qual afirma o seguinte:

> "Eles são muito mais dinâmicos e complexos do que se pode admitir qualquer recorte teórico. Ressalta-se a formação de uma rede de solidariedade entre educadores e educandos, na qual buscam-se o compartilhamento e o desenvolvimento de potencialidades na tentativa de ultrapassar limites e dificuldades, outorgando autonomia aos sujeitos envolvidos".

Assim, o silêncio e a voz da educação em saúde, acolhimento e apoio social ao portador do HIV, minimizando o sofrimento e humanizando as relações humanas na produção de cuidados integrais, pode ser fundamentado à luz dos respectivos teóricos, os quais contribuem para o entendimento destas relações entre profissional e usuário, seus mecanismos para mudar a realidade cotidiana.

2.2.4 - O Acolhimento: uma palavra, um olhar ou apenas um toque...

Banalizando a morte ou valorizando a vida?
A comunicação-diálogo humanizado e
a minimização do sofrimento...

Audrey Vidal

Neste momento, minha intenção é refletir um pouco mais sobre o acolhimento, que vem conquistando cada vez mais espaços nas rodas de discussões referentes ao cotidiano dos serviços de saúde, principalmente após a democratização da atenção ao processo de saúde-doença, como sinaliza a Constituição de 1988, onde a saúde passa a ser direito de todos. Acredito ainda que tem sido motivo de reflexão, partindo de inquietações percebidas, diante dos entraves cotidianos, no processo de trabalho de instituições públicas.

O enfoque nesse momento, ressalta posicionamentos que evidenciem possíveis correlações entre acolhimento, educação em saúde e apoio social, como instrumento de trabalho que incorpora as relações entre os homens, tornando-se vivo no momento em que acontece esse encontro entre profissional e usuário, neste espaço intitulado 'saúde'. No caso do cenário escolhido, este encontro acontece através das relações entre trabalhador que realiza ações coletivas e usuários portadores do HIV.

Mesmo tendo como pressuposto o encontro de ambos os conceitos, a discussão a respeito dessa correlação procura trazer à evidência, reflexões da efetividade dessa *práxis* nas ações educativas de grupo na saúde. Hennington (2005:262) diz que é necessário discutir não só os aspectos favoráveis como também os impasses e contradições desse processo exploratório de aproximação e de (re)conhecimento desse *lócus* de atenção à saúde que mistura prática e intervenção com processos de ensino-aprendizagem, construção de cidadania e formação de sujeitos éticos.

Estes sujeitos, representados aqui pelos usuários dos serviços de saúde, buscam obter no 'acolhimento', uma relação de compromisso por parte dos trabalhadores e a priorização com resolutividade do problema/necessidade, almejando atenção, escuta e respeito.

O que muitas vezes ocorre é a divergência de interesses entre trabalhador/usuário, onde um - o usuário - busca a resolução de um problema que, segundo sua ótica, considera importante, e o outro - o trabalhador de saúde - muitas vezes se mantém preso aos procedimentos, normas e rotinas do serviço. Essas barreiras são exemplificadas conforme

Silveira (2004:72) pelo uso excessivo do aparato tecnológico, pela solicitação freqüentemente desnecessária de exames laboratoriais, pela insuficiente escuta e conseqüente limitação na avaliação da condição de saúde, onde a relação acaba se transformando em encontros rápidos, mecânicos, frios, impessoais e distantes.

Conforme Merhy (2002) *in* Matumoto *et al.* (2005:11), afirma que ainda:

> "Há uma lógica predominante nos processos de produção das ações de saúde - a da produção de procedimentos, que vem conformando modelos assistenciais. Ou seja, os modelos configuram-se mais como produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros), sem assumir compromissos com os usuários e suas necessidades" (Grifo próprio)

Além dos dois autores supracitados, Maciel-Lima (2004:504) lembra que a subjetividade, característica peculiar da relação profissional-usuário, cede lugar à objetividade racionalizadora, onde esses profissionais são compelidos a adotarem atitudes que mais os assemelham a técnicos burocraticamente controlados, acabando por se aproximarem de um 'despachante' da saúde.

Nesse encontro de necessidades, a negociação se faz presente e importante, pois, nem sempre a necessidade de um usuário é um problema para o trabalhador e/ou para o serviço de saúde. Tanto o usuário quanto o profissional podem se comportar ou não, como produtores de saúde.

A reflexão sobre essas barreiras pode auxiliar nas transformações do processo de trabalho cotidiano dos serviços de saúde, indo direta ou indiretamente ao encontro das necessidades reais dos usuários, cuja presença perpassa todo processo de atenção/acompanhamento. Reporto-me novamente a Hennington (2005:257-258), o qual afirma que acolhimento: "Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema".

Vale lembrar desta forma, que acolher não deve ser confundido com triar e encaminhar o usuário a partir da identificação de sua queixa. Acolher é entendido como receber com atenção, tempo, disponibilidade, a fim de identificar as particularidades de cada demanda.

Deste modo, a valorização de acolhimento/vínculo na relação entre profissional/usuário comporta como instrumento capaz de estimular o alinhavo e avaliação de processos inerentes às necessidades de saúde como um todo, devendo ser incorporado por todos os trabalhadores e estar presente em todos os setores de atendimento e

acompanhamento da saúde. Cecílio (2001:114-115) sinaliza que dentro das amplas necessidades de saúde, como ter boas condições de vida, acesso a toda tecnologia de saúde, encontra-se de modo explícito a relevância da criação de vínculo[14] afetivo entre trabalhador e usuário, com intuito de se objetivar o alcance da autonomia/auto-cuidado dos usuários.

Atualmente tem se tornado comum o encontro entre acolhimento, vínculo e ações de saúde. Isso acontece com o advento do SUS, onde os princípios filosóficos de equidade e universalização apontam para a necessidade urgente de que sejam efetivadas realidades institucionais que acolham e se responsabilizem pela continuidade da assistência à saúde deste usuário. Schimith & Lima (2004:1847) enfatiza que:

> "Acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço".

Reconhecer neste espaço de ações intercruzadas e/ou sobrepostas, a importância de se trabalhar com atitudes manifestadas através do afeto, da solidariedade e da fraternidade, faz parte de um desafio constante.

Merhy (1997:76) assinala que em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde, onde ocorre um encontro entre trabalhador e usuário, há produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica.

Esse encontro, entre trabalhador e usuário no cotidiano da saúde, concretiza a produção de uma ação. Este 'fazer' expressado pelos atos da fala[15], da escuta, dos olhares e toque afetuoso, que se processa no respectivo momento em que é criado, dá significado à vida do processo de trabalho. Encaro que tais ferramentas assumem papéis difíceis de serem priorizados nas relações entre as pessoas, contudo, percebo que se apresentam como alternativas complementares diante do emaranhado de conflitos e crises existentes.

Ressalto que para efetivar tal realidade, é necessário não somente a estruturação quantitativa de instituições como também qualitativa, com organizações/serviços que atendam em amplo aspecto toda uma base populacional. Fracolli, (2003:79) afirma que: "A

[14] Sinalização própria.
[15] A fala/voz neste contexto não fica restrita ao aspecto fisiológico, ou seja, como ela se produz. A intenção é mais abrangente, onde além de ser o som produzido através das vibrações das cordas vocais, é sobretudo o som que vem do íntimo, sendo a manifestação do comportamento corporal, emocional, podendo revelar a totalidade humana e suas representações. – Comentário próprio.

prática do acolhimento tem configurado um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade na atenção e nos serviços de saúde".

Desta maneira, parece-me que o desafio maior se caracteriza em tornar-se de qualidade os serviços de saúde, responsáveis por acolher os usuários, onde os profissionais estejam abertos a produzirem relações de trabalho multiprofissional, com aspectos totalizadores e holísticos. Capazes de fortalecer a fragilidade do sistema e modificar, substancialmente, o estilo de vida dos usuários e familiares, tornando-se relevante e significativo o emergir das falas dos mesmos, num processo de co-emancipação.

Um eixo articulador de práticas de saúde com possibilidades de pactuar redes interativas, solidárias e participativas com o empenho de produzir cuidados integrais, compatíveis com as necessidades potenciais de saúde destas pessoas.

O Acolhimento sendo entendido como amparo, proteção, abrigo, refúgio, se apresenta como uma ação estimuladora de reflexões e mudanças mediante situações inusitadas que possam vir a acontecer. E Silveira (2004:74) ao pontuar as dimensões da existência humana como biológica, biográfica, social, subjetiva e simbólica, cujas dificuldades são expressadas pelo sofrimento responsável pela ruptura da higidez, afirma que é através de uma 'escuta solidária', uma 'escuta não-analítica' que poderá amenizar o problema. Muitas vezes o silêncio momentâneo é a melhor ajuda. Deste modo, está ligado diretamente à forma de como se relacionam as pessoas, ao alcance de todo e qualquer trabalhador humano.

Novamente como afirma Silveira (2004:70-74), o acolher como espaço que garante a 'dignidade ética da palavra', passa a ser encarado como válvula que impulsiona a beneficência, a não-maleficência, a justiça, a solidariedade, o sentir-se cuidado, o respeito às opiniões diferentes, fazendo que seja vivenciado valores que a sociedade atual não permite priorizar.

Esses valores direta ou indiretamente fazem influência ao modo de como se organizam os serviços de saúde. Entendo que a alimentação do processo de trabalho e continuidade das ações nos serviços, somente é capaz devido à concretização existente na relação entre o usuário que procura apoio ao sofrimento que o aflige e o trabalhador que tem como responsabilidade compartilhar esse momento e encontrar caminhos/respostas contínuas a toda tipo de demanda singular do sujeito.

Assim, não pretendo neste momento avaliar a qualidade dos serviços a partir da prática do acolhimento, nem mesmo questionar a amplitude que circunscreve a presente

temática, no que se refere ao processo de trabalho, envolvendo instâncias coletivas como governo, trabalhadores e usuários. Muito menos à responsabilização de reorientar todo este processo na perspectiva de continuidade do acompanhamento da saúde nos diferentes níveis de atenção. Entendo que objetivamente podem surgir pistas no âmbito da reorganização dos serviços e sistemas de saúde, como conseqüência da análise dos dados.

Franco (1999:351) sinaliza que:

> "O acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até à constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestores, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade".

No entanto, dou preferência por focalizar as situações inerentes ao âmbito da governabilidade dos trabalhadores, as quais dependem de sua intenção. Situações essas que enfatizam mesmo que indiretamente, a vivência do acolhimento nas ações de educação em saúde. Procuro validar o uso do acolhimento como 'ato de acolher', existente na relação entre os homens, a partir da visão do trabalhador de saúde sobre sua própria prática/ação. Deste modo retomo o caráter de ser utilizado de modo complementar, pois essas ações não vêm substituindo todos os vieses do processo tradicional de se desenvolver saúde, mas sim de implementar, de modo efetivo, as relações existentes entre trabalhador e usuário.

O Acolhimento pode ser visualizado como modo de superar a prática arraigada na naturalidade do comodismo, da não resposta ao sofrimento. É ressaltado para além da exclusividade da dimensão biológica, recolocando o direito das falas, das interrogações e das reflexões compartilhadas, ampliando a sensibilidade para a escuta e seu leque de interpretações, numa perspectiva de interação cada vez maior entre os homens.

Ação transformadora que perpassa toda estrutura organizacional, o acolhimento pode ser percebido como atitude de cuidado. Sendo mais uma das diversas opções que podem desvelar e/ou denunciar realidades no cotidiano de uma unidade de saúde, o acolhimento pode ser visto como espaço de re-construção intersubjetiva, de exercício constante de uma sabedoria, apoiada nos diversos tipos de tecnologias[16] utilizadas para dar vida às atividades em saúde.

[16] O termo tecnológico neste contexto, trabalhado por Merhy (1997, 2000 e 2002), é correlacionado a todo instrumento utilizado na produção do cuidado integral à saúde, incluindo as tecnologias materiais e não-materiais; desde equipamentos até conhecimentos, saberes e sentimentos. O autor refere-se a conceitos como: - Tecnologias duras, que são os instrumentos e equipamentos; - Tecnologias leve-duras, que são os conhecimentos e saberes como os da clínica, da epidemiologia e da psicanálise; - Tecnologias leves, que são aquelas produzidas/ utilizadas no momento em que se efetiva a ação de saúde. São as tecnologias de relações como o vínculo, o acolhimento, a gestão do processo de cuidar.

As ações que envolvem o ato de acolher, de escutar e de dialogar devem ser utilizadas com objetivos que vão além de um encontro com intuito de praticar a bondade. Devem fundamentar um momento de construção crítico-reflexiva, onde requer que o trabalhador esteja pré-disposto a utilizar seu saber a fim de construir respostas às necessidades junto aos usuários. Deve realmente dialogar e escutar. Escutar sem interrupção, sem distração, sem planejamento de resposta prévia. Apenas escutar.

Carece ser entendido e praticado com a mesma responsabilidade em que são realizados os procedimentos concretos (prescrições medicamentosas, curativos, vacinas...). Compreendido como ferramenta capaz de representar um trabalho efetivo, numa postura de atender à demanda oriunda do usuário, valorizando os aspectos sociais e culturais, conforme o seu contexto existencial.

Vivenciar o acolhimento requer a necessidade de resgatar princípios oriundos da educação moral usufruída nos primeiros anos da vida em família, dos princípios éticos apreendidos nos iniciais contatos da vida social. Períodos de possibilidades intensas que são trabalhados os princípios de doar, dividir, aceitar as diferenças, ser menos egoístas e mais solidários com o outro.

Entendo que o trabalhador deve, em todo momento, dar valor à demanda oriunda do usuário, onde a sua participação possa permear todo o processo de interação, desde o interesse pelas dificuldades, receios e preocupações, deixando transparecer a disposição por ouvi-lo. Faz parte deste encontro procurar compreender a causa que o aflige sem julgamentos e recriminações.

Acolher significa aceitar e receber. O acolhimento está mais no ouvir e menos no falar, mais no receber e menos no fazer. E como é difícil estar presente, ouvindo atento e disponível! Nos dias de hoje, estamos cada vez mais decididos a agir. Tudo a nossa volta nos leva a imprimir uma postura de ação, ir ao encontro, resolver o imediato. Nossa cultura nos direciona a produzir o instantâneo e nos avalia pelo que executamos, mas não nos alimenta a idéia do processo e da relação de continuidade. Deixa transparecer como se o abstrato e o futuro não fosse interessante naquele momento de relação, pois o que interessa é o pontual. Franco (1999:351) afirma de modo ímpar que:

> "O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o acolhimento é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõem à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é o objetivo no futuro".

Vários são os caminhos para ratificar a continuidade nesta relação com o outro. A possibilidade de contato e a manutenção de vínculo podem ser a única opção. Mas, caminhos através do acolhimento são deixados de lado por serem desconhecidos, cansativos e trabalhosos, tornando-se cada vez mais raro encontrar alguém disposto a ouvir o que se tem a dizer, um ouvir atento, estando junto. Acolher, mesmo que utopicamente, é sentir o outro, é enxergar o que existe por trás daquele corpo, é penetrar na intencionalidade da mente e quiçá na essência do espírito. É enxergar no outro o reflexo de si mesmo que pede e necessita do acolher. Vai além do encontro de uma solução pontual.

E como é poderoso o processo do ato de acolher! Transforma quem é acolhido e ao mesmo tempo quem acolhe. É íntimo e precioso o estar ali, ouvindo e permitindo que o outro se coloque por inteiro, sem calar o que ainda não foi dito e apenas aguarda o momento, ou talvez a permissão do outro.

A abertura de espaços que favorecem acolhida às ansiedades e tensões, possibilitando um ambiente confortável às exposições de subjetividades e evidências, o suficiente para compreender o que se demanda nesse encontro, permitindo que o usuário possa se relacionar com confiança, sentindo-se acolhido. Segundo Cury (2003:113): "Para ajudar uma pessoa tensa, devemos primeiro conquistar sua emoção, para depois conquistar razão". Não estando somente na boa recepção e/ou porta de entrada da unidade, se caracteriza ainda no respeito expressado pelo próprio usuário e sua família e, também, no bom desempenho profissional, através da exteriorização pelo interesse responsável e desprendido em ajudar o outro, numa relação expressiva e humana.

Novamente me reporto a Franco (1999:346) confirmando que:

> "... são-nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde".

Quando a discussão se reporta ao processo de trabalho e conseqüentemente à cultura das organizações, é importante a necessidade de se refletir sobre a dinâmica conflituosa do cotidiano de muitos serviços de saúde. Mediante tais dificuldades e

inúmeros incômodos que fazem referência direta ou indireta com as necessidades de saúde supracitadas, torna-se imprescindível um repensar desta prática.

Mehry (2002:51), ressalta que produzir a prática de saúde, em ato vivo, conforme as necessidades dos usuários, é abrir-se para possibilidades de implementar modelos de atenção à saúde, com perspectivas de se configurar novos espaços intercessores e novas relações entre sujeitos, com finalidade de modificar o sentido destas ações, através de novos arranjos, com a valorização de diferentes recursos tecnológicos, como práticas de acolhimento, vínculo, 'automização', entre outras.

O acolhimento, identificado como tecnologia leve, pode ser caracterizado através de sentimentos correlacionados à fraternidade, solidariedade, vínculo/afeto, concretizado a partir das ações subjetivas dos profissionais. Schimith e Lima *(*2004:1490) afirmam através das palavras de Silva Jr (1998) que: "... acolhimento, é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada".

Conforme meu ponto de vista, pode ainda ser utilizado no sentido de viabilização do acesso às inúmeras demandas que constroem uma malha de cuidados nos diversos tipos de relações, nos variados serviços. Assim, entendo que o acolhimento faz parte de todo e qualquer encontro entre os humanos, na relação com o outro que transita pela organização saúde.

Segundo Ayres (2000:119) "... a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação 'dessubjetivadora', exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico".

A noção de acolhimento é fundamental para que se possa transformar as maneiras tradicionais de lidar com a doença, o doente e o sofrimento. No sentido de tornar as relações mais humanitárias e respeitosas às diferenças do outro, o acolhimento pode estar atrelado à lógica de apoio social.

É necessário algo além do estabelecimento de avaliações focais, diagnósticos nosológicos pontuais e uso indiscriminado de procedimentos e exames diagnósticos. O acolhimento se fundamenta na idéia de relações humanas verdadeiras, valorizando o respeito às diferenças, sob a perspectiva de priorizar a formação de vínculos e possibilidades de pactos/adesões aos fatores reais e necessários para melhoria da qualidade de vida.

Comporta-se como estratégia importante que auxilia os profissionais de saúde a priorizarem outras dimensões, inerentes às questões de prevenção e promoção, correlacionadas ao adoecimento e sofrimento. Através da relação entre humanos, o acolhimento 'abre portas' e como por 'osmose' facilita o desenrolar de atividades consideradas 'de apoio', como sustentação social, emocional e de ensino-aprendizagem, com vistas à produção de cuidados/necessidades, a fim de melhorar a qualidade de vida, principalmente, daqueles que vivem ainda em condições de doença e sofrimento prolongados, como no caso de inúmeros portadores de HIV.

Reporto-me a Silveira (2003:51) para dizer que:

> "Na verdade, a utilização de conceitos operacionais como o acolhimento visa produzir novos sentidos nas negociações estabelecidas entre a população que chega à unidade de saúde, demandando algum tipo de assistência e os profissionais que ali atuam, pois entendido como conceito operativo, o acolhimento pode se capaz de tangenciar transformações no campo das experiências de encontro entre o usuário e o profissional...".

Encontro que pode exteriorizar dúvidas, anseios, medos e preocupações; todos esses sentimentos contribuem com a perda do poder pessoal de pensar e agir a própria vida de modo espontâneo. E quando identificados, podem ser trabalhados através de diálogo, pelo estabelecimento de vínculo e laço de confiança – um olhar significativo ou um aperto de mãos, com intuito de minimizar inseguranças, desinformações e desconhecimentos.

As situações da vida cotidiana de um usuário HIV positivo tornam-se ainda envolta, tendenciosamente, por aspectos estigmatizados que cercam por todos os lados, desestabilizando as redes sociais desta pessoa. Viver e conviver como o 'mundo HIV+', faz com que as pessoas criem subterfúgios que auxiliem, a cada instante, vencer intensas barreiras em busca da sobrevivência e da manutenção intrínseca das relações interpessoais.

Conforme Andrade & Vaitsman (2002:927-928):

> "A desvitalização do intercâmbio interpessoal cria uma espécie de círculo vicioso desintegrador das redes sociais. Esses processos tendem a ser potencializados: enfermidade/desvitalização das relações pessoais/enfermidade. Isso permite predizer que a presença de enfermidade crônica em uma pessoa reduzirá sua rede social...".

No momento em que essas relações sociais de convívio natural se desfalece, faz-se necessário disponibilizar recursos profissionais como ferramentas de 'tecnologias leves', que retome, na medida do possível, a desfragmentação da rede tradicional de hipervalorização de 'tecnologias duras', pré-existentes. Assim, o efeito do apoio social

identificado na figura dos serviços de saúde, estaria contribuindo para possibilitar uma sensação de acolhimento.

Ramos (2003:29) pontua que: "Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas".

Entendo que a utilização deste conceito pode ser ampliada quando se refere à continuidade da assistência, conforme sinaliza a real necessidade do próprio usuário e a visão ampliada do profissional que o atenda. O termo acolhimento denota a postura dos profissionais em subsidiar fatores que venham facilitar o atendimento das necessidades de saúde destes demandantes. Neste prisma se responsabiliza pela atenção integral através da produção de cuidados, atendendo a amplitude das necessidades da vida do usuário e não do atendimento focalizado na queixa principal, conjunto de sinais e sintomas e conduta prescritiva/normativa.

Reporto-me novamente a Matumoto *et al.* (2005:12), onde afirmam que:

> "A ação de saúde centrada na lógica da produção do cuidado traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário, no cuidado de si. Utiliza principalmente as tecnologias leves que produzem bens-relação".

O acolhimento/vínculo, como responsabilização pelo problema de saúde do usuário, tem papel preponderante na resolutividade de problemas que circunscrevem queixas vagas e inespecíficas. Onde o arsenal de equipamentos tecnológico não consegue identificar a doença de base, onde os variados especialistas e as inúmeras medicações não conseguem isoladamente curar o indivíduo. Nem todas as queixas direcionam objetivamente à classificação e enquadramento de doenças clássicas. A mecanização e robotização de muitos profissionais levam a uma relação fria com os usuários dos serviços de saúde. Desse modo esta 'ferramenta tecnológica' passa direcionar novos olhares e posturas, dentre as quais vislumbram resolutividade frente às reais necessidades de saúde e/ou como apoio às expectativas potenciais dos usuários. Ao relatar para o profissional o que se passa, o usuário vai, inevitavelmente reorganizando-se e refletindo sobre aspectos da própria vida.

Franco *et al*. (1999:346) dizem que:

> "Na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença".

Através de uma relação flexibilizada, estabelecida entre usuário-profissional de saúde, os questionamentos levantados pelo usuário, as respostas, esclarecimentos e/ou orientações que lhe são dadas, especialmente quando valorizado o seu modo de vida, conferem-lhe a segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades, aumentando vínculo de confiança necessário nesta relação. A partir da criação desse vínculo, encontrar-se-á uma relação tão próxima que o trabalhador estará sensibilizado com o sofrimento do usuário.

Conforme Merhy *in* Ramos (2003:28): "O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários". Esta relação vem embasar espaços que podem atrelar discussões e reflexões que se interpõem e se mesclam, num ritmo constante e harmônico, que sem dúvida podem ser correlacionados de modo explícito ao 'mundo positivo' do usuário HIV, profissional e serviços de saúde.

Parece-me que no cenário atual, muitas das relações que dão vida ao trabalho em saúde, se apresentam de maneira formalizada, burocratizada e fria. Muitos banalizam este encontro, desencantando friamente a importância do motivo que o levou a acontecer.

Segundo Silveira (2003:59) essa problemática

> "... reside na constatação de que as relações interpessoais estão 'despotencializadas' no processo de produção da saúde, tanto como instrumento capaz de dinamizar os recursos terapêuticos, postos em jogo na situação clínica, quanto como instrumento de 'intercessão' nas relações construídas entre usuário/profissional...".

Quero acreditar que no 'mundo positivo' do HIV estas discussões possam vir a elucidar outros caminhos. Que as relações se tornem expressadas a partir do envolvimento com as necessidades de saúde e as políticas que englobem um cuidado integral. Que os encontros coletivos de educação em saúde evidenciem o uso de ações como vínculo e diálogo aos portadores do HIV nas relações de acolhimento e apoio social, através da responsabilização pactuada pela minimização do sofrimento e melhora da qualidade de vida.

Reporto-me novamente a Silveira (2003:63) lembrando que é fundamental que se atente para essa gama de necessidades potenciais referentes às dimensões da vida sócio-econômica-política-cultural dos usuários, realocando os problemas de saúde como necessidades mais amplas, inseridas num novo processo de valoração, reconhecendo a complexidade do modo de abordar e acolher os problemas que interferem na saúde.

2.2.5 – Apoio Social: estamos à espera de quê?

*Quem na vida já deixou de escutar uma orientação experiente ou omitiu a **informação** verdadeira mediante um descuidado?*
*Quem na morte, já negou um copo d'**água** ou tenha pedido algum que foi dificultado?*
*E depois delas? Quem já desdenhou um ombro amigo ou um **ouvido** profissional?*
Estamos à espera de quê?
Audrey Vidal

Neste momento ilustro alguns comentários a respeito do apoio social existente no cenário das relações entre humanos. Ao se configurar as ações coletivas como espaço aberto ao encontro entre o trabalhador e os usuários, surge a oportunidade de desencadear atividades de apoio social, tomando forma com a possibilidade de favorecer escuta e diálogo, proporcionando ambiência, conforto e bem-estar. A partir do instante em que o usuário passa a não se sentir sozinho, podendo contar com o auxílio dos profissionais presentes nas ações educativas, a relação de apoio torna propriedade neste encontro.

A discussão do apoio social tem origem norte-americana, a partir da década de 80, sendo reconhecida como *'social support'*. Aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas correlacionados às doenças crônico-degenerativas, através da consolidação de contato solidário entre os indivíduos. Dentre os autores desta década que dedicam suas pesquisas ao apoio social, encontro múltiplas referências: Frydman (1981), Minkler (1985), Cohen, Wills, Gottlieb Hall & Wellman (1985), Sherbourne (1988).

O início da discussão de apoio social se reporta à década anterior dos autores supracitados, sendo enfatizado com relevância o aspecto emocional.

Lacerda (2002:9-10), sinaliza que os trabalhos iniciais sobre apoio social e saúde foram desenvolvidos por John Cassel (1974/1976) e Gerald Caplan (1974). Esses, fazem referência, respectivamente, ao isolamento e ruptura de vínculos sociais, sendo desencadeados por fatores psicossociais, mudanças inesperadas e eventos estressantes, influenciando a vida como um todo. Assim, segundo esses autores, o apoio social ajudaria os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes, mobilizando recursos para enfrentarem melhor as turbulências da vida.

Definir apoio social não é um exercício fácil, pois são inúmeras as variáveis pelas quais este conceito pode ser analisado. Ainda, conforme a necessidade deve-se levar em conta o contexto em que o apoio social está sendo investigado e definido, tendo que se

perceber os fatores sócio-econômico-culturais, as ações programáticas conforme a realidade de cada país e as iniciativas de intervenção/colaboração de cada sociedade. Lacerda (2002:18) contribui com este pensamento, enfatizando que:

> "As fontes de apoio podem variar ao longo da vida de acordo com as circunstâncias vivenciadas, e incluem desde os relacionamentos interpessoais com cônjuge, amigos, familiares e vizinhos até as relações com membros da rede social, com grupos e comunidades. O tipo predominante de relação e vínculo que se estabelece entre os sujeitos determinará as funções do apoio social que estarão sendo mobilizadas".

O apoio social não pode ser considerado um conceito universal. Desse modo, opto por embasamento pautado numa definição que, a meu ver, melhor contextualiza o conceito atualmente, sendo encontrada como referencial teórico nacional amplamente utilizado nas pesquisas. Desta maneira, adoto a definição que Victor Valla vem utilizando em seus estudos, que aborda o apoio social como um processo e aponta para a discussão dos vínculos sociais e laços de solidariedade. Dessa forma:

> "Apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio, permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras". (Minkler, 1985 *apud* Valla 2000:41; 1999:10).

Conforme Helgeson & Cohen (1996:135-136) existem três tipos principais de apoio social que se interagem: emocional, informativo e instrumental. O apoio emocional envolve a comunicação verbal e não verbal, exteriorizando posturas que demonstrem interesse pelo outro, de importar-se com este outro. Vão desde a escuta, a presença física e a empatia, tranqüilizando e confortando, podendo permitir a expressão de sentimentos que venham reduzir a aflição, cada qual com seu valor e significado. Os mesmos autores afirmam que apoio informativo envolve a veiculação de informações utilizadas para guiar ou recomendar, valorizando percepções que auxiliem os usuários a controlar a doença ou conviver com os sintomas inevitáveis, compreendendo a causa, o curso e o tratamento. Já, o apoio instrumental se concretiza a partir da provisão de bens materiais, como por exemplo, o transporte, o dinheiro, ou o auxílio com os utensílios de casa.

De modo concordante aos enfoques supracitados Pietrukowicz (2001:14-15) afirma que, apoio emocional está relacionado com os sentimentos, as emoções e a estima; apoio material ou instrumental a qualquer tipo de prestação de ajuda direta ou de algum tipo de

serviço que propicie ajuda material, financeira, etc. e apoio educacional ou informativo estrutura-se no enfoque informativo educacional, que é dado sobre vários assuntos, de acordo com os objetivos ou interesses do público alvo.

Ainda de acordo, Dessen & Braz (2000:221) ressaltam que as atividades de apoio podem englobar apoio instrumental e emocional à pessoa, onde apoio instrumental pode ser entendido como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, em geral, e informação prestada ao indivíduo; e apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro.

Cada tipo de apoio social pode estar em maior ou menor intensidade, presente na relação entre trabalhador e usuário. Depende da realidade de cada população usuária e da intenção de cada atividade vivenciada na respectiva 'instituição saúde'. Apresentam-se como formas terapêuticas de atenção à saúde, como por exemplo: grupos de auto-ajuda, grupos religiosos, associações voluntárias nas comunidades, atividades sociais, educativas e de lazer. Com relação ao objeto de estudo desta dissertação, Valla (1999:13) confirma que:

> "As propostas da educação popular e saúde comunitária são vistas sob a perspectiva do apoio social [...] Dessa forma, a crise e o impasse a que se chegou é que permitem que o debate sobre o apoio social seja relevante. É claro que, na atual conjuntura, as políticas de solidariedade e apoio mútuo, isto é, do apoio social, representarão as únicas soluções para muitos dos 'excluídos', enquanto representarem soluções alternativas para alguns profissionais".

Como eixo prioritário nesse momento da discussão, busco a interação existente entre os tipos de apoio social e os espaços reservados às ações de educação em saúde da população HIV positiva.

A investigação da relação existente entre apoio social e desfechos relacionados às atividades coletivas no 'mundo positivo' do HIV tem despertado o interesse de alguns pesquisadores. Andrade & Vaistmain (2002:926) sinalizam que: "Os grupos voltados às questões do HIV/Aids – os quais reúnem pacientes, familiares, amigos e profissionais de saúde têm se destacado no cenário das associações..." Burgoynea & Renwickc (2004:1353) referem que pesquisas anteriores com pessoas que vivem com HIV/Aids, destacam que o apoio social se apresenta como um importante determinante à saúde. O apoio social percebido pelo portador do HIV faz referência ao ajuste necessário do portador do HIV ao momento da vida atual e na forma de lidar com o diagnóstico e o curso de uma doença de potencial crônico.

Ao participarem de atividades de grupo, as pessoas passam a vivenciar relações com outras pessoas. São compartilhados os sentimentos de estima, pertencimento e segurança íntima. E com esses sentimentos, as pessoas acabam por diminuir seus medos, angústias, sofrimentos, ansiedades, mágoas, aflições e ressentimentos.

Pietrukowicz (2001:15) alerta que:

> "Geralmente estes grupos são formados por pessoas que buscam informação, conselho, esclarecimentos, conhecimentos sobre algum assunto, ou algo que os ajude a resolver os seus problemas. Esse tipo de apoio possibilita a troca de informação entre as pessoas, o sentimento de pertencimento entre os participantes e fornece a percepção de que os sentimentos do indivíduo são compreendidos e aceitos".

Teixeira (2002:51) também compreende o espaço de educação em saúde como propício ao apoio social, refletindo a respeito de grupos voltados para a promoção da saúde, como estratégias ou espaços, onde possa se dar essa escuta para as necessidades das pessoas, devendo se configurar como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas e buscar soluções, conjuntamente, com os profissionais, de forma que a informação circule da experiência técnica à vivência prática das pessoas.

O mesmo se observa conforme o posicionamento de Lacerda (2002:11) quando se reporta a Cohen & Syme (1985), para correlacionar os benefícios do apoio social na promoção da saúde e nos programas de prevenção de doença, reabilitação e tratamento, ressaltando que: "...através da troca, do apoio mútuo e da solidariedade, o apoio social contribui para fortalecer a auto-estima, desenvolver uma maior percepção de si próprio e do seu entorno e favorecer mudanças emocionais e comportamentais".

Levando-se em consideração a abrangência desse conceito, retomo algumas questões referentes ao apoio social que julgo melhor se ajustar com a intenção deste estudo. Entendo como um processo de ação recíproca entre pessoas que, por meio de relação interpessoal sistematizada, estabelece encontros e vínculos. Conforme Gottlieb (1985) *in* Pietrukowicz (2001:14) "O apoio social pode ser medido ao nível da interação social/participação, a partir do envolvimento das pessoas com os grupos comunitários, instituições, associações, etc e das relações íntimas e pessoais, através dos laços afetivos e emocionais com que são estabelecidos e evidenciados".

Os liames criados permeiam espaços de amizade, afeto, união, afinidade, empatia, diálogo, escuta, contato físico/toque fraterno, calor humano, informação e respeito às diferenças. Contribuem para manutenção do bem-estar individual e coletivo, buscando

formas de enfrentamento, as quais minimizam situações estressantes em momentos de crise e, por conseguinte, melhoram a saúde e a qualidade de vida.

Pode-se observar coerência nas associações existentes entre a importância do apoio social e o convívio persistente com situações de conflito. O apoio social funciona como mediador do estresse, onde o indivíduo que conta com alto nível de apoio social reage mais positivamente às situações. Não deve ser trabalhado na visão de moldar comportamentos e condutas, de confrontar o bom e o mal, o normal e o patológico, mas sim, na óptica da inclusão com o trabalho de aproximar as diferenças. Assim, o trabalhador deve se apresentar como mediador e/ou moderador das questões que envolvem esse processo. Não deve assumir a totalidade das responsabilidades do usuário que demanda sua atenção, pois pode ser que esteja retirando de suas mãos a oportunidade de crescimento e autonomia para gerenciar sua própria vida.

Cury (2004:31-32) sinaliza que as pessoas foram treinadas "[...] para trabalhar exteriormente, mas não para ter um papel de destaque em seu interior. [...] somos treinados para sermos expectadores e não atores principais".

Assim, deve-se oferecer apoio com a intenção de levar o outro a experimentar e decidir suas próprias situações, compreendendo a diferença entre auxiliar e interferir na vida e nas opções alheias.

Conforme Berkman & Glass (2000) *in* Griep *et al*. (2003:626),"... estratégias que visam a mudanças de comportamentos relacionados à saúde podem não atingir seus objetivos, se não levarem em conta a valorização que diferentes grupos sociais atribuem aos hábitos e práticas de cuidado com a saúde, como é o caso, por exemplo, de usuários de drogas injetáveis e a transmissão de AIDS".

Isto posto, é importante investir em ações de apoio social com a otimização de grupos de educação em saúde em que o portador do HIV, não somente receba informação sobre os mais diversos assuntos, mas também tenha participação em atividades de inclusão, que promovam interação com os demais membros e priorize o envolvimento para aumentar o grau de confiança pessoal. Aumentar ainda a satisfação com a vida, concretizar a sensação de pertencimento, proporcionar autonomia e valorização do direito de cidadania e o poder de enfrentamento dos problemas nos momentos de crise, no cotidiano de sua vida.

Valla (1999:10) afirma que o apoio social contribui para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma e traz benefícios não só para quem o recebe, na forma de informação ou auxílio, mas também para quem o oferece.

Contudo, a iniciativa de se discutir apoio social nas ações cotidianas de educação em saúde, as quais são realizadas inseridas nos serviços de assistência aos portadores do HIV, pode gerar inúmeros conflitos na vida cotidiana do trabalhador de saúde. Esses conflitos podem ser expressados através de justificativa de sobrecarga de trabalho e da má remuneração salarial. Os trabalhadores que nunca participaram de ações coletivas de educação voltadas ao apoio social apresentam imensa dificuldade de absorver o quanto de benefício e/ou aprendizado essa atividade pode proporcionar à sua vida de maneira geral.

A questão que envolve o exercício de apoio social pode não ser reconhecida como atividade inerente ao processo de trabalho de muitos trabalhadores que julgam importantes as ações intercruzadas à doença e à morte propriamente dita. Pode ficar desvalorizado em detrimento das importantes ações curativistas. Não consegue ser somado às ações rotineiras das 'instituições de doença', ficando na maioria das vezes relegado a segundo plano. Valla (2002:66-67) alerta que:

> "Em um país onde os serviços de saúde são fortemente moldados pelo modelo biomédico, dificilmente as atividades propostas na área de saúde alternativa ocorrem no setor público; em geral exige-se algum tipo de pagamento. Embora não seja impossível que atividades de apoio social sejam desenvolvidas em unidades de saúde pública – grupos de discussão, relaxamento muscular ou meditação –, profissionais de saúde mais críticos afirmam que esse tipo de atividade é visto por muitos colegas como forma de 'fugir do trabalho".

No entanto, entendo que é necessário que os serviços de saúde contemplem as necessidades sociais de sua loco-região, levando-se em conta que as pessoas que vivenciam um problema buscam, de qualquer modo, alternativas e soluções de uma forma espontânea. Passa a não existir uma porta de entrada fixa e verticalizada. A população encontra seu modo específico de se inserir no sistema. E quando isso não acontece, ela busca outras alternativas a fim de minimizar seu problema e conviver com seu sofrimento.

Questiono, então, o por quê de não se exigir a implementação maciça, junto às ações de produtividade priorizadas aos profissionais, de atividades de apoio social, a fim de enriquecer os encontros com os usuários, podendo encurtar penosos caminhos em busca de um alívio para dor persistente.

III – Caminho Metodológico

Uma educação que possibilite ao homem
a discussão corajosa de sua problemática.
De sua inserção nesta problemática.
Que o coloca em diálogo constante com o outro
Que o predispõe a constantes revisões
À análise crítica de seus 'olhados'.
A uma certa rebeldia no sentido mais humano da expressão.
Que o identifique com métodos e processos científicos.
Paulo Freire

3.1 Desenho descritivo com abordagem qualitativa

Para captar a realidade pensada e vivenciada, 'no mundo positivo' do HIV, optei por estudo do **tipo descritivo**, o qual segundo Santos (2002:27), "[...] é um levantamento das características conhecidas, componentes do fato/fenômeno/processo [...]". Flegner e Dias (1994:45), "[...] afirmam que os estudos descritivos se preocupam com a descrição de um fenômeno. Eles delineiam o que é, abordando quatro aspectos que são: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente[...]".

Numa **abordagem qualitativa**, busquei analisar os limites e possibilidades de se realizar atividades grupais, isto é, externamente ao consultório de atendimento individual, em ambulatórios de referência ao diagnóstico e acompanhamento do portador de HIV, no município de Niterói.

Minayo (1998:10), aponta que as pesquisas qualitativas "[...] são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no advento, quanto na sua transformação como construções humanas significativas".

Novamente, segundo pontua Minayo (1994:21-22), a abordagem qualitativa se preocupa: "[...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis".

Conforme Caponi (2003:59), "[...] a saúde não pertence à ordem dos cálculos, não é o resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas [...]".

A abordagem qualitativa foi assumida aqui porque fez-se interessante compreender a prática de grupo a partir da perspectiva dos profissionais, ou seja, das falas dos sujeitos envolvidos. Pois é a fala cotidiana, especialmente aquela pronunciada no quadro de um coletivo de trabalhadores, um meio capaz de fazer compreender um pouco do universo destes profissionais e de como elaboram suas estratégias e mecanismos de atuação.

3.2 Análise de Conteúdo: Bardin e a categorização das unidades temáticas

As questões inerentes às instituições escolhidas e aos profissionais envolvidos em seus processos teóricos e suas práticas constituíram um campo do conhecimento interdisciplinar, com múltiplos recortes e interfaces, cujos horizontes foram ampliados em construção processual.

Desta forma, ao realizar o diagnóstico situacional com mapeamento de todas as instituições que acompanham os portadores de HIV e chegar um pouco mais aos profissionais, entendi que para melhor aproximar da realidade, foi interessante optar pela **Análise de Conteúdo** como método de análise dos dados. Desta forma foi a técnica de análise de dados que mais pareceu apropriada ao tipo de investigação em questão. Ela parte do pressuposto de que, por trás das falas aparentes, se esconde um sentido que pode se tornar evidente.

A abordagem qualitativa enfatizada nessa pesquisa possibilita uma categorização dos elementos, não os reduzindo a uma simples freqüência, como se fossem equivalentes, mas, detendo-se em suas peculiaridades e nuances assim como na relação entre as **unidades de sentido** construídas.

Penso que a partir do modo de caminhar desta técnica escolhida, através do diálogo com os profissionais, situando-os em sua realidade, o objeto de pesquisa enfatizado se tornou mais evidente.

Para Gauthier *et al*. (1998), *in* Donato, M. (2002:79) "[...] técnica de pesquisa depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objeto que se deseja conhecer ou estudar [...] os melhores métodos são aqueles que mais ajudam na compreensão do fenômeno a ser estudado [...]".

O objetivo, no âmbito metodológico desta pesquisa, não foi o de prolongar considerações filosóficas, mas tendo em vista algumas interpretações reducionistas, aproveitei a oportunidade de aprendizado em comum, sobre os princípios que orientaram o processo de discussão e análise.

Segundo Minayo (1998:199): "A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais".

Como método escolhido, de análise e interpretação dos dados, busquei entender os espaços do mundo HIV+, possibilitando identificar, a partir da fala dos profissionais envolvidos nas atividades coletivas, as facilidades e dificuldades envolvidas na realização contínua destas atividades, com os portadores soropositivos.

Barbosa (2001:47) diz que:

> "[...] observador e observado, sujeito e objeto de conhecimento, se influenciam mutuamente. Portanto, a realidade é apreendida apenas por um sujeito ativo no processo de conhecer, tanto objetiva quanto subjetivamente, através de envolvimento, conceituação e ação; a verdade não é comprovada como uma abstração, mas através da interação sensível com o próprio fenômeno. Essa postura filosófico-epistemológica também exige que o conhecedor compreenda sua própria natureza e suas circunstâncias históricas específicas: ele, assim, se objetiva no processo de conhecer".

Direcionei o foco para o profissional que vivencia suas ações com os portadores soropositivos, trazendo a possibilidade de encará-las sob novos olhares, que permitiram entender de que modo os mesmos solidificam seus perfis e como desenvolvem estas atividades mediante a realidade existente, perante os fatores condicionantes que circunscrevem os processos de trabalho. Dessa forma, parti no processo de investigação com base no fenômeno externo e visível, do 'mundo da vida' profissional, a partir de suas falas, vivências e relações.

Segundo Vasconcelos (2002:425):

> "[...] a aparência do fenômeno não explica seu movimento interno, sua complexidade, suas determinações e, por isso não expressa o real. Assim, começar pela aparência, pelo todo vivido, significa iniciar pela representação caótica do todo, significa começar pela abstração e não pelo real, pelo concreto. [...] Para o investigador, o objeto não é o mesmo após o processo de abstração. Saindo do objeto, isolando-o intelectivamente, o cientista vai reconstruindo processos, fatos, e ao olhar novamente para o objeto, na sua consciência, aquele não é mais o mesmo objeto".

Foi através da percepção das mesmas, que consegui compreender melhor a realidade social que envolve a pratica coletiva junto aos portadores do HIV, sem perder de vista as dimensões pessoais e relacionais destes profissionais assim como o contexto que os abrange; identificando suas experiências, saberes, dificuldades, facilidades e suas reais intenções, as quais implementam transformações progressivas, fez com que fosse possível utilizar a Análise de Conteúdo neste estudo. Conforme Bardin (1979) *in* Minayo (1998:202): "A Análise de Conteúdo como método não possui qualidades mágicas e raramente se retira mais do que nela se investe e algumas vezes menos [...] no final das contas nada há que substitua as idéias brilhantes".

Nesta situação, a contextualização foi focalizada às atividades grupais realizadas com usuários soropositivos, em instituições de referência ao diagnóstico e acompanhamento, onde os profissionais envolvidos desempenham seu compromisso profissional em condições livres e responsáveis, capazes de contribuir dignamente com a continuidade da existência e qualidade da assistência, viabilizando cordialidade, acolhimento, discernimento e ordenamento, com bases ético-morais justas, acolhimento e aconselhamento, com vistas à minimização do sofrimento de muitos.

Deslandes, S. F. (1997:105) contribui da seguinte forma: "As análises dos sujeitos sociais envolvidos nos serviços/programas sobre estas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos [...]".

Desejei me aproximar o máximo possível dos profissionais que vivenciam atividades de grupo, pois parti do princípio de que as respectivas ações são em essência propositivas e se comportam como dispositivos necessários à realização dos conceitos enfatizados anteriormente. Os profissionais que realizam esta prática, até o momento a fazem por iniciativa própria, pois ainda não há alguma normatização, nem mesmo é pactuada dentre as metas de recursos disponibilizados nos planos municipais, para este tipo de ação. Vale ressaltar que os hospitais já estão iniciando este tipo de trabalho a partir de incentivo do Ministério da Saúde, conforme modelo da estratégia de humanização, citado na parte introdutória desta dissertação, mais precisamente no item correspondente à justificativa do estudo.

A escolha dos sujeitos foi realizada pelo envolvimento que os profissionais apresentam com as ações que delimitam o objeto de estudo. Os respectivos profissionais estão inseridos nas equipes que acompanham os portadores do HIV. Seguiu os moldes da técnica não probabilística intencional, utilizada conforme Marconi e Lakatos *in* Donato (2002:80): "[...] quando o pesquisador está interessado na opinião de determinadas pessoas da população que não são representativas da mesma, mas que, no seu entender, pela função que desempenham, [...] exercem liderança de opinião na comunidade em que atuam podendo portanto, influenciar na opinião dos demais[...]".

Os **sujeitos** do estudo foram escolhidos perfazendo aproximadamente um total de trinta e cinco profissionais e ainda a coordenação do programa de DST/AIDS do município. São profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde, como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos, cirurgiões dentistas e nutricionistas.

Foram divididos entre aqueles que participam de modo efetivo e aqueles que participam de forma pontual. Pode ser que alguns destes desenvolvam atividades similares em organizações não governamentais no próprio município, contribuindo, sobremaneira, para enriquecimento de detalhes e informações.

Para **obtenção dos dados**, os instrumentos utilizados foram dois roteiros de entrevistas semi-estruturadas. Um específico para a coordenação de DST/AIDS do município (Anexo 09) e outro direcionado aos demais profissionais (Anexo 10), entendendo-se que, através da entrevista podem ser obtidos dados sobre os sujeitos alvos, relacionados a "[...] fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar [...]", conforme Jahoda (l951) referida por Minayo (1998:108).

Segundo, ainda, Honningmann (1954) *in* Minayo (1998:108) a entrevista pode combinar perguntas fechadas e abertas, o que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

O roteiro de entrevista elaborado contém dados concretos capazes de identificar os diversos trabalhadores e caracterização, por parte destes, da compreensão a respeito de suas concepções teóricas e práticas do estudo; das facilidades e dificuldades do seu trabalho e do que se refere aos processos de articulação de instrumentos e ações com o sujeito/objeto.

Para o momento da **coleta de dados**, uma vez selecionadas instituições e profissionais, tive a determinação e responsabilidade de encaminhar ofícios (Anexo 12) aos seus diretores e agendar reuniões para apresentação dos objetivos, a fim de participar a escolha da unidade como campo de pesquisa, facilitando o encaminhamento das autorizações, e/ou aquiescência dos entrevistados. Também foi disponibilizado para cada profissional entrevistado, termo de consentimento (Anexo 13), e outro específico para a coordenação de DST/AIDS (Anexo 11), tendo como respaldo a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que viabiliza a participação do sujeito e maiores esclarecimentos a respeito da pesquisa e pretensões. Vale lembrar que esta pesquisa passou pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, sendo avaliada e aprovada, confirmando a possibilidade de realizar a coleta de dados nas instituições selecionadas.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2005, nos cenários de trabalho dos respondentes, segundo a disponibilidade de horário de cada um e do

entrevistador. Foi acordado com cada profissional a disponibilidade pessoal para gravação dos diálogos em fitas de áudio, com posterior transcrição a fim de não perder a exatidão e relevância dos significados e compreensões na interação pesquisador/entrevistado. Foram respectivamente identificados por pseudônimos, escolhidos pelos mesmos, dentre uma lista de palavras cujas significações se aproximam da temática e com o perfil de cada entrevistado. Tal medida objetivou preservar-lhes a identidade e evitar exposição dos mesmos.

Assim, para a análise e interpretação dos dados, a fim de contemplar os questionamentos e objetivos propostos, o método utilizado com já assinalado, foi o de análise de conteúdo, do qual me aproximei da técnica de Análise Temática, procurando identificar os núcleos temáticos que emergiram das falas.

Minayo (1998:204) afirma que: "Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo têm sido desenvolvidas várias técnicas como Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação".

Segundo Bardin (1977) *in* Donato (2002:84):

> "[...] a análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens [...]".

Com relação à **análise temática**, uma das formas simplificadas de análise de conteúdo, tem por intenção obter um substrato de representação que expresse de modo mais fiel possível o que pensa determinada população sobre dado tema.

Minayo (1998:209) diz que:

> "[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença, ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] se encaminha para a contagem de freqüência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento no discurso".

É uma técnica qualitativa utilizada para identificar os termos mais importantes nas falas dos depoentes envolvidos com o objeto da pesquisa, sinalizando os pontos de vista, expressões e representações. A análise das respostas independe da divisão em função das

perguntas, pois são captados os temas que surgem espontaneamente no decorrer da entrevista.

Persegui com a realização de conferência, com base nas leituras e releituras exaustivas dos depoimentos, com intuito de identificar os núcleos de sentido, selecionando e captando presença ou freqüência de Unidades de Significação segundo Bardin (1979), revelando o caráter definitivo do discurso dos depoentes.

Conforme Minayo (1998:203): "[...] a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem".

E ainda com base no referencial teórico, foram registradas reflexões importantes, capazes de orientar a análise dos dados obtidos nas entrevistas e as respectivas categorias.

Desta maneira, pressuponho que a interpretação dos dados deste estudo, que foi realizada pela Análise de Conteúdo a partir da técnica de Análise Temática, pela identificação de unidades de significação, com base no referencial teórico, permitiu um melhor entendimento das questões relacionadas às atividades coletivas, como forma de acolhimento, educação em saúde e apoio social aos portadores do HIV.

A intenção foi entender, apesar da pluralidade de locais onde o conhecimento se processou, como decorre a produção de sentidos, envolvendo as facilidades e dificuldades dos profissionais envolvidos com os portadores HIV+.

Através do resgate e aproximação das expressões centrais, caracterizando as unidades temáticas essenciais, pinceladas nas falas individuais, passou a ser possível identificar a representação do sujeito coletivo. Reconstruir, como em um quebra-cabeças, tantas unidades temáticas quanto se julgue necessário para expressar o todo de um dado contexto. Tem como objetivo tornar mais clara uma dada representação e/ou uma respectiva idéia central.

Foi possível visualizar melhor a representação na medida que ela aparece, não sob a forma de quadros e tabelas, mas sob uma forma mais viva - as falas. Por conseguinte, as mesmas não se anulam, mas representam os pensamentos e expressões cotidianas do modo de vida de cada profissional. É como se o conjunto da fala de todos fosse a fala de cada um.

Buscou-se a coerência entre as falas, onde foram agregados os pedaços isolados dos depoimentos, de modo a formar um todo discursivo, onde o conteúdo sintetizado de modo coerente, foi capaz de fazer com que cada uma das partes envolvidas se reconhecesse como constituinte do todo e este todo como constituído pelas partes.

Assim, a interface entre as similares vivências das instituições pesquisadas, possibilitou identificar considerações, que proporcionaram construtos no momento de discussão e análise, que não se esgotou nem se finalizará neste momento, mas possibilitará compreensões e, quiçá, contribuições de propostas futuras para implementar a práxis profissional, no 'mundo positivo' do HIV.

3.3 - Diagnóstico situacional e mapeamento das unidades de referência

O critério de seleção das instituições pesquisadas, as quais estão localizadas no município de Niterói – RJ, para a realização desta pesquisa, foi através de diagnóstico situacional, onde foram mapeados os serviços que oferecem acompanhamento aos portadores de HIV/AIDS e identificados os profissionais que prestam assistência e aqueles que participam de atividades de grupo.

Das doze instituições que desenvolvem alguma atividade correlacionada ao HIV, de início, foram descartadas quatro instituições por não realizarem, naquele momento, acompanhamento ambulatorial específico ao HIV e conseqüentemente ações coletivas com esses usuários. São hospitais municipais: um de referência à psiquiatria, outro à tuberculose, com internação de adultos e ainda outro com referência à internação infantil, além de um setor específico ao diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, o qual faz parte do processo de trabalho de uma universidade localizada no município. Uma impressão que tive a respeito da não utilização desse último campo, aparentemente possível para se realizar a pesquisa, foi a questão de não estar integrado diretamente à rede/sistema de saúde. Situação diferenciada que acontece com relação à instituição cujo pseudônimo utilizado é EDUCAÇÃO, a qual apresenta uma aproximação com as propostas e implementações de ações provenientes do Ministério da Saúde, via município. Este setor colabora com a sociedade, desempenhando suas ações com ênfase no viés acadêmico, tendo autonomia com relação às programações de suas ações. Das oito unidades restantes foram consideradas **cinco unidades** como possibilidades de compor o cenário desta pesquisa. As demais, um hospital estadual e duas policlínicas, não foram utilizadas nesta pesquisa por não realizarem ações de grupo em seus ambulatórios, até o presente momento.

A coleta de dados teve início no primeiro semestre de 2005, mais precisamente na primeira semana do mês de junho. O direcionamento utilizado para retorno aos serviços de acompanhamento ao usuário HIV positivo foi o vínculo firmado com um profissional de cada unidade selecionada, no momento do diagnóstico situacional realizado em todo município, no ano antecedente à coleta de dados, mais especificamente no segundo semestre de 2004.

Creio ser importante pontuar alguns aspectos relacionados às unidades. Foi utilizado pseudônimo específico para cada instituição. Assim, foram então identificadas

como: SEGURANÇA, EDUCAÇÃO, PRESTÍGIO, SIGILO e ESFORÇO. Além de procurar descrever questões como localização espacial e área de abrangência, esfera de governo responsável e nível de atenção à saúde ao qual estão inseridas e ainda um pouco da práxis profissional existente em cada processo de trabalho.

Como é demonstrado na página seguinte, na coluna dos serviços oferecidos, além dos atendimentos clínico-ambulatoriais, emergência, internação, testagem sorológica e ainda, ambulatório odontológico, pode ser encontrada a operacionalização de algumas ações de grupo, relevantes à aproximação do objeto de pesquisa.

Com relação ao nível de atenção à saúde, duas das unidades de saúde estão no nível terciários e três estão no nível secundário. Já, com relação à esfera de governo, um dos hospitais é federal, outro é municipalizado. As três policlínicas também são municipalizadas. Duas delas são identificadas como Policlínicas Comunitárias[17] e uma como Policlínica de Especialidades[18]. Quanto à localização das cinco unidades, três delas estão situadas no centro da cidade, sendo que os dois hospitais, um ao lado do outro. Um pouco mais distante, porém, ainda no centro, encontra-se uma das três policlínicas. As outras duas policlínicas situam-se em outros diferentes bairros: uma na região sul da cidade e a outra, próxima à região oceânica.

[17] Policlínicas Comunitárias: "São os pólos articuladores das ações desenvolvidas pela rede básica de saúde, e atuam como referência em algumas especialidades médicas, laboratórios de análises clínicas e serviços de imagem, exercendo autoridade sanitária em sua área de abrangência geográfica". Niterói: perfil de uma cidade. (1999:214).

[18] Policlínica de Especialidades: "Respondem às demandas mais complexas, absorvendo a maior parte da procura não respondida pelas Policlínicas Comunitárias. São unidades que só possuem especialidades médicas e de serviços complementares a este tipo de atendimento". Niterói: perfil de uma cidade. (1999:214).

Quadro 04: Demonstrativo dos Serviços de Referência ao HIV/AIDS e as ações coletivas por instituições em Niterói – 2004.

Unidades	Serviços Oferecidos	Profissionais Atividades ambulatoriais e/ou de grupo
Segurança	Ambulatório Infanto-juvenil e Adulto Leito-Dia Adulto e Infantil Emergência e internação Atividades de grupo[19]	06 Pediatras e 02 Hebiatras 01 Infectologista 02 Psicólogos 04 Assistentes Sociais 01 Técnico de Enfermagem 02 Pedagogas / 01 Arte-terapeuta
Sigilo	Ambulatório Pré Natal Ambulatório Parceiros Núcleo de Violência e Abuso Sexual Patologia Cervical e Mamária Atividades de grupo	01 Psicóloga 02 Assistente Social 01 Nutricionista 02 Clínicos 04 Obstetras 04 Mastologistas 05 Patologistas Cervicais 02 Técnico de Enfermagem
Educação	Ambulatório Infanto-juvenil e Adulto Ambulatório Gestantes Ambulatório Odontológico Assistência à Violência e Abuso Sexual Atividades de grupo	01 Infectologista 03 Clínicos e Residentes 01 Psicóloga 01 Cirurgiã Dentista 02 Assistente Sociais 02 Enfermeiras 02 Nutricionistas 01 Auxiliar de Consultório Dentário
Prestígio	Ambulatório Adulto Centro de Testagem Anônima Atividades de grupo	02 Médicos Infectologistas 02 Enfermeiras 02 Assistentes Sociais 02 Psicólogos
Esforço	Ambulatório Adulto Atividades de grupo	02 Médicos 01Endocrinologista 01 Infectologista 01 Psicóloga 01 Assistente Social 01 Enfermeiro 01 Bióloga Chefe de Vigilância em Saúde

Fonte: Elaboração própria a partir do diagnóstico situacional e mapeamento das Instituições.

Foram identificadas as seguintes atividades: grupo de adesão, de revelação diagnóstica, de apoio, convivência e fortalecimento, de terapia e de reflexão, de educação e

[19] Atividades de grupo citadas pelos profissionais: grupos de adesão, de revelação diagnóstica, de apoio, convivência e fortalecimento, de educação e aconselhamento, de terapia e de reflexão, atingem usuários como crianças e adolescentes, mães, pais, responsáveis e/ou cuidadores, gestantes e adultos de modo geral. Ações indiretas como distribuição de preservativos femininos e planejamento familiar configuram espaços grupais que atingem especificamente as mulheres. OBS: Nem todas atividades existem e acontecem de igual modo em todas as instituições.

aconselhamento[20]; atingem usuários como crianças e adolescentes, mães, pais, responsáveis e/ou cuidadores, gestantes e adultos de modo geral. Essas ações são identificadas como diretas e específicas; todas focalizadas aos portadores do HIV.

E ainda ações indiretas como distribuição de preservativos femininos e planejamento familiar configuram espaços grupais que atingem especificamente as mulheres. São atividades que realizam interfaces com o mundo HIV positivo. Vale lembrar que nem todas atividades existem e acontecem igualmente nas respectivas instituições.

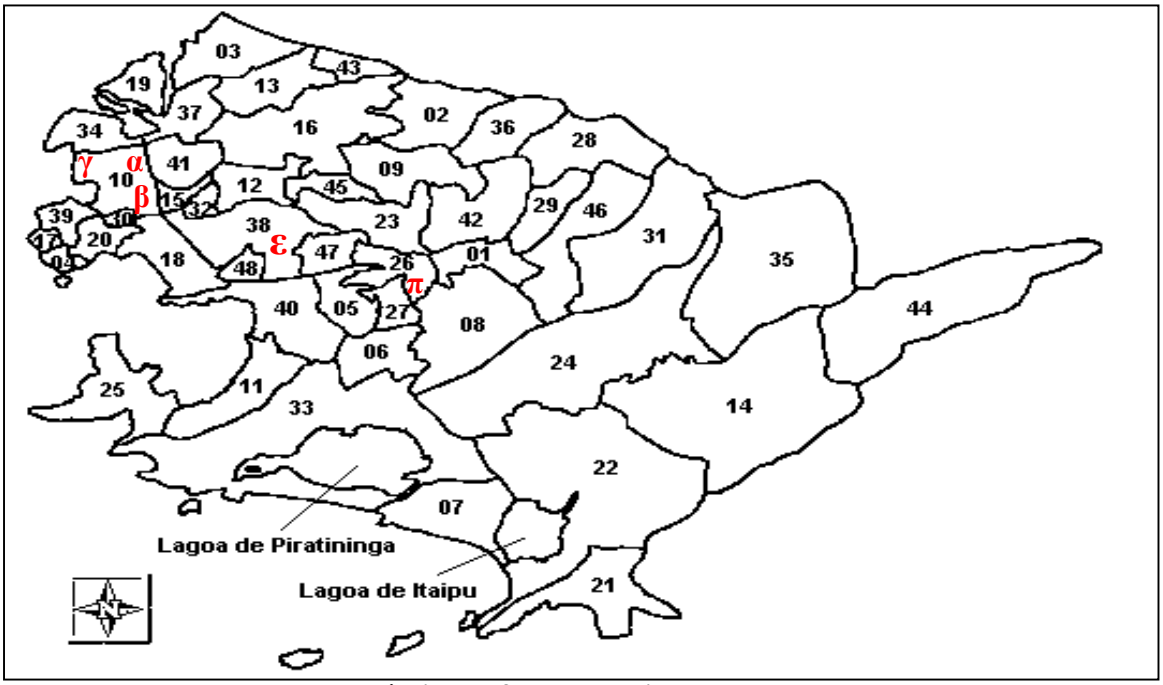
Com intenção de facilitar a visibilidade cartográfica, de modo aproximado dos locais onde as unidades estão situadas no município, foi disponibilizado um mapa de Niterói com as informações relevantes a respeito dos bairros.

A fim de preservar o sigilo das unidades, utilizamos para identificá-las no mapa que se segue, os seguintes símbolos: *α ,β, γ, ε e π. N*ão necessitando dizer o pseudônimo de cada uma a fim de correlacionar, apenas designamos os números dos bairros identificando-os conforme a região. Assim, **α**, **β** e **γ** estão situadas no bairro nº **10**, indicando o centro do município. O símbolo **ε** está situado no bairro nº **38**, designando a região sul. E **π** está assinalando a unidade situada na área próxima da região oceânica, cujo nº é **26**.

O mapa que se encontra na página seguinte, foi retirado da *Internet*, porém teve inúmeras modificações e adaptações próprias, a fim de atingir o objetivo de situar espacialmente a área que foi realizada a pesquisa, mantendo o sigilo das instituições pesquisadas.

[20] **Aconselhamento**: "... um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate de recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. [...] Objetiva promover a redução do nível de estresse; percepção e reflexão dos próprios e riscos e adoção de práticas mais seguras e adesão ao tratamento". Brasil. Ministério da Saúde. (1998: 11-12). O **aconselhamento** realizado por profissionais de saúde devidamente capacitados para tanto é fundamental e implica informar o indivíduo sobre a natureza dos exames, a necessidade de realizá-los e o significado de seus resultados. Deverão ainda ser fornecidas informações sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV, identificar o motivo da testagem, avaliar se o indivíduo encontra-se em janela imunológica e dar outras referências de serviços de saúde (como no caso de queixa de DST) ou de apoios sociais que sejam pertinentes. Brasil. Ministério da Saúde. 2004.

Mapa 02: Município de Niterói - RJ e as localizações das unidades pesquisadas.



Fonte: ***Internet*** **com alterações próprias conforme necessidade do estudo**

A partir desse encontro prévio de sondagem diagnóstica, retornei a cada instituição pré-selecionada, conforme a maior disponibilidade de atividades coletivas de educação em saúde, com a intenção de solicitar autorização das respectivas direções para utilização dos serviços como campo de coleta de dados. Foram agendadas reuniões para apresentação do projeto e concomitante assinatura dos termos de consentimento, autorizando iniciar as entrevistas com os trabalhadores inseridos no 'mundo positivo' do HIV.

Logo depois passei a encontrar com os profissionais que me receberam em cada instituição no momento do mapeamento e iniciei o agendamento das entrevistas com o próprio e com os demais trabalhadores envolvidos. A princípio, entrei em contato com várias pessoas no intuito de agilizar os encontros. Comecei pela unidade de referência ao acompanhamento da saúde da mulher – cujo pseudônimo escolhido para identificá-la foi SIGILO. Também marquei entrevistas na unidade EDUCAÇÃO e ainda, na instituição SEGURANÇA. Acredito que por ter uma representação acadêmica, na unidade EDUCAÇÃO, além de protocolar o projeto na direção geral, também foi necessário trâmite independente na coordenação ambulatorial do serviço. A pretensão da pesquisa foi levada para uma reunião de equipe e a partir de então, iniciei com mais tranqüilidade a coleta dos dados.

Vale lembrar que na unidade SEGURANÇA, minha inserção se apresentou de uma forma particularizada. No encontro para assinar o termo de consentimento, o diretor mostrou-se atento com a minha inserção na unidade e especificamente no ambulatório do HIV, ressaltando ainda a importância do retorno que a pesquisa estaria oferecendo para a instituição. Após interação e esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, por conta própria me apresentou a uma profissional responsável pelo grupo de humanização do hospital, direcionando minha caminhada e sugestionando meu contato com os profissionais a serem entrevistados, a partir da minha inserção no grupo. Semanalmente, prossegui realizando visitas ao grupo de humanização do hospital e, ao longo desses encontros, ia agendando e entrevistando os profissionais.

Somente no segundo mês de coleta de dados retornei às outras duas instituições pré-selecionadas: PRESTÍGIO e ESFORÇO, justificado pela distância dos estabelecimentos de saúde e/ou pela disponibilidade pessoal.

Até aqui, pretendi temporalizar minha caminhada pelas unidades escolhidas. A partir de então pretendo dividir com o interessado leitor, alguns enfoques e/ou particularidades que venham ilustrar o caminho percorrido.

A descrição foi operacionalizada conforme os encontros temporais da coleta de dados. Um dos primeiros contatos foi realizado a partir das instituições SEGURANÇA e EDUCAÇÃO. Sucessivamente foram percorridas as unidades: PRESTÍGIO, SIGILO e ESFORÇO.

IV – Unidades e profissionais: uma relação que faz a diferença

"O grande caminho não tem portas,
milhares de caminhos levam a ele".
Mumon (sábio Zen)

4.1 - Identificando os locais do campo de pesquisa

4.1.1 - SEGURANÇA

É uma das instituições que passou pelo processo de municipalização, sendo anteriormente gerenciada pela instância federal. O pseudônimo escolhido para representá-la traz a reflexão de que esta unidade desenvolve ações inovadoras no mundo HIV, com um processo histórico consistente e progressivo, embasado em ações seguras dos profissionais envolvidos.

Através de mudanças ocorridas atualmente, vem sendo caracterizado no momento como um hospital, enquadrando-se assim no nível terciário de atenção à saúde. No seu cotidiano oferece ações em várias especialidades médicas, podendo ser referência no município para angiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, hebiatria e outros; com serviços ambulatoriais e de internação. Ainda encontra-se nesta instituição, porta de entrada às emergências e urgências do município. É mais uma unidade que apresenta referência especializada para ambulatório de HIV, além de serviços como leito-dia, onde é realizado acompanhamento específico ao portador, como administração de medicamentos endovenosos. E ainda internação específica ao HIV/AIDS, para toda faixa etária.

Existe um espaço reservado ao ambulatório de adulto e outro específico ao infanto-juvenil, cujas coordenações e respectivamente os profissionais, são distintos.

O ambulatório de adultos tem predomínio pelo acompanhamento individual de consultas médicas, sendo realizadas por quatro infectologistas, dois clínicos e um dermatologista. Ainda compõe a equipe duas assistentes sociais e um psicólogo.

Já, o ambulatório da infância e adolescência apresenta outras características que serão descritas, de modo mais específico, posteriormente. A equipe é composta por profissionais servidores, por profissionais contratados, por uma organização não governamental e também por voluntários. Ao todo, são seis pediatras, dois hebiatras, quatro assistentes sociais e uma psicóloga.

Deparo-me com atividades coletivas em todo processo de trabalho, no entanto, conforme direciona o objeto de estudo, ocorre maior ênfase no ambulatório de pediatria e

adolescência. Agora, no ambulatório de adultos, é encontrada a existência de um grupo que trabalha o uso do preservativo feminino.

> *"O meu grupinho ainda está pequeno. Às vezes eu quero fazer uma dinâmica com elas, que eu fazia no outro grupo, e estou tendo dificuldade". Assistente Social - Diálogo*

Os encontros acontecem mensalmente, onde o público alvo é composto por mulheres soropositivas e companheiras de soropositivos, dentre as quais podem ser negativas. Diferente das demais unidades, fica claro aqui a necessidade de participação da atividade grupal para a dispensação deste insumo.

Foi citada a importância desta ação em viabilizar maior adesão ao uso do preservativo feminino e ao tratamento medicamentoso.

> *"Então, agora o que eu estou mesmo trabalhando são as mulheres... para que elas tenham adesão ao uso desse preservativo e a gente aproveita, também, durante a reunião e se fala sobre adesão ao tratamento..." Assistente Social - Diálogo*

Como é um grupo freqüentado apenas por mulheres, são discutidos assuntos mais íntimos, entendendo ser referente ao gênero e sexualidade. É caracterizado como momento de troca de experiências, onde são compartilhados as preocupações, os problemas cotidianos, as queixas e os desabafos. Outro apontamento que chamou a atenção foi a questão do grupo ser motivo da demanda criada por algumas usuárias, em procurar locais que pudessem fornecer outras atividades além daquelas trabalhadas neste grupo, como atividades de geração de renda e de capacitação pessoal.

> *"... naquela troca aqui, essas duas que estavam analfabetas, a gente conversando e tudo... se incentivam e estão matriculadas num grupo de alfabetização de adultos... umas também já estão freqüentando, também, grupos de trabalhos manuais..." Assistente Social - Diálogo*

No momento, é desejo da assistente social ampliar o grupo, de início, abrindo aos familiares, pois ocorre demanda por parte das usuárias que freqüentam esse grupo.

Através do histórico de ações vivenciadas no passado, a assistente social ressalta a existência de um grupo criado a partir de atividade de educação em saúde que realizava, intensamente, ações de apoio social.

> *"No passado eu tive um grupo muito bom aqui de mútua-ajuda. Eram pacientes, familiares e amigos. [...] ...então, realmente houve a perda de muitos participantes do grupo e com isso esmoreceu um pouco a minha vontade de continuar".Assistente Social - Diálogo*

Foi extinto, devido modificações do processo de trabalho na instituição, como falta de incentivo gerencial e ainda devido ao desgaste emocional compartilhado numa época em que a doença era reconhecida através de perdas e da morte. Hoje, é ressaltada a intenção de retorno das atividades, com o intuito de contornar vieses correlacionados às ações do passado. Estas avaliações são referenciadas de modo intensamente positivo.

Com relação ao ambulatório infanto-juvenil, são encontradas ações coletivas, as quais enriquecem sobremaneira a temática estudada. De modo efetivo, existem grupos que são realizados com as crianças e os adolescentes soroposisitvos e também com seus pais e/ou responsáveis, que são denominados 'cuidadores', cuja sinalização se faz presente na fala da maioria dos profissionais entrevistados. São encontros mensais realizados no mesmo dia da consulta médica, com a justificativa de contenção de custos para os usuários. Em particular, o que acontece de modo diferencial é o momento de realização do grupo, pois o mesmo acontece após a consulta médica, estando aberto para a permanência ou não da participação. Ficou evidenciado também, que no momento, a freqüência das crianças, adolescentes e seus cuidadores nestas ações é significativa.

Ao todo, foi pontuada a existência de sete grupos específicos de trabalhos voltados para o público infanto-juvenil. São divididos por faixa etária, procurando correlacionar maturidade ao crescimento e desenvolvimento e, ainda, respectivamente, por cores, sendo que a divisão dos grupos dos cuidadores também corresponde à mesma divisão das crianças e adolescentes.

> *"... a gente tem... as famílias são muito diversificadas aqui. A gente tem desde pai e mãe até família extensiva, que são os tios, vizinhos..." Assistente Social - Afinidade*

Assim, os grupos verde e vermelho correspondem à idade de 6 a 8 anos, os grupos amarelo e azul correspondem à idade de 9 a 12 anos, laranja de 13 a 15 anos e violeta de 15 a 17 anos. Reafirmo que os cuidadores se encontram em horários equivalentes e agrupados conforme a divisão das crianças e adolescentes.

Ao ouvir a história pregressa desses grupos, é importante o compartilhar deste momento para enfatizar o progresso existente nesse processo de implementação e crescimento do trabalho. No início era agrupado um quantitativo de mais de cinqüenta responsáveis, enquanto as crianças participavam de atividades recreativas. Com o passar do tempo e o surgimento de especificidades correlacionadas ao tratamento, principalmente quanto à revelação diagnóstica, foram surgindo outras necessidades que apontavam outras

direções. Surge até a intenção, por exemplo, de formar um grupo específico de irmãos, entre os quais podem ser positivos ou não.

Hoje, os grupos contam com a presença em média de dez crianças e /ou adolescentes e respectivamente os cuidadores. Se reúnem à parte, nos horários respectivos. As dinâmicas utilizadas caracterizam ações grupais que trabalham situações de informações específicas ao acompanhamento da doença, mas também são vivenciadas questões correlacionadas ao cotidiano destas pessoas, às histórias de vida, às angústias, medos e dificuldades.

> *"... os grupos de cuidadores também tem dez pais no máximo. Pra que a gente possa escutar o outro. Que cada um possa escutar ali, um pouco o que o outro está trazendo de dúvida, de questionamentos, de desabafo mesmo." Assistente Social - Afinidade*

É um compartilhar de questões sigilosas que procuram distanciamento das temáticas correlacionadas à doença AIDS e à vida de modo geral. Enfim, o HIV é mais uma questão, não é a única que envolve todo processo.

> *"A gente não fica centrado no problema do HIV. HIV é uma questão. É do ser humano. Porque aqui ele tem o HIV... Falta comida em casa, ela brigou com o marido, o filho não está bem na escola..." Médica - Intuição*

São encontros em que são trabalhados assuntos variados da dinâmica familiar, do convívio em sociedade. Ocorre troca de experiências, sendo um espaço de escuta e um dos poucos momentos abertos à fala coletiva, em que o sigilo da doença pode ser compartilhado em comum.

São ações que procuram dar apoio às questões difíceis, como revelação do diagnóstico e adesão. È lembrado, com relação ao sigilo/revelação do diagnóstico, que é uma das questões mais difíceis e que leva mais tempo para ser compartilhada no núcleo familiar e comunitário. Sendo o profissional, durante muito tempo, o vínculo encontrado para diálogo e escuta.

> *"O grupo tem esses objetivos... objetivo de fortalecer, de você falar, de você ouvir..."*
> *Assistente Social- Afinidade*

Nos grupos com os cuidadores, procura-se proporcionar fortalecimento para que eles, com o tempo, se tornem ativos no processo de revelação do diagnóstico das crianças e dos adolescentes e responsáveis em compartilhar a adesão dos menores ao tratamento medicamentoso.

> *"O nosso trabalho... meu e da outra assistente social, era de fortalecer os pais pra eles contarem o diagnóstico aos filhos." Assistente Social – Afeto*

Com as crianças, também é ressaltado o processo anterior vivido com as atividades exclusivamente recreativas, em quadra de esportes. Atualmente, ocorre um trabalho orientado pedagogicamente, correlacionando temas, como sexualidade, descoberta do corpo, puberdade, gênero, cuidado e higiene pessoal, de revelação diagnóstica e adesão ao tratamento. Todo este trabalho realizado através de dinâmicas, de forma lúdica, interativa e participativa, a partir da realidade de cada sujeito. Principalmente em relação aos adolescentes. Vale lembrar que neste momento estão aparecendo adolescentes novos, que já estão se contaminando via sexual – contaminação externa e não mais somente, via transplacentária – transmissão vertical. Com estes, são essenciais as dinâmicas, como processos estimuladores e motivacionais, até mesmo na freqüência dos grupos. É importante que o profissional seja constantemente criativo, inovando, periodicamente, ferramentas e mecanismos de trabalho.

É pontuado também com relação às crianças, que as mesmas gostam de participar desse processo, onde os encontros - grupos e oficinas não são mórbidos e sim de trocas de idéias e realização de atividades prazerosas. São contadas histórias, são trabalhadas crônicas infantis, pinturas, cartonagem, emborrachados, dramatizações, jogos de auto-imagem, teatro de fantoches e atividades livres conforme a criatividade e desejo das crianças. Tem ainda, a intenção de formar um coral infantil.

As atividades são dirigidas/facilitadas com a intenção de levar os usuários a verbalizarem os sentimentos, minimizar as questões fantasiosas, os medos e angústias, além de fazer com que eles conheçam o processo de trabalho e saibam como funciona o sistema de saúde e ainda de fortalecer o afeto e os vínculos familiares e sociais na comunidade.

É interessante pontuar que nesse processo de crescimento e envolvimento da equipe, torna-se evidente que todas as ações requerem segurança do profissional que a realiza, principalmente mediante as questões de finitude, perdas e lutos.

> *"Mas cada perda que tinha era como se tivesse perdendo um amigo muito próximo. Esses participantes do grupo... mexeu muito comigo. Foi uma coisa complicada, pra eu elaborar esse luto todo comigo." Assistente Social - Diálogo*

Esse processo de fortalecimento, apoio, vínculo e aprendizagem é evidenciado como uma caminhada lenta. Requer tempo, disponibilidade e afinco pessoal, tanto por parte do profissional quanto por parte dos usuários, quando se pretende trabalhar não só a doença, mas também situações que vão além da mesma.

Ainda é compartilhada uma série de ações externas ao âmbito hospitalar, como visitas aos centros culturais, casas de festas, museus, fazendas e/ou sítios, empresas como de transporte aéreo, levando a criança a validar outras situações e vivenciar alguns momentos de diversão e lazer. Este ano a programação realizada teve e tem a intenção retirar a criança do espaço hospitalar e mostrar um pouco mais do mundo. O maior intuito sinalizado é referente a melhorar a qualidade de vida dos mesmos; socializar o conhecimento de possibilidades e oportunidades que eles podem estar usufruindo na vida e ainda, proporcionar meios de identificar situações de cidadania, ampliando a visão de cada um. Há ainda festas conforme calendário regional cultural no decorrer do ano e comemoração de aniversários. Todas atividades são realizadas com planejamento prévio nos dois primeiros meses do ano.

Neste período foi possível criar um vínculo com os profissionais, de tal modo, que foi possibilitada a participação em uma festa junina, realizada com os usuários na própria unidade. Com o aceite, me vi passo a passo, inserido junto aos trabalhadores. Mesmo que de modo rápido e momentâneo, senti-me fazendo parte das ações. Ressalto que em muitas situações ficava bastante à vontade; minha presença na sala de reuniões da equipe à espera dos entrevistados não interferiu no prosseguimento das discussões dos profissionais e até mesmo rápidos encontros com os usuários na sala de espera.

Fica perceptível, através dos depoimentos, que o trabalho realizado no ambulatório infanto-juvenil é concretizado por uma equipe que consegue caminhar bem próximo à lógica do trabalho interdisciplinar, com efetivo desempenho voltado para o acolhimento, educação em saúde e apoio social nas ações coletivas, com perspectiva capaz de caracterizar ações voltadas à promoção da saúde como um todo.

> *"... mas se a gente puder enquanto equipe estar dando esse suporte pra essas famílias. Pra que elas cresçam... que as crianças cresçam de forma saudável". Assistente Social- Afinidade*

> *"... eu acho que a equipe é muito unida nesse espírito de que saúde não é só prescrever remédio". Médica - Intuição*

> *"... então é uma coisa que é muito valorizada por eles. Acho que o acolhimento da equipe é que faz isso...". Assistente Social - Afeto*

No decorrer das entrevistas realizadas, foi sendo observado que existiam trabalhadores com participação constante nas ações coletivas. A figura destas pessoas era ponto chave na efetivação do processo de trabalho e continuidade das respectivas ações. Ressalto a presença de assistentes sociais, psicóloga, pedagogas e técnico de enfermagem.

Como forma de identificação nesse contexto, esses profissionais estão sendo caracterizados como depoentes primários.

Os demais trabalhadores da equipe, sendo composta por hebiatras e pediatras são inseridos de forma pontual conforme a necessidade temática a ser trabalhada. E ainda pela importância da aproximação no que se refere à relação profissional-usuário, com intenção de formação de vínculo, possibilitando aproximações que auxiliam chegar no problema, sem autoritarismo. É considerado importante no momento de passagem da infância para a adolescência, com a respectiva mudança de médicos no atendimento. Neste caso, utilizo como identificação para esses trabalhadores, como depoentes secundários, cuja participação contribui de modo relevante e cujo olhar se expressa através de reconhecimento, validação e respeito por todo esse trabalho em equipe.

Esse modo de caracterização do envolvimento dos trabalhadores também se procede em outras unidades que compõe o cenário, no entanto, não com o mesmo comprometimento dos depoentes secundários, encontrado nesta unidade infanto-juvenil.

4.1.2 - EDUCAÇÃO

Esta unidade tem uma estrutura presente de longa data no município. É uma instituição de grande porte, sendo de governabilidade federal e responsável pelo convívio acadêmico entre inúmeros profissionais, viabilizando ser identificada como EDUCAÇÃO. Oferece referência ambulatorial e de internação em vários setores, desde à cardiologia, neurologia, obstetrícia e dentre outras, às doenças infecto-parasitárias. Esta última traz correlações com a temática deste estudo. Além de ser porta de entrada para urgência e emergências municipais e de áreas circunvizinhas.

O cenário escolhido nesta instituição foi o ambulatório de acompanhamento aos portadores de HIV, onde a existência de algumas ações ocorre desde o início da epidemia.

Este ambulatório tem uma estrutura física separada dos demais. Está próximo de um prédio anexo. Foi sinalizado pelos depoentes que a conquista deste espaço trilhou inúmeros processos.

> *"Era tão difícil e o preconceito era tão grande naquela época... ainda tem isso, mas naquela época maior... era muito difícil abrir espaço pra gente. Então, sexta feira era o dia que nenhum professor vinha aqui... quase ninguém utilizava a sala de aula. Nós... eu vinha um dia aqui só pra isso e nós fazíamos uma reunião na sala de aula no segundo andar, que nós conseguimos. Nós dividimos espaço com o gruo de diabetes, pra você ver como era... não tínhamos espaço...". Psicóloga - Toque/Contato*

> *"... a gente começou a trabalhar, mesmo aqui nesse espaço, a coordenação, a gente tinha reuniões lá no PN, depois a gente foi como meio que convidada, estávamos incomodando... gente, muitas mulheres falando de sexualidade... isso uma coisa que a instituição é despreparada totalmente". Assistente Social - Interação/Troca*

Com o investimento do Ministério da Saúde no período auge do início da epidemia, foi construído, num antigo vestiário dos servidores, o espaço atual da coordenação de HIV/AIDS. Apresenta referência para acompanhamento das gestantes HIV positivas, adultos, crianças e adolescentes.

Assim, é possível estar num local reservado, fora do tumulto cotidiano dos demais ambulatórios, capaz de se projetar como ponto de referência, acolhimento e apoio à demanda complexa, proveniente do usuário e família, após intrínseca formação de vínculo com a equipe.

Os profissionais envolvidos, também como na instituição anterior, tem sua participação polarizada entre efetiva e pontual, sendo referenciados também como depoentes primários e secundários. A equipe é composta por profissionais servidores, contratados e voluntários. Envolvem profissionais de serviço social, enfermagem,

psicologia, medicina, odontologia e nutrição. E ainda encontra-se a inserção de acadêmicos, residentes e mestrandos, de algumas profissões. São profissionais que assumem tanto as ações específicas de sua área de atuação, como podem estar suprindo necessidades no setor.

Apresentam esforços pessoais para implementar ações que viabilizem melhor qualidade do serviço e conseqüentemente maior visibilidade em sua representação. Nesta unidade, as ações coletivas, as quais vão muito além da solicitação de exames e prescrição de medicamentos, não têm predominância relacionada ao mundo materno infantil. Existem atividades que atendem todas as faixas etárias, conforme a postura e afinidade de cada história pessoal e profissional. Encontra-se, de modo contínuo, ações de grupo voltadas ao público pré-adolescente e adolescente, aos responsáveis pelos mesmos e pelas crianças e ainda, um grupo de adultos.

O grupo formado pelos responsáveis, pais, mães, tios ou avós tem a predominância da figura feminina, tendo uma tendência de ser identificado, nas falas, como grupo de mães.

> *"... normalmente a gente tem um pai de uma criança positiva, tem um pai muito difícil, é que ele não consegue se inserir. Ele fica lá fora... principalmente porque ele é homem, não é? Então um homem machão do jeito dele, não quer se misturar com as mulheres... ele se acha o diferente...". Assistente Social - Interação/Troca*

> *"É um grupo de mães que acontece uma vez por mês com mães que são portadoras do vírus e tem outras que na verdade as crianças é que são expostas. [...] Onde elas vem, não só pra o grupo, mas elas vem pra receber leite também. Existe toda uma assistência à essas mães, à essas crianças até os 2 anos de idade". Psicóloga – Vínculo*

É ressaltado, em comparação com os demais, que esse público necessita de uma atenção mais urgente, um suporte mais imediato, envolvendo o binômio mãe-filho, tanto que são múltiplas as preocupações em relação ao apoio social direcionado a elas. Desde a questão material, focalizada na doação do leite, devido à impossibilidade de amamentação, até a questão emocional e instrutiva correlacionada aos cuidados com os filhos.

> *"... esse grupo de mães é o que mais profissionais participam. Talvez até pela demanda". Cirurgiã Dentista – Atenção*

Com as **mães das crianças expostas** ao vírus HIV, são efetivadas ações de grupos mensais. Esta criança é acompanhada até dois anos de vida, dando continuidade ao protocolo de atendimento 076, iniciado, na maioria das vezes, no pré-natal. Assim, é fechado o diagnóstico após este acompanhamento, isto é, ou a criança permanece

contaminada pelo vírus transmitido, via transplacentária, ou a criança passa a apresentar-se negativa.

Ainda ocorre um grupo separadamente com **os responsáveis** das **crianças** que permaneceram **positivas**, a fim de direcionar a atenção aos cuidados específicos e necessários para as crianças. Diferentemente das crianças expostas, cuja focalização da atenção vai além das questões do HIV. O grupo dos responsáveis pelas crianças com diagnóstico definitivo, acontece em separado.

> *"Antigamente o grupo era misto... acho, é... tinha crianças... responsáveis por crianças expostas junto com crianças positivas. É, eu propus que fosse diferente pra que... a gente tinha uma perda grande em termos até de assunto, do... sinalizar assunto da reunião, mas assim, pra que isso fosse mais... é, visto mais de perto e no sentido daquela criança já ter o diagnóstico definido e daquela outra ainda não ter...". Assistente Social - Interação/Troca*

São trabalhadas, mais detalhadamente, questões que envolvem sentimentos na relação com a criança e de co-responsabilização do responsável pelo acompanhamento da mesma. É intenção dos profissionais que seja efetuado um trabalho de fortalecimento desta família. Tem como finalidade se aproveitar mais o tempo correlacionado com temáticas específicas da soropositividade como adesão ao tratamento medicamentoso, as quais não demandam, com tanta urgência, no grupo dos responsáveis pelas crianças expostas. Foi ressaltado que o grupo das expostas emergem mais questões do crescimento e desenvolvimento infantil, pois o envolvimento específico com a medicação acontece somente nas primeiras semanas de vida.

Os grupos de mães acontecem mensalmente, onde são trabalhados assuntos variados conforme a demanda coletiva. Dentre eles pode-se encontrar também um trabalho voltado para as questões pessoais, emoções e sentimentos e ainda situações específicas da doença, provocando a verbalização e reflexão das mesmas.

É realizada a distribuição de leite industrializado e de preservativos. Neste momento as crianças ficam numa ante-sala, onde permanecem envolvidas com brinquedos, ou mesmo com as suas mães. A unidade não conta com atividade coletiva específica direcionada para as crianças no mesmo momento dos grupos das mães. Suponho que pode ser pela questão do espaço físico, mas também pela precariedade do recurso humano e sobreposição de ações, sendo dificuldades apresentadas através das falas dos profissionais.

> *"... tem um outro grupo, uma outra ação aqui da coordenação que são o grupo de mães... é tem as mães das crianças ... [...] um grupo... é das mães das crianças, é.. já com HIV e das crianças que estavam expostas à investigação". Psicóloga - Toque/Contato*

"... esse grupo de mães... [...] ... Do grupo de mães eu acho também isso...". Cirurgiã Dentista - Atenção

"Antigamente o grupo era misto... acho, é... tinha crianças... responsáveis por crianças expostas junto com crianças positivas". Assistente Social - Interação/Troca

"É um grupo de mães que acontece uma vez por mês com mães que são portadoras do vírus e tem outras que na verdade as crianças é que são expostas. Então são dois tipos de grupos. Onde elas vem, não só pra o grupo, mas elas vem pra receber leite também". Psicóloga - Vínculo

Também acontecem grupos com os **adolescentes**, que é um dos trabalhos mais novos, e com os adultos. Com os adolescentes, surgiu a partir do momento que se começou a trabalhar a revelação do diagnóstico daquelas crianças positivas. Tem assim, a intenção de relativizar questões e apoiar a família neste processo complicado.

A partir do atendimento individual deu-se início ao acompanhamento coletivo, sendo um grupo fechado de adolescentes. Quando ocorre a necessidade de inserção de um novo usuário, tem consentimento prévio dos envolvidos e uma avaliação sistematizada. As atividades coletivas apresentam em comum a participação de poucos trabalhadores. Aqui o profissional responsável é uma psicóloga, a qual avalia passo a passo, através do acompanhamento individualizado, o momento adequado de entrada do adolescente no grupo. Principalmente no grupo de adolescentes, idade reconhecidamente conflituosa, ocorre a necessidade de motivações constantes para continuidade do mesmo. É confirmada a importância de se trabalhar com improvisos, criatividades e flexibilidades das ações conforme caminha o tempo e o desejo dos sujeitos envolvidos. Apesar de poder contar com recursos áudio visuais e eletrônicos, como até mesmo um microcomputador que pode ser utilizado nas ações coletivas, a profissional responsável reflete que estes encontros poderiam ser mais ricos caso tivesse disponibilidade permanente de insumos de consumo como papel, tintas e telas.

O espaço coletivo disponível aos **adultos** é um grupo que ocorre quinzenalmente, aberto aos portadores do HIV e às pessoas correlacionadas à convivência com estes usuários – parceiros e familiares.

"... um grupo aberto, como o grupo de adultos que tem aqui, o grupo SOL, que é aberto e pode entrar pessoas a cada... de 15 em 15 dias". Psicóloga - Toque/Contato

"Grupo de adultos que é o grupo SOL, é muito diferente do grupo de mães e que reflete bem a posição deles na sociedade, vou colocar assim. Mas é uma demanda muito complexa. Muitos deles, o HIV é mais um problema, ou então é o menor problema como a gente já ouviu falar". Cirurgiã Dentista - Atenção

A demanda é livre e pode vir usuários de outras unidades e/ou espaços em comum. Não tem planejamento verticalizado. O processo é compartilhado de modo democrático. Um dado que chama atenção é o fato de que esse grupo tem um nome, o qual foi escolhido coletivamente – Grupo SOL[21].

Ocorre a partir das necessidades das pessoas envolvidas, acontecendo em forma dialogada, sendo mais um dos espaços de socialização de informações e conhecimentos, de mostrar outros olhares, respeitando as diferenças e também de encontros dos usuários. É uma troca de experiências através de um bate papo, onde as pessoas presentes são observadas como espelhos mútuos. Todos com particularidades as quais podem ser comuns ou não, mas que tem um ponto ou um sinal em comum - o HIV.

> *"... porque acho que também não adianta a gente chegar ali e impor determinadas coisas... é estar organizando junto com eles um planejamento mais adequado... [...]... é a gente chegar... perguntar como é que foi a semana. Apresentar quem é novo, quem não é... sempre tem alguma questão, né? Alguém: '... essa semana aconteceu isso comigo...'pronto, daquele assunto vão surgir outros tantos...". Cirurgiã Dentista - Atenção*

Têm momentos que são convidados outros profissionais a fim de participar de modo pontual, cuja inserção pode acontecer através de uma palestra sobre assunto específico proveniente do grupo, ou até mesmo uma conversa como as demais, porém com um profissional de referência ao determinado assunto.

Ainda é possível encontrar na fala profissional que o grupo é um espaço para aproximação entre os usuários e profissionais, possibilitando vínculo e confiança.

> *"... eu tenho certeza que através desses grupos que existe tem os pacientes que fazem vínculo com o serviço...". Médica - Encorajamento*

> *"... uma oportunidade que eles têm de melhorar a adesão... a adesão em remédio, adesão ao vínculo afetivo...". Médico - Auto-estima*

> *"Eu acho até que esse vínculo com o profissional que cuida dele também é legal pra ele... em questão de confiança... de você estar ali interagindo o tempo todo com o profissional...". Assistente Social - Sensibilidade*

O grupo também predispõe trabalhar assuntos difíceis de serem abordados individualmente. No espaço coletivo, a fala de um usuário pode representar inquietações, dúvidas e questionamentos dos demais. Todos podem escutar e desta forma, ampliam-se as oportunidades de aprendizado.

[21] Curiosidade questionada em momento posterior à entrevista.

> *"E é um sofrimento que não dá pra você cutucar isso o tempo todo. Na questão individual é muito sofrido. Na sessão em grupo se torna menos sofrido. Eles compartilham mais...". Psicóloga -Vínculo*

Pode também embasar o próprio usuário de conhecimentos que venham a ser compartilhados, a fim de fortalecer novos portadores. Desse modo os antigos portadores se sentem importantes, num processo de multiplicação de conhecimentos e vivências.

O grupo consegue representar um espaço de acolhimento e apoio entre todos, pois ainda é percebido o sentimento de preconceitos, estigmas e distanciamento, correlacionados ao ponto em comum – o HIV. São trabalhados, como na maioria dos grupos, questões de adesão, morte, depressão e cidadania.

Foi salientado que no passado o grupo era freqüentado por mais usuários, cujas justificativas podem ser desde o auge da epidemia e sucessivos caso novos, até a dificuldade em manutenção de encontros periódicos com portadores de doença crônica.

> *"... mas começou a vir muita gente de fora e eles ficaram sentindo assim.... eles sentem diminuído com as pessoas...". Auxiliar de consultório dentário – Auxílio*

Pode cair na repetição das questões, onde a importância da presença do usuário passa a ser mais percebida para benefício do coletivo do que para si próprio. E ainda pela impossibilidade de realizar ações que transcendam os espaços institucionais ou que requeiram investimentos de insumos como organização de cursos e oficinas.

> *"... os que saíram e que conversam comigo... é que o Grupo Pela Vidda, eles saem... eles cortam cabelo, cortam unha das pessoas de rua. Eles já saem pra ajudar os outros. Que esses aqui estão precisando de alguma sacudida pra fazer... não se sentir um diminuído. Porque fica muito só essa questão deles... só falar deles...". Auxiliar de consultório dentário – Auxílio*

O trabalho educativo voltado para a gestante acontece mensalmente e é realizado com inserção no pré-natal como um todo, porém, objetiva-se trabalhar com essas gestantes de modo mais específico e pormenorizado. No passado acontecia um grupo de aconselhamento pré-teste, no entanto, terminou, pois as gestantes já chegam referenciadas com o resultado de exame solicitado em sua unidade de origem.

São apontados determinados empecilhos para a continuidade deste grupo. O pré-natal do hospital é referência para o alto risco de modo geral e acontece em outro setor. Essa gestante vem para a coordenação do HIV, referenciada para acompanhamento. Existem as diferenças do processo de trabalho entre os setores, que refletem na lógica do acompanhamento desta mulher. O enfoque do pré-natal apresenta viés medicalizado. As

profissionais que se esforçam em conquistar as gestantes para direcioná-las ao grupo, são uma enfermeira e uma nutricionista, as quais também realizam atividades na coordenação do HIV. Além do mais, as poucas mulheres estão sempre mudando, pois após o parto elas são convidadas a participarem do grupo de responsáveis pelas crianças. Dessa forma, este grupo tem um caráter flutuante; está sempre se renovando.

A equipe de profissionais tem a intenção de operacionalizar um grupo voltado, especificamente, para a questão da violência sexual, pois a coordenação do HIV, também é referência para os casos em questão.

É sinalizado, ainda, que as ações coletivas como a doença em si, ainda vivenciam momentos marginais, sofrendo também preconceitos e estigmas dentro da própria instituição. Apesar disso, é notória a paixão pela causa que envolve o mundo positivo do HIV. Visto ainda que a efetivação das mesmas tem contribuído não somente para os usuários, sendo um momento de fala e escuta, mas também para o aprendizado e acolhimento dos próprios profissionais; para a minimização da carga emocional, de sentimentos de culpa e ainda de possíveis retrocessos, que podem vir a ocorrer nessa caminhada, pois o profissional não tem o governo e controle da vida do usuário; e ainda para trabalhar os próprios valores perante o progresso globalizado do mundo.

4.1.3 - PRESTÍGIO

A unidade de saúde Prestígio está localizada na zona sul da cidade e tem um passado histórico relevante no âmbito da saúde pública na cidade. No momento é uma unidade municipalizada, proveniente da gestão estadual.

De primeira impressão, apresenta uma estrutura física ampla, cujo processo de trabalho vem alocando inúmeras ações que se intercalam desde a oferta de referência às especialidades médicas como cardiologia, endocrinologia, dermatologia, alergia; perpassando por serviços específicos de saúde mental, tuberculose, hanseníase e HIV. Ainda implementa ações básicas como planejamento familiar, pré-natal de baixo risco e sala de vacinação. Todavia, tem também, a capacidade de estruturar serviços especializados, a fim de atender a referência e contra-referência de sua área de abrangência como: Ingá, Icaraí, Santa Rosa, São Francisco e Vital Brasil. Enquadra-se no nível secundário de atenção à saúde.

Com relação ao HIV, a unidade oferece serviço ambulatorial especializado, tendo como porta de entrada a utilização do sistema de referência para encaminhamento de usuários externos e internos. É realizado no mesmo espaço físico designado à clínica médica, todavia tendo dia específico para o agendamento de consultas. Os profissionais que integram esse acompanhamento são: duas infectologistas, uma enfermeira e uma assistente social, onde uma das médicas e a enfermeira são contratadas pelo grupo Pela Vidda[22], do município.

O laboratório que realiza as análises de sorologias e carga viral, por exemplo, está localizado no mesmo terreno da unidade, porém com estruturas e gerência separadas; é referência para toda a rede municipal.

Além do ambulatório, existe nesta instituição um CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids, historicamente conhecido como Centro de Testagem Anônima. Está localizado em espaço físico, à parte do ambulatório. Apresenta entrada diferenciada e independente, com representação social que favorece a identificação do serviço próprio ao acolhimento dos usuários. Foi o primeiro centro de testagem, antes de ocorrer a descentralização da atenção ao portador de HIV. Os profissionais lotados nesse serviço desenvolvem suas ações, na maioria das vezes, à parte do ambulatório.

[22] Grupo Pela Vidda é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, formada por pessoas que vivem com HIV e AIDS, seus amigos e familiares.

Com relação ao objeto de estudo desta pesquisa, as ações coletivas especificamente correlacionadas a esta instituição ocorrem em ambos setores. No CTA estas ações são mais estruturadas. De segunda à quinta-feira ocorre uma recepção em grupo pela manhã e como rotina, é a primeira atividade. É realizada através de um rodízio entre dois psicólogos, uma assistente social e uma enfermeira; todos na figura de aconselhadores. Esta recepção foi intitulada pelos profissionais de modos diferenciados como: grupo de primeira vez, grupo educativo/instrutivo/informativo, aconselhamento coletivo, grupo de acolhimento.

> *"Na verdade o grupo é basicamente instrutivo, informativo ta, não tem nenhuma proposta de ser um grupo de intervenção terapêutica..." . Psicólogo - Alteridade*

> *"Então o aconselhamento coletivo ele busca isso. Repassar informações em cima daquilo que as pessoas já sabem, então num aconselhamento coletivo normalmente a gente começa perguntando o que as pessoas sabem sobre o hiv. Em cima da informação que esta colocada por aquelas pessoas que estão ali sentadas você vai buscando a discussão, a reflexão, do conhecimento mesmo. E tentando produzir novas informações". Assistente Social - Pertencimento*

> *"... é um grupo de acolhimento de primeira vez,... e de aconselhamento coletivo, que a gente passa as informações reais, como pegam como não pega... os testes utilizados, a prevenção , a diferença do soropositivo pra o paciente de AIDS". Psicóloga - Carinho*

> *"Faço grupo de primeira vez... [...] Que você passa toda informação com relação à como se transmite, quem é portador de HIV, quem é soropositivo, o que é AIDS, meios de transmissão, resultados de exame, colocação de camisinha...".Encontro - Enfermeira*

Precede a entrevista individual preparando o usuário para o momento da coleta do sangue e do resultado do exame. Segundo os profissionais, o encontro acontece de forma aberta, porém com horário pré-estabelecido; fazendo parte da sistematização da rotina do serviço. Regula a entrada e normatiza o fluxo do atendimento.

> *"... dizer que o CTA é de segunda a quinta pra primeira vez, às oito e trinta... como o grupo não pode ser contínuo, tem que ter horário, posso ter de dez a vinte, e começar o grupo – é o fato de o grupo marcar muito o horário das pessoas... tem que ser naquela hora... isso traz uma dificuldade para as pessoas...". Psicólogo - Alteridade*

> *"Porque tem a questão do horário. As vezes tem pessoas que vão trabalhar... 'ainda vou passar por uma reunião e depois colher o sangue... Por que isso?" Enfermeira – Encontro*

As intenções dos profissionais envolvidos vão desde o retirar dúvidas, procurar desinibir as pessoas, deixando-as à vontade; auxiliar na auto-identificação quanto à exposição de riscos, estimular reflexões e questionamentos, minimizar ansiedades e angústias, possibilitar relação de troca de informações, experiências e vivências, dar conta

do processo de testagem, familiarizar o entendimento prévio à entrevista individual, desmistificar medos e fantasias, trabalhar suposições e representações futuras clareando as questões afins, trazer o fato à tona, desfazer situações truncadas para o entendimento do coletivo, até mesmo otimizar o tempo no processo de trabalho.

> *"Então ele tem uma função de otimizar o tempo, também. Se você passa informações para todo mundo que está numa situação que é similar...". Psicólogo - Alteridade*

> *"Como ali, que tem vários seres que estão colocados, que tem uma cultura que tem um conhecimento e que vai ter uma troca de conhecimentos. Alguns fantasiosos, que não são reais, que a gente vai estar ouvindo... tentando trabalhar e desmistificando as vezes algumas 'verdades' que não são verdades mas que estão colocadas.... alguns medos... aí a gente vai trabalhando isso no aconselhamento". Assistente Social - Pertencimento*

Atende adultos e adolescentes maiores de quatorze anos, com uma abordagem ampla, referenciando temáticas correlacionadas ao HIV que não devem deixar de ser ressaltadas. Desde a definição da doença, quem é o portador, formas de transmissão, estigma e preconceito, possibilidades dos resultados, HIV e gravidez, o sigilo, possíveis repercussões da soropositividade na vida cotidiana, até mesmo a demonstração do uso de preservativos...

Esse primeiro encontro, dura por volta de quarenta minutos, dependendo dos usuários presentes e do perfil do profissional que estará intermediando o processo. Outro fator que refletirá a partir desse perfil / formação de base é a abordagem priorizada. O processo coletivo costuma ter características desse facilitador, porém predomina a idéia de grupo como educação coletiva, enfatizando a questão informativa/instrutiva, distanciando de questões que se desdobrem em intervenção psicoterápica. Porém, distanciando da idéia de palestra. Não intervém com condutas prescritivas, apenas como repasse de informações. É um grupo que segue um roteiro com conteúdo a ser priorizado, mas, aberto ao diálogo, sendo necessário o posicionamento de um facilitador que dê direção e limites às questões que surgem. Desse modo, não necessariamente tem que centrar na figura do psicólogo, podendo ser intermediado por outro profissional de saúde que tenha afinidade com as questões necessárias ao processo de aconselhamento em HIV.

Outro espaço coletivo que existe é o grupo de apoio ao soropositivo. Segundo uma das profissionais houve a necessidade de formar esse grupo no CTA, pois os usuários após formar vínculo no grupo de primeira vez, ao se descobrirem soropositivos e serem

encaminhados ao espaço específico, que é o serviço de saúde mental, conforme necessidade, demonstravam alguma resistência.

> *"... isso ficou claro que era importante pra aquele paciente o vínculo que faria com o profissional que atendia... então eu comecei de uma certa forma a suspeitar.... comecei a fazer individualmente... fazer as sextas-feiras diferente. E depois eu levei pra antiga direção, o que ela achava de fazer grupo de apoio... está sendo positivo... ela achou legal, interessante eu comecei fazendo...". Psicóloga - Carinho*

Em acordo com a direção daquele momento, utiliza o espaço do CTA e forma um grupo de ajuda/suporte. Hoje, o grupo absorve tanto a demanda proveniente do grupo de primeira vez, como também do ambulatório e, ainda, a partir dos próprios usuários. Está aberto somente aos usuários sabidamente soropositivos e pessoas próximas de seu convívio social, cujas presenças não são obrigatórias.

No momento é realizado por uma psicóloga. São percebidas nas falas dos vários profissionais que já participaram, as intenções de formação de vínculo, relacionamento e apoio à familiares e amigos, espaços de escuta e diálogo, mudança de comportamento e atitude, apoio social, continuidade do processo educativo, também com temáticas específicas ao HIV, e tratamento medicamentoso – adesão e efeitos colaterais, além de evidenciar o trabalho com a carga de emoções e sofrimentos que surgem com questões de medos, angústias, decepções, estigmas e preconceitos correlacionados com a condição de soropositivo.

> *"A gente só abre no grupo de apoio aos familiares porque muitos deles tem dificuldade até de conversar e aí acaba sendo um local de esclarecimento...". Psicóloga - Carinho*
>
> *"... mas basicamente buscando a história individual de cada um e tentando baixar um pouco a questão dos preconceitos". Assistente Social – Pertencimento*
>
> *"... a gente fala, esclarece pra ele, exatamente o que é pra, por conta do preconceito que existe aí fora e o que tem que ser feito pra se proteger". Psicóloga – Carinho*
>
> *"Porque a prevenção é mudança de comportamento..Você vem.. não adianta eu chegar pra você, que vai usar camisinha se não você vai pegar AIDS. Não é isso.. porque isso ele sabe... na verdade isso ele sabe... mas eu acho que é sensibilizar... [...] ... na verdade é trazer, refletir com ele porque ele faz isso...". Enfermeira – Encontro*

Refere à necessidade de empatia e afinidade para auxiliar o usuário a caminhar de modo independente. Procura ressaltar a importância da auto-valorização, auto-respeito e auto-responsabilização.

No ambulatório são desenvolvidas ações de maneira informal, por outros profissionais. São ressaltadas pelas entrevistadas, profissionais com envolvimento efetivo

com a questão grupal, dificuldades, como falta de espaço e acúmulo de ações. Mesmo assim, a enfermeira e a assistente social relatam realizar orientações coletivas sempre que oportuno.

> *"... enquanto eles estão esperando a gente está conversando... eu faço isso volta e meia... ontem mesmo eu sentei ali na muretinha junto com os pacientes onde eles ficam... e... pra mim aquilo ali foi um grupo... porque juntou eu e mais uns quatro pacientes....e a gente ficou conversando realmente...". Enfermeira – Apoio*

> *"Então, o tempo todo essa ação do coletivo... ela acontece de maneira informal. Mas eu acredito que eu faço informalmente". Assistente Social - Empoderamento*

São diálogos, conversas e/ou bate-papos informais que acontecem num formato de sala de espera. Aproveitam o momento em que os usuários aguardam a consulta médica. Pode ser vivenciado no próprio consultório designado para o atendimento médico ou sentados nas muretas dos corredores. Procuram sugestionar temáticas correlacionadas ao HIV e à vida cotidiana dos usuários, perpassando situações como as descritas anteriormente. São valorizadas questões de direito como passe livre/vale transporte, fundo de garantia, imposto de renda, questões jurídicas e seus encaminhamentos. Situações familiares e de relacionamentos, além das específicas ao HIV, como adesão ao tratamento medicamentoso e efeitos colaterais.

> *"... trazem dúvidas que são comuns também com relação a questão do remédio, desse tomar o remédio, desses efeitos indesejáveis... da questão da lipodistrofia, que é uma demanda no coletivo". Assistente Social - Empoderamento*

Existe ainda a intenção de formar um grupo de mães. São mulheres soropositivas do ambulatório ou companheiras negativas de portadores do vírus. São mães que estão apresentando dificuldades de trabalhar a questão da soropositividade para com seus filhos. Percebe-se que esta ação aproxima os profissionais de ambos setores - uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social e uma médica. É perceptível a idéia de manter diálogos e decodificar/socializar informações, acessar o usuário conforme a real demanda numa relação horizontal, de acolhimento, procurando promover a independência e o auto-cuidado como um todo na vida deste usuário.

4.1.4 – SIGILO

Como na maior parte dos serviços de saúde existentes no município, o trabalho coletivo aqui existente tem acontecido de modo flutuante, com predomínio de sala de espera e encontros festivos. No momento, vivencia mais um trabalho individual do que coletivo. Quer seja pelos estigmas que ainda permeiam a doença, quer seja pelas dificuldades correlacionadas ao tentar vivenciar práticas grupais.

Após pertencer ao governo federal, passou a ser uma policlínica gerenciada pelo poder municipal, estando localizada no centro da cidade. É referência à Saúde da Mulher, para as quais se encontram atendimentos como pré-natal de alto risco, patologias cervicais e mamárias. Ainda tem um atendimento referenciado às adolescentes grávidas e um núcleo de atendimento à violência e ao abuso sexual. Os profissionais envolvidos com esses trabalhos são: duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma nutricionista, uma clínica, quatro obstetras, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, quatro mastologistas e cinco patologistas cervicais.

Mesmo tendo seus setores divididos por andares de um prédio situado em via pública é citada como uma unidade pequena, a qual possibilita envolvimento entre usuários e profissionais.

> *"... a gente... essa unidade... é uma casa de cômodos, você não tem idéia... é muito pequena, né? E a gente fica muito junto!". Médica – Consideração*

As dependências utilizadas pela fundação municipal de saúde compartilham espaço com alocações privadas, pois a estrutura física anteriormente pertencia ao governo federal, não estando de posse do município, a totalidade do espaço físico. Creio que a divisão desse modo permite aos usuários livre acesso, os quais passam despercebidos pelos transeuntes de maneira em geral. Assim teve-se a idéia de distingui-la como SIGILO.

Com relação ao HIV, a maior referência é realizada às gestantes. São usuárias que em grande maioria se descobriram portadoras do vírus no momento da gravidez. Existem ainda aquelas com gravidez subseqüente ao período de contaminação.

Como o pré-natal é referência ao alto risco em geral, não somente ao HIV, a gestante portadora do vírus passa despercebida entre outras, com maior possibilidade de manter o sigilo de sua positividade. O que fez aumentar o número de usuárias acompanhando a parte clínica do HIV, foi o fato de permanecerem após o término da gestação, cujo procedimento está sendo evitado no momento com a saída de uma médica

da assistência. Neste ínterim também se realiza acompanhamento concomitante do parceiro.

Com relação ao enfoque do objeto delimitado, de antemão os profissionais direcionam as referências para atividades realizadas de modo indireto com o mundo HIV, designando sempre correlações às questões de prevenção. Dentre elas podem ser destacados o planejamento familiar, grupo de gestantes e a distribuição de preservativos.

> *"... é a questão do planejamento familiar... que no planejamento familiar... é... as pessoas estão todas juntas...". Médica - Consideração*

> *"E planejamento familiar e infertilidade, assim que a gente atende aqui". Assistente Social -Escuta*

> *"A gente tem quatro segmentos aqui. Agente tem planejamento familiar, tem o grupo de HIV, em a patologia cervical e mamária e a gente tem as gestantes. Eu divido agora com a outra assistente social o planejamento familiar, então a gente coloca assim: na primeira semana é do planejamento, na segunda semana é da patologia, na terceira semana são as gestantes. E na última semana, por que isso foi escolha delas, colocar a quinta feira da última semana. Toda última quinta feira do mês. É o grupo com as pacientes HIV". Assistente Social – Solidariedade*

O processo de inclusão nas ações coletivas se dá por estas atividades indiretas, após captação, através do atendimento individual, que é o aconselhamento pós-teste. Em sua maioria, com o decorrer do tempo, estas usuárias ao estruturar formação de vínculo com o profissional e instituição dão prosseguimento aos encontros.

> *"E aí a gente, antes de tentar agrupá-las, antes deixá-la agrupadas num segmento que...elas costumam dizer: 'onde todas estão no mesmo no mesmo barco...' eu trabalho elas individualmente, porque na verdade a gente sabe que nem todo mundo gosta de se expor em grupo". Assistente Social - Solidariedade*

Estes encontros, na maioria das vezes, acontecem de maneira informal nos moldes de sala de espera, cujas temáticas discutidas perpassam as questões de aconselhamento, medicação, carga viral, uso de preservativos correlacionados às questões de re-infecção. E também assuntos dirigidos à vida da gestante de alto-risco, passando pelas questões éticas do direito de engravidar, da responsabilidade futura de criar os filhos e da pauperização dos usuários. Questões estas, que não estão bem claras nas visões dos profissionais e usuários.

Acontece esporadicamente, reuniões com um café da manhã e comemorações de datas festivas, como natal, dia das mães e crianças. Eventos programados a partir do consenso da equipe e usuários. São reuniões com intuito de comemorar a vida, sem delimitação de cronogramas, nem programação prévia de temáticas.

De modo diferenciado, nesta unidade, as reflexões que validam esses encontros se polarizam de modo positivo e/ou de maneira indiferente no que tange o processo educativo e mudanças de comportamentos. Não de maneira negativa. São reconhecidas em maioria como positivas, não só pelos profissionais que participam de modo efetivo e espontâneo, como também dos que marcam sua presença de modo pontual. Tanto que existe continuidade destas ações.

O modo indiferente percebido pode se dar pela robotização do processo de trabalho, ou mesmo pela não percepção e/ou priorização a respeito destes momentos, como situações de enriquecimento nas relações afetivas de convivência, diálogos e encaminhamentos como apoio das questões mais emergentes.

A baixa freqüência nos grupos programados se dá por motivos como intensa disponibilidade profissional à demanda dos atendimentos individuais, apresentando assim pouco interesse dos usuários em comparecer em dias extras específicos.

> *"Eu acho que tem pouco interesse até porque talvez por essa facilidade do atendimento individual". Assistente Social – Escuta*

Além do que, a maioria apresenta dificuldade econômica e de envolvimento constante devido os afazeres cotidianos. As atividades de promoção à saúde ficam em segundo plano, sendo priorizadas as questões imediatas como a medicação. Outra situação enfocada é a dificuldade de substituição do profissional antigo, nesse trabalho, quando o mesmo necessita sair para desempenhar outras ações. Ratifica desta forma, a deficiência de recursos humanos.

Um dos trabalhos que sobressai nesta instituição são os cursos de 'cestaria de jornal', corte e costura e bijuteria. É relevante o envolvimento institucional a respeito da intenção de promover meios de inserir os usuários no mercado de trabalho, mesmo que seja informal. A partir daí, com certeza, aumenta o vínculo entre todos. É ainda um espaço favorável ao processo de educação em saúde, e não somente desencadeia ações de apoio material.

> "*Cestaria de jornal e agora por último a gente teve bijuteria. A Secretaria de Assistência. Eu fiz uma lista de material, solicitei. A gente recebeu essa verba. Eles forneceram. Essa verba aqui pra unidade. A gente conseguiu uma instrutora e algumas meninas começaram fazer esse trabalho..." Assistente Social - Solidariedade*
>
> *"... que elas vendem as cestarias delas. Elas fazem bijuterias pra tentar vender... mas é tudo uma coisa muito pequena..." Médica - Consideração*
>
> *E agora inclui nessa reunião (mensal) elas trazerem os trabalhos delas e fazer tipo uma feirinha. Assistente Social – Escuta*

Vale lembrar que um dos profissionais desta unidade, que apresenta envolvimento intrínseco com o mundo HIV, procura sempre inserir as usuárias em outros espaços coletivos como a rede de educação em saúde vinculada ao HIV no município – ReduSaids[23]. Tem a intenção de socializá-las. Afirma ser a única profissional que obteve êxito com a participação contínua de uma portadora, conseguindo mantê-la atuante no movimento, permanecendo o sigilo quanto a soropositividade. Diz que são conquistas pequenas, mediante o número de envolvidos, mas que de modo ímpar há um grande retorno e imensa satisfação pessoal.

[23] **ReduSaids**: Rede de Educação e Saúde para Prevenção das DST/AIDS em Niterói. Surgiu em 2001, a partir de iniciativa da Acessória Municipal de DST/AIDS, tendo como finalidade potencializar e organizar as ações de promoção e prevenção às DST/AIDS na área da saúde.
Boletim Epidemiológico DST/AIDS – Município de Niterói – RJ. (37-38), 2002.

4.1.5 – ESFORÇO

Dentre os demais órgãos de saúde existentes no município, este localiza-se distante do centro sul da cidade. O pseudônimo utilizado faz correlação às formas de enfrentamento necessárias para vencer os obstáculos e ainda conseguir se preocupar com a vida cotidiana de inúmeros usuários que demandam essa instituição. É referência à atenção básica de vários bairros como Maria Paula, Itititoca, Cachoeira, Matapaca, Muriqui e Badú, compondo uma área de abrangência extensa, próxima à região oceânica. Sendo uma policlínica comunitária gerenciada pelo âmbito municipal, também oferece serviços especializados, dentre eles o diagnóstico e acompanhamento de portadores HIV.

As atividades sistematizadas aos portadores do HIV têm maior enfoque e continuidade na consulta médica individual. Os demais profissionais realizam seu atendimento no momento de recepção do usuário e ainda conforme a rotina ou demanda dos mesmos. A equipe envolvida na assistência ao HIV, é composta por dois médicos, uma psicóloga, uma assistente social e um enfermeiro.

Tem estrutura física plana com varandas ao redor, as quais são utilizadas como sala de espera. Pelo número de atividades existentes não possui espaço de trabalho ocioso. Possui um serviço de imagens e um laboratório de análises clínicas, sendo referência para a região leste oceânica.

Com relação às ações de grupo, o que chama a atenção é ausência de um local amplo. O existente no momento é a adequação realizada num dos consultórios, o qual comporta não mais que dez participantes. É referido que este espaço também é utilizado para atendimento individual, sendo compartilhado pelos profissionais de toda unidade.

As ações coletivas que são referenciadas de primeira intenção pelas depoentes são as ações programáticas oferecidas para os usuários de modo específico, como: planejamento familiar, grupo de gestantes, grupo de adolescentes e distribuição de preservativos. Entende-se que são tratados indiretamente assuntos correlacionados ao HIV, não sendo ação focalizada especificamente ao grupo de usuários soropositivos. Existe recurso áudio-visual como tv e videocassete.

Anteriormente acontecia um grupo em formato de sala de espera com o trabalho voltado especificamente aos portadores do HIV, com a participação do grupo Pela Vidda.

> *"Teve e nós chegamos a fazer . Inclusive o grupo Pela Vidda nesta época, nós estávamos já começando a fazer sala de espera nesta época e eles chegaram. Eles até participaram de algumas reuniões mas havia muito pouca participação". Assistente Social – Atenção*

A participação da ONG tinha o intuito de socializar informações dos cursos existentes, das atividades de apoio social e fornecer esclarecimentos específicos do viver com o HIV. No entanto, não foi dado prosseguimento por fatores apontados, dentre eles a resistência dos usuários, pois os mesmos priorizavam sempre os atendimentos individuais. Tinham pouca participação e envolvimento, quer seja pela preocupação com o horário da consulta médica, quer seja pela não valorização da ação em questão. Outro dado evidenciado é a constante correria que se encontram as pessoas na vida cotidiana. Os próprios usuários em sua maior parte estão envolvidos nos seus afazeres e responsabilidades. No serviço, são priorizadas por eles, questões correlacionadas especificamente ao tratamento medicamentoso. A procura pela equipe multiprofissional ou encaminhamentos, acontece com maior prevalência de modo individualizado, com a intenção de retirar dúvidas sobre a questão do medicamento ou questões específicas de cada profissional como o de psicologia, do serviço social e da enfermagem. Além da procura em momentos de que necessitam de apoio e orientações particularizadas.

O grupo de adolescentes, atividade com interface direta com as DST e com o HIV, já contou com a participação efetiva de mais de vinte jovens. Porém, no momento são aproximadamente seis que, de modo irregular, demandam a unidade.

Mesmo de maneira esporádica e informal a sala de espera vem acontecendo. São aproveitadas oportunidades em que os usuários estão aguardando a consulta médica e são atendidas as demandas coletivas, correlacionando temáticas específicas ao HIV como: adesão à medicação e efeitos colaterais. Mas, as dificuldades vêm à tona em todo momento da entrevista.

Vale registrar que o ambulatório de HIV não tem espaço físico específico para a demanda existente. As consultas médicas são priorizadas individualmente e realizadas em local concomitante ao atendimento clínico. Compartilham o rodízio dos profissionais nas várias salas conforme o turno de atendimento, os quais são divididos em três. Os horários dos profissionais nem sempre coincidem. As acomodações e alterações, na maioria das vezes, vêm atendendo a necessidade do profissional. Observa-se dificuldade ao trabalho de equipe interdisciplinar. Além dos mesmos estarem disponíveis para o atendimento de outros usuários, realizando assim, ações diversificadas no seu processo de trabalho.

Dessa forma, a organização dos horários estabelecidos, das ações e dos profissionais, nem sempre são condizentes com o espaço físico disponível e com a necessidade do usuário. Surgem fatores sobrepostos que dificultam a vinculação da representação social no acompanhamento do HIV. A mesma fica diluída entre outras especialidades que são atendidas na instituição.

O espaço designado às várias ações coletivas é uma pequena sala de atendimento individual que foi reorganizada com a inclusão de recurso áudio-visual. Já houve a sistematização de uma sala de espera, a partir da vontade pessoal de uma assistente social e da chefe de vigilância em saúde, até mesmo com participação de uma ONG. Trabalhando adesão ao tratamento, socialização de informações e divulgação das ações disponíveis nos espaços não governamentais. Atividade realizada antes do atendimento médico, em espaço distante do consultório, o que favorecia a preocupação do usuário se iria perder a vez no momento chamado pelo médico. Muitos iam para a consulta e não retornavam, mesmo sendo convidados.

Porém, não houve continuidade de modo efetivo desta ação, pois o número de usuários, marcados por turno, para a consulta individual era pequeno e a participação nem sempre era de modo expressivo, efetivo e às vezes, inibida e silenciosa. E, ainda, a quebra de vínculo, devido a substituição, nos momentos de férias e licenças, do profissional envolvido.

Como esta população é composta por um segmento de usuários que sofre preconceitos e estigmas, ainda é necessário sigilo a respeito da soropositividade. Daí a necessidade dos mesmos estarem passando rapidamente pelo atendimento médico, o qual não o caracterizaria especificamente como HIV, mas podendo passar despercebido como um doente qualquer. Já, a atividade coletiva, estaria expondo-o ao encontro de outras pessoas da comunidade. Podendo, ainda, estar suscetível a rótulos que divulgue a identificação das ações de grupo / promoção da saúde. A simples presença no grupo pode estar levantando questionamentos na comunidade.

Esta pesquisa não foi realizada com usuários. As impressões são dos profissionais entrevistados e algo ainda de suposições próprias. Particularmente, levanto essa suspeita para a pouca freqüência aqui nesta realidade, pelo que observei rapidamente no momento de espera da entrevista.

Outros dados que favorecem a demanda destes usuários à unidade, além do tratamento medicamentoso, é a procura individual pelos profissionais, a questão de falar

com alguém, de se abrir. Os profissionais dizem que os usuários demandam longo tempo para adquirir segurança para desabafar o segredo com a família e/ou amigo. Desse modo, encontram na equipe, um ponto de referência.

> *"Individual é o que eu mais faço, porque tudo você sabe que bate ali na Vigilância então não tem jeito. Então eu faço muito individual". Bióloga - Esclarecimento*

Porém, não há desejo de socializar o segredo, de se expor para um grupo de pessoas no dia a dia. Priorizam as conversas individuais. Os encontros coletivos ficam prejudicados. Requerem disponibilidade e crédito do profissional envolvido.

É reconhecido pelos depoentes nesta unidade, que as ações coletivas são momentos de oportunizar a fala, a escuta e o vínculo. Pontuam que, mesmo que o usuário apenas utilize o espaço do grupo para escutar, esse momento não é em vão; irá servir como vínculo para posterior procura. Desencadeiam outros atendimentos que não foram esgotados no grupo, como questões particulares e sigilosas.

> *"... esse momento de grupo eu acho que é um momento de você se conhecer... um acolhendo o outro, um ajudando o outro...". Bióloga - Esclarecimento*

Com isso, o profissional acolhe, se posiciona de modo disponível e também se expõe com relação ao usuário. Ele é sempre testado. Pode ser uma das dificuldades encontradas por muitas pessoas que se distanciam do trabalho coletivo.

Os poucos profissionais envolvidos nas ações coletivas, de modo sistematizado, têm conhecimentos fundamentais sobre a temática abordada. Reconhecem que otimizam o tempo e minimizam a carga de trabalho dos profissionais, atendendo maior número de usuários em menos tempo. Demonstram desejo de reativar grupos que aconteceram anteriormente e vontade de implementar melhor as atividades existentes. O momento de cada entrevista foi útil ao processo crítico-reflexivo do profissional, possibilitando auto-avaliações construtivas e intenções prospectivas a respeito das atividades em sua unidade.

> *"Minha preocupação toda, que eu tenho maior vontade de fazer aqui é um grupo de adesão, que isso aí é uma coisa que realmente falta, porque que o paciente tem dificuldade pra tomar medicação". Bióloga – Esclarecimento*

No entanto, percebe-se que a sobreposição de ações e vinculação de múltiplas responsabilidades, a universalização do acesso contraposta pelo pouco investimento e concomitante fragilidade da estrutura do processo de trabalho no que se refere ao espaço físico e escassez de recursos humanos, contribui sobremaneira com inconstância e solidez dos trabalhos coletivos. Além de o atendimento individual ser priorizado mediante a lógica de produtividade existente em nosso sistema de saúde.

4.2 - Caracterizando o perfil dos profissionais envolvidos

Como pontuado na metodologia, os profissionais escolhidos para fazer parte desta pesquisa tinham que apresentar como pré-requisito o envolvimento com portadores do HIV. Uma outra necessidade primordial foi a afinidade demonstrada com as ações coletivas, mais especificamente, ações de acolhimento, educação em saúde e apoio social.

Minha aproximação com os depoentes ocorreu a partir do momento em que realizava o mapeamento e o diagnóstico situacional das unidades responsáveis pelo acompanhamento do usuário portador do HIV, e também, no momento em que os mesmos realizavam as ações coletivas.

Procurei formar vínculo com esses profissionais, intencionado, não somente de conhecer as unidades e os processos de trabalho, como também em sondar as possibilidades de encontrar espaço acessível para a realização da pesquisa e o encontro com o objeto delimitado.

Alguns profissionais já eram conhecidos, ou pelo contato no período da graduação, ou pela relação profissional a partir dos encontros, reuniões, cursos e confraternizações, fatos que possibilitou inserir-me, com facilidade na maioria das instituições. A relação prévia com os profissionais facilita e possibilita que o pesquisador seja recebido nos locais de entrevista, sem provocar estranhamento, situações incômodas e subterfúgios.

Bastou que conhecesse uma pessoa, para que a rede de solidariedade desencadeasse um processo de aproximações que me fizeram sentir, na maior parte das vezes, nas instituições, como se estivesse no meu próprio local de trabalho.

Dessa forma, fui agendando os retornos e os momentos possíveis para os profissionais, na busca de um espaço reservado para realizar as entrevistas. Foram idas e vindas. Encontros e desencontros mediante a torrente de responsabilidades que envolvem o cotidiano dos profissionais de saúde. Ao todo, foram trinta e seis entrevistados, sendo que uma delas é a coordenadora do programa de Niterói.

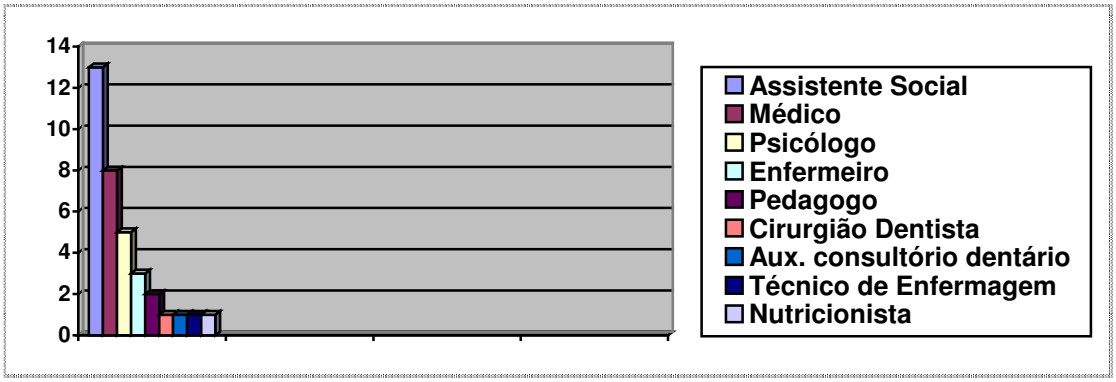
Com o decorrer das entrevistas pude perceber que existia uma diferença e um processo distante, entre o momento da sondagem diagnóstica e aquele instante. Algumas ações tinham deixado de ser realizadas, outras foram implementadas e outras ainda foram enfatizadas como intenções futuras.

Como as ações, o conjunto de profissionais também passou por alterações. Uma delas que não posso deixar de registrar é a respeito da divisão necessária entre profissionais com participação pontual e efetiva. Foi um dado importante percebido durante o processo de aproximação com os entrevistados.

Ao todo, foram trinta e seis depoentes, cujos dados apresentados nesta parte da pesquisa, estão consolidados num quadro que se encontra no (Anexo 04). Para identificá-los, foram utilizados pseudônimos correlacionados direta ou indiretamente ao objeto desta pesquisa. A cada entrevista era disponibilizada uma lista de palavras, dentre as quais iam livremente escolhendo conforme interesse e afinidade pessoal. É certo que os últimos ficavam com oportunidades de escolha diminuídas, no entanto ainda deixava aberto para sugestões. Todos, apesar da indecisão, escolheram seus pseudônimos.

As categorias profissionais envolvidas que compõem as equipes são em maior parte as assistentes sociais - treze; sendo acompanhadas pelos médicos - oito, psicólogos - cinco e enfermeiras - três. Em menor proporção, estão uma cirurgiã dentista, uma nutricionista, uma bióloga e duas pedagogas (trabalhadoras inseridas na saúde através de parcerias). Fica registrada a participação de dois profissionais de nível médio, que é uma auxiliar de consultório dentário e um técnico de enfermagem, os quais foram inseridos pelo envolvimento sinalizado pela equipe.

Gráfico 03: Categoria profissional dos entrevistados



Na parte de identificação, foram abordados a **escolaridade** e **o sexo**. O sexo confirma a presença maciça das mulheres em detrimento dos homens, cujos dados apontam uma razão de trinta e uma (31) mulheres para cinco (05) homens, perfazendo um total de trinta e seis (36) depoentes.

Gráfico 04: Sexo dos entrevistados

A escolaridade varia de doutorado ao nível médio. Optou-se por permanecer com o nível médio, pois a escolaridade não altera significativamente a qualidade da entrevista, nem mesmo em relação à prática dos encontros coletivos. A média de participantes fica demonstrada através da graduação, porém existem as especializações e mestrados.

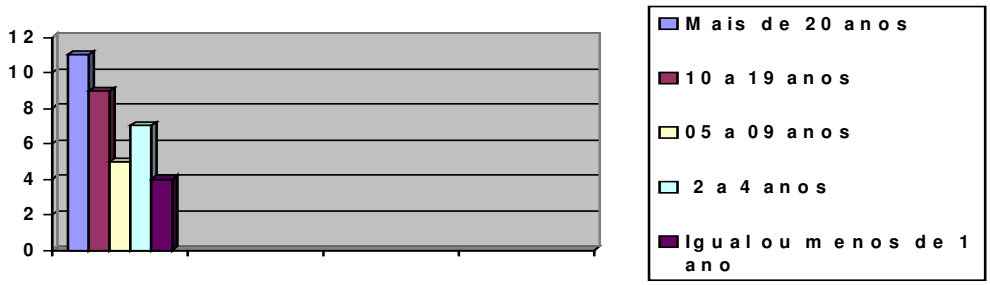
Gráfico 05: Escolaridade dos entrevistados

Estão divididos entre dezesseis depoentes que apresentam a graduação e quatorze referem à realização de especialização. Dois têm mestrado e dois Doutorado. E ainda, mais dois apresentam nível médio.

Tratando-se da variável **tempo de serviço na instituição**, existem extremos que variam de vinte e nove anos (Atenção), contraposto por meses (Vínculo e Encontro), sendo que a maioria se encontra entre e/ou há mais de vinte anos na Instituição. Não foi questionado o tempo de formação. Foi questionado apenas o tempo de relação com o HIV, especificamente, cujos anos variam entre doze anos (Responsabilização, Atenção, Acolhimento, Confiança, Auto-estima, Carinho e Pertencimento) e meses (Vínculo e Encontro).

Com relação à participação em atividade coletiva com o HIV, esta não foi evidenciada. Penso que essa variável pode ser correlacionada ao tempo de relação com a própria doença, seguindo do tipo de inserção - pontual e efetiva.

Gráfico 06: Tempo de trabalho dos entrevistados na Instituição



Bom, pontual e efetivo foram os **tipos de inserção** designado para identificar a participação e envolvimento com as ações grupais. As participações **pontuais** são entradas à convite, para realização de palestras, para serem apresentados ao grupo com a intenção de formar vínculo e para efetivar algumas ações estratégicas, como orientações específicas com relação à adesão ao tratamento e informes do próprio serviço. E as participações **efetivas** são aquelas que os profissionais são parte integrantes do grupo; dão continuidade ao processo dos encontros, viabilizando não só atividades educativas como também ações de apoio social. São os facilitadores, intermediadores de todo processo.

Assim, as participações pontuais são preenchidas em maioria pelos médicos. Dos 08 médicos existentes, todos são inseridos de modo pontual. Creio que seja justificado pelo objeto de trabalho do médico, o qual está inserido nas instituições com a responsabilidade maior de diagnosticar e tratar doenças.

E as participações efetivas ficam mescladas entre os demais depoentes, porém, as assistentes sociais são a maioria. Das doze assistentes sociais entrevistadas, onze tem participação efetiva e apenas uma tem inserção pontual.

É importante ainda pontuar a respeito de uma outra variável interessante e que confirma alguns meus pressupostos, ou seja, o **tipo de vínculo**. Podem existir vínculos variados - funcionários federais, estaduais e municipais. Alguns têm acúmulo de cargos e um é cedido por outra prefeitura, dificultando o processo de quantificá-los e separá-los.

Também existem aqueles que são contratados de outras formas. Uns são amparados pelas leis trabalhistas, outros não. No entanto, fica como informação de enriquecimento, não podendo ser quantificado pelo conjunto, pois não foi alvo das intenções. Ainda existe a presença do voluntariado, cujas inserções são de recém formados ou aposentados.

Tendo em vista as variáveis escolhidas, o perfil destes profissionais apresenta as respectivas características:

Em se tratando dos médicos, vale tornar evidente que a formação dos mesmos é especialista. Assim, dos sete médicos entrevistados, encontra-se um clínico geral, um hebiatra e cinco pediatras. Todos se inserem de forma pontual nos grupos.

A proporção de enfermeiras e psicólogos, em relação às assistentes sociais e aos médicos é menor. Acompanha o déficit destes recursos humanos no município. No entanto, os poucos existentes, encontram-se inseridos de modo efetivo.

O tipo de participação pode ser cruzado com o tipo de vínculo. Só a título de curiosidade, todos os voluntários presentes nos ambulatórios de HIV têm participação efetiva nos grupos. O mesmo não acontece com os estatutários e contratados, cujas participações variam muito.

Uma outra questão interessante, cuja sinalização parte do meu pressuposto inicial, é a questão **de gênero** que envolve o processo de promoção e prevenção à saúde. Quanto às atividades de promoção da saúde, requer por parte do profissional, um comprometimento diferenciado. Ambas têm uma idéia de continuidade e de envolvimento muito próxima. São as mulheres que mais têm afinidade e se aproximam das ações de que necessitam mais tempo na unidade. São elas que se permitem a mais essa relação de afeto, sensibilidade, aproximação, acolhimento, troca e apoio.

Fica a cargo dos homens ou do masculino as ações pontuais, e com menor envolvimento. As verbalizações imperativas e as orientações normativas têm uma tendência de serem encontradas nas falas masculinas, sendo que neste estudo não foi realizada análise específica para com a discussão de gênero, apenas alguns apontamentos. Ficam assim, sob a responsabilidade feminina, as ações que necessitam de processo, atenção e organização.

Todas as vezes que fui a uma unidade de saúde, a fim de agendar uma entrevista, encontrei a figura de uma mulher, disponível a me escutar e me encaminhar no processo das relações. Penso que todos os conceitos escolhidos para dar vida a esse objeto de pesquisa podem ser considerados femininos. O ato de acolher, educar, apoiar, estar presente, trocar, se integrar, fazer parte de, escutar, estar disponível faz parte do arsenal de verbos e/ou substantivos femininos. Começa pela família nuclear e tradicional, da qual a

maioria de nós faz parte. Esses verbos fazem parte mais do arsenal de comandos e ações da mãe do que da figura paterna. Assim, das trinta e seis pessoas envolvidas, trinta e um eram mulheres. A variável sexo sobrepõe de modo unânime o número de mulheres, ultrapassando 85%.

Dos cinco homens, três são médicos. Um é técnico de enfermagem – estritamente profissão feminina, o outro é psicólogo, cuja profissão pode se alternar entre homens e mulheres, no entanto a sua práxis está muito mais voltada para o mundo feminino. Óbvio que não faz parte desta pesquisa, nem mesmo constava no roteiro de entrevista, questionamento a respeito da orientação sexual dos profissionais, nem os papéis desempenhados na dinâmica social, nem tão pouco suas características pessoais em relação à feminilidade e/ou masculinidade. No entanto, todos entrevistados passam a idéia de serem solidários, atenciosos, cordiais, afetuosos e preocupados com as questões simbólicas e abstratas das relações entre os humanos – representações sociais femininas.

Outra questão que fica atrelada ao gênero é a relação possível de ser pensada entre a profissão exercida e o tipo de inserção / participação nas ações coletivas. Todos profissionais que participam de modo efetivo, somente as mulheres. As responsáveis pela continuidade e operacionalização do processo grupal é a figura feminina. A maioria das assistentes sociais são responsáveis por encabeçar as ações coletivas; depois, o espaço é dividido entre as psicólogas e as enfermeiras. Todas as médicas só têm participação pontual, e também não existe um médico com participação efetiva.

O **acúmulo de funções** assistenciais com funções de gerência mostrou-se de grande importância. Existem alguns profissionais entrevistados que têm acúmulo de funções - três médicos, cujos pseudônimos são: Intuição, Auto-estima e Consideração. Uma bióloga cujo pseudônimo é Esclarecimento, uma assistente social denominada Sensibilidade e outra que é a Afinidade. Vale a pena correlacioná-los às respectivas funções. Intuição e Auto-estima são coordenadores de ambulatório. Consideração é diretora de unidade; Esclarecimento é chefe de vigilância em saúde, Sensibilidade é chefe do serviço social e Afinidade é coordenadora do projeto da ONG.

Os profissionais envolvidos com os grupos, quer sejam masculinos ou femininos; estatutários, contratados ou voluntários, com vinte e nove anos ou nove meses de instituição; doutores ou graduados; cirurgião dentista ou pedagogos, todos contribuem de alguma forma, ao meu ver, com as questões levantadas nesse estudo.

V – A fala profissional evidenciando as relações com o 'mundo positivo' do HIV em Niterói - RJ

Que se pode fazer de mais exato,
de mais rigoroso, quando se estuda o homem,
do que reconhecer-lhe propriedades humanas?
Jean-Paul Sartre

5.1 - Um *link* necessário – Algumas considerações importantes

Um dos objetivos ressaltados neste estudo foi o levantamento das facilidades e dificuldades encontradas nas unidades para se desenvolver atividades coletivas com os portadores do HIV. Fizeram parte do roteiro de entrevista, questões que inquirissem a respeito das facilidades e dificuldades para que fossem realizadas ações de educação em saúde, apoio social e acolhimento nas respectivas ações.

Essa iniciativa, parte integrante do método, foi um dispositivo importante, direcionado via orientadora, o qual teve o papel de estimular e provocar as falas dos profissionais envolvidos, desencadeando narrativas extraordinárias, a respeito de suas práticas ao se trabalhar com grupos voltados ao HIV, no município de Niterói.

Desse levantamento, foi possível categorizar três núcleos de sentido temáticos:

- O **acolhimento** como artifício de inclusão grupal dos usuários e profissionais;
- A **educação em Saúde** como possibilidade de aprendizado mútuo nas relações;
- Grupo como viabilidade estratégica de **apoio social** e preparo para a vida.

Esses núcleos são capazes, momentaneamente, de tornar transparentes os significados individuais, que, em conjunto de afinidades, passam a ser referências coletivas, das ações grupais com os portadores do HIV.

Faz-se necessário retomar os objetivos propostos no início desta pesquisa. Inicialmente, foi intenção identificar as unidades com possibilidades de evidenciar o objeto delimitado e caracterizar os responsáveis pela prática das ações coletivas, cujos resultados foram evidenciados no capítulo IV – Unidades e profissionais: uma relação que faz a diferença.

Em seguida, foi proposto **analisar possibilidades de encontros dos conceitos de acolhimento, educação em saúde e apoio social nas ações de grupo.** Os resultados evidenciados confirmaram o primeiro questionamento que foi levantado na proposta da pesquisa.

O último objetivo delimita o intuito de **analisar as facilidades e dificuldades para que os conceitos sejam operacionalizados.** Esse apanhado, descrito nesse momento, emergiu a partir da análise das falas dos depoentes, cuja organização delimitou embasamentos fundamentais para que fosse possível organizar os núcleos temáticos. Em todo tempo essas facilidades e dificuldades estão implícitas, e tornam vivos os referidos

núcleos temáticos, consolidando a representação, não só de sucessos como de fracassos da vivência grupal no 'mundo positivo' do HIV.

Como descrito anteriormente, a escolha das cinco unidades de saúde que compõem o quantitativo de instituições, com características que se aproximam do objeto de estudo foi realizada através de diagnóstico situacional, percorrendo todas as unidades de saúde, existentes no município, que realizassem ações de diagnóstico e acompanhamento dos portadores do HIV. A partir de então, foi possível aproximar mais daquelas que desenvolvem ações de grupo com os usuários que se tratam nessas unidades.

Entendendo que as ações dependem da práxis de cada profissional e, ainda, a partir do conjunto criado com o encontro das múltiplas individualidades, em cada instituição, a descrição foi realizada, de início, separadamente por instituição, entendendo que existem situações específicas que variam conforme cada realidade e ainda conforme a visão dos entrevistados.

Para a delimitação das unidades temáticas, que emergiram do conjunto de falas dos profissionais lotados nas cinco instituições, foram agrupadas por aproximação de idéias, após análise exaustiva. Para facilitar o processo, tanto as **facilidades** quanto as **dificuldades** foram identificadas e separadas entre pessoais/profissionais, institucionais e correlacionadas aos usuários. (Anexo 08)

A análise desse conjunto de conteúdos possibilita refletir um pouco melhor a respeito do modo como essas ações coletivas são vivenciadas. Conseguem trazer reflexões que retratam possibilidades concretas, que se repetem, configurando contextos similares a partir de cada ação grupal realizada com os portadores do HIV, conforme a realidade local.

Vale lembrar que o objeto dessa pesquisa é delimitado com enfoque embasada na visão dos profissionais, no entanto, não deixa de expressar questões indiretas identificadas em suas falas, cuja percepção se justifica pela inserção e reflexão teórico-prática do pesquisador, a respeito de um contexto que abrange situações da vida dos mesmos, dos usuários e das instituições.

As questões vão emergindo espontaneamente no decorrer das entrevistas, visto que o roteiro elaborado suscitava inúmeras reflexões, surgindo mais como desabafos das relações cotidianas. Também, como descrições entusiasmadas, evidenciam as conquistas alcançadas no decorrer dos anos. São questões que delimitam cada nova situação vivenciada na relação entre os profissionais e a instituição.

A cada encontro, vão surgindo pontos específicos que se repetem e se complementam dando formas e sentidos a um pensamento coletivo, onde passa a ser caracterizado como situações similares, vividas pelos diferentes profissionais, usuários e instituições. Teve como ponto comum, o HIV, conseguindo dar vida às ações interessantes que enriquecem as mais variadas relações.

Em maior parte das instituições, até mesmo as dificuldades são pontuadas com esperança ou como aprendizado.

> *"A gente sempre brinca, enquanto gerente, que trabalhar nos programas de DST/AIDS é na grande maioria das vezes mais até do que uma ação profissional só... é uma militância mesmo". Assistente Social – Coordenação Municipal DST/AIDS – Responsabilização*

Percebe-se que as dificuldades são lembradas de um modo que conseguem engrandecer as situações e tornar positivas as ações coletivas na vida dos usuários. Até mesmo as atividades que não são percebidas e validadas pelos mesmos profissionais, com real importância, conseguem tornar-se importantes nas relações que mediatizam sofrimentos, estigmas, angústias e preconceitos.

Intencionalmente, foram questionadas as facilidades para posteriormente levantar as dificuldades, devido ao pressuposto de que as dificuldades são mais lembradas no dia a dia de nossas vidas. De fato, as facilidades eram pontuadas na maioria das vezes em segundo plano. Já, as dificuldades, acredito que sobressaíam como desabafos ou como oportunidade de falas e evidência de idéias não compartilhadas e ouvidas cotidianamente.

A mesma questão pode ser sentida de modo contrário em diferentes realidades. Pode estar sendo uma ação fácil de ser desenvolvida, que encontra meio propício e que facilita todo processo naquele determinado momento, ou pode ser uma ação difícil para alguns profissionais, esbarrando-se em inúmeras questões, dificultando o desenvolvimento de outras situações, mas que são importantíssimas na vida de todas as pessoas. Ou seja, ela é sentida como dificuldade, mas vai sendo realizada, e com o tempo pode ser visualizada como um questão fácil de ser vivenciada.

Isso é muito observado com relação à revelação do diagnóstico e a introdução do uso de antiretrovirais, por exemplo. Para muitos profissionais, dizer ao usuário a positividade de seu diagnóstico é uma tarefa dificílima; para outros já faz parte do contexto, sendo vivenciada no dia-a-dia com menos conflitos e sofrimentos. Nesse processo está sendo visto como difícil fazer com que o usuário tenha adesão mediante a cronicidade do tratamento. Iniciar o uso da medicação, pra muitos, pode ser identificado

como a reta final. É uma questão difícil de ser vivenciada tanto pelos usuários quanto pelos profissionais. No entanto, que facilita a vida dos portadores e possibilita esperança de se chegar vivo no momento que se tenha a cura da doença.

Esse vai e volta, permeado de contradições, na pesquisa qualitativa, é percebido através do contato direto do pesquisador no campo. Foi uma tarefa cansativa, porém prazerosa. Diga-se de passagem... em determinados serviços, o período das visitas foi o mais emocionante. Mesmo que não tenha sido realizada observação participante, os breves momentos relacionados às entrevistas, possibilitaram o conhecimento substancial de inúmeras situações que enriquecem a presente análise.

Estes momentos de observação pessoal foram de tamanha relevância, cuja presença não poderia ser substituída por terceiros. Quantos dados foram catalogados, nos momentos que estava aguardando, anonimamente, junto aos pacientes na ante-sala do consultório, os profissionais para serem entrevistados! Quantas conversas trocadas com os usuários e a dúvida gerada por uma interrogação enorme, a respeito de eu ser confundido como usuário do serviço. No entanto, esta pesquisa está voltada para a visão dos profissionais e não para a vivência dos usuários. Apenas confirmam dados e implementam pontos de vista.

Mesmo sendo catalogadas entrevistas grandes, a leitura e releitura do material fizeram necessárias, a fim de que fosse possível identificar as unidades de registro, para que, num processo, fosse possível categorizar as unidades temáticas.

A partir de então são realizadas algumas considerações, evidenciando os avanços e retrocessos, para se efetivar acolhimento, apoio social e educação em saúde nas ações coletivas com os portadores do HIV, onde o conjunto das mesmas é o resultado das falas que se repetem e predominam em cada instituição.

5.2 - Análise das facilidades e dificuldades: um processo nas atividades de grupo.

Para não valorizar 'dificuldades', mas, sim, crescimentos e também 'facilidades'...
Audrey Vidal

Dentre as **FACILIDADES** identificadas, o ato de **trabalhar em uma equipe diversificada**, composta por um conjunto de profissionais de diferentes categorias, enriquece e multiplica a oportunidade de troca entre os mesmos.

> *"Acho que a gente tem uma boa equipe, diversificada, boa... lógico que falta muita coisa assim, como,... realmente poder trocar, não é!" Psicóloga –Vínculo*

A maioria das instituições tem o envolvimento e integração da equipe de modo a sensibilizar demais profissionais e a instituição como um todo, apresentando hábitos de se reunirem sistematicamente.

> *"... gosto de estar aqui, de participar. A equipe contribui pra isso. É uma equipe muito boa. A gente vê pessoas que fazem o trabalho porque gostam do que estão fazendo, não é nada de obrigação...". Assistente Social - Afeto*

Apesar das ações coletivas serem realizadas, na maioria das vezes, de modo efetivo e contínuo pelas assistentes sociais, não invalida a participação pontual dos demais profissionais, como: psicólogos, enfermeiros, médicos e nutricionistas.

> *"A equipe é bem mista. Seria bom ter vários tipos de profissionais, mas aqui é psicologia, serviço social, tem as pedagogas, os médicos,... sempre que podem eles participam das reuniões com os pais...". Assistente Social - Valorização*

Essas relações possibilitam encontrar formas de minimizar sentimentos de culpa do próprio profissional e faz com que os usuários formem vínculo e validem de modo positivo a participação de toda equipe.

Sendo uma atividade inclusiva, é sinalizado que os encontros grupais contribuem para o **aprendizado e mudança do olhar dos profissionais**. É um espaço de relações onde os integrantes aprendem em conjunto, num processo de troca dos saberes e práticas.

> *"... a gente está ali pra acolher, pra escutar, pra trocar idéias, pra aprender junto. Seria esse o objetivo do grupo". Assistente Social - Afinidade*

Mediante o imenso quantitativo de questões que surgem e que são trabalhadas nessas relações, o espaço coletivo é a todo instante um provocador de situações reflexivas. Concomitante ao aprendizado do profissional e a necessidade do mesmo em se **auto-**

educar, essa situação insere e auxilia o trabalho do outro na realização dos encontros coletivos, ressaltando falhas na formação acadêmica de base.

O **processo reflexivo** que se envolvem os profissionais estimula a abstração de questões cotidianas. Não somente realizam **comparações com a própria vida,** constituem momentos de retro-avaliação da sua prática profissional. Faz-se necessário abrir um parêntese para registrar o quanto foi valioso o momento da entrevista. Conforme o roteiro, pode-se sinalizar que as perguntas realizadas conseguem suscitar inúmeros sentimentos, no momento daquela conversa que está sendo gravada. Tanto podem ser sentimentos positivos, quanto sentimentos negativos.

Conforme Vasconcelos (2002:539), o momento da entrevista, além de constituir uma forma de avaliação da prática dos profissionais, toca em questões nevrálgicas, como expectativa profissional, projeto de vida e de profissão.

Na maioria das vezes pude compartilhar de instantes emocionantes, com histórias que transmitiram uma lição de vida. Ainda vislumbram, de modo esperançoso, sonhos futuros ou entraves que necessitam de compreensão pra acompanhar o processo de modificação das situações, entendendo que a natureza não dá saltos, não modifica de um dia pra o outro.

> *"Eu fico sonhando com a cura. Sonhando que eles fiquem cada vez melhores, assim. Porque é bravo...". Assistente Social - Acolhimento*

Outro dado que contribui para conviver, harmonicamente, com as ações vivenciadas com os portadores do HIV, é **a experiência prévia com trabalhos de grupos** e/ou ações de prevenção de DST, além de conhecimentos específicos do próprio HIV. Vale lembrar, que as instituições integram a realização de grupos tradicionais como planejamento familiar, gestantes, adolescentes, como espaços desencadeadores da prevenção do HIV.

A realização dos grupos não conta com determinações prévias nem mesmo com exigências das políticas públicas. O que existe são algumas condições que auxiliam a inserção das atividades no processo de trabalho, porém, são priorizadas e implementadas a partir da **predisposição e interesse pessoais**.

> *"... tenho prazer de vir por exemplo... se eu tiro férias eu fico preocupada de como que eu vou tirar, de como... então sempre tem essa troca mesmo. Isso pra mim é fantástico". Psicóloga - Amizade*

Os profissionais que participam afirmam gostarem do trabalho que fazem. Estão inseridos nessa dinâmica porque tem de retorno, **satisfação** pessoal. Em suma, **gostam do serviço** que fazem.

> *"...eu acho que é uma satisfação minha... eu gosto de trabalhar com grupo. Eu gosto... de ficar assim... cada vez que você vem e vê que o grupo participa... fica motivado... você até esquece das outras coisas alheias. Que não interessam,... que não valorizam...". Assistente Social – Diálogo*

Na maioria das vezes, uma justificativa que o estimulou a realizar ações coletivas foi a **relação pessoal prévia com portadores**. Ou ainda, porque passam a ganhar **visibilidade** perante o usuário, equipe e instituição.

> *"AIDS, eu acho que já consegui um espaço. Porque é AIDS, entendeu? Eu acho assim, as portas se abriram muito pra mim depois que eu trabalhei AIDS". Assistente Social - Acolhimento*

> *"... nós que éramos assim, assistente social e psicóloga, os estagiários, não eram muito percebido pelas crianças e pelos pré-adolescentes. A gente passava meio que à margem. Porque nosso foco maior era com os pais. De dois anos pra cá, como a gente aprofundou neste trabalho de grupo a gente passou a existir... eles falam com a gente, eles vem até nós... param, sentam pra conversar... então a gente percebeu o quanto à gente se aproximo;, até a gente também passava despercebido". Assistente Social - Afinidade*

Os **usuários gostam dos grupos**, pois participam de modo democrático da sua formação e programação continuada. Com o tempo ficam mais desinibidos, mais soltos e livres.

> *"Eu acho que é porque gostam, porque tem algum interesse. Essa coisa toda parece enriquecer mais...Eu acredito que é porque gosta. Antes de mais nada". Assistente Social - Solidariedade*

São vários os grupos que atendem as demandas específicas de cada usuário. A formatação dos grupos acontece de modo a aproximar os usuários de mesma faixa etária, mesmo grupo de gênero e com demandas afins e específicas, prosseguindo a lógica programática de ações divididas por área de atenção à saúde (infanto-juvenil, adulto, mulher e idoso). O perfil desses grupos varia conforme a intenção e afinidade do profissional que está liderando. As temáticas são variadas, tendo uma tendência de se aproximar de assuntos como: modos de transmissão do HIV, uso do preservativo, período de janela imunológica[24], autocuidado e cuidado com o outro, integração na sociedade e

[24] **Janela imunológica** Período entre a infecção e o início da formação de anticorpos específicos contra o agente causador. Geralmente, este período dura algumas semanas, e o paciente, apesar de ter o agente infeccioso presente em seu organismo, apresenta resultados negativos nos testes para detecção de anticorpos contra o agente. http://www.aids.gov.br/leia.htm [15/04/03 12:26:35]

exclusão, questões de gênero e desempenho de papéis, família, aceitação das diferenças, estigma, preconceito, adesão ao tratamento, carga viral[25], depressão, finitude, sexualidade, DST, revelação diagnóstica, cidadania e participação popular.

Algumas instituições como, SEGURANÇA E EDUCAÇÃO apresentam espaço físico adequado, possibilitando referência ao acolhimento e formação de vínculos. Os usuários se sentem mais à vontade e não ficam tão expostos.

> *"E isso aí é muito interessante porque não é só o grupo não... eles se identificam com esse local... com essa estrutura física – coordenação. [...] A estrutura física também contribui e ele reconhece aqui como um local de referência pra ele. Então por ex, ele veio ao hospital hoje... pra vir à ortopedia lá do outro lado do hospital, mas ele passa aqui. Às vezes você encontra, aí... oi? O que você está fazendo aqui?' 'é... eu vim à consulta com o ortopedista...' mas ele passa aqui... dá uma passadinha... ele senta ali, vai ao banheiro... então sabe... ele sente isso aqui como referencia e isso no grupo... acho que isso que eu falei de dar uma passadinha aqui reflete bem isso... ele quer ser ouvido, ele quer poder estar conversando...". Cirurgiã Dentista - Atenção*

> *"... aproveitar pra que ele sinta que aquele espaço é dele". Assistente Social – Afinidade*

Os interesses em realizar ações coletivas são diversos. Passam pela intenção de proporcionar troca de vivências e conhecimentos, **tirar dúvidas**, promover debates, diálogos, momentos de escuta, até a de proporcionar retorno que **implementa o atendimento individual**.

> *"Então quando a pessoa vem do grupo e ela ouve uma pergunta é completamente diferente do entrar aqui, sentar aí e ta... ta... ta... diálogo, é outra conexão... então isso já dá um incremento muito grande a questão da própria entrevista, que é fundamental ao serviço". Psicólogo – Alteridade*

A institucionalização dessas ações não conta com presença obrigatória do usuário; todos participam de modo voluntário, pois é um fato que encontram nessas relações, espaços de acolhimento às angústias e desabafos.

> *"...pra que estas famílias se sentissem acolhidas, tivessem um espaço pra discutir, um espaço pra trocar idéias... aí surgiu a idéia de se fazer grupos com esses cuidadores". Assistente Social – Afinidade*

A partir dos grupos é possível **desenvolver estratégias de apoio social** (material, educativo e emocional), além de **desencadear vínculo** com os usuários, outros

[25] **Carga viral** Teste de quantificação da carga viral: é uma metodologia que permite a determinação da quantidade de HIV circulante no organismo de uma pessoa infectada. É calculada em número de cópias do HIV por ml de plasma. http://www.aids.gov.br/leia.htm [15/04/03 12:26:35]

profissionais e instituição. É estimulada **a organização de confraternizações** e programações conforme o calendário anual.

> *"São as festas, são atividades que a gente promove. A gente tem, várias festas, saídas". Médica -Intuição*

> *"A gente fez alguns, tipo, aproveitando data como natal, dia da criança, dia das mães, então, coisas que levam à festa. Então isso é uma coisa que elas gostam...". Assistente Social – Escuta*

Além do aprendizado e acolhimento recíproco, é apontada a crescente solidariedade existente no 'mundo positivo' do HIV.

Em curto prazo, procura inserir o usuário em **outros espaços e no mercado de trabalho**, realizando atividades de geração de renda, como cestaria de jornal e bijuteria.

> *"A gente mandou um projetinho pra Secretaria de Assistência. E a gente andou recebendo um material. E eles forneciam também os instrumentos pra estar desenvolvendo algum tipo de artesanato e com isso elas podem tá vendendo. Tentando ganhar algum dinheiro, [...] Ah! A gente teve de corte /costura. [...] Cestaria de jornal e agora, por último, a gente teve bijuteria". Assistente Social – Solidariedade*

A longo prazo, trabalham idealizando a **independência e socialização do usuário**, sua participação cidadã, fazendo com que caminhem com as suas próprias pernas e auxilie no **fortalecimento** da dinâmica no **convívio familiar**.

> *"Esse **fortalecimento** das famílias. De que elas precisavam se reunir de alguma forma. Eram muito dispersos. Vinham pra consulta e iam embora. Recebiam a cesta básica; recebiam aquela atenção mais focada, mas as questões, as dúvidas, as angústias ficavam... a gente fazia atendimento individual, fazia visita domiciliar, mas faltava esse acolhimento". Assistente Social – Afinidade*

Ainda respeita o **tempo individual** do usuário, procurando trabalhá-lo de modo integral. Espera-se que aumente o nível de co-participação e co-responsabilização pela própria vida.

Outra questão que facilita o processo de trabalho é a **otimização do tempo**, possibilitando atenção a muitos usuários de uma só vez. Tem a preocupação de organizar as ações em único dia, possibilitando comparecimento, em peso, dos usuários em todas ações oferecidas, **diminuindo custos** com transporte e necessidades básicas.

Compreende-se que as relações devem acontecer de modo horizontal, onde o profissional se comporta como um **facilitador** do processo democrático.

> *"Então, isso tem que ser o tempo **todo decodificado de maneira mais clara** pra ele entender o que ele tem. O que é ter o HIV. Diferença em ter o HIV, ter AIDS e o compromisso dele, daquilo que ele pode fazer pra melhorar essa relação dele com o HIV". Assistente Social - Empoderamento*

> *"O técnico é um **facilitador**. É o papel dele. (...) eu acho que passa pelo prazer... Pra mim o essencial é a questão do fazer com prazer. [...] ... você, enquanto técnico, você está propiciando... só que as pessoas troquem mesmo as informações, que um ajude o outro". Assistente Social – Pertencimento*

Inserem-se e procuram se tornar parte integrante do grupo, além de tornar viável a entrada de outros profissionais, em momentos necessários. Tentam trabalhar questões multifatoriais que vão além do ponto comum de aproximação - o HIV.

Agora, dentre as **DIFICULDADES**, a atividade coletiva **requer perseverança, criatividade e flexibilidade** constante. Mediante as múltiplas questões que envolvem a doença, como cronicidade, necessidade de alta taxa de adesão, perdas e finitude, ocorre imenso desgaste mas relações e sobrecarga emocional, tanto dos portadores quanto dos profissionais. Contudo, apresentam momentos importantes de aprendizado, reflexões esperanças e sonhos.

Atualmente, o mundo oferece milhares de oportunidades e atrativos que vão dificultar a disponibilidade de tempo no processo de encontro entre as pessoas. As crianças e os adolescentes preferem o vídeo game, a televisão, a *Internet* e as diversões cotidianas, em detrimento do tempo dispensado aos encontros que têm uma representação chata e de obrigatoriedade no processo de educação informal com os pais. Os adultos também conseguem sempre encontrar desculpas e afazeres para justificar suas ausências nas ações de promoção e prevenção à saúde.

> *"... sendo que... ou paciente está com muita pressa... E a maioria trabalha então eles alegam que não tem tempo pra vir ao grupo. Eles querem vir à consulta rapidinho, passar pelo médico e ... O meu pessoal do meu grupo... eles alegam que não têm tempo pra vir... quando tem que passar pela psicóloga, quando tem que passar pela AS., porque isso faz parte... eles sempre querem deixar a psicóloga e a assistente social de lado". Bióloga – Esclarecimento*

Sendo uma ação fundamental na dinâmica do processo saúde-doença dos usuários, por que será que existem uma quantidade enorme de desestímulos e entraves? Tanto por parte dos profissionais, comparado com o quantitativo existente de recursos humanos, quanto por parte dos usuários.

No caso do mundo 'positivo' do HIV em Niterói, das cinco instituições pesquisadas, duas sobressaem com a vivência da prática coletiva integrante de todo

processo de trabalho. As demais validam seu processo de trabalho, com maior efetividade a atenção individual.

> *"Individual é o que eu mais faço, porque tudo, você sabe que bate ali na Vigilância, então não tem jeito. Então eu faço muito individual". Bióloga - Esclarecimento*

O que tem justificado tal acontecimento é a questão da burocratização e normatização da própria **estrutura dos serviços** e prioridades que implementam o cotidiano do sistema de saúde, cujo trabalho é difícil de integrar os diferentes setores.

> *"Não dá tempo... O tempo aqui nesse sentido é curto. Porque você ainda vai pra o atendimento individual, pra depois pra coleta. E a própria coleta tem um horário determinado". Enfermeira – Encontro*

> *"Tem que ser na sexta, como hoje onde esse espaço físico é reservado pra mim . Só que hoje o médico não atende HIV, o médico que atende HIV está às segundas feiras; às segundas -feiras essa sala está reservada para o Planejamento Familiar de manhã e para as fonoaudiólogas de manhã. Não tem espaço físico pra fazer fora ... comigo. Fora de hoje sexta-feira à tarde, que não tem o atendimento HIV. Tem uma médica que é endócrino que atende algum paciente que se recusa ir ao outro. Mas o atendimento de HIV, feito pelo infectologista é às segundas feiras, onde não tem espaço reservado.... Teria que remanejar..." Assistente Social – Atenção*

Desde a valorização de produtividade até a existência de **espaços físicos impróprios** para minimamente comportar um número de pessoas num mesmo espaço de tempo, numa ação em comum., é uma evidência.

> *"Geralmente são grupos muito pequenos, não faço pra grupos grandes que pra começar a nossa falta de espaço". Esclarecimento – Bióloga*

Necessita apoio da instituição como um todo. As **condições de trabalho** são ruins, os espaços pequenos e voltados para o atendimento individual. **Poucos recursos** audiovisuais e insumos de uso diário. Falta comprometimento da instituição e demais profissionais em divulgar as ações coletivas. E ainda, a **baixa remuneração do profissional**, tendo pouco retorno financeiro mediante oportunidades do mercado, optando para execução de ações que dão menos trabalho e inserções mais pontuais.

Difícil institucionalizar a participação efetiva da categoria médica nas ações coletivas, exceto de modo pontual. Principalmente pela indisponibilidade do tempo e a questão do mercado de trabalho. Faltam recursos humanos, observando-se **inserções voluntárias**, participações de ONG e a presença de contratações temporárias.

É um t**rabalho marginalizado**, executado em prol da atenção aos sofrimentos, angústias e depressões e minimização dos estigmas e preconceitos.

*"Dificuldade de aceitação do trabalho. Assim... da instituição. A gente é meio marginal assim... Assim como a **doença é marginal**, os profissionais, o trabalho...". Psicóloga – Vínculo*

*"A grande diferença da AIDS pras outra doenças crônicas, é que como inegavelmente uma doença que é **atualmente, majoritariamente ligada a sexo...** por isso também **estigmatizada**... passa pelo estigma se eu vou ao setor que trata AIDS pra pegar camisinha porque então eu também tenho... então é uma doença estigmatizante...". Médico - Experiência.*

Ainda existe a questão do **acúmulo de funções e sobreposição** de outras ações em vários espaços das unidades, não sendo priorizada a questão de planejamento anual, por exemplo.

Aqui faz aconselhamento; que aqui faz, que é uma demanda grande, porque a gente recebe pacientes encaminhados, do Pré Natal e tem os de livre demanda. Tem os pacientes do Pré Natal. Qualquer problema que tem na maternidade. Paciente novo... tudo que aparece com relação ao hiv no hospital, aqui é a referencia pra isso. Tem atendimento de cardiologia. Então, assim, são muitas atribuições;a gente não tem nem secretária mais... excesso de demanda, de trabalho e pouca gente pra fazer...". Cirurgiã Dentista – Atenção".

Outro item é a **necessidade de habilidade** profissional e/ou capacitação específica para desenvolver ações coletivas, pois é apontado que a **graduação não consegue** preparar o profissional de modo que ele sinta seguro para realização da dinâmica grupal. Desse modo há necessidade do profissional se auto-educar, buscar conhecimentos pela vontade própria, pois **não** disponibilizam de **capacitações e supervisões** constantes, nem mesmo suporte técnico em serviço.

"Primeiro que a gente não é capacitado pra isso desde a formação acadêmica; a gente vive numa sociedade que é individualizante, que é excludente, que não trabalha e não conspira pra fazer o coletivo". Assistente Social - Coordenação Municipal DST/AIDS - Responsabilização

"...assim... uma motivação diferente, de um conselho, de uma supervisão... então a gente sempre precisa... de um congresso...". Psicóloga - Amizade

Sendo uma ação difícil de integrar muitos profissionais, **difícil de substituí-los**, pelo longo período de vínculo e pela representação e validação do trabalho pessoal, os grupos sofrem interrupções e, às vezes, términos quando não são contemplados com profissionais capazes de absorver o lugar do antigo colega.

É uma atividade que demanda poucos profissionais, mas com características as quais requer capacidade **de aglutinar pessoas e fazer vínculo.**

"...mas o que determinou realmente, entendeu?, foi a saída do profissional. Porque a pessoa que começou a fazer esse grupo é uma enfermeira. É uma pessoa muito especial. Ela ficou muito próxima dessas pessoas. E ela funcionava assim, como se

> *fosse o lastro daquele grupo. [...] ela deixou no lugar dela uma estagiária da psicologia, uma moça chamada X. e aí não deu caldo. Não deu mesmo, porque as pessoas não perceberam na X., aquela força da Y., aquela... e aí a coisa foi desandando". Médica – Consideração*

E uma atividade permeada de **imprevisibilidade**, pois todos têm possibilidade de voz. Essa participação democrática amedronta e inibe a participação de muitos profissionais; **podem se sentir expostos**.

Os comportamentos podem ser variados, com questionamentos e intransigências. Não há como impedir situações de **conflitos e desafios** que contribuem para o crescimento coletivo.

Segundo Beauchamp e Childress (2001) in Zoboli (2003:219), a convergência e o consenso sobre princípios entre um grupo de pessoas não é rara ao se avaliar casos e formular políticas, mesmo quando existem diferenças teóricas a dividir o grupo. Assim, é necessário grande jogo de cintura para intermediar consenso e manutenção do respeito individual em toda dinâmica grupal.

Outra problemática é a questão de trabalhar com **situações difíceis e demandas complexas**, como: finitude, morte, sexualidade, luto, perdas, doença crônica, adesão ao tratamento, revelação e sigilo do diagnóstico, onde as histórias de vida trazem simbolismos de vales e montanhas, coragem e timidez, limites e possibilidades, fracassos e sonhos, mentiras e verdades.

> *"Elas tem essa idéia. Ah! Comecei o antiretroviral eu já to com AIDS, já vou **morrer** ano que vem". Assistente Social – Solidariedade*

> *"... lógico que aqui a gente não está livre de acontecer **óbito**... essas coisas... de vez em quando tem uma criança aqui com **baixa adesão**, que fica **internada"**. Assistente Social - Valorização*

> *" ... dessas **perdas todas**. A gente tenta discutir isso. Hoje é um dia que a gente vai sentar pra discutir a morte dessa mãe. Que sempre fica meio baleada com isso... meio baqueada com essas coisas. Então eu acho que de vez em quando, falta assim um trabalho psicológico pra equipe. Porque é difícil você trabalhar com essas questões de morte". Assistente Social - Afeto*

> *"... ficamos preocupados com a **adesão** e com a **revelação**. Que talvez com a revelação do diagnóstico a gente poderia estar facilitando melhor o atendimento ou melhorar essa adesão ...". Psicóloga - Amizade*

Os usuários estão em muitas das vezes frágeis e debilitados física e emocionalmente. Assim, é percebida, a dificuldade de desenvolver e priorizar envolvimento com sensibilidade, solidariedade e acolhimento por alguns profissionais. A ação, na maior parte das vezes, fica voltada para a doença como confirmação do espaço

hospitalar medicalizado. Olhar técnico predominante. Difícil conciliar a técnica com a tática.

Com isso a **relação fica desgastada** com o tempo. Ocorre **sobrecarga emocional** e **não há acompanhamento psicoterápico** formalizado em nenhuma instituição. Faz-se necessário buscar desenvolver atividades prazerozas no dia-a-dia, com bons relacionamentos, cultivar emoções saudáveis e construtivas. Mediante as inúmeras tribulações, é forçoso em determinados momentos um desligamento parcial das ações estressantes, a fim de buscar recarregar o arsenal das energias, para posteriormente retornar.

> *"E as dificuldades são grandes. As vezes a gente fica muito desgastada". Assistente Social - Acolhimento*

> *"E dificuldade de estar lidando com a doença que ainda não tem cura, não é?... e que às vezes até o próprio profissional, ele fica sobrecarregado psicologicamente... assim a gente...". Assistente Social – Valorização*

São muitos os processos de auto-cobrança por parte dos profissionais. Atualmente todos estão pressionados de algum modo (desemprego, subemprego, competitividade excessiva, escasso tempo para cumprir a multiplicidade de papéis). Demonstram **sentimento de culpa**, mediante os inúmeros problemas, os comportamentos e atitudes subjetivas dos usuários, dos sonhos e questionamentos que ainda não tem respostas esperançosas.

Desenvolver ações que permeiam **questões abstratas** mediante demandas urgentes, concretas e imediatas é outra questão que ratifica o comportamento dos usuários e profissionais ao objetivar ações finais e concretas, conforme demanda multifatorial que envolve o portador do HIV, em detrimento do processo de educação, independência e participação cidadã do usuário. Assim, é difícil manter a continuidade das ações com resultado em longo prazo, em momentos que são necessários o atendimento individual da doença e assistência material, diante da dificuldade econômica dos usuários

Não é somente o usuário que anda com pressa. Foi relacionada, também, a **falta de tempo dos profissionais**; não têm dedicação exclusiva, têm sempre mais de um emprego, dificultando disponibilidade de tempo para escuta pormenorizada e retorno com atenção e resolutividade mediante execução de inúmeras atividades.

> *"... Normalmente o profissional de saúde hoje em dia está com muita pressa . A gente tem pressa porque... tem que ter pressa... não tem profissional. Então você tem que fazer mil coisas ao mesmo tempo. Quer dizer, você fica naquela situação... você tem*

que atender, você tem que dar orientação, você tem que acolher, você tem que ser educada...". Bióloga – Esclarecimento

Tanto inserir o usuário no processo grupal da saúde quanto na dinâmica da vida social, como outros nos espaços de convivência e no mercado de trabalho, é uma tarefa difícil que se arrasta por longos períodos e, às vezes, sem solução concreta, apenas com a focalização de medidas pontuais. Com o descrédito das políticas públicas, os profissionais apresentam uma crítica negativa ao apoio social, principalmente por vinculá-lo prioritariamente ao apoio material.

As dificuldades são inerentes a uma complexidade de questões. As pessoas que se encontram frágeis e debilitadas, física e emocionalmente, necessitam conviver com situações diferentes de uma hora pra outra. Se descobrem portadores de um vírus, cuja cura ainda não está disponível, necessitam esconder um segredo, até mesmo dentro da própria família, pelo peso que a doença traz por si só. Têm que se atentar para melhora do auto-cuidado, acompanhamento e tratamento, cuja realidade não era vivenciada até então.

E diante de todas dificuldades, têm que conseguir juntar forças pra continuar levando a vida, relacionando-se e convivendo com as tribulações cotidianas. Com certeza o HIV não é o único problema existente na história de vida desse indivíduo; é apenas mais um, que chega para auxiliar no crescimento íntimo e transformação pessoal.

5.3 - O '*contínum*' da Análise: os conceitos trabalhados e os respectivos núcleos temáticos

Análise é difícil desde quando se demorou pra aprender que a palavra se escrevia com a letra "S". Continua sendo difícil para muitas pessoas o ato de apreciar, julgar e/ou examinar determinado assunto. Creio que isto se deve ao fato de que não estamos habituados ao processo de síntese e de organização. A vida 'vivida' diariamente faz com que não seja programada a maioria das ações, mediante a instantaneidade dos tempos atuais. Vive-se numa correria e não paramos para pensar nem o que comemos no almoço de ontem... imagina analisar o quantitativo calórico e as combinações necessárias para que a imunidade não abaixe e para que continuemos fortes o bastante pra continuar correndo.

Mesmo assim, ao longo da vida, somos levados a ensaiar inúmeras vezes o ato de analisar situações e proceder por escolhas. Desde a profissão, com apenas dezessete anos, até escolhas como casamento, ter filhos ou programar uma viagem, ou ainda optar por fazer um plano funerário. São múltiplos os caminhos que podemos escolher, mas é necessário uma análise detalhada para que possamos realizar a melhor ou pior escolha.

No campo da pesquisa, a análise inicia com os pressupostos... ou melhor, tem seu início com a dificuldade tremenda de escolher o que vai ser estudado. Como é complicada a delimitação do objeto de pesquisa! Esse processo pode permanecer em dúvida por muito tempo. Só pelo fato de duvidar a respeito do que estamos pesquisando, o processo de análise está em percurso. Quantas vezes mudamos ou implementamos o uso de conceitos e/ou métodos no caminho da pesquisa.

Filosofando um pouco sobre o árduo processo de aprendizado, confirmo que de certa forma esse período foi demarcado pela busca constante de materiais e conteúdos que me auxiliassem a analisar, de modo benéfico, os dados desta pesquisa. Passei a colecionar pensamentos, falas, expressões, conceitos e posicionamentos através das entrevistas realizadas. A análise, vai dando formato aos argumentos próprios, sendo possível juntar, por afinidade, os dados fornecidos pelas falas, interferindo o menos possível nesse contexto. Totalmente é impossível, pois é inegável a experiência adquirida nesses anos, no processo de relacionar com os usuários e profissionais, nas unidades de saúde.

Trago para reflexão compartilhada com os leitores as apresentações e discussões dos resultados desta pesquisa, que teve como objeto a prática de acolhimento, educação em saúde e apoio social nas ações de grupo com os portadores do HIV. A intenção final foi

analisar as facilidades e dificuldades que os profissionais encontram para estarem realizando essa prática grupal.

O momento de transcrição das fitas contribuiu de modo importante para tornar evidente os dados implícitos nas narrativas. Não sendo uma pesquisa apenas descritiva, fica impossível permanecer somente na constatação de falas e agrupamentos por afinidade de temas. Fez-se necessário que essas informações relacionadas ao tema estudado fossem extraídas dos depoimentos, de modo que os dados pudessem ser organizados por afinidade temática, para que sendo viabilizadas decodificações e compreensões das questões, através de sucessivas leituras.

Como diz Gomes (2002:1213): "Para podermos ultrapassar as falas e ações observadas, recorremos a Bardin (1979), que nos alerta sobre a necessidade de nos deslocarmos da descrição (enumeração das características da fala e das ações observadas) para a interpretação (a significação concedida a essas características)".

A partir da classificação do conteúdo, conforme aproximação de características afins, surgiram os núcleos temáticos, os quais são repetidos com a intenção de fazer retornar às lembranças, os motivos de continuar caminhando no processo reflexivo dessa análise. Assim, têm-se os três núcleos temáticos:

- O **acolhimento** como artifício de inclusão grupal dos usuários e profissionais;
- A **educação em saúde** como possibilidade de aprendizado mútuo nas relações;
- Grupo como viabilidade estratégica de **apoio social** e preparo para a vida.

Das categorias centrais podem ainda emergir subcategorias que vão se complementando, enriquecendo a compreensão do significado que envolve a relação entre os conceitos. A partir das categorias e vinculações temáticas resultou a análise propriamente dita. Nesse momento, a intenção é descrever e aproximar as categorias. No entanto, é certo que a análise vai sendo realizada concomitantemente. Assim, é necessário transcender o ato da leitura, buscando interpretar os sentidos agrupados, extraindo o significado das intenções, comportamentos e experiências dos profissionais, através de suas falas, a fim de conseguir realizar uma boa e confiável análise, cujos dados passam a ser compartilhados por inúmeras outras pessoas no mundo da pesquisa.

Desta forma, além de tornar as categorias temáticas evidentes, fez-se necessário abstrações e reflexões, com a intenção de buscar meios capazes de comprová-las conforme o embasamento teórico, mediante os argumentos que já foram aceitos e atestados como tendências ou verdades.

5.3.1 As aproximações conceituais de acolhimento, educação em saúde e apoio social a partir da fala dos profissionais

Para prosseguir com a discussão a respeito das questões que facilitam ou dificultam o desenvolvimento do acolhimento como artifício de inserir e fazer-se inserido nas ações coletivas, da educação em saúde, como um processo de longo prazo, através de troca de informações e vivências, e do apoio social como possibilidade de melhorar a qualidade e mudar o estilo de vida dos usuários creio ser de suma importância compreendermos o que os profissionais pensam ou sabem a respeito desses conceitos, no momento específico em que são questionados. Conforme a facilidade pessoal de cada um surgiram inúmeras definições, sendo que foram poucos os profissionais que se eximiram e/ou se negaram a falar sobre tal.

Assim, por **acolhimento**, a idéia que predomina é a necessidade de se atentar quanto ao modo que o profissional recebe o usuário e a maneira que o mesmo o ouve / escuta. Logo depois surgem as questões relacionadas ás falas, gestos, olhares, com a intenção de deixar o usuário à vontade. Em menor escala aparecem as questões correlacionadas à proteção, aproximação, afeto e amizade.

> *"... a maneira de como você **recebe** a pessoa, você acolhe aquela pessoa...". Assistente Social - Afeto*
>
> *É o **recebimento**... é como você vai receber aquela pessoa... E como você o recebe... como você o acolhe... como você **o orienta**... entendeu? Assistente Social - Diálogo*
>
> *É receber, receber bem... não receber bem dentro daquela mentalidade do que eu acho que é bom... É você **receber** bem... sabe**r ouvir...** se preocupar menos em falar e mais ouvir o que ele está querendo. Criar um **ambiente favorável** em que esse usuário sinta bem. Assistente Social – Empoderamento*
>
> *... é um conjunto de... é uma **postura também do profissional e do serviço**... [...] é a gente estar **ouvindo** esse paciente... e aí tem toda uma discussão de **integralidade**. [...] Mas é você estar conseguindo **receber** esse paciente de forma que você consiga entender essa demanda dele. Cirurgiã Dentista – Atenção*
>
> *"... é ficar com o **ouvido aberto** pra essas coisas todas que o paciente traz, ouvir mais, falar menos, não é?" Médica – Encorajamento*
>
> *"Acolhimento pra mim... e aí eu não consigo desconectar dessa situação aqui nossa,... é poder ter **escuta**, pra o que a pessoa está falando... [...] Acolhimento fundamentalmente é estar disponível de **ouvir...** pra ouvir o que a pessoa está falando e no caso o que ela está perguntando e porque está perguntando". Psicólogo - Alteridade*

"Acolhimento pra mim é eu chegar aqui, eu me sentir bem... Acolher é você ***ouvir*** *o paciente, é você* ***entender o momento*** *que ele está passando ali, ... É você tentar* ***resolver com*** *ele e não resolver para ele... uma das coisas que é principal é atenção... Acolhimento é você* ***saber dar orientação*** *pra o paciente no momento certo. É você saber informar sobre os direitos e os deveres dele". Bióloga – Esclarecimento*

"Acolhimento é esse momento em que você acolhe realmente, em que você ***ouve****, que você deixa a pessoa se desabafar... é um momento em que você tem que* ***deixar aflorar toda aquela sensação*** *de desespero, de impotência, de raiva... todos esses sentimentos... é você está ali* ***apoiando*** *... está ali do lado... saber que ela tem você ali, contando com você e que você vai poder* ***ajuda****r...". Assistente Social - Atenção*

"De escutar, saber ***escutar*** *o que ele está trazendo. Fazer esse exercício da escuta... [...] De* ***olhar*** *para o paciente... de escutar, de dar uma...* ***um lugar melhor****zinho pra ele ser atendido... ser ... isso tudo faz parte, este espaço, também de alguma forma, favorece. E ... isso... de fazer com que ele possa* ***ter acesso*** *às outras...".Assistente Social - Interação/Troca*

"Ah!... é o que eu vejo eles aqui no dia-a-dia. De eles chegarem aqui e serem bem tratados. (Receber) Serem tratados com respeito... ***é conversar****... ser acolhido, é isso... é respeito pela pessoa...". Auxiliar de Consultório Dentário - Auxílio*

"Não interessa as palavras que você vai falar. Interessa ***como*** *você* ***vai falar. A forma*** *que você vai falar. Isso aí pra mim é o acolhimento". Assistente Social - Valorização*

"Acolhimento pra mim, é... você ***olhar no olho*** *do doente, entendeu? É você dar um bom dia, quando ele chega, entendeu? E você é... olhar pra o acompanhante também, não é? [...] Pra mim, o acolhimento é isso... é você* ***deixar o doente à vontade".*** *Médica - Confiança*

"Acolhimento eu acho assim, você ***dá espaço*** *pro outro colocar, o outro...estimula pra que o outro possa ser, se desenvolva. É uma oportunidade assim de colocar suas questões e está sendo fortalecido". Assistente Social - Acolhimento*

"Acolhimento eu acho que é assim... aquela galinha que tem os pintinhos e ***coloca debaixo das asas.*** *(Proteção) Mas coloca debaixo das asas até o momento em que eles precisam. Mas depois eles tem que ir a diante...". Psicóloga - Amizade*

"Acolhimento, eu acho que a gente ***tem que ter muito carinho****, por qualquer coisa que a gente faça. A gente tem que gostar. Tem que trabalhar naquilo que é a nossa vocação. Porque aí a gente põe o nosso coração". Médica - Intuição*

"Desde o primeiro atendimento que a gente dá quando o paciente vem com o teste... que a gente ***segura junto*** *com ele qualquer coisa e ...". Assistente Social - Sensibilidade*

"Eu acho que é... deixando o paciente ***à vontade*** *e deixando que ele traga muita coisa pra gente...". Enfermeira - Encontro*

"O acolhimento é aquela coisa assim mais relaxante... [...] ... é você está mesmo, se liberando de você mesmo pra tentar lidar com o outro.[...] ... lidar e conseguir uma ***amizade, um vínculo, um afeto*** *com aquela pessoa... [...] disposição, tempo também é importante...". Assistente Social - Solidariedade*

*"... é você tentar se **aproximar** do usuário, do paciente, das pessoas e ter essa relação, que hoje em dia se fala em humanização...". Psicóloga - Vínculo*

Pode-se entender que a maioria dos profissionais envolvidos com as questões coletivas, tem uma compreensão próxima dos teóricos utilizados nesse estudo. Reporto-me a citação utilizada no capítulo referente ao acolhimento, onde Hennington (2005:257-258), afirma que acolhimento: "Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema".

Com relação à fala seguinte, proferida por uma assistente social, coordenadora de um projeto de ONG: "...quando eu digo pra o usuário que eu também sou uma **pessoa vivendo** com aids, eu estou acolhendo esse usuário." - Afinidade; deparo-me com uma reflexão interessante, cuja correlação conceitual é confirmada pela afirmativa de Ramos (2003:29) pontuando que: "Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas".

Pelo menos teoricamente, os profissionais expressam no decurso de suas falas que o acolhimento através dos atos de receber, escutar, dialogar, aproximar, olho no olho, procurando deixar o outro à vontade, confirmam as tendências teóricas do momento atual, através da seguinte fala de Merhy in Ramos (2003:28): "O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários".

E, é conforme essa perspectiva de relações, que são realizadas as reflexões desta pesquisa no que tange o acolhimento.

Por **educação em saúde**, os profissionais, têm dificuldade em construir o conceito, apesar de encontrar grande número de formulações. A maioria dos depoentes traz uma idéia de que as duas áreas têm que caminhar juntas, sendo uma dependente da outra.

*"Educação em saúde eu acho que **é acessar** essa comunidade... Educação em saúde eu acho que **andam juntas**... caminham de mãos dadas. E a gente faz educação em saúde aqui". Assistente Social - Afinidade*

*"Duas coisas fundamentais. Uma está de **braço dado com a outra**... você não consegue saúde sem educação e educação sem saúde." Pedagoga - Empatia*

"Eu acho que ed vem em primeiro lugar... você primeiro vai ter que... é a peça fundamental dessa história, você saber educar essa população...". Médico - Experiência

"Eu acho que é isso que a gente faz todo dia. Eu acho que eu lido com educação em saúde todo dia. Eu acho que não da pra ***desvencilhar uma coisa da outra****...". Médica - Amor*

"... acho que a ***saúde depende muito da educação****... Está tudo ligado. A saúde não é só saúde física, tem saúde mental, tem a saúde... não adianta a gente dá só o remédio, ter a consulta médica, se ele não tem comida, se ele não tem lazer, se ele não tem brinquedo. Esta tudo junto. Pra você ter saúde, você tem que ter tudo isso. você tem que ter educação, você tem que saber como cuidar das coisas...". Assistente Social-Afeto*

"É um ***binômio*** *que tem que ser muito... tem que* ***andar par e passo****... você não pode ter saúde sem ter educação... quer dizer se você não tiver educação você também não tem saúde... e ou a coisa caminha paralelo ou você não consegue trabalhar...". Médico - Liberdade*

As falas seguintes representam uma idéia similar de prevenção à saúde, fazendo referência a respeito de ensinar e de passar informações. Novamente segundo Alves (2005:43): "**Educação em Saúde**, constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde". Não podendo ser resumida em transmitir informações e/ou correlacionada simplesmente a dar orientações. Mas também, existem alguns profissionais que expressam a visão de que educação em saúde se aproximando das questões de promoção.

*"Qualquer coisa que possa promover saúde****...*** *qualquer ensinamento* ***mesmo... promover*** *mesmo a saúde pra que o cara não adoeça". Enfermeira - Fraternidade*

"Acho que é um processo amplo, acho que de ... não de questão só de aquisição de conhecimento mas de vivenciar... e aí com ela está se apropriando da... desse conhecimento não é?" Nutricionista - Disponibilidade

"Educação em Saúde é muita coisa. É a possibilidade de ***escutar*** *o outro, de crescer com o outro, de* ***aprender com o outro****, valorizar o outro também. A gente lendo Paulo Freire. De abrir espaço... Como a gente* ***aprende com o outro****. E de estar* ***troca****ndo...". Assistente Social - Interação/Troca*

"... é um processo que você vai formando idéias na sua cabeça, você vai tendo curiosidade, você vai descobrindo as coisas... educar em saúde pra mim a continuidade de um trabalho... é uma coisa que você vai fazer todos os dias da sua vida..."Bióloga - Esclarecimento

"... mas eu entendo que são todas as práticas nossas de estar tentando não ensinar, porque eu acho que a gente não ensina nada pra ninguém. A gente ***aprende, troca, discute, contribui****..."Atenção - Cirurgiã Dentista*

"É esse processo mesmo! De você está é... trabalhando o ... preventivamente... também ***como prevenção, mas assim, é trabalhando além do individual****, trabalhando nisso****, de uma forma mais... é coletiva****..." Assistente Social - Interação/Troca*

"Cada um, vou colocar assim. Cada ser humano... ou se auto-educar, ou com ajuda de profissionais se ***educar em se cuidar... tratar melhor de si mesmo...*** *tratar melhor de si mesmo... cuidar melhor de si mesmo pra que sua* ***saúde seja saudável****...". Psicóloga - Carinho*

"Educação em saúde? Eu acho que é isso que a gente está fazendo. EU acho que ***quando a gente se preocupa*** *com a nossa clientela ...". Médica - Intuição*

"Educação em saúde é... você está trabalhando assim... não apenas a doença. ***É*** *você* ***está trabalhando esse processo global****, não é? Social... é familiar... você está envolvendo o doente...". Médica - Confiança*

"Educação é quando a gente... ***é ensinar*** *e ensinar sabendo que aquele... que aquilo vai crescer e que a gente vai ver fruto. Então a educação começa na base. E educação te estimula,... a* ***educação faz crescer...*** *a educação aprimora e assim na saúde aqui... a gente consegue aos trancos e barrancos fazer isso...". Psicóloga - Amizade*

"Não sei... ***eu penso em prevenção*** *no meu caso específico... educação, em saúde eu acho que é essencial na vida das pessoas. Acho que o governo deveria se preocupar em fazer... é dar educação em saúde". Psicóloga - Vínculo*

"... a gente trabalhar em grupo que é uma necessidade inicialmente pro paciente aí já veio aquela questão de ed. Em saúde, mais voltada pro paciente, não é/ A gente está fazendo aquelas... ***dando informação*** *e tal, pro paciente...". Médica - Encorajamento*

"Eu entendo não dar um cunho pessoal pra o grupo... meu grupo... ou quando eu participo do grupo eu tenho uma ***atitude de conversa,*** *isso... é o que você* ***passa informação****, que você deveria passar com o papel, com a persona o Dr, de um modo... de* ***um modo coloquial, simplório****, como uma pessoa do grupo." Médico - Auto-estima*

Olha educação em saúde eu acho ***que é uma coisa que é ampla****. Porque você tem que colocar toda informação, no caso aqui a gente* ***coloca informação voltada pra prevenção****... Quando a* ***gente troca isso*** *com ele, dá informação, [...] Educação em Saúde é você dar a informação, dar os instrumentos por exemplo que ele possa se prevenir antes de adoecer... então acho que você trabalha com educação em saúde é isso... É você vê a* ***prevenção".*** *Enfermeira -Encontro".*

"Eu acho que é tudo que a gente pode fazer... Eu vejo assim, muito assim essa questão da educação ***ligada à prevenção mesmo.*** *Porque na verdade educação, prevenção é a chave da saúde. [...] A gente não tem como fazer um trabalho de* ***saúde*** *sem se utilizar, vamos dizer assim, de alguns princípios, de algumas técnicas, de alguma teoria dessa parte de* ***educação****. É extremamente ligada a essa coisa de prevenção". Assistente Social - Solidariedade*

"Quando você fala em grupos de educação em saúde pra pacientes HIV. Estou pensando muito mais na ***orientação mesmo, na questão de saúde'****. Assistente Social - Escuta".*

"Tudo isso que eu falei , esse momento de você estar ***passando a informação*** *de eles estarem fazendo troca****, de você passar*** *esclarecimento...". Assistente Social - Atenção*

" Então o que é a ação de prevenção, de educação em saúde, fica muito voltado mesmo pra ***prevenir*** *o adoecimento por algum agravo...".Assistente Social – Coordenadora DST/AIDS - Responsabilização*

São poucas as falas que deixam transparecer a concepção mais voltada para as questões que envolvem promoção de saúde, cuja aproximação se baseia nas fundamentações teóricas provenientes da teoria de Paulo Freire; modo pelo qual este objeto é pautado e discutido no capítulo da fundamentação teórica. Conforme a fala retomada de Gadotti (2000:07): "Seja qual for a perspectiva que a educação contemporânea tomar, uma educação voltada para o futuro será sempre uma educação contestadora [...] muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural".

Esse autor contextualiza o processo de educação em saúde bem próximo da participação popular e do controle social. Dentre os entrevistados poucos compreendem e verbalizam educação em saúde desta forma. As falas seguintes expressam este tipo de referência para estas questões.

> *"Então não são como práticas de boa higiene, aprenda a escovar os dentes, aprenda a usar a camisinha... não é isso. Pra mim, realmente é dar a pessoa recursos, possibilitar recursos..., entrar em contato com essa pessoa de modo que ela possa gerir as suas questões, tá?... Então, a capacidade de entender o que é necessário para ele,* ***gerar essa capacidade, a própria pessoa*** *gerar e conseqüentemente gerar o poder ou uma necessidade de* ***reivindicação****, acho que são aspectos de educação em saúde fundamentais.." Psicólogo - Alteridade*

> *"... é a gente estar em cada prática da gente com uma postura que eu acho que é muito mais da postura que a gente tem na nossa rotina diária; de estar contribuindo pra levantar questões que possam ser melhoradas pra tornar um comportamento mais adequado com relação a sua saúde e que possa estar fazendo algum levantamento mesmo dessas questões pra pessoa estar podendo refletir e até ter uma* ***autonomia*** *pra saber o porque ela está assim... quais são as atitudes dela, quais são os comportamentos... que meio que ela vive". Cirurgiã Dentista - Atenção*

Quanto ao **apoio social**, acredito que pela amplitude correlacionada, os profissionais têm uma idéia que se aproxima de pelo menos um dos tipos que compõe o conceito.

Como parâmetro, serão utilizadas as referências a partir dos apontamentos de Victor Valla (1999:10), cujas evidências apontam para uma abordagem que se define como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.

Foi a parte em que mais extensas foram as formas de definição. Pode ser pela imprecisão ou pela falta de conhecimento teórico filosófico a respeito do assunto e a tendência cômoda de sintetizar as próprias concepções e acreditar que sabe, passando a vincular a questão aos assuntos correlacionados à profissão - Serviço Social.

Assim, percebo que de primeira intenção, os profissionais, tendenciosamente, vinculam o apoio social às questões materiais, ou ainda começam a definir pelo que ele acredita que deve distanciar, nesse caso, do apoio material.

Mesmo que consigam ultrapassar as concepções das doações materiais, os profissionais acreditam que este apoio deve ser um apoio proveniente da parte governamental, na maioria das vezes. Mesmo que esta representação seja a partir da sua figura pública, indiretamente, profissional responsável pelos encaminhamentos e direções. Sendo pouco evidenciado a questão da participação cidadã, essas questões ficam diluídas na narrativa como um todo, não especificamente nas questões conceituais.

> *"É **ajudar...** o Projeto Criança é o nosso grande parceiro aqui. Acho que é o motor. Pela Vidda que deu sustentação pra todas essas ações. O que move, **o que propicia por ex. esses passeios ao Rio, lanche no MCD** pra as crianças...." . Médica – Intuição*
>
> *"... eu acho que apoio social falta muito em nosso país... apoio social são **todas as redes** que podem estar ajudando nesta questão da **saúde, de educação, atendimento** público. Todas as áreas que podem estar acolhendo e complementando o trabalho. É importante àbeça intersetorialidade...". Assistente Social - Acolhimento*
>
> *"é... vai mostrando o que é necessário. O que a população pode vir e ver. A ação social... o que o outro pode integrar, que ele pode somar... o que ele pode trazer de benefício... não só **mantimento**, mas de **cultura**, de tudo isso que pode ser trazido...". Psicóloga – Amizade*
>
> *"Uma **rede de apoio**. Porque enquanto aqui está funcionando, mas na comunidade em que eles vivem **falta o saneamento, falta comida, falta trabalho**... então é lógico que vão ter as falhas. Por conta que esse apoio social, ele é ineficiente". Assistente Social - Valorização*
>
> *"Apoio social pra mim, **não é aquele apoio financeiro**, não, ta? Que as vezes é necessário... mas por ex. esse apoio que as vezes a gente dá. **Por ex nesse grupo**... Eu acho que o **apoio que você esta dando é para ele também crescer...** pra ele também procurar**... politizá-lo** também, entendeu? Politizar também, porque também não venda esse voto. Que ele procure participar também conscientemente". Assistente Social – Diálogo*
>
> *"Eu acho que é um dos elementos, das **ferramentas do Serviço Social**. Apoio social pra mim, é essa relação com o usuário, é perceber essa demanda que ele traz pra mim e pensar de que forma eu posso devolver essa demanda pra ele. Através de que atividade, de que políticas sociais, eu estou no espaço público, pensando em políticas sociais e de que forma eu posso transformar essas políticas sociais em **acesso à saúde**... em apoio social". Assistente social – Afinidade*
>
> *"... as **pessoas carentes** de tudo, não é**? Seja de família, de** crianças, **alimento, seja de apoio psicológico... geral ...** porque é fundamental o apoio social na família". Técnico de Enfermagem – Aceitação*

"É *meio problemático... me lembra muito a* ***questão governamental****... Acho que de uma forma geral, desde um apoio social, que não é só particular, teria que ser uma coisa governamental... É a coisa particular de você* ***poder ajudar****, estender a mão quando necessário... como também o que o governo pode fazer...". Pedagoga - Empatia*

"É muito mais do que dá o vale transporte. É muito mais do que da 1 cesta básica. A gente até faz isso aqui. Mas eu acho isso uma ***situação emergencial****. Ele apaga o fogo e não trata a causa. Mas eu acho muito difícil falar em apoio social aqui no Brasil". Médica - Amor*

"... é não estar focalizando só a doença. É você está mostrando as belezas do mundo, você está dando perspectivas além da doença pra ele. Que ele é um indivíduo, que ele é portador de uma doença crônica, mas que pode fazer tudo que qualquer indivíduo não portador de doença crônica faz... ele não ficar naquele assistencialismo.... não vir à.... não procurar a instituição só porque ele quer uma cesta básica, aqui ele precisa da medicação. [...] e a esperança de poder estar..... se ele gosta de música.. de ele vir a se tornar um violinista... a correr atrás se ele gosta de desenho, de pintura... dar perspectiva pra ele, esperança pra ele se tornar um pintor, não é? Ajudar nisso aí, aonde ele pode conseguir uma bolsa, aonde ele pode estar, aonde ele pode estar procurando e tal". Médica - Confiança

"Ah! Tudo que ***possa facilitar ele a aderir ao tratamento****. Adesão ao tratamento e até mesmo essa questão de vida mesmo... de continuar... se tem depressão a gente tem uma psi....é favorecer o bem estar, não é não?Mas aí o que você está querendo? Apoio social ao paciente? Caramba! E muito complexo! eu acho que é tudo... desde a família,* ***inserção e apoio da família... Ambiente de trabalho,*** *ele continuar trabalhando com qualidade de vida... enfim tudo que possa ... nos grupos, os amigos...". Enfermeira - Fraternidade*

"... a gente procurar dentro do que a instituição pode fornecer a gente pode... a gente pode fazer os ***encaminhamentos...*** *pode começar a te dar as informações... os encaminhamentos necessários e bom... acho mesmo que a gente se aproxima mais do próprio meio delas...". Nutricionista – Disponibilidade*

"... é fazer esses usuários sentir como uma pessoa boa, um ser humano o mais pleno possível, o mais próximo disso, dessa plenitude, não é?" Psicóloga – Toque/Contato

"... o que a gente faz um pouco na coordenação com as mães; é estar sempre de olho lá nas crianças, como elas estão, ***fornecer os remédios, os leites, é um apoio social****...Mas eu acho um pouco* ***assistencial****. Não é tanto apoio social. Pra mim o* ***apoio social seria mais educar as pessoas****. O que é o HIV... o educá-las... a saberem a fazer a sua própria vida na verdade. É ter o seu próprio instrumento pra criar coisas,* ***criar forma de trabalho, criar maneiras de sobreviver...*** *que não necessariamente eu vou só dando.... aquela velha historia do peixe, ensinar a pescar..." Psicóloga - Vínculo*

"Trabalhar com ***as redes não é? Com as ONGS, os órgãos****... com os direitos, com tudo. Apoio social também fora, externamente, aqui dentro também, como é que esse desenrolar de, de... que a gente chama de interconsulta,* ***dos encaminhamentos****, não é? Do meu fazer profissional, que para ali, que ele precisa desse* ***apoio psicológico****, que ele precisa desse olhar....". Assistente Social – Interação/Troca*

"Pra mim é tudo. ***As relações de amizade, as relações de trabalho, lazer.*** *Tudo passa pelo social (....) as próprias* ***convivências familiares****, tudo estaria colocado". Assistente Social – Pertencimento*

"... o apoio social vai desde lá, o ***apoio só INSS*** *até a* ***nossa prática*** *também.... a gente está tentando dentro da nossa limitação de profissional de saúde, estar de alguma forma ajudando, contribuindo com todos aspectos sociais que envolvem todo contexto de saúde e também o contexto deste paciente". Cirurgiã Dentista - Atenção*

"... Porque não adianta você é,... dar instrumentos como ***vale transporte****, você tem* ***direito ao INSS****, você tem direito a isso ou aquilo e você não dar* ***esse suporte*** *que estou te dizendo, assim .... de o paciente entender, ser* ***bem informado*** *sobre a doença deles pra ele ter uma* ***certa independência*** *de* ***sair atrás dos direitos*** *dele, de.. de.. batalhar, de.. de vir pra gente e* ***contestar*** *a gente, também entendeu?" Médica – Encorajamento*

"Talvez eu não entenda. Se eu tivesse que dar uma definição pra algo que é algo social, seria permitir que os recursos disponibilizados a uma pessoa, numa intervenção, desse pra ela algum tipo de sustentação pra vida, pra as relações pessoais sociais, pra um estar inserido nas questões que atravessam a gente o tempo todo na sociedade, seja se deparar com a novidade em termos de doença, em termo de cura, seja se deparar com a realidade que às vezes é escamoteada em termos de necessidades financeiras, habitacionais, no sentido de habitar e não no sentido de residência.... no sentido ecológico, vários.. tudo que é... significa estar no mundo... [...] Se afasta um pouco das questões estritamente ***econômicas sociais****. Como* ***muitos, às vezes costumam tratar isso pessoas que não tem casa, que ganha pouco, essas questões materiais... tem outras coisas envolvidas*** *nisso". Psicólogo – Alteridade*

"Apoio social eu acho que seria todo aquele movimento.... todo aquele cerco que a gente faz pra não deixar que o paciente passe por necessidades tão especiais....[...] A questão do ***passe livre*** *pra eles também é muito importante...". Enfermeira - Apoio*

"Depende da situação que ele traga. Ele pode estar se colocando com ***questões concretas, da vida*** *dele, não é? Dificuldades que ele está passando, certo? [...] Então você vai orientar e vai* ***estar encaminhando****...". Assistente Social - Empoderamento*

"... é o apoio mais amplo que acho que não tem... Que a ***questão da família, trabalho, em relação*** *a ele que como indivíduo que eu acho que a gente não faz". Encontro – Enfermeira*

"Apoiar é o que é necessário naquele momento.... o que é pra cada um o que ele te traz. Por ex.;.... se você me traz, hoje não é... o social ***abrange tudo, o econômico, o emocional, é... o cultural....*** *não é?.... e vai assim, em diante.... então o que aquela pessoa me traz é o apoio que eu vou dar pra aquela pessoa. As vezes o que é pra um, não é pra outro. Mas de repente tira dúvida daquele que veio com aquela expectativa de fundo emocional, de fundo social, a gente está informando.... nesse sentido". Psicóloga - Carinho*

"O ***apoio social*** *a gente tenta alguma coisa aí. Porque muita das vezes a gente não depende só de gente enquanto assistente social. A gente depende de outros segmentos pra tentar dando esse apoio social. Tá legal. Eu acho que não é só apoio na saúde, eu acho que é apoio dos outros órgãos institucionais ou não; de governo ou não, pra estar dando esse suporte. O negócio é a gente conseguir fazer* ***valer os direitos****. Os direitos que as pessoas têm e que a gente tenta batalhar tanto pra gente tentar*

conseguir. Eu acho que esse apoio social isso aí. Pelo menos aqui na unidade a gente faz, agora, quando muita das vezes...". Assistente Social - Solidariedade

*"... apoio social, eu acho que tem várias vertentes, não é.... desde a questão que ... engraçado assim... é engraçado não porque a gente já sabe dessa questão da pauperização mesmo da doença... mas essa questão de apoio social..... **o dinheiro faz muita falta**... quando você tem um grupo de convivência, você depende **daquele passe**, o passe.... um complicador para esse passe sair.... aí tem a questão do transporte, tem a questão do vestir, não é... tem a questão do comer...". Médica - Consideração*

*"O apoio social pra começar... o apoio social, quando você fala as pessoas pensam em quê? **Benefício...** social são os meus benefícios que eu quero... ele procura uma assistente social... ele quer uma ajuda pra o benefício dele, ele está querendo uma atenção. Quando ele vai pra um grupo de acolhimento, quando uma pessoa está fazendo **o acolhimento, principalmente se for no grupo**, a gente fala sobre tudo isso, a gente junta isso... a gente fala do **apoio psicológico**, porque a gente tem uma psi trabalhando as dificuldades, a gente fala do acompanhamento do enfermeiro que de repente ele **vai estar orientado a respeito da medicação"**. Bióloga - Esclarecimento*

*"... que a gente procura colocar a **pessoa inserir dentro da sociedade de alguma forma**. E o apoio seria facilitar, a gente poder facilitar isso aí". Assistente Social - Atenção*

*"É a concepção mais conservadora da palavra e aí eu pela própria formação profissional mesmo... confesso que tenho assim, uma certa resistência vamos dizer... uma coisa do apoio social... porque sempre... pelo menos no senso comum, você olha, você imagina como sendo ajuda, auxílio a alguém... o auxílio para uma necessidade imediata que aparece... da mãe que não tem leite pra o filho, da pessoa que não tem dinheiro da passagem, etc, etc e tal... Na concepção que eu tento trabalhar e eu acho que é a forma eu acho que o apoio social, é como eu já tinha falado um pouquinho antes... é você reconhecer... ter **mecanismo de ajuda** sim, porque como dizia o Betinho: 'Quem tem fome tem pressa...' Então que tem necessidade não pode esperar discurso, a organização de uma política que vai sair daqui não sei quanto tempo... mas sempre trabalhar esse apoio social numa **perspectiva de compreender a problemática social** que está instalada ali... ou naquele caso, naquela situação problema, que é a história particular daquele indivíduo ou daquela família, ou dele dentro do seu contexto comunitário, da cidade enfim... que esse apoio social ele venha numa perspectiva de compreender o problema pra **buscar alternativas** não só individuais, mas sociais também de superação. Então, eu compreendo o trabalho de apoio social nesse sentido. Eu acho que a gente tem aquela célebre frase antiga que a gente pode e deve mesmo dar o peixe pra quem está precisando, mas deve dar o peixe, mas, dando a vara, ensinado a pescar junto, ensinando a pescar junto. E esse ensinar a pescar não significa que vai ensinar o outro porque eu sei os caminhos... porque eu tenho as respostas... mas fazendo uma comparação... identificar os problemas e buscar as soluções... ele enquanto usuário do serviço, enquanto sujeito; eu enquanto profissional num determinado contexto institucional e enquanto cidadão também... eu acho que é nessa perspectiva...".Assistente Social – Coordenação Municipal DST/AIDS - Responsabilização*

Após compartilhar as questões conceituais a partir das falas dos profissionais a respeito dos mesmos, neste item 5.3.1, o qual acaba de ser compartilhado, será realizada a continuidade do processo de análise, abordando questões que emergiram mais da prática de

cada profissional, do que propriamente dos pontos de vista teórico de cada um. Desta forma, pode ser que as falas seguintes venham implementar as anteriores, expressando um conjunto de ações bem mais expressivas. Afinal, é a realidade que vem à tona através da junção temática das múltiplas falas.

Com a intenção de melhor explicitar e correlacionar as subcategorias que emergiram a partir das falas dos profissionais, tornando mais concreta a análise de cada núcleo temático, optei por elaborar um quadro esquematizando as correlações identificadas em cada conceito. Os respectivos quadros estão situados após o término das discussões de cada núcleo. O Quadro 05 é designado à discussão do conceito acolhimento referente ao item 5.3.2, o Quadro 06 foi elaborado a partir do conceito educação em saúde (item 5.3.3) e o Quadro 07 ficou reservado para análise do núcleo referente ao apoio social (item 5.3.4).

5.3.2 - O acolhimento como artifício de inclusão grupal dos usuários e profissionais

Entre a **técnica** e a **tática** de inserir e se fazer inserido no espaço grupal, os profissionais e usuários vão compartilhando espaços, procurando, na maioria das vezes, pactuar regras a fim de conviver e se relacionar de maneira harmônica nos grupos. A discussão iniciada aqui sobre acolhimento se restringirá nessa dinâmica de relação interpessoal. Deste modo é necessário que sejam intensamente valorizadas as questões abaixo:

> *"É! Porque todo mundo tem a técnica, sabe toda teoria, mas tem o coração aqui. Se não ia ficar muito frio... A gente tem 30% de técnica e 70% de coração, de alma, de espírito". Intuição – Média*
>
> *"Então, essa tem sido uma grande tarefa, um grande desafio pra nós... produzir e oferecer capacitações que não apenas prime pela sua competência técnica e teórica, mas também consiga ter uma leitura sociologia, antropológica desse evento doença , que não deixa de ser um evento social. Então, é compreender a doença desde esse contexto sócio histórico". Assistente Social - Coordenadora Municipal de DST/AIDS - Responsabilização*
>
> *"É uma característica que é da sensibilidade. Eu acho que sou muito sensível ao sofrimento humano, a mudança de comportamento". Médica - Amor*
>
> *"Eles aprendem a técnica e não conseguem inserir essa técnica no modelo da pessoa do doente...". Médico - Auto-estima*
>
> *"A afetividade é muito envolvente... no momento do trabalho e após o trabalho... entendeu?" Pedagoga – Empatia*

A dinâmica grupal é realizada pela aproximação de pessoas com idéias e objetivos afins. No entanto, podem existir momentos ou situações que essas relações sejam conflituosas. Mas é certo que mediante a necessidade dos conflitos para o crescimento do coletivo, que os mesmos sejam intermediados sem as polarizações radicais de ódios, traumas e rancores.

É interessante observar que nem todas as pessoas têm o dom de aproximar outras pessoas. É um trabalho difícil, que leva tempo, como já se observou até então. É um processo de todo dia, persistente, onde todos devem ser **acolhidos** e por sua vez, numa questão de bom tom, procurar também **acolher**. É certo que no momento em que está se acolhendo, o ser humano está disponibilizando o próprio interior ao encontro do outro. E isso, facilita todo o processo.

*"Então, é o **paciente chegar e sentir que tem alguém do lado de cá preocupado** com ele, que quer ajudar, que quer dar o melhor. Realmente resolver o problema dele. Não é ficar empurrando...". Médica – Intuição*

*"Tem a enfermeira que **dá muita força** pra eles. A enfermeira faz... quer que o grupo aconteça... e chama eles... os que não vêm... a enfermeira controla e ela **tem maior carinho**. A dentista que tem um pouco de ciúme do grupo...". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"A enfermeira, a AS, tratam eles aqui... **como se aqui fosse a casa deles**, porque as vezes a casa deles, não podem nem falar que tem... pra família... aqui é cafezinho... a enfermeira fica conversando... **eles sentem mais acolhidos**... eles vem muito, muito por isso...". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"... o atendimento era mais para os responsáveis/cuidadores. E eles ficavam em atividades assim... fora ... paralela... tipo com recreador. ... Depois a gente começou a perceber que eles ficavam até querendo uma reunião também pra eles. [...] **Então, a gente resolveu investir na criança".** Psicóloga – Amizade*

*"... é essa **integração maior mesmo... esse acolhimento dele... do adolescente que fica como se fosse uma continuidade.** Eu nunca atendi na pediatria, mas já me conhecem de alguma maneira. Porque eu participei dos grupos, e aí tudo rola mais fácil..." Confiança – Médica*

Todo esse processo depende de múltiplos fatores, desde a estrutura organizacional, até mesmo de condições temporais, culturais e históricas de cada pessoa que se encontra naquele determinado momento.

Desse modo, é necessário que o profissional além de ter todo conhecimento técnico e científico, tenha também uma tática, **habilidade**, jogo de cintura, tarimba, dom para aglutinar indivíduos diferentes e suas diferenças. Goleman (2001:48) afirma que "... a inteligência acadêmica não oferece praticamente nenhum preparo para o torvelinho – ou para a oportunidade – que ocorre na vida". Inúmeros processos requerem não só **competência técnica** como habilidade tática para tal, onde o saber implica a facilidade de elaborar idéias simples para elucidar o complexo, utilizando recursos do íntimo.

*"... ou ser uma pessoa melhor ou você ter algum aparato técnico, sabe? Algum aparato técnico, assim meio de psicologia... dessa área, porque assim... tem coisas que eu não sei como estar resolvendo. E num grupo de convivência acontece alguns impasses. **Tem que ter uma pessoa que modere aquilo de uma forma suti**l, né? Eu não sei fazer isso". Médica – Consideração*

*"... então isso é uma coisa que a gente está aprendendo a lidar com eles... é o **feeling**... tem que sentir... não existe isso em livro, em lugar nenhum... você tem que perceber". Médico - Experiência*

*"... a dificuldade que eu vejo é você captar o profissional adequado que tem a **capacidade de ouvir e aglutinar as** pessoas. Isso é o que é o difícil. Ideal é que fosse um psicólogo, uma pessoa que se envolvesse com relações humanas, com*

capacidade... um pouco de gerenciar, mas também um bom ouvinte. Esse seria um profissional adequado pra poder aglutinar essas pessoas... ***Esse é o profissional que eu tenho tido dificuldade. Não adianta fazer um concurso pra admitir um assistente social, um psicólogo pra criar um grupo de gerência a adesão****. Esse é o problema que a gente tem. Quer dizer um concurso de marcar a,b, c, d, f,... são profissionais que você tem que captar... captar a dedo, não é qualquer um que se encaixa...". Médico Auto-estima*

"Acho que é ***minha forma de ser, minha personalidade****, entendeu? De tentar, de ter essa facilidade de agrupar as pessoas. Eu acho que é uma coisa pessoal. Eu acho que é uma coisa pessoal mesmo. Minha natureza". Assistente Social - Solidariedade*

"... o mais importante é você ***está ouvindo*** *aquela pessoa... . Se você tiver uma* ***técnica*** *de colocar alguma questão que faça refletir, vai ser fantástico, mas se não tiver...". Médica - Consideração*

"A cumplicidade que a gente conseguiu com esses pais ao longo do tempo'. Assistente Social - Afeto".

"Então, trabalhar no coletivo pressupões que se tenha ferramentas ou caminhos de socialização, de compartilhamento e isso dá mais trabalho. É mais desafiador". Assistente Social – Coordenação Municipal DST/AIDS - Responsabilização

É necessário senso e sabedoria para trabalhar com idéias que em muitas das vezes são divergentes, carisma para aproximar os conhecimentos e ser aceito por todos de modo mais igualitário possível. Em suma, deve ser uma figura flexível e com acessibilidade de todo coletivo.

Não importa qual juízo de valor é concebido a cada anamnese realizada, a cada história elaborada, ou a cada temática trabalhada com e a partir do grupo, o que importa é a exteriorização dos atos, falas e gestos, onde passa a ser necessário maior clareza, sutileza e inteligibilidade em expressá-los. Pois existem pessoas que apresentam dificuldade de perceber tais peculiaridades. Conforme Lopes (2003:153):

> "A inadequação da linguagem, a dificuldade de aproximação com as pessoas e com suas realidades, somadas às dificuldades em abordar outros aspectos da vida que não aqueles, aparentemente relacionados à sua condição clínica, são os principais impeditivos para a ocorrência de uma interação efetivamente positiva".

Porém, não só a fala e a escuta, como a oportunidade de se relacionarem através da **expressão corporal**[26], da maneira de agir, do **olhar**, de tocar, de estar presente, frente a frente com cada usuário no grupo...

[26] **Expressão corporal**: "... é o reflexo externo do estado emocional da pessoa. Cada gesto ou movimento pode ser uma valiosa fonte de informação sobre a emoção que ela está sentindo num dado momento. [...] O segredo da leitura da linguagem corporal está na capacidade de captar o estado emocional de uma pessoa escutando o que ela diz e observando seus gestos e atitudes". Pease (2005:19).

*"... o mais importante é você **está ouvindo** aquela pessoa e mostrando pra ela com **olhar, com um gesto**... sabe... você está se importando com aquilo que **ela fala**. Se você tiver uma **técnica** de colocar alguma questão que faça refletir, vai ser fantástico, mas se não tiver... é desta forma que eu entendo por acolhimento". Médica – Consideração*

*"O que está posto **é o acolhimento, a escuta ativa** que a gente costuma brincar que muitas vezes a gente não escuta o outro, não olha pra o outro... o acolhimento ele já se dá nessa forma. É o fato de você tocar só em **poder tocar**... em **olhar olho no olho** e estar receptivo, com uma escuta de fato. O papai do céu sabe... Ele deu 2 ouvidos e 1 boca, pra gente ouvir 2x mais do que fala". Assistente Social – Pertencimento*

*"Entre eles... **eles conversam... dos profissionais de darem apoio** a eles... falam pra mim que **os dentistas eles tocam neles**, sabe? ... os dentistas tocam neles... eles são carinhosos... porque tocam porque vê que realmente... o **dentista abraça o rosto deles**... no dentista eu seguro a mão... até dos adultos, os que morrem de medo... eu fico brincando...". Auxiliar de Consultório Dentário - Auxílio*

*"... o único local que ele tem pra **estar falando**, pra estar colocando as angústias, pra estar colocando as necessidades que ele tem, é o grupo. [...] Ele está num grupo mais acolhedor. Grupo pequeno, onde ele tem voz e ouve.[...] Pra que a gente **possa escutar** o outro. Que cada um possa escutar ali, um pouco o que está trazendo de dúvida, de questionamentos, de desabafo mesmo... Muitos não tem outro **espaço pra falar"**. Assistente Social - Afinidade*

*"É **mais o diálogo e a discussão** no grupo... são os exemplos que a gente aponta... as vezes é o único espaço **que eles tem pra falar"**. Assistente Social - Afeto*

*" Na verdade assim é meio que sala **de bate papo** e aí os temas vão surgindo...".Enfermeira Fraternidade*

*"Acaba ficando muito **mais no diálogo**. ...mas às vezes **fica aquele silêncio**, ninguém tem nada pra falar". Psicóloga Vínculo*

*"... numa reunião, nunca ela sentiu tanta necessidade, nesses anos todos, que é mãe de uma criança positiva, **de se colocar tanto como ela se colocou** nessa reunião...". Assistente Social - Interação / Troca*

*"Então a gente não vai sempre, mas existe uma certa freqüência que a gente vai lá **conversar com eles, ouvir** o que eles estão dizendo...". Médico - Liberdade*

*"Então assim, o grupo das mães é oportunidade que elas **têm de falar** algumas coisas que está preso na garganta... Ele... como é que ele vai falar sobre a dificuldade que ele tem vergonha [...] uma oportunidade de eles **estarem falando**, ou sobre a doença ou sobre a vida deles... que esse... mesmo que eles não estejam falando sobre AIDS, eles estão falando sobre a vida deles...". Médica - Encorajamento*

*"... a gente começa primeiro uma **conversa informal** com eles... se tiveram algum problema de doença ou não... se foram à festa... eles **têm muita coisa pra contar**...". Pedagoga Empatia*

*"... mas o grupo tem é **uma conversa**... aquela roda de bate-papo... e eles sempre... eles conversando eles se ajudam né... que é bom a gente desabafar...". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"... que essas crianças **criem e recriem aquela estória**... em situações que eles mesmo passam, ou que eles já vivenciaram no momento, até o momento..." Pedagoga - Doação*

*"...é ficar com o ouvido aberto pra essas coisas todas que o paciente traz, **ouvir mais, falar menos**, não É? [...] ...abrir o ouvido e deixar o paciente falar...". Médica – Encorajamento*

*"Então a minha atuação na atividade de grupo é de **conversa, uma conversa** é... de vivenciar as situações...". Médico Auto-estima*

*"A gente só abre no grupo de apoio aos familiares, porque muitos deles têm dificuldade **até de conversar** ...". Psicóloga - Carinho*

*"... é claro que a idéia é estabelecer **uma conversa** coletiva ali com as pessoas...". Psicólogo – Alteridade*

*"... **então ela ouve** também o que é realmente o fato de estar com o vírus e de ter AIDS; isto é uma outra intervenção importante". Psicólogo – Alteridade*

*"... aliás, eu acho assim, o profissional de saúde, eles, deveriam ser identificados **pelas orelhas**, eu acho que todo profissional da saúde deveria ser um Dumbo, sabe? acho que é você **ouvir**...". Médica – Consideração*

*"Então a gente... nós aqui é que **somos essa válvula pra eles**, é com a gente que eles **querem conversar**. [...]... que você não precisa falar, que outras pessoas falam por você o que você **gostaria de estar ouvindo**. Isso eu acho fantástico...".Bióloga - Esclarecimento*

*"Quando você vê, a pessoa está!...Você vê a questão que eu falo da **escuta, de estar atenta aos olhares, a maneira que essa pessoa chega**... como ele chega".Assistente Social – Empoderamento*

Focalizando e valorizando a atenção individual o profissional particulariza o momento, intermediando um processo de melhor forma de **acolher,** formar **vínculo** e integrar sua participação no coletivo. O vínculo é algo criado no espaço de relações, a medida que haja o interesse mútuo. Como citado na fundamentação teórica, retomo Cecílio a fim de ratificar a importância dessa questão no processo de encontro entre trabalhador e usuário do serviço de saúde. Cecílio (2001:114) sinaliza que dentro das amplas necessidades de saúde, encontra-se de modo explícito a relevância da criação de vínculo afetivo entre trabalhador e usuário.

Em consonância com as concepções teóricas, a respeito do acolhimento utilizado nos grupos, a fim de criar vínculo, como encontra-se acima, a maioria significativa dos entrevistados faz menção à importância dessa subcategoria nas relações de encontro.

*"Então a gente vem buscando a qualidade do serviço para **acolher melho**r esta clientela. Daí a preocupação com festas e passeios". Assistente Social – Acolhimento*

*"Então, você tem que ter a **capacidade de acolher, escutar, de captar a angustia** dele; não precisa ser expert de psicologia analítica...". Médico - Auto-estima*

*"... a hebiatra assiste o grupo pra ter **um vínculo, pra conhecer**... a gente não está passando...". Psicóloga – Amizade*

*"... então aqueles que você tem maior contat... e são às vezes aqueles que até você deu o resultado p positivo. **Eles sempre batem na porta** pra te dar um bom dia". Assistente Social - Diálogo*

*"... como a gente já conhecia, **já tinha vínculo** com as famílias, já conhecia um pouco a demanda do serviço... que já estava na hora de começar a se pensar em esquematizar reuniões de grupo". Assistente Social - Afinidade*

*"Quando nós chegamos eles **vêm sempre pra abraças, pra beijar**... 'oi tia, vai ter atividade hoje?' Sempre assim... eles ficam alegres... eu acredito que sim... eles não vêm pra aqui e querem ficar lá fora brincando, só na gangorra e no balanço. Eles querem ficar ali desenhando, brincando, **conversando com a gente**...". Pedagoga Doação*

*"... eles foram **criados praticamente aqui comigo**... tomando a medicação no leito-dia, todo mês, todo mês... então foi crescendo comigo; eu sempre conversando, eu sempre brincando...". Técnico de Enfermagem - Aceitação*

*"... **a psicóloga, me insere**... Pra eles irem me conhecendo... e eu a eles. O que a gente notou, é que essa passagem... a gente sentia que nessa parte emocional havia 'pegado' um pouquinho... e aí quando eles vêm pra gente, **eles já me conhecem, eu já conheço eles** pelo nome... já fazem um **vínculo** diferente, né?" Médica Confiança*

*"... então eu sei que esses grupos fazem esse **vínculo** do paciente com os serviço e com os profissionais...". Médica - Encorajamento*

*"... **se perdeu o vínculo afetivo, o acolhimento afetivo,** que não é só pra aqueles que tem o HIV. Qualquer ato pede... deveria sim... seria uma relação que deveria ser permeada por acolhimento". Médico Auto-estima*

*"... algumas, em algum momento, **voltam pra visitar-nos**. Muito bom! Eu adoro...".Assistente Social – Interação/Troca*

*"... é a mesma **coisa da empatia**... você me atendeu... eu gostei de você, então eu quero ficar com você....". Psicóloga - Carinho.*

*"E eu vejo que elas tem uma **tendência muito em se ligar em certas pessoas**. Até o fato de querer continuar aqui também é uma coisa que elas...". Assistente Social – Escuta*

*"Então a gente vem buscando a qualidade do **serviço para acolher melhor** esta clientela. Daí a preocupação com festas passeios...". Assistente Social – Acolhimento*

*"Tipo, eles quando chegam fazem... há um **acolhimento muito grande**. Eles sempre fazem aquela troca". Psicóloga – Amizade*

*"A **afetividade é muito envolvente**... no momento do trabalho e após o trabalho... entendeu?"Pedagoga - Empatia*

*"Porque eles **se sentem muito à vontade** comigo. Bem aberto, né? Pra poder chegar e me falar essas coisas". Técnico de Enfermagem – Aceitação*

*"Onde **eles podem interagir**... onde eles não são os excluídos, onde eles podem participar de tudo... a vida é normal, a vida continua...". Médico - Experiência*

*"... é árduo, né? Mas **tem que voltar, tem que acolher novamente**, tentar dentro dos limites, porque tem uns...".Assistente Social – Interação/Toque*

*"... **o vínculo** ficou comigo da 1 vez... isso ficou claro que era importante praquele paciente o vínculo que faria com o profissional que atendia...". Psicóloga – Carinho*

*"criaram **vínculo com a gente, vínculo afetivo, emocional.** Criaram vínculo porque gostaram do atendimento da unidade..."..Assistente social – Solidariedade*

"E as que ficam elas estão sempre aqui... às vezes por nada... Passou, sobe, mesmo que não tem atendimento... fala com um, fala com outro, conhece todo mundo... Então vem com filho, com marido, com companheiro". Assistente Social – Escuta

*"... de modo geral os profissionais **se envolvem muito** com as pessoas... a direção, os profissionais. Elas (usuárias) se chegarem aqui, precisar de alguma coisa, vão ser atendidas. Assistente Social – Escuta".*

*"Que através do **grupo** a gente conseguiu começar **acessar esse acolhimento**".Assistente Social - Afinidade*

Apesar dos resultados desse trabalho, com a formação de vínculos e processos de empatia, existem aqueles que participam do grupo ou por responsabilidade ou ainda pra dar um retorno pra equipe.

"... e outros vêm assim... como se fosse assim,... não é bem uma obrigação, mas talvez, assim... dá um retorno para a equipe que o acolhe tão bem...". Psicóloga Toque/Contato

"Eles não querem saber de, de... já estão sabendo que a gente dá atenção mesmo. Tem medo, assim, será que o outro médico, o outro profissional, o outro psi vai entender... Então trocar eles não querem, e continuam vindo". Médica - Encorajamento

Fica caracterizado, mediante tamanha exigência, que esse profissional, esse líder, fica **difícil de ser substituído** nos momentos de ausência ou na desistência de se desempenhar respectivas atividades. Primeiro, que essas características não são medidas e captadas em processos seletivos, nem mesmo em formação acadêmica. Passa a ser um conjunto de questões que enriquecem a sua representação e o seu trabalho, transformando-o em um facilitador, neste caso, como veículo de aproximação e integração.

*"... e para com os pacientes existe uma **grande interação**... paciente que pega tel celular e te liga ... que eu acho que é um grande facilitador...". Médico Liberdade*

Desta maneira, a substituição desse profissional é difícil, e em determinados momentos quase que impossível. Os desencontros são tamanhos que, com o decorrer do tempo, as coisas vão esfriando de uma tal maneira que a atividade acaba por ser interrompida. Uma resistência silenciosa, ratificada pelo coletivo.

> *"... o que determinou realmente, entendeu?, foi a saída do profissional. Porque a pessoa que começou a fazer esse grupo é uma enfermeira. É uma pessoa muito especial... [...] ela deixou no lugar dela uma estagiária da psicologia, uma moça chamada X... e aí não deu caldo. Não deu mesmo, porque as pessoas não perceberam na X, aquela força da W., aquela... e aí a coisa foi desandando". Médica - Consideração*

> *"... não adianta você ter profissionais que vão ficar provisoriamente... profissional que se envolve com o paciente e daqui a pouco o profissional sai... aí o paciente vai ter que ter afinidade com o novo profissional que chega. Daqui a pouco o profissional vai embora... oh... o paciente vai ficar aqui e não dá pra o profissional ficar entrando e saindo". Médica - Encorajamento*

Na existência de continuidade do processo e formação de vínculo, confirmada entre profissional e usuário, não somente a **substituição** fica difícil, como também a **inserção de um outro profissional**, também, é complicada.

> *"Mas, é por conta de falta de pessoal. Eu não tenho pessoal que dê continuidade quando eu não estou. Então fica difícil... e aquele vínculo que elas já se formaram comigo. Eu tenho uma colega que já tá comigo há um ano, quase um ano e meio... mas ainda eu não consegui inserir ela pra tentar dar continuidade ao grupo quando eu não estou... o grupo ainda tá se acostumando com ela. Então a gente tem que ter esse cuidado. A gente vai colocando elas aos poucos, né?" Assistente Social - Solidariedade*

É evidenciada uma resistência e um distanciamento das pessoas envolvidas, pois fica necessário nova exposição das experiências, anseios, dúvidas e sonhos em busca de um novo entendimento de ambas as partes. O processo de confiabilidade leva tempo para ser consolidado, principalmente porque o objeto de trabalho grupal que envolve o mundo HIV positivo, são as questões de sexualidade em amplo aspecto, envolvendo a estética, o erótico, a arte, o sensual, a cultura, a sensibilidade, o afeto, os estímulos; histórias de vida difíceis e temáticas complicadas de serem compartilhadas.

Um outro receio de se inserir nos trabalhos coletivos, é **a exposição** que os mesmos podem estar sentindo diante de um público variado e desconhecido.

> *"Os **próprios limites teus...** profissionais... porque pra mim você ser um facilitador você tem limites e **quando esses limites estão colocados... é verbalizar isso pra o grupo...** 'oh... nesse momento eu também tenho os meus limites, você faz parte do grupo". Assistente Social – Pertencimento*

"Mas eu estou muito habituada a falar com os pacientes que têm que usar camisinha pra fazer sexo oral, ***só que na verdade eu nunca fiz.*** *A gente fala isso, mas eu nunca fiz... aí eu pensei... pôxa! Eu tinha que ter feito. ...****Como é que isso aconteceu comigo****... ai eu senti que eu tinha que dar esse retorno. Ele não pediu pra eu usar...* ***Quando ele falou isso todo mundo começou a rir****... todo mundo começou a rir...* ***me deu uma sensação assim de incômodo****... aí eu falei, né... porque que vocês estão rindo? Ele falou isso, mas eu também não sei exatamente como fazer... eu sei na teoria... mas eu não sei exatamente como é... eu nunca fiz... aí um outro paciente falou:'espera aí... eu vou mostrar como é que é...' um paciente pegou a camisinha, mostrou... eu sabia na teoria como é que era...". Cirurgiã Dentista – Atenção*

"... até nesse momento que você está fazendo a sala de espera é o momento que você está dando liberdade pra o paciente... ele está te conhecendo, você ***está expondo como você é pra ele também está se expondo pra você****...". Bióloga - Esclarecimento*

"Então é muito mais tranqüilo, é muito mais seguro quando você está ali no exercício institucional, você ter regras e normas que definam comportamentos, caminhos, estruturas, ações, etc e tal... do que se você vai pra o compartilhamento, pra o trabalho coletivo. ... Seja do ponto de vista do trabalho em equipe, entre...a equipe profissional seja com os próprios usuários do serviço... o grupo é sempre uma coisa... assim,... é bom... é gostoso... é enriquecedor... é desvelador... mas também é desafiante". Assistente Social-Coordenação Municipal DST/AIDS – Responsabilização

Muitos profissionais, acostumados especificamente com o trabalho individual, protegido pelo jaleco branco, posicionado atrás de uma mesa e de aparatos tecnológicos, numa postura verticalizada na relação com o usuário, quando presentes no espaço coletivo, se sentem despidos e expostos com a necessidade de uma relação democrática. Podem estar sendo exteriorizados, também, seus anseios e medos, suas fragilidades e desconhecimentos. São colocados em prova a todo instante, desde os conhecimentos específicos da patologia, até mesmo aqueles mais gerais.

É um trabalho que requer **acompanhamento psicológico e capacitação** constante para os profissionais, com utilização de ferramentas múltiplas, desde informações técnicas e científicas até mesmo bom senso mediante posicionamentos pessoais, ambos dando conta de intermediar todo o processo.

Sobrecarga emocional

"Você me perguntou isso e eu fiquei me lembrando... ***eu comecei a trabalhar com AIDS, porque um amigo meu morreu de AIDS****, um pediatra, e eu lembro que ele dizia assim,... 'não quero ir pra o grupo Pela vidda não, porque essa doença já é um terror eu vou pra lá pra ficar falando mais dela ainda... eu quero ir pra outro lugar, fazer outras coisas... não ficar lembrando dela o tempo todo...". Médico Liberdade*

"E dificuldade de estar lidando com a doença que ainda não tem cura né... e que às vezes até o próprio profissional, ele fica sobrecarregado psicologicamente... assim a gente...". Assistente Social – Valorização

"E as dificuldades são grandes. Às vezes a gente fica muito desgastada". Assistente Social – Acolhimento

*"Eu **saí daqui arrasada.** Nós deveríamos ter um apoio psicológico que a gente não tem. Nós vamos ter que procurar por nossa conta. Eu saí daqui arrasada..." Assistente Social – Diálogo*

*"De psicólogo pra trabalhar a equipe... pra discutir... a gente só tem uma que trabalha as crianças, não tem mais ninguém. **A equipe não tem um suporte psicológico"**. Assistente Social - Afeto*

*"A gente não tem **acompanhamento psicoterápico** da equipe não". Assistente Social - Interação / Troca*

*"A gente recebe as vítimas de **violência e isso aí é uma carga**. Olha, eu sou dentista, eu não trabalho diretamente com as vítimas de violência, mas indiretamente você discute os casos". Cirurgiã Dentista – Atenção*

*"A enfermeira fala que **a gente precisava ter mais uma terapia individual** pra gente conseguir lidar melhor com essas questões. Enfim... não tem... eu acho que o que melhoraria muito essas atividades coletivas de educação. Melhoraria não só essas atividades, mas melhoraria todo o conjunto do serviço e estar tendo encontros mais freqüentes da gente... do grupo...". Cirurgiã Dentista – Atenção*

*"Porque **também aflige muito a gente.** A gente teve até uma época de supervisão com o pessoal do Gafrée". Assistente Social – Acolhimento*

*"Essa coisa que **o profissional está separado, não se envolve... isso pra mim não existe literalmente... já cansei de chorar,**... por que não? Você não vai se derramar aqui e ele que vai estar te acolhendo... não é isso. Mas tem histórias... e perceber dentro da tua história de vida onde está os teus limites. (...) você é ser humano, você vive a história do outro...". Assistente Social - Pertencimento*

*"E **agora eu já to conseguindo; não foi muito fácil não**. Mas eu já tô conseguindo, vamos dizer assim. Falar dessa história da medicação pra elas... Porque aquela história... Elas têm essa idéia. Ah! Comecei o antiretroviral, eu já tô com AIDS, já vou morrer ano que vem". Assistente Social - Solidariedade*

*"... então, assim **eu não sei lidar muito com as dificuldades deles**. Eu não estou preparada assim pra isso. Aí eu fico assim com medo né... apesar de... já sentam... choram... podem conversar comigo... mas eu me sinto incapaz de poder ajudar porque eu queria poder ajudar mais...". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"Que **se envolver com o paciente, com a doença crônica e grave, é barra pesada,** entendeu? A gente não tem nenhum, suporte psicológico, a gente já pediu isso, pra professor de psiquiatria e psicologia, ninguém quis fazer isso, não quis, não quis". Médica - Encorajamento*

*"Eu acho que a equipe precisaria agora de uma supervisão. Não uma supervisão assim, como é que eu vou dizer... Não é uma supervisão técnica, mas um **acompanhamento psicológico**...". Assistente Social - Afeto*

"A sofisticação de ter acompanhamento psicoterápico não...".Assistente Social – Coordenação Municipal de DST/AIDS - Responsabilização

"Hoje eu vejo que nem tudo ta na nossa mão. Por que a gente é muito prepotente... você quer transformar a vida dos outros... Eu não sou Deus". Assistente Social – Acolhimento

Para que o acolhimento seja sentido e seja contemplado como efetivado na relação entre profissional e usuário, como visto até então, necessita de um intenso envolvimento, formação de vínculo e disponibilidade. Em muitas das vezes essa **relação faz referência direta com a própria vida.**

*"Além de já ter tido um **caso pessoal de uma pessoa muito querida minha** que teve hiv, no início da epidemia, e eu acompanhei esta pessoa familiar muito importante, um cunhado meu, assim, muito querido...". Assistente Social – Acolhimento*

*"Eu acho que a AIDS veio nos sensibilizar, nos humanizar. Eu tava lá em SP. Qual o educador aqui que usa camisinha em todas suas relações. Sou casada há 20 anos. **Então a ficha caiu**. A ficha caiu. **A AIDS não é doença do outro, é de todos nós**. E a gente...não é mole... A gente ta vivendo com a realidade. A gente não é diferente do outro. Eu acho assim muito legal". Assistente Social – Acolhimento*

*"E quando você **vê às vezes alguma coisa assim, vê tua vida às** vezes... alguns empecilhos e tudo... digo não!!!!! Mas puxa vida... tem tanta gente precisando, tem tanta gente com problemas e nós estamos aí...". Assistente Social – Diálogo*

"... acho que é por conta da... de eu estar vivendo em época de AIDS. De eu ter é... de eu ser sexualmente ativa... de eu ter filhos, filhas em faze de adolescência e... de eu ter conseguido, de alguma forma, permanecer aqui na coordenação...". Assistente Social Interação / Troca

*"... me envolvi com a AIDS, como compromisso pessoal em 90... **tive um professor de medicina que teve AIDS, não pude ajudar a tratar e decidi pessoalmente que queria me envolver**. **Houve um envolvimento pessoal,** profissional. [...] tive o meu envolvimento pessoal da minha análise, da minha vida pessoal e é claro, que quem se beneficiou disso, foram os meus pacientes. Eu comecei escutá-los mais. [...] Então, também é o modelo pessoal, é meu. Foi uma pena não ter podido acontecer isso na faculdade". Médico Auto-estima*

*"Eu tenho **4 amigos que são soropositivos**, amigos mesmo, da minha vida particular; a partir daí que eu comecei a me interar das questões de DST...". Bióloga - Esclarecimento*

*"Vou até contar uma experiência particular - tem uma paciente aqui que está trabalhando... HIV positivo, tá **trabalhando como atendente na minha casa"**. Assistente Social – Atenção*

Os portadores de HIV/AIDS apresentam uma demanda muito difícil, visto que suas histórias, na maior parte das vezes, são formadas por episódios representados de extenso sofrimento. Mediante tanto problema, a busca por um apoio contribui para sobrecarregar o cotidiano já tumultuado dos profissionais de saúde. Como as situações que compõem o mundo HIV são complexas, por demais, os profissionais que se envolvem pelo próprio

interesse e pela relação pessoal existente com a doença, sofrem uma interferência de modo considerável nas suas vidas. Sentem-se sobrecarregados. Percebo que surgem inúmeros mecanismos de defesa e fugas para conseguir manter uma convivência suportável, sem danos perceptíveis à saúde do trabalhador, sem traumas, conflitos, angústia e estresse.

Mesmo que estes danos não sejam priorizados e identificados, os profissionais relatam que o trabalho com o HIV, realizado sob o prisma descrito até então, além de sobrecarregar o profissional, pode deixar transparecer sentimentos de culpa, frustrações e auto-cobranças. Sentimentos de co-responsabilidades perante questões futuristas e incertas. São muitas as colocações que sinalizam para tal.

Auto-cobrança e sentimento de culpa

> *"Então a gente fica se perguntando. Pôxa!* ***Onde foi que nós falhamos****? Como equipe né... a gente... se sobrecarrega com relação a isso. A minha dificuldade maior é essa... de lidar com uma doença que não tem cura ainda". Assistente Social – Valorização*

> *"... como na caso da prevenção, que os adolescentes soropositivos, principalmente é... a* ***gente fica se culpando****, até a gente tem que se tocar... mas onde que eu errei... calma!.. não é assim... então vamos rever isso,... vamos tentar nos culpar menos...até porque não somos nós os culpados... [...] mas nada na vida é 100% ... tem também as coisas que saem do... não tem que ser exatamente o controle... tem que ter é uma mudança de percepção, um olhar...". Assistente Social - Interação / Troca*

> *"... quando ela começa a se apaixonar por uma outra pessoa... como é que essa coisa rola, não é? ...* ***é complicado gente****... será que eu posso ter um filho?... tem gente já perguntando isso. Tem mãe que pergunta: será que eu vou ter um neto de fulano? Então você dizer sempre que você tem que aguardar mais... vacina, é... pesquisa... essa coisa da lavagem de sêmen....". Assistente Social Interação / Troca*

Conforme citamos anteriormente, segue um quadro onde se visualiza as subcategorias e suas relações com a unidade temática, ora descrita:

Quadro 05: O conceito de Acolhimento e suas relações entre usuários e profissionais

Técnica e Tática	**A**	Difícil substituição profissional e
Teoria e Pratica	**C**	inserção de novos usuários
	O	
Habilidade e Dom	**L**	Exposição do profissional
	H	
Expressão Corporal	**I**	Sobrecarga emocional do profissional
	M	
Olhar, Fala e Escuta.	**E**	Auto-cobrança e sentimento de culpa
	N	
Vínculo	**T**	Referência com a vida pessoal
	O	

Fonte: Elaboração própria do autor

5.3.3 - A educação em Saúde: um processo longo com possibilidade de aprendizado mútuo

Com relação à dinâmica de **grupo**, não foi questionado de modo direto o que os profissionais sabiam a respeito do assunto. A idéia foi sendo construída a partir das narrativas e com dados que foram pincelados desde o início da entrevista, quando era perguntado a respeito das ações coletivas vivenciadas nas unidades.

Conforme a coordenação municipal de DST/AIDS, grupo:

> *"é uma coisa que oscila... todos deveriam fazer... mas é uma coisa que oscila conforme o momento... em geral essas atividades não são ainda muito incorporadas nas instituições... elas são relacionadas à ação individual de uma pessoa... de uma equipe. Se esta pessoa está presente, ela está com disponibilidade, aquele grupo acontece; se ela não se encontra por uma razão ou outra você tem às vezes um intervalo. No geral. teoricamente, todos os serviços de assistência também deveriam ou devem ter...". Assistente Social - Responsabilização*

Foram inúmeras, as aproximações, desde as atividades de apoio social, até mesmo as ações grupais propriamente ditas, cujas denominações foram as mais variadas, conforme descrito no capitulo teórico sobre os grupos. Dessa forma, o **grupo terá o perfil de quem o realiza**. Talvez, até mesmo as denominações utilizadas, quando descritas não equivalem à mesma coisa.

> *"Assim, você tem elementos de interpretação, elementos de elaboração bastante diferentes. Você lida, você leva um grupo... você organiza um grupo de apoio de uma forma bastante diferente de uma assistente social". Psicóloga - Vínculo*

> *"Mas é obvio que na hora do trabalho nosso, essa característica individual ela vai estar colocada. Meu olhar vai estar com olhar, uma ênfase um pouco mais em cima da minha formação. Por ex, quando o grupo é feito pelo psi, soa os aconselhadores com formação em psicologia, ele pode ter mais esse olhar de apoio terapêutico...". Assistente Social - Pertencimento*

> *"Eu acho que vai da sua maneira que você vais se comunicar... da linguagem que você vai usar com aquele paciente... 'essa aí fala a minha língua'... eu acho que a facilidade está em você de repente se identificar um pouquinho... não muito porque a gente não consegue ter um monte de personalidade...". Bióloga - Esclarecimento*

> *"... o que agente encontra nas práticas por aí e até em função da própria formação que a gente tem mesmo... na forma como a gente percebe o que é educação, o que é assistência e tal..." Assistente Social - Coordenação Municipal - Responsabilização*

Uma questão que fica clara através das falas, é que esses grupos funcionam como espaço de **aprendizado em comum**. Tanto aprendem os usuários, quanto os profissionais.

Não só aprendizado educativo em si – questões didáticas, por exemplo, como também esses espaços são propícios para tirar dúvidas, trocar idéias, experiências e vivências.

Como a troca é incessante, todos necessitam mostrar muito de si. É fato que uns venham sobressair mais que outros, mas até mesmo o aparentemente calado sai aprendendo com o coletivo, tanto o profissional quanto o usuário. Com isso é necessário que exista um respeito comum, uma **relação de troca** horizontal, não de repasse apenas de informações e conhecimentos. Espaço onde todos aprendam, sintam acolhidos e apoiados entre si. Um espaço disponível à desacelerar os ânimos e pensamentos, aliviar ansiedades e tensões, melhorar a concentração, desenvolver o prazer de aprender e de estar com o outro, um espaço capaz de educar as emoções.

Segundo Goleman (2001:69): "Quando as emoções são sufocadas, geram embotamento e frieza; quando escapam ao nosso controle, extremadas e renitentes, tornam-se patológicas, tal como ocorre na depressão paralisante, na ansiedade que aniquila, na raiva demente e na agitação maníaca".

Ao realizar o grupo como um espaço possível de tirar dúvidas, trocar experiências e idéias, promover debates e mediar conflitos, os profissionais reconhecem a importância do trabalho horizontal, opondo-se às ações prescritivas e normativas das condutas e comportamentos. Cury (2003:129) salienta que a exposição dialogada "... objetiva desenvolver a consciência crítica, promover o debate de idéias, estimula a educação participativa, superar a insegurança. Debelar a timidez e melhorar a concentração". Abre espaço para discussão positiva, disponibilizando através de afinidades e empatias, um processo de escuta e diálogo. É mais uma vez, um facilitador inserido num processo democrático de convivência.

Mediante essas trocas, onde ocorre contribuição de todos, até mesmo daquele analfabeto com sua experiência de vida, com seus acertos e desacertos, suas histórias e 'falsas verdades', fica confirmada a importância de se trabalhar as múltiplas questões que vão muito além da doença. Onde os conhecimentos trabalhados com a participação coletiva, a partir da junção dos pontos de vista individuais e respectiva aproximação das tendências atuais, fazem com que todos aprendam, inclusive os profissionais. Desse modo o profissional deve se comportar como um **facilitador** no processo de **troca**, intermediação de conflitos e **retirada de dúvidas**... um facilitador que tenha flexibilidade.

*"...nós trabalhamos assim... com **uma troca**, no início dos encontros elas vinham assim...". Assistente Social - Diálogo*

*"...pra que estas famílias se sentissem acolhidas, tivessem um espaço pra discutir, um espaço **pra trocar** idéias... aí surgiu a idéia de se fazer grupos com esses cuidadores".Assistente Social - Afinidade*

*"... até interessante... a **troca** entre eles... eles gostam muito de falar...". Pedagoga - Empatia*

*"Então, se você tiver alguém que possa **esclarecer suas dúvidas** agora, você não vai chegar amanhã com ela. Eu acho muito legal, muito válido...". Técnico de Enfermagem - Aceitação*

*"É... e eles ajudarem..., porque é uma **troca** de experiência. Na verdade assim eles trocam muito". Enfermeira - Fraternidade*

*"... há **uma troca** e eu acho que a gente cresce. E como profissional, estou crescendo muito nas questões". Psicóloga - Amizade*

*"Acho que pela **troca...** porque é um espaço pra eles...". Assistente Social - Sensibilidade*

*"... eu penso em grupo de adolescente, eu também tento considerar grupo **de trocas** de experiências, de vivências entre eles..." Psicóloga - Toque/Contato*

*"... mais pé no chão, tentando pelo menos... mais na **troca** entre elas mesmas... que é interessantíssimo...". Assistente Social - Interação/Troca*

*"... a gente fazendo as **trocas**, mostrando um outro olhar pra ela... é, é,... os olhares dela... é, é,... dá pra estremecer com relação da própria revelação do diagnóstico da criança. Coisas assim, que surge no grupo, não é?" Assistente Social - Interação / Troca*

*"Porque isso... acho que isso é uma **troca**... Por mais que você seja treinado você vê realidades aí que você aprende muito...". Enfermeira - Encontro*

*"... eu não entendo você trabalhar com AIDS, ou qualquer outra patologia em que você não faça por onde que essa relação seja harmoniosa... **uma troca**. Vou Ter que quebrar alguns tabus, né?" Assistente Social – Empoderamento*

*"Eu gosto muito... eu acho que **a troca de experiências** ela é muito... é diferente de... você pode colocar uma pessoa dando uma palestra, falando...". Assistente Social - Pertencimento*

*"É suprir algumas carências, curiosidades. Eu acho que muito além da empatia, **há uma troca**... uma substituição também...". Psicóloga - Amizade*

*"... existe esta **troca de carinho,** de afeto entre a gente, os pais e as crianças". Assistente Social - Afeto*

*"... é uma **troca** constante..." Solidariedade – Assistente Social.*

*"O que me move é o meu desejo de **socializar, de repassar**... É isso que me move... vou lá e faço...". Assistente Social - Empoderamento*

*"... eles podem perguntar até pra o que esteja fora dali das perguntas... tem uma abordagem ampla...abertura pra você **retirar dúvida**, mas que você já tem uma informação a respeito de determinadas coisas que não podem deixar de ser dadas...". Enfermeira - Encontro*

*"... eles têm, eles criam uma ansiedade entre aspas, de que naquele dia, quando o médico irá à reunião, eles poderão **sanar dúvidas**, aqueles esclarecimentos...". Médico - Auto-estima.*

*"... então, você acaba dando só uma parte de orientação. Pode ser que uma pessoa venha só **tirar uma dúvida** ou quando até, vem com a idéia de fazer a testagem, mas o grupo...". Psicólogo - Alteridade*

*"...está **tirando as dúvidas**, está orientando seria muito melhor...". Bióloga - Esclarecimento*

*"Então isso tem que ser o tempo todo **decodificado de maneira mais clara** pra ele entender o que ele tem". Assistente Social – Empoderamento*

*"... digamos assim... que é muito, muito interessante você estar aí '**conduzindo' apenas,** você é apenas um, um... não é expectador, claro... [...] eu não tenho esse... graças a Deus... esse lado assim meio professoral sabe, aquela coisa de ficar expondo, e mostrar... e falar da... não... e uma coisa mais assim... mais horizontal...". Assistente Social - Interação/Troca*

*"É da gente **estar construindo esse trabalho até junto** com os pacientes mesmo. Porque um levanta alguma coisa que contribui com o outro... Às vezes um sujeito coloca uma coisa que às vezes desbloqueia alguma outra... cai uma certa barreira e o cara mostrou que não era nada daquilo". Cirurgiã Dentista – Atenção*

*"Eu **não forneço nenhuma informação sobre um ponto de vista professoral**, eu mastigo e torno meu linguajar muito simplório e me encaixo na vivencia deles, pra tentar **resolver as dúvidas** que eles tem...". Médico Auto-estima*

*"O técnico **é um facilitador**. É o papel dele". Assistente Social – Pertencimento*

*"... então você fala pra mim... o **que você acha disso tudo? então joguei a bola pra ele.** Eu acho que você fazer grupo, você trabalhar grupo é uma questão de entrosamento também...". Bióloga – Esclarecimento*

No entanto, são inúmeras as oportunidades de aprendizado, e para espanto e confirmação do pressuposto inicial, a maioria dos **profissionais** relatou que a convivência com os usuários em grupo fez com que **eles (profissionais) aprendessem** de alguma forma.

*"...e foi um processo assim pra **mim, particularmente, de muito crescimento**, porque a gente acaba sendo, embora educador e tudo. [...]...que os tempos são outros e a gente tem que se adequar à realidade". Assistente Social – Acolhimento*

*"A **gente aprende**... eu aprendo ser mais compreensiva com o outro... aprendo mais a dividir... não só isso... acho até graça de uma criança que... : 'eu não quero mais ficar naquele grupo...'... porque ele acha que cresceu... então ele quer ir pra o outro grupo porque ele acha que vai somar. Então eu vejo esse crescimento que ele passa, entendeu?... que a gente pode também, não só eles". Psicóloga - Amizade*

*"Ah!... é uma coisa que eu **tenho aprendido** muito com isso. Eu estou iniciando minha profissão agora, mas eu tenho aprendido muito com o relacionamento entre o grupo das crianças e o grupo das mães". Assistente Social - Valorização*

*"Te dá muita vontade de você trabalhar com o ser humano... de ouvir as suas questões e a gente... E **a gente cresce com eles** também... então eu gosto, porque quando a gente faz esse grupo... esse de mulheres, que está funcionando, é tão bom escutar as reflexões que elas fazem. E são tão profundas também que a gente acaba crescendo né". Assistente Social - Diálogo*

*"... eu acho que o doente e a gente também se beneficia; que a **gente acaba aprendendo** um com o outro...[...] E eu acho que a gente está a aprendendo também a relação médico-paciente... acho que é todo dia... que você vai aprendendo com o tempo... então isso é uma coisa que a gente está aprendendo a lidar com eles..." Médico - Liberdade*

*"É bom pra os dois lados, pra eles, por tudo isso que eles lucram em estar próximo de nós... e nós pra crescermos... eu **acho que a gente cresce** não só profissionalmente, mas pessoalmente em muita coisa. Porque é uma coisa mais íntima...". Enfermeira - Fraternidade*

*"Uma atividade que acontece há uns 10 anos mais ou menos. Dizer que eu **aprendi muito** com esse trabalho aqui. Dizer que foi um desafio". Assistente Social - Afeto*

*"Eu acho que eu fui construindo, eu fui... eu sempre tive uma sensibilidade maior pra estar trabalhando com essa demanda e fui construindo... **fui aprendendo muito como aprendo até hoje**. E tive a felicidade de cair com uma equipe... de encontrar essa equipe e que batalha...".Cirurgiã Dentista – Atenção*

*"E o grupo é legal mesmo também nessas coisas, quando a gente se surpreende, não é, e, e a questão que eu acho que teve um paciente crônico que a gente trabalha assim, durante muitos anos tem essa **vantagem da gente aprender** com os pacientes para caramba!" Médica - Encorajamento*

*"E da gente estar o tempo todo **repensando** a nossa prática...".Assistente Social - Empoderamento*

*"Por mais que você seja treinado você vê realidades aí que você **aprende** muito... Além de aprender eu acho que você troca, não adianta..." Enfermeira - Encontro*

*"Eu chego às vezes dizer que eles até **contribuem muito mais para mim** enquanto profissional do que pra eles". Assistente Social - Solidariedade*

Uma das outras possibilidades de aprendizado, é o compartilhar de situações, tanto entre os usuários, quanto entre os próprios profissionais. O que auxilia sobremaneira esse aprendizado são os **processos reflexivos** - momentos que eles param para pensar um pouco

na vida e na própria história pessoal, e também de alguns usuários. São identificados em várias falas. Assim, o momento de entrevista também é um desses instantes de reflexão. Param para pensar nas ações realizadas. Sentem-se importantes com a oportunidade de divulgar o trabalho realizado, ou elaborar formas para falar sobre seus limites e fracassos. Param pra descrever conquistas e sonhos, perdas, incômodos e frustrações.

Além dos desabafos, quer seja com o usuário, com o outro profissional, quer seja com a instituição ou ainda com o sistema, os profissionais verbalizam que neste encontro tem a oportunidade de pensar em determinados assuntos não refletidos anteriormente. Têm a possibilidade de rever histórias individuais dos usuários e elaborar prospectivas para alcançar metas futuras. Como exemplo foram pinceladas as seguintes falas:

> *"... **eu pretendo agora reativar**... já estou tentando novamente fazer esse grupo que é muito importante. Tem pessoas que chegam aqui e procuram pra isso. ... por isso estar dizendo pra você que eu quero retornar com o grupo, porque eu percebo através do nosso grupo de distribuição de preservativos, que elas querem também trazer pessoas da família". Assistente Social – Diálogo*

> *"... mas como aqui eu sei que elas estão me dando esse apoio me acomodo, **mas eu acho que eu tenho que participar mais**...". Médica - Amor*

> ***"Eu e o pessoal do ambulatório que vamos participar**... com mães soropositivas, mas que não sabem lidar com... como é que vai lidar com seus filhos, se fala... se não fala... elas estão muito assim... muito sofridas...". Psicóloga – Carinho*

> *"... até porque eles **me ajudam a fazer reflexão** e... por um outro lado né?, porque na verdade, por mais que possa participar disso eu não sei o que é conviver o dia-a-dia com HIV. E é uma outra fala deles... é uma fala de quem está vivendo mesmo a situação...". Enfermeira - Fraternidade*

> ***"A gente precisa de formar um grupo** pra gente estar... vendo o que a gente poderia estar fazendo com eles até por causa da adesão que a gente sabe porque a adesão nesses grupos é uma coisa muito difícil... o paciente não aceita essa adesão... é por isso que eu acho que a gente tem que realmente tentar... eu quero ver se a gente consegue montar esse grupo...".Bióloga - Esclarecimento*

> *"Com relação ao toque no grupo, **eles poderiam dançar, colocar música**...". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

> *"Outra coisa é o que eu queria mesmo, **que eles ficassem mais lights,** entendeu? Assim como os adolescentes... eu queria que as mães se sentissem assim, também... é... estou feliz, estou doente, não sei que lá... mas estou ligth.....eu venho aqui no hospital, não é um peso pra eu vir... algumas falam... falam: '...está pesado pra eu vir aqui...'... tem uma mãe que nega a doença do filho até hoje". Médica - Encorajamento*

> *"... e grupos de irmãos também... porque existe...". Assistente Social - Acolhimento*

Essas questões que exemplificam esses processos reflexivos, sendo compartilhadas em cada unidade, podem ser que se tornem objetos sugestivos capazes de implementar as ações existentes.

Equipe positiva, grupo positivo também: os *afins* se atraem.

Trabalhar em uma equipe diversificada e multiprofissional possibilita um grande crescimento para o profissional. Estando esta integração presente nas ações coletivas é reconhecido que o grupo seja um espaço que possibilite cooperação[27] mútua e que o aprendizado dos profissionais contribua para mudança do olhar dos mesmos e sirva de reflexão para toda equipe.

A equipe consegue validar de modo positivo o espaço da dinâmica grupal, quando tem uma **avaliação positiva** da sua própria integração e afinidade. São sensações como respeito da própria equipe, valorização das coordenações e chefias, reconhecimento e validação do trabalho, que fazem com que ocorra a efetivação dessa dinâmica.

Um detalhe que também valida esse processo, o qual reconheço como precursor fundamental para a realização efetiva das ações coletivas, é o hábito sistematizado que os profissionais devem ter de se **reunir em equipe**. As unidades EDUCAÇÃO e SEGURANÇA apresentam essa cultura e têm inserida na programação do seu processo de trabalho este recurso.

Avaliação positiva do trabalho em equipe

> *"A equipe **participa, tá preocupada**, quer saber... Tanto os médicos, como assistentes sociais, como auxiliar de enfermagem, psicólogo. A gente trabalha muito junto. Então todo mundo participa dessas reuniões". Médica – Intuição*
>
> *"Por causa disso... eu acho que pra equipe também é legal, porque a **equipe se envolve**". Médica - Encorajamento*
>
> *"Eu acho que é o fato **da equipe ser uma equipe unidade,** em que todo mundo tem o mesmo pensamento. Isso facilita muito". Assistente Social - Afeto*
>
> *"... agora eu acho que quando se tem boa vontade, quando existe coesão no grupo... eu acho que aqui você encontra este **tipo de relacionamento fraterno do grupo de maneira geral...equipe**...". Médico - Liberdade*
>
> *"Isso é muito legal (grupo), porque isso **envolve a equipe". Médica – Intuição***

[27] "Capacidade de harmonizar as próprias necessidades com as dos outros nas atividades em grupo". Goleman (2001:208).

*"Acho que... quando a gente trabalha em grupo, que a gente **dá a mão ao outro**, que a gente fala isso... que a gente trabalha, que a gente estuda o caso... que a gente está junto, que a gente está preocupado ou que a gente quer que cresça". Psicóloga – Amizade*

*"A gente busca uma integração. E tudo aqui se resolve no coletivo, e isso é muito importante. A AIDS trouxe isso... Eu acho que a aids trouxe essa coisa do **compartilhamento, da importância dos outros profissionais.** [...] Eu acho que aqui é muito legal... O relacionamento, a gente faz as coisas com prazer... Sabe assim, eu gosto de trabalhar aqui... Gosto muito de estar aqui. São 22 anos. Gosto muito da equipe profissional... [...] Hoje a **gente trabalha muito unido**... trabalha muito mais integrado, então esta criança quando adolesce, no processo de adolescimento ela não sente uma cisão". Assistente Social – Acolhimento*

*"A equipe pra mim é um facilitador fantástico; não posso reclamar. Eu tenho **uma equipe 10**. Afinada". Médica – Intuição*

*"É **uma boa vontade muito grande da direção, da chefia, das pessoas que participam disso...** e principalmente do Serviço Social... exatamente eu ia culminar com isso... o Serviço Social trabalha muito, mas muito pra que isso dê certo. E o fruto de um bom resultado a gente não colhe unilateralmente... é **uma doença inegavelmente multidisciplinar"**. Médico – Experiência*

*"Então eu aprendi isso, **aliás, eu sempre gostei de trabalhar em equipe".** Amor – Médica*

*"E aqui nós trocamos muito assim, muito assim mesmo... **é uma troca constante entre os profissionais.** Eu, a pediatra, a enfermeira... a gente procura fazer o atendimento no mesmo dia...". Psicóloga - Toque/Contato*

*"É então eu acho isso assim, tem a **questão da unidade da equipe** porque se... com os grupos é... a gente sabe que estão todos os profissionais falando a mesma língua, entendeu?" Médica - Encorajamento*

*"Acho **que a equipe é legal em** relação a esses grupos, esses trabalhos assim... em relação à equipe, em relação à coordenação...". Técnico de Enfermagem - Aceitação*

*"Acho que a gente **tem uma boa equipe, diversificada**, boa... lógico que falta muita coisa assim, como... realmente poder trocar...". Psicóloga - Vínculo*

*"... então a gente não tem nenhum suporte psicológico; **o suporte é um ou outro... sabe cada um segura a barra do outro aqui, da equipe,** entendeu?"Médica - Encorajamento*

***"A Y. é uma pessoa maravilhosa**, sabe? A Y. é uma profissional extremamente competente e é uma pessoa muito boa...". Médica – Consideração*

Validação da dinâmica grupal, tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais:

*"Eu acho que já deu pra perceber, porque assim... **eu vibro, eu dou muito valor,** embora em termos institucionais e profissionais, isso não seja valorizado...". Assistente Social Interação / Troca*

"Esse é o meu campo de ação, de concentração de conhecimento, que eu gosto muito e que eu acho que é fundamental... eu faço defesa por reconhecer que não há tecnologia de medicamentos, de equipamentos que dê conta de garantir, de fato, a qualidade de vida e de saúde pras pessoas". Assistente Social – Coordenação Municipal DST/AIDS - Responsabilização

*"**... o grupo de convivência**... **eu acho que é importante**..." Médica – Consideração*

*"Eu acho que é o apoio que a gente precisa. Eu acho que principalmente, não só com a AIDS, mas com as doenças crônicas, você não pode trabalhar sozinho.[...] **Então eles são importantíssimos** pra mim. Eu pego muito mais substrato como grupo do que aqui. Eu digo indispensável." Médica - Amor*

*"Agora eu **acho importante.** Hoje veio um rapaz que tem 1 ano aids... veio procurar pra se atendido... já falei do grupo SOL, porque eu acho que quando a pessoa descobre começa o tratamento é legal. Mesmo esse grupo pequeno". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"A gente está sempre querendo aprimorar mais. No momento a gente está **achando muito válido**, porque a gente começou a ver um outro lado". Psicóloga – Amizade*

*"Aliás, eu **gosto muito desse negócio de trabalhar em grupo**, esse momento de grupo eu acho que é um momento de você se conhecer...um acolhendo o outro, um ajudando o outro... eu acho isso super legal".Bióloga – Esclarecimento*

*"... uma é a minha disponibilidade para trabalhar em grupo... pra mim não é assim... **gosto muito de trabalhar em grupo,** trabalhar em grupo..." Psicóloga Toque/Contato*

*"Esse momento eu **gosto... gosto muito de estar nesse momento**, não só no momento de assistência, na medicação, mas sim de outras atividades". Técnico de Enfermagem - Aceitação*

*"Acredito que tem nesses dois anos que a gente vem trabalhando, dessa forma sistematizada, com pequenos grupos. A **qualidade** deu um salto no trabalho". Assistente Social - Afinidade*

*"A atividade **de grupo deveria ter sempre, sempre**. Na verdade não só com relação ao HIV, com relação a qualquer doença crônica... isso deveria ter grupos de convivência, de amadurecimento...". Médico - Auto-estima*

*"... e o que eu **percebo é que as pessoas saem muito satisfeitas**..." Enfermeira – Apoio*

*"Olha, é um **trabalho que eu gosto**... quer dizer... eu acho que todo trabalho de grupo eu gosto". Enfermeira – Encontro*

*"Depois que ele acontece **tem sempre uma boa resposta** das pessoas. Agora... previamente... 'ah! Não... grupo Ah, não! Só quero fazer o teste...' uma coisa que você ouve comumente". Psicólogo – Alteridade*

*"... acho na verdade de uma forma muita boa. Eu **acho que é importante pra elas**. É um momento que a gente ta. Todo mundo junto se colocando de uma mesma situação. ... Os usuários de um modo geral HIV, né? Eles se sentem carentes de alguma coisa". Assistente Social - Solidariedade*

*"Eu acho **que eles gostam muito**. Eles dizem que gostam. Porque tem brincadeira,... Não é uma coisa chata de vir ao médico. Tem outras referências, pôxa... Eu não passei o fim de semana com eles não. Mas as meninas dormiram com eles num sítio outro dia..."Assistente Social – Acolhimento*

*"... eu acho que **eles gostam muito** de participar dos grupos, porque alguns dele já verbalizam que é a única atividade, que é o único divertimento que alguns tem aqui. ... por conta que mora em comunidades com o nível de violência alto..." Assistente Social – Valorização*

"... de gostar de vir ao serviço. Eu acho que quando eles vêm, eles não vêm só pra ser consultado, pra apertar a barriga, pra tomar remédio... eles vem pra aprender fazer bolo, eles vêm pra ir lanchar no MC D, eles vêm pra ir conhecer a VARIG. Sabe!? Não fica uma coisa pesada, sabe? [...] eles gostam muito. Eu acho que é a chance que eles têm de conversar, chance que eles têm de tirar dúvidas. Principalmente os adolescentes. [...] Ah! O prazer deles. ... eles gostam, sabe? Eles querem vir, eles querem participar. É! Eles fazem perguntas...". Médica - Amor

*"... às vezes a gente faz dinâmica, **mas eles gostam** muito dessa conversa, deste bate-papo informal". Assistente Social - Afinidade*

*"Então **eles gostam muito dessa participação**...". Assistente Social – Afeto*

*"...mas quando você começa **elas ficam assim super motivadas** e cada vez que elas vêm, elas trazem algumas coisas novas...". Assistente Social - Diálogo*

*"... eu acho que **eles gostam de conviver... eles gostam dessa** troca... eles já, já começam se encontrar e já, já... eu acho que por questão deles mesmo, que às vezes...". Médica - Confiança*

*"... alguns usuários, ele**... eles procuram, é... eles gostam**... eles se sentem bem". Psicóloga - Toque/Contato*

Realização do grupo a partir do interesse pessoal do profissional

O aprendizado comum transcende às questões técnicas da doença. Possibilita ainda que passem por um processo de auto-percepção e auto-conhecimento. Tanto os usuários quanto os profissionais aprendem também a trabalhar as questões, minimizando culpas e sofrimentos, procurando resolver as conseqüências sem parar o processo mediante causas infundáveis. Permite que todos aprendam a pensarem um pouco mais nas causas de suas angústias, ansiedades, irritações, medos e solidões. Consente que todos passem a questionar o mundo íntimo e não somente o que está ao seu redor.

Além de contar com a experiência individual prévia com trabalhos de grupos e/ou DST e questões específicas do próprio HIV, os grupos são desenvolvidos a partir da vontade profissional, a partir da **predisposição, interesse e satisfação pessoal**, pois o envolvimento comprovado com as ações coletivas é expressado por verbalizações de que

realizam o trabalho porque gostam. Porque apresentam vínculo pessoal com o usuário, com o trabalho e com a instituição, não por obrigatoriedade. O máximo que pode acontecer é o envolvimento a partir das necessidades programáticas do serviço, ficando bem claro que poderia haver recusa caso não houvesse afinidade pelo desenvolvimento das ações.

Dessa forma o grupo é um trabalho que ao ser reconhecido pela instituição, fazendo parte integrante do processo de trabalho, ratificado pela avaliação positiva dos demais profissionais, faz com que os profissionais que participam efetivamente do processo ganhem visibilidade perante a equipe, usuários e instituição.

> *"Primeiro que eu me sinto* ***muito gratificada****... **eu acho muito bom** trabalhar com eles...".Pedagoga - Empatia*

> *"... eu* ***gosto de fazer prevenção****, eu faço prevenção em outros lugares... eu vou pra igreja, eu vou pra comunidades... eu vou pra festas no rio falar sobre DST... então juntam grupos de adolescentes; outro dia estava praticamente dentro da Rocinha... é mais essa satisfação... você sabe dinheiro nada... a gente ganha pouco e trabalha muito..." Bióloga - Esclarecimento*

> *"... eu acho que é* ***uma satisfação*** *minha...* ***eu gosto de trabalhar*** *com grupo. Eu gosto... de ficar assim... cada vez que você vem e vê que o grupo participa... você fica motivado... você até esquece das outras coisas alheias... que não se interessam,... que não valorizam...". Assistente Social - Diálogo*

> *"... porque* ***me envolvi muito,*** *continuo fazendo aquilo que tive como objetivo de vida. Que é trabalhar com essa coisa da assistência, que envolve também um pouco de dignidade". Médico - Auto-estima*

> *"E é um* ***serviço que eu gosto, é gratificante****...entendeu? Eu recebo isso* ***como satisfação."*** *Bióloga - Esclarecimento*

> *"... apesar de grande parte das pessoas já reconhecerem que é super bacana, é legal... mas ainda existe como uma coisa alternativa... um termo que se usou muito nos anos 70, 80... ah... é um trabalho alternativo... na verdade tinha que ter incorporado nas rotinas como tantas outras ações... mas a gente ainda lida com o trabalho grupal desta maneira... Então essa perspectiva do coletivo... ela é difícil não porque ela é difícil apenas no espaço dos serviços de saúde. É porque é difícil no espaço do convívio social mesmo. A gente não está... não é formado ainda pra esta relação coletivizadora, democratizante, de interação... a gente é formado, e o tempo inteiro é cobrado desta maneira, na perspectiva individualizante". Assistente Social - Coordenação Municipal DST/AIDS - Responsabilização*

> *"... disponibilidade que aquele sujeito tem de se colocar nesse tipo de trabalho. trabalho coletivo... como foi o meu caso... eu estou há cinco anos no nível central.... os outros tantos, mais de 29 anos que eu trabalho na Fundação, trabalhando na ponta, trabalhando com grupo, mas isso é uma coisa a parte..." Assistente Social - Coordenação Municipal DST/AIDS - Responsabilização*

Visto que a realização do grupo **parte do profissional**, há aproximação com o HIV. Existe algumas instituições que conseguem inserir em suas ações a **presença acadêmica** que ao meu ver, enriquece a atividade.

> *"Aí a X. e a Y. dão um suporte pra gente. Eu tenho as estagiárias do serviço social que estão me ajudando pra caramba". Assistente Social – Solidariedade*

> *"... eu acho que a gente conseguiu um ganho com os mestrandos que vieram pra cá. Eles participam demais e tem tempo pra isso. Instalou um programa que consegue fazer uma estatística legal daqui...". Cirurgiã Dentista – Atenção*

Porém, foi sinalizado, por uma única depoente, que em contrapartida, pode ter uma representação antagônica e passar a inibir a participação coletiva dos usuários:

> "*O grupo SOL era maior, mas começou a vir muita gente de fora e eles ficaram sentindo assim... eles sentem diminuídos com as pessoas, sabe?* ***Veio estudante...*** *pra participar... que é até pra ajudar a eles, mas eles não... mas ficam diminuídos...".Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

Não somente a presença acadêmica pode inibir, quando a inserção e participação do médico pode inverter o real objetivo dos encontros coletivos. Duas médicas sinalizaram que as suas presenças no grupo tumultuaram de determinada forma, fazendo com que houvessem apenas participações pontuais.

Mesmo não podendo afirmar a partir desse dado encontrado nas falas das médicas, devido à personalização e focalização, deduzo que todas as demais participações pontuais dos médicos nos diversos locais podem ter como justificativas questões similares. Além de acreditar que o enfoque dessa categoria no processo de trabalho das instituições permanece em muitas das vezes e na maioria dos pensamentos coletivos, voltados para a questão do diagnóstico e tratamento da doença.

> *"No início eu participava do grupo. Mas que eu via... È uma relação diferente que eles têm como médico. Eu sentia que, algumas vezes, quando eu me entrei inibi, eles, na atividade, eu mudei a história do grupo. Estava solto e de repente, chegou a médica... Eu sou o representante legal da doença deles". Médica - Amor*

> *"Aí quando eu vim, que eu recebi o convite, eu falei opa! eu vou ser de grande valia porque junto eu tenho ótimas idéias. Eu cheguei e eu não fui bem aceita. Eu senti que elas ficaram irritadas com a minha presença. A coisa estava fluindo mais, ficou tudo em silêncio. Sabe? Como se tivesse chegado alguém, alguma pessoa que de repente não precisaria estar ali, sabe. E aí eu tentei mais, duas vezes. Aí eu resolvi não participar mais". Médica - Amor*

> *"No inicio, eu participava muito, aí depois, a presença do médico nestas reuniões começou a tumultuar, começou a tumultuar porque eu chegava à reunião virava outra coisa, era...". Médica - Encorajamento*

"Eu chegar... o médico chegar e ele não falar nada do que queria falar pela presença daquela pessoa, entendeu? Então a gente restringiu assim, a enfermeira que sempre... que sempre explica tudo, explica tudo, sabe de tudo da vida do paciente, mais do que eu porque... aprofunda mais na anamnese, em certos aspectos... a coisa do médico às vezes fica meio intrincado por conta do peso que o medico tem, pelo paciente; como eles mentem pra mim? Nossa senhora!" Médica - Encorajamento

Educando a longo prazo e respeitando o tempo individual de cada um

A relação existente entre usuário e profissional, não se faz apenas a partir de interesses específicos com a patologia ou com a quantidade de vírus que identifica e denuncia o momento de adoecimento. Mas uma relação entre duas pessoas, dois seres humanos; com uma pessoa que traz uma história. Reporto-me a Cury (2003:131) para lembrar que o usuário "... tem de ser autor de sua história, tem de aprender a intervir em seu próprio mundo". Um ser que pode trazer em seu corpo as marcas das lides dos trabalhos, em sua mente as angústias, traumas e depressões e ainda em seu espírito inquieto, escolhas únicas e sonhos marcantes. Refletir que esse corpo-mente-espírito está inserido num contexto mais amplo, muitas vezes diferente do seu, vivendo uma realidade diferente das demais e longe das normas e rotinas das instituições de saúde, as quais ratificam o arsenal de conhecimentos adquiridos e trabalhados por todos os profissionais. Devem trabalhar com a prospectiva de que é necessário dirimir a culpa e o sofrimento. Não importa que seja um líder religioso ou um 'servo' rotulado pelo 'pecado'. Ambos têm o mesmo direito de serem tratados como seres humanos, como pessoas que configuram a rede de relações na vida cotidiana. Cada qual no seu espaço, no seu tempo de entendimento e compreensão; cada qual no seu mundo da vida, montando a sua história. São sujeitos diferentes, mas não devem ser tratados com diferenças e/ou indiferenças. Com o tempo, o coletivo, por si só através das trocas sistêmicas, consegue fazer com que todos consigam usufruir minimamente um aprendizado em comum. Deve-se lembrar que o desejo contínuo por controlar e viver a vida do outro é fruto da vaidade de cada um. Deste modo é necessário viver a própria e vida e respeitar o outro, deixando-o viver o seu tempo individual.

Nesse processo de descrição, onde são lembradas as questões que envolvem aprendizado em comum e respeito ao tempo de cada usuário, é possível compreender as

falas dos depoentes que sinalizam a necessidade de um **longo prazo** para se alcançar resultados aparentes e concretos.

> *"... tentando sempre, com o jeitinho brasileiro, está alcançando, porque... aquela coisa... a gente está tratando a terra, a terra que nem sempre é fácil. Às vezes é bem arenoso, ou às vezes é bem árido. Mas a gente tem sempre uma ferramenta nova. É com o outro, com a troca, com a, assim... uma motivação diferente, de um conselho, de uma supervisão... então a gente sempre... de um congresso... sempre com roupagem nova, sempre com uma coisa nova, o adubo novo...". Psicóloga - Amizade*
>
> *"Porque a gente percebe.. lidar com adolescente, com pré-adolescente né? Tem que ter jogo de cintura. Então foi a partir daí que a gente foi... a gente está no início deste trabalho. A gente está trabalhando aos poucos, até porque a gente fica no grupo percebendo até onde eles sabem". Assistente Social – Valorização*
>
> *"... então você está plantando uma sementinha que deve usar o preservativo. São coisas que a gente pode fazer devagar e que vai ajudar inclusive familiares e tudo". Assistente Social – Diálogo*
>
> *"Na **revelação do diagnóstico** foi uma surpresa muito grande pra gente. A gente pensava que esse trabalho dos grupos ia demorar uns 2, 3 anos pra gente ver o resultado e, em 1 ano de trabalho... de 29, 21 tiveram diagnóstico revelado". Assistente Social – Afeto*
>
> *"... eu tenho impressão que de uma certa forma... embora nossa ajuda seja muito pequena eu acho que sempre surge algum efeito... pode ser que não seja imediato... de vez em quando a gente se surpreende com a criança lembrando de alguma coisa que nós orientamos. Sabe? Não é imediato, mas de vez em quando eles lembram...". Pedagoga - Empatia*
>
> *"Isso aí é um trabalho diário...". Enfermeira - Fraternidade*
>
> *"É um processo dinâmico... Tem que estar em constante movimento". Médica - Intuição*
>
> *"Porque educação em saúde pressupõe discussão. Pressupõe continuidade pra que possa haver uma transformação... e raramente em uma palestra você vai conseguir transformar um comportamento de um usuário constituído em 15 anos se for um adolescente ou em 40 se for uma pessoa adulta. Então assim, é muita pretensão nossa e equívoco achar que com uma palestra de uma vez... então o trabalho de educação em saúde da forma como eu compreendo e como eu pude experimentar em minha trajetória profissional você precisa de tempo... de temo de relação, de tempo no contato social naquela comunidade, naquele grupo e de forma continuada... [...] com uma palestra só, aquela equipe local não consegue desmontar uma concepção de mundo que aquele usuário adquiriu durante anos; a gente também enquanto programa, enquanto gerência, não consegue em 2, em 3, 5 anos de gestão, desmontar também toda uma estrutura secular de compreensão e de organização de serviço... então tem que ter paciência. A educação como dizia Paulo Freire, precisa ter paciência..., tem que ter paciência pedagógica, como ele dizia e a gente tem que ter como gerente". Assistente Social – Coordenação Municipal DST/AIDS - Responsabilização*

"... olha, desde 97 que eu estou aqui e estou sempre me surpreendendo com que a gente fica inventando, estratégia pra poder falar de mesmas coisas". Médica – Encorajamento

"E isso eu acho que a gente espera como resultado; é estar conseguindo atingir aos poucos, porque educação é um processo muito complexo e continuado. É um processo mesmo e não uma coisa pontual. Não é muito previsível. Às vezes a gente faz um trabalho achando que vai ter muito resultado a curto prazo e a gente tem com um paciente e com outro não...". Cirurgiã Dentista – Atenção

*"Que eu acho que é **muito importante o tempo todo**. Isso não esgota numa primeira consulta. Isso aí é um **processo contínuo**. Acho que isso deveria ser feito em toda consulta, sempre buscando realmente a quantas está esta relação do usuário com o HIV dele, tá?"Assistente Social – Empoderamento*

Quando é realizado um trabalho com coletivos, onde os grupos são formados por diferentes pessoas, as quais são provenientes de diversos locais e trazem diferentes histórias, é necessário que os sujeitos envolvidos no processo, em alguns momentos, tenham que deixar de lado suas concepções teórico-filosóficas pré-existentes, no individualismo, para caminhar respeitando o tempo do coletivo.

Num trabalho de grupo contínuo é importante que as trocas viabilizem e disponibilizem aprendizados para todos, até mesmo para aqueles que estão numa postura apenas de escuta. Para tal, é importante que seja evidenciada a figura de um líder, que se comporte como um facilitador do processo, como um mediador de conflitos e idéias, ora convergentes e ora divergentes. Na maioria das vezes, esse papel é desempenhado pelo profissional que se insere no trabalho coletivo. Ele deve ser uma figura que funcione como uma balança ou um termômetro, partindo do princípio que o mesmo tenha mais oportunidades de adquirir experiência no decorrer das práticas e trocas profissionais. Cury (2003:95) diz que: "Para educar, use primeiro o silêncio e depois as idéias".

Assim, para se relacionar com as demandas específicas e difíceis de determinados usuários, que apresentam comportamentos desviantes e opções sexuais diferenciadas do padrão social tradicional, os profissionais tem que abrir mão de suas 'verdades' particulares e posicionamentos radicais, para viabilizar uma determinada compreensão d**o tempo dos usuários**. Entender o modo próprio que eles têm de 'levar a vida', que na maioria das vezes é diferente e distante do seu. Pensar que os sonhos e objetivos podem e são diferentes.

Novamente, reporto-me a Cury (2003:97) a fim de parafrasear e tentar correlacionar a fala direcionada aos pais, professores e jovens, com os trabalhadores da saúde e

usuários, dizendo que não se pode desistir dos mesmos, ainda que eles tragam decepções e não dêem retorno imediato. "Paciência é o seu segredo, a educação do afeto é sua mente".

No entanto, tem a responsabilidade de tentar direcionar o coletivo presente, conforme os parâmetros preconizados pelas tendências do determinado momento. Devem desempenhar papéis que venham ao encontro das ansiedades e objeções, somar esforços para prestar cuidado ou, minimamente, amenizar sofrimentos e mediar conflitos.

> ***"Adolescente é muito contundente, e às vezes são muitos gozadores****, até cruéis na maneira às vezes de colocar a as coisas". Assistente Social - Acolhimento*
>
> *"Quando eles chegaram aqui, o atendimento era mais para os responsáveis/cuidadores. E eles ficavam em atividades assim... fora... paralela... Depois a gente começou a perceber que eles ficavam até querendo uma reunião também pra eles. ... Então a gente resolveu investir na criança...". Psicóloga Amizade*
>
> *"Outra coisa também, é que eles* ***estão mais abertos ao diálogo...*** *eles conversam mais sobre eles. Tanto com a gente, quanto com o amiguinho... com o coleguinha do lado... então isso já está mais aberto. ...Eles estão mais abertos ao diálogo...".Assistente Social – Valorização*
>
> *"... o diálogo, a gente conversa muito com eles... fala* ***que tudo tem um tempo****. O tempo deles... eles é que vão saber qual o tempo deles". Assistente Social - Afeto*
>
> *"...às vezes você tem que recuar... você tem que escutar muito a mãe, conversar muito...* ***dar a ela muita liberdade pra ela trazer o problema pra você...*** *sabe...". Médico - Liberdade*
>
> *"Os* ***pré-adolescentes, ou porque estão na fase de questionar...*** *que não querem tomar remédio... acham chato tomar remédio... não querem parar o que estão fazendo...". Assistente Social - Afinidade*
>
> *"Foi um trauma danado. E ele quando começou participar dos grupos, quando foi encaminhado pra cá, quando ele foi... quando ele começou entrar no grupo, ele já lida com a doença de outra maneira, sabe!?...* ***ele conseguiu respeito por ele mesmo... ele respeita a doença dele, ele respeita a si próprio****. Ele* ***já está solto****...". Médica - Amor*
>
> *"...porque o adulto, se ele não quer tomar o remédio você fala, você insiste, você dá bronca, você faz o que for...* ***se ele não quiser... paciência... o que você pode fazer... é uma opção."*** *Psicóloga - Vínculo*
>
> *"... eles* ***vêm com mais prazer****... e outros não... outros não... mas tem alguns assim, não é só no grupo, eles não vêm, porque eles não gostam de vir na consulta porque deixou de mexer no videogame, deixou de jogar futebol, não gosta de vir em outras ações também...". Psicóloga Toque/Contato*
>
> *"... então é esta... pensando aquilo, não como uma forma ditatorial – eu sou a dona da verdade, sou eu que estou coordenando, não pode ser assim, não pode ser assim. Até porque ela não vai fazer nada disso, não é? Ela nem se dá ao trabalho de repensar aquilo. Tem de ser uma outra forma.* ***E têm pessoas que têm que ser muitas vezes... e não pegam no tranco de jeito nenhum, não é? As vezes nem tem que pegar****...". Assistente Social Interação / Troca*

"...às vezes não surge no grupo de positivos, essa questão que tem que ser muito puxada porque eu acho que traz, também muito assim... ***elas têm muito tempo, sabedoras do diagnóstico, a grande parte, e assim, isso de alguma forma cria uma certa passividade****, nas mulheres". Assistente Social Interação / Troca*

"... uns que são mais tímidos, são mais obedientes aos pais... são... aí eles vêm, sem problemas. ***Agora tens uns... por favor, enche o saco, não vou ficar na reunião... são os mais velhos, os mais rebeldes****".Médica - Encorajamento*

"Como ali, que têm ***vários saberes que estão colocados, q****ue tem uma cultura que tem um conhecimento e que vai ter uma troca de conhecimentos. ... alguns medos... aí a gente vai trabalhando isso no aconselhamento". Assistente Social - Pertencimento*

"Porque que ***é tão mais difícil aceitar, mesmo que uma mulher HIV+ possa ter seu próprio direito*** *à reprodução. Porque que é tão difícil..." Assistente Social - Solidariedade*

"... mas havia muito pouca participação e uma certa resistência. Quer dizer, a sala de espera ***pra eles ainda não tinha um significado que eles dessem valor aquele momento ali****..." Assistente Social – Atenção*

A livre participação nas ações grupais e a conquista do usuário

O processo de ensino aprendizagem ocorre de modo democrático, tendo liberdade quanto à escolha do tema a ser trabalhado e flexibilidade de estar mudando de rumo, sempre que necessário, conforme a necessidade sinalizada pelo grupo naquele momento.

Esse modo de realizar o grupo facilita o trabalho, deixando o usuário livre para dar opiniões e se envolver na continuidade dos encontros, sinalizando formação de vínculo e constante participação.

"A gente parte muito da demanda deles. Quer dizer, o assunto que eles abordam no grupo. Às vezes eles chegam, a gente tem uma proposta de discutir um assunto, mas aí eles colocam outro, dali a gente já parte, ou então daquele assunto a gente vai desenvolvendo outro."Assistente Social - Afeto

".... porque acho que também não adianta a gente chegar ali e impor determinadas coisas.... é estar organizando junto com eles um planejamento mais adequado". Cirurgiã Dentista – Atenção

"Bom, primeiro a gente faz uma proposta de atividades, não é, faz uma proposta de atividades, e se o grupo concordar... [...] ...eles fazem um trabalhinho e depois eles falam sobre aquele assunto, não é?... sempre tem um provocador para as crianças poderem falar e tal. Se no meio, às vezes pode ter começando com um objetivo e no meio ter surgido um, um assunto mais interessante, assim que tenha interessado, a maioria das crianças e a gente muda o rumo e vai naquilo lá". Médica - Encorajamento

"Mas o grupo acontece de acordo com o que eles próprios trazem...". Psicóloga - Carinho

"A gente faz mais ou menos assim: a gente pede pra que a cada final de atividade, cada final de grupo que elas pensem numa proposta pra que possam trazer para o mês seguinte. Assistente Social Interação/Troca".

Um fato que achei muito interessante numa das unidades, cujo pseudônimo é SEGURANÇA, foi a realização do grupo após a consulta médica. Isto caracteriza a livre participação do usuário e o real interesse pela convivência.

"Agora não é obrigatório ficar no grupo... então isso pra mim é um dado positivo. Se fica é porque realmente quer estar ali naquele espaço. Pra ela é importante estar ali. Porque não é obrigado. Ele vem pra consulta e se ele não quiser ficar no grupo ele tem todo direito de ir embora". Assistente Social - Afinidade

Quando as situações minimamente são realizadas e passam a ser exteriorizadas e valorizadas, de modo positivo, a maioria dos entrevistados consegue sinalizar que essa prática coletiva, além de trazer um retorno para o atendimento individual, consegue **otimizar o processo de trabalho** e multiplicar as oportunidades com os usuários, a partir do compartilhamento de inúmeras ações, num **menor espaço de tempo**.

"A gente atende enquanto os pais estão sendo atendidos. [...] ...chegam 9 h da manhã, moram longe, vão pra consulta médica, vão pro grupo, vão pegar medicamento". Assistente Social – Acolhimento

"Se você marca um dia fora da consulta, por mais que seja prazeroso, mas vai ser difícil. Porque ela tem também mil coisas pra poder fazer. Tem exame pra fazer, as vezes tem dentista pra levar,.... o dinheiro é curto.[...] .Então a gente marca reuniões mensais onde ele vem pra consulta, vem pra o grupo... faz tudo que ele tem que fazer naquele dia e a gente tenta aproveitar o máximo naquele dia...". Assistente Social - Afinidade

"... é o dia que eles comparecem ao pediatra... eles recebem medicação, algumas crianças recebem gama... fazem a pesagem... então, todo cuidado que tem de ter; isso é feito nesse dia... e a oficina entre uma coisa e outra minimiza o fato de comparecer todo mês ao hospital". Pedagoga - empatia

"... pra facilitar a vinda deles a gente juntou tudo no mesmo dia. A criança tem a consulta marcada, naquele dia ela vai ter o atendimento médico, vai ter a reunião de grupo, vai levar o leite depois. Se tiver uma oficina a gente programa naquele mesmo dia...". Assistente Social - Afeto

"E o grupo é rico... eu acho que é de uma riqueza... assim as questões que se aparecem no grupo. As soluções que se dá... que numa sessão individual você não chega tanto. Isso é assim,... eu sou adepta a grupo. Ao tratamento em grupo.... Num hospital público mais ainda porque você não tem profissionais pra se atender o que você atende em grupo... quer dizer, sendo práticos... fazendo, praticamente; também em termos de atender esse numero maior de usuários você só consegue atender em grupo..Quantos eu posso atender numa manhã? Cinco pessoas, é pouco pra um hospital desse volume...". Psicóloga - Vínculo

"Por exemplo, o grupo é marcado como falei... o grupo de adolescente, posso falar mais desse?... é marcado uma vez por mês, nós procuramos agendar, porque as crianças ainda estão na idade escolar; nós procuramos agendar a consulta com a enfermeira, a consulta com o pediatra, no mesmo dia, então eu sei as crianças que tem, que vem pro grupo, porque elas chegam mais cedo e, dependendo às vezes, essas crianças eu abro espaço para atendimento individual..." Psicóloga - Toque/contato

"Quando você faz no coletivo, o coletivo tem muito mais propriedade, por quê? Outros vão perguntar outras coisas que até aquela pessoa que tem vergonha, que é tímida, não pergunta... e esclarece.... a coisa que no individual, muitas vezes, a pessoa num tete a tete não vai perguntar... ou porque ela esta com vergonha ou tipo assim, o que ela vai pensar de ter feito isso ou aquilo. Então eu acho que no aconselhamento coletivo é importante por causa disso". Psicóloga - Carinho

"... que se a gente marcar um dia só de reunião, essa gente não vem.. não tem dinheiro pra passagem... o esquema teórico de que o paciente com doença crônica tem o direito a passagem, balela isso...". Médica - Encorajamento

"Só aí você vê que é uma loucura em termo de tempo; no grupo levo uma hora; então levarei uma hora com cada um só pra discutir questões gerais e mais a questão pessoal. Então ele tem uma função de otimizar o tempo, também. Se você passa informações para todo mundo que está numa situação que é similar, todo mundo vem aqui pra se testar basicamente...". Psicólogo – Alteridade

" Quando as pessoas vêm à entrevista, ela vem com outro tipo de informação, ela elabora outras coisas, então a entrevista é uma qualidade completamente diferente, até porque é esclarecido no grupo o porque de algumas coisas serem perguntadas na entrevista individual. Então tem um contínuo aí, que é fundamental". Psicólogo – Alteridade

" Está dando conta do que ele está querendo, do que ele está buscando dentro do tempo dele. Não vou,... volto a repetir... ele não está... não tem que ficar mais tempo aqui pra falar com a assistente social, em abordagem individual. Passar pela médica... esperar pra depois vir pra o Serviço Social... Acho que é uma questão de praticidade também.... [...]Eu posso fazer um trabalho em estar alcançando um maior número de pessoas nessa abordagem, no coletivo. Do que se eu fosse pegar cada um e atender, porque o tempo não ia dar, nem o deles também". Assistente Social – Empoderamento

"... quando você vai pra um atendimento de grupo que é passado isso você diminui o tempo de atendimento individual, porque você teria que repetir tudo isso individualmente. [...] A informação pra ele facilita a ele responder as questões pra gente... De algumas perguntas até pra determinadas pessoas... as pessoas ficam assim mais inibidas... e tendo esse contato geral com a gente e tudo... chega no individual ele é colocado de uma maneira melhor...". Enfermeira - Encontro

"A gente vai estar falando da orientação que ele tem que ter.... então, se a gente juntar tudo isso , a gente estaria fazendo tudo isso ao mesmo tempo, a gente estaria poupando até o tempo dos profissionais também, porque você estaria fazendo o acolhimento, você estaria falando pra várias pessoas ao mesmo tempo.... então você poderia estar dividindo isso aí, suponhamos, numa hora e meia no máximo...". Bióloga - Esclarecimento

"Porque eu participei dos grupos, e aí tudo rola mais fácil...na consulta. É.... não é uma primeira consulta... já me conhecem... estar participando disso eu fico sabendo de muitas características deles. Se ele é um adolescente que.... como é o comportamento dele na família, tá?.... se ele... fico sabendo um pouco da história familiar, da história social dele, da história psicológica dele também e... e no meu atendimento médico fica tudo mais fácil. Já conheço um pouco da família". Médica - Confiança

Mas também é reconhecido que nem todos os profissionais tem a mesma percepção quanto a essa otimização. E, por várias razões, dão preferência ao atendimento individual, independente de justificativas. Priorizam em sua rotina o individual em detrimento do coletivo.

"... a gente reconhece que isso não é uma coisa sistemática, continuada... Até por conta da própria dinâmica da instituição de saúde no Brasil. Então, se você tem um profissional que faz grupo por ex... mas ... sei lá, um médico que se disponha, mas se falta alguém pra o atendimento porque um outro teve que se ausentar, imediatamente tem uma tendência... 'Olha... sinto muito, mas o grupo vai ter que ficar secundarizado, que a gente tem que prestar assistência...' porque essa é a lógica da nossa organização,.. é uma contradição.... é um atraso, a gente reconhece isso... a gente trabalha o máximo possível para garantir o contrário... mas a gente reconhece que isso não é uma constante, o tempo inteiro, de forma igualitária em todos os serviços...". Assistente Social - Coordenação Municipal de DST/AIDS - Responsabilização

Mas esse fator de **agilizar o atendimento** e oportunizar maior número de informações, num menor espaço de tempo, vem confirmando a necessidade de suprir a correria cotidiana, que é exteriorizada tanto na vida do usuário quanto na vida do profissional; ambos estão mediante a instantaneidade globalizada das informações e ações, numa correria incessante. Existe **pressa** e impossibilidade de perder-se tempo. Tanto correm os usuários quanto os profissionais, e isso é expressado através das falas de alguns deles.

"Eles têm pressa... Então eu só tento aproveitar a oportunidade que eles estão ali, estão aguardando... estão com o tempo naquele momento e há uma demanda em comum... e eu aproveito e acredito que é a oportunidade de eu estar fazendo o melhor pra eles naquele momento ali e, deixando à vontade pra outras demandas que eles me procurem". Assistente Social – Empoderamento

"Porque chegaram a colocar desse jeito: 'Ainda bem que foi assim legal, porque a gente está com pressa, né?' Porque tem a questão do horário". Enfermeira - Encontro

"... sendo que ou paciente está com muita pressa...". Bióloga – Esclarecimento

"Tem aí um outro aspecto. É bem mais complicado de achar que a saúde pública é uma saúde para cada um; então você não pode na hora, então eu tenho que me virar para te atender na hora que você pode; nem que seja depois do seu expediente, ás 10 h da noite... isso é uma coisa que soa bastante crítico, não é isso...". Psicólogo - Alteridade

"E pra você saber disso você tem que ter tempo. O tempo também é um dificultador... tempo, tá?... pra você fazer uma boa escuta. Eu acho que tudo gira em função do tempo". Assistente Social – Empoderamento

" Normalmente o profissional de saúde hoje em dia está com muita pressa . A gente tem pressa porque... tem que ter pressa... não tem profissional (risos). Bióloga - Esclarecimento".

"...é muito difícil... você vê que as pessoas muitas vezes chegam, cumprem aquele horário e saem correndo e não querem te ouvir muito". Assistente Social - Diálogo

Quadro 06:Educação em Saúde e as possibilidades de encontros e desencontros

Possibilita aprendizado em comum – usuário e profissional	**EDUCAÇÃO EM SAÚDE**	Ação com resultado apenas em longo prazo
Troca de aprendizado e de experiências		Papel do profissional de facilitador
Avaliação positiva da equipe e da dinâmica grupal		Processos reflexivos dos profissionais
Traz satisfação ao profissional		Otimização do tempo
Livre participação do usuário nos grupos		Respeitar o tempo do usuário
Disponibiliza maiores oportunidades		Ação a partir do interesse e disponibilidade do usuário

Fonte: Realização do próprio autor

5.3.4 - Grupo como viabilidade estratégica de **apoio social** e preparo para a vida

O espaço coletivo é um meio que proporciona a prática do apoio social, possibilitando atender múltiplas demandas. Alguns profissionais entrevistados convivem com as questões de apoio social de um modo similar ao senso comum. Concebem o respectivo conceito, considerando, sua visão pessoal, estruturando reflexões a partir da prática, não conseguindo conceituá-lo em toda extensão.

Numa visão ampla de apoio social, conforme é descrito por Valla (1999), os grupos auxiliam na realização do mesmo - material, educativo e emocional. Este conjunto de questões objetivam não só o trabalho pontual da assistência, como faz refletir a respeito de prospectivas futuras. A longo prazo, os profissionais trabalham a favor da independência do usuário, com a intenção de trabalhar a participação cidadã e a visão do homem de modo integral. Um esforço coletivo a fim de melhorar a qualidade de saúde. Procura inserir os usuários em outros espaços, no mercado de trabalho, incentivando a socialização dos mesmos, mesmo que para isso seja necessário a procura incessante de parcerias com outros setores.

O profissional que trabalha com atividades coletivas, na maior parte das vezes, tem uma visão moderna, de que para conseguir acessar o usuário, deve se aproximar da realidade do mesmo, de que é necessário decodificar a linguagem nos encontros e relações; deve facilitar o entendimento e compreensão das orientações, conhecimentos e informações. Eles têm idéia que devem desenvolver técnicas de aproximação com o usuário, valorizando o 'olho no olho', o toque afetivo e o retorno através da fala e escuta. A fim de conseguir se fazer parte integrante do processo grupal, o profissional compreende a importância dessas atitudes e comportamentos.

Nos encontros coletivos, fazem referência ao apoio social, na maior parte das vezes, vinculando-o ao apoio material e designando como responsabilidade de efetivação, o serviço social. Mas não deixam de expressar, também, a idéia de que seria proporcionar apoio emocional e educativo.

Alguns não conseguiram verbalizar a conceituação. Pressuponho que o mesmo, de modo indireto, tenha em mente algum significado de apoio, pois executam em seus grupos sempre um dos tipos descritos na fundamentação teórica, mesmo que separadamente e sem saber identificar de modo direto o próprio conceito. As falas trazem ações mescladas, não

sendo possível categorizar por tipo de apoio. Assim, estão agrupados as ações que os profissionais entendem como apoio social.

> *"...então a gente faz **passeios culturais, excursões** , sabe então a gente **além das atividades educativas** dentro da unidade a gente também tá com este projeto de **cursos, troca de receitas,** a gente tem algumas **oficinas**, assim, a oficina do chocolate... [...] ... tem a hora do lanchinho... [...] Porque a gente tinha leito dia, quando eles tomavam gama... eles tinham **direito ao almoço**, aí depois teve um tempo que parou..." Assistente Social – Acolhimento*
>
> *"Como **apoio social** por exemplo, a gente **vai à casa de festa**... Uma casa de festa... **parque da Mônica, PROJAC**,... há um acolher também.... [...] ... tem **lanche**... as vezes tem uma **brincadeira, tem passeio**...". Psicóloga – Amizade*
>
> *"... e eu acho que a doença em si, ela tem muitas facilidades... quando você diz ambulatório pediátrico de SIDA... você **consegue recurso**. Eu acho até que consegue mais do que outros tipos de ambulatórios". Assistente Social – Valorização*
>
> *"O grupo pela vida dá um suporte danado. Tem visto material do "pela vida". É! v**ídeo** a gente passa. Enfim, isso aí pra mim não foi problema'. Médica Intuição".*
>
> *"... freqüentando também **grupos de trabalhos manuais**... que isso também é muito bom.. pra aumentar a renda familiar, porque elas não trabalham, né.... então quer dizer, existe também isso, e tendo esse **crescimento** delas, da **vontade de sentir que isso não é difícil**, que isso não é impossível .. naquela **troca** aqui... estão matriculadas **num grupo de alfabetização de adultos"**. Assistente Social – Amizade*
>
> *"Faz parte do tratamento. O tratar não é ficar só prescrevendo antiretroviral. O ser humano, ele tem todo um aspecto... **Faz parte do tratamento os passeios, faz parte do tratamento as festas, faz parte do tratamento a cesta básica, o leite, a escola, os brinquedos. Tudo isso faz parte do tratamento".** Médica -Intuição*
>
> *"... porque a gente **dá os informes** no grupo... O grupo tem esses objetivos... **de fortalecer**, de você **falar**, de você **ouvir**, pra você **participar de uma série de atividades**. [...] Então, padrinhos contribuem financeiramente pra que você pudesse acessar esses direitos a essas famílias. Direitos emergenciais como uma cesta básica. [...] ... então fizemos um passeio... pegamos a barca, fomos até o **centro cultural** do Rio... andamos pelo Rio antigo, mostramos o Rio antigo. Fomos pra o **Paço Imperial**. O filho da AS, **é historiador... deu uma aula ao ar livre** no Paço Imperial". Assistente Social - Afinidade*
>
> *"A gente tem crianças aqui que não teriam chance de sentar no MCD pra fazer um **lanche**. [...] Tem criança que o grupo, pra elas, é tão importante, porque o único **lazer** que elas tem é o grupo aqui... Então é importante esse apoio social pra vida delas.... proporcionar **passeios**..... nunca tinham visto um **museu**...." Assistente Social - Afeto*
>
> *"Começamos a tentar montar um palco de **teatro de fantoches**... aí trabalhamos duas vezes...". Pedagoga - Empatia*
>
> *"... é assim, **oficina de pintura**, entendeu? **Ensinar eles** a fazerem alguma coisa manual. Assim... pintar, **consertar um ventilador.... um ferro elétrico**, trocar uma tomada". Técnico de Enfermagem - Aceitação*

"... eu acho que o grupo daqui não é uma coisa meio mórbida, vem aqui só pra falar de AIDS, vem aqui pra ***conversar sobre a vida*** *deles, está me entendendo? Não vem aqui pra falar de AIDS...* ***terapia mesmo****... aprender lidar com as dificuldades... , dessa doença mortal... aí você vai lidar com essa dificuldade, mas você vai vir também* ***pra festa,...*** *tem festa junina, ... no final do grupo... já teve época no final do grupo tinha* ***bolo, café,*** *não sei o que...". Médico - Liberdade*

"... reflete o perfil da mulher na sociedade... muito mais submissa, muito menos cidadã*. Se é assim que pode dizer.... mas elas têm esse perfil.... então, sempre têm questões muito importantes... sérias...* ***tanto sociais e biológicas.... às vezes coisas simples de tratamento, de como lidar com a criança, higiene...*** *Aqui essas mães* ***recebem leite****..... o objetivo da reunião é dar o leite. E não é.... o objetivo não é esse.... o objetivo é um* ***objetivo educativo****... é, dar faz parte da estratégia daqui...". Cirurgiã Dentista – Atenção*

"O ***momento de brincadeira*** *é de brincadeira mesmo. De ficar zoando.. falando besteira...* ***contando história****.. escutando as histórias..... Já fui pra* ***passeio*** *com eles assim..". Técnico de Enfermagem - Aceitação*

"... é, paciente que é ***super carente...*** *ele é muito carente, sabe? Às vezes não tem* ***dinheiro pra passagem****... aí fica atrás do vale transporte, sabe?... ele não deixa de vir. Porque* ***qualquer carinho*** *pra eles, sabe... é igual a um bebê.. .eu acho que é mais por isso...". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

... tem ***passeio****, mas eu não participo muito não. Participei uma vez... a* ***gente foi ao teatro****. Ver o meu primo... consegui convite pra eles... [...] .... eu queria dar um* ***curso de sabonete*** *pra eles... Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

"... então, você vê que tem gente que está péssima, que está ***deprimida****, até que não quer conversar.... então vem pacientes assim...". Cirurgiã Dentista – Atenção*

"... mas elas vem pra ***receber leite,*** *também. [...] Eu acho que ele vai* ***aprender muita coisa no grupo. Ele vai trocar****. Vais servir de* ***apoio emocional*** *pra ele. [...] .....* ***ele recebe os medicamentos, ele recebe o leite pro filho.*** *A gente* ***tem doações, às vezes de fralda****, de.... Eles são sempre* ***bem orientados em termo de vale social****., de como* ***entrar no INSS****, eles tem alguns privilégios que os outros não têm...". Psicóloga - Vínculo*

"Ano passado, a gente fez um dia do grupo. Nós ***visitamos a sociedade Viva Cazuza****. Então* ***foi bom pra elas olharem como que é a instituição****. Como é a ONG...". Assistente Social - Solidariedade*

"Aqui nós temos ***alguns recursos que ajudam****, que eu já usei às vezes, eu* ***uso o computador****, eu vou pra eles, pra* ***Internet, a gente pesquisa alguns sites*** *... faz pesquisa no grupo ..." Psicóloga - Toque/Contato*

"... porque nesse dia das reuniões, é o dia da ***dispensação do leite*** *pra essas crianças, ta... isso é um ganho que a gente não dissociou. Porque isso é um ganho, porque elas compareçam, tá... ela têm a percepção do que... qual é o objetivo de se* ***sentar no grupo****...". Assistente Social - Interação / Troca*

"... está andando mas não tem ***dinheiro pra passagem****... ele veio à consulta aqui. Daqui desdobrou..." Assistente Social – Empoderamento*

"Se eu só tenho a entrevista, eu acabo só discutindo isso com ele, mas se tem um ***grupo ele fica sabendo...*** *que... A pessoa que vem com um assunto, e no grupo, ela* ***acaba ouvindo sobre o conjunto de situações*** *relacionadas à transmissão, por exemplo. Também a prevenção e a testagem. Então, o grupo tem esse aspecto* ***coletivo e tem essa função educativa..."*** *Psicólogo – Alteridade*

*"Pra mim, eu acho isso muito interessante você esta participando em curso de capacitação (****curso profissionalizante*** *para usuário) que é uma coisa que é necessária [...] e uma* ***capacitação pro trabalho*** *que possa render alguma coisa dentro do que ela pode fazer...". Assistente Social – Escuta*

"Mas antes.... eles tinham ***lanche, água, refresco****... nenhum outro lugar no hospital paciente tem água pra beber... água... cadeira pra sentar... ar condicionado na sala de reunião... ar condicionado na sala de espera, entendeu.... nenhuma outra patologia..." Enfermeira - Fraternidade*

Uma oportunidade de trabalhar questões complexas como: internações, sexualidade, revelação do diagnóstico, adesão ao tratamento e finitude, com apoio do coletivo

Revelação do Diagnóstico

Entre as inúmeras preocupações existentes nas relações que envolvem a vida HIV positiva encontra-se o processo de revelação do diagnóstico. É uma denominação mais correlacionada ao mundo infanto-juvenil do que ao público adulto. O momento dessa comunicação é considerado fundamental. É necessário decodificar as informações que, por ventura, tenham ficado pendentes nas entrelinhas dessa troca entre profissional e usuário.

Caso não tenham sido evidenciadas orientações básicas, minimamente necessárias para iniciar o entendimento do que vai ser dito no momento de notificar o estado sorológico ao usuário, o profissional deve dialogar com o mesmo. Isso no caso da abordagem ao usuário adulto. Atentar quanto às possíveis causas e conseqüências da realização do exame. Deve desenvolver uma série de reflexões, não só indagando histórias, mas também amenizando angústias e ansiedades. Se o momento estiver propício às verbalizações, que sejam valorizadas as comunicações não verbais, as posturas e os gestos de acolhimento e de aproximação. A forma como é dada e recebida a notícia e o momento escolhido para tal designará o fracasso ou sucesso futuro, desse encontro.

Comunicar o resultado positivo para o HIV implica em revelar uma notícia que pode provocar intenso sofrimento e ações desesperadas ao paciente. No momento do diagnóstico é necessário que o profissional de saúde esteja 'antenado', com presença de espírito e perspicácia, a fim de melhor identificar os desdobramentos emocionais

decorrentes da revelação do diagnóstico. Até mesmo a postura de profundo silêncio, negação ou de alienação do usuário.

Assim, como em todos os instantes de dificuldade, o momento do resultado HIV positivo é decisivo na vida da pessoa, e a relação entre o usuário e o profissional pode ser o único ponto de apoio à carga emocional inerente ao processo de interiorização e reconhecimento da soropositividade. Esse momento é crucial. A maneira como esse processo é vivenciado influenciará direta ou indiretamente, positivo ou negativamente na relação do usuário com o próprio diagnóstico. A dor de cabeça, o aperto no peito e o suor frio nas mãos podem ser a significação, através do corpo, do sofrimento dos primeiros dias, que representa, também, a concentração de esforços para situar um pouco e refletir o que está ocorrendo consigo.

Os encontros relatados pelos profissionais, que envolvem o processo de solicitação para a realização do teste, a coleta do material e a entrega do resultado, devem ser vivenciados com a intenção de preparar o usuário tanto para o resultado positivo quanto negativo. O processo de revelação do diagnóstico deve ser iniciado de modo preventivo, no momento que a testagem sorológica foi solicitada. Devem ser levantadas inúmeras questões que justifiquem a realização do exame além de compartilhar os prováveis resultados e possíveis conseqüências, conforme a história coletada e a realidade presente. Devem ser ressaltadas as compreensões e expectativas dos usuários, configurando um momento importante na vida desta pessoa, prevenindo reações drásticas no momento de entrega do exame, cujo resultado tenha a probabilidade de ser positivo. Este momento, reconhecido como 'aconselhamento', caracteriza as fases vivenciadas até o momento da entrega do resultado e possivelmente de revelar o diagnóstico.

Na vida infanto-juvenil, alvo de correlação direta com o **ato de revelação**, o momento deve ser permeado pela utilização de uma práxis gradual e específica. A revelação do diagnóstico para criança deve ocorrer, de forma progressiva, através de muito diálogo e vários encontros com profissionais de saúde e com os familiares, numa busca de aproximação entre a tríade profissional-criança-familiar. O ideal é que os familiares estejam preparados, sentindo-se seguros e confortáveis na condução do processo. Quando a criança começa a questionar é o momento ideal para iniciar o processo de revelação do diagnóstico. Na fase escolar a criança já tem condições de saber sobre o seu diagnóstico, No entanto, nada impede que esse processo tenha início anterior.

Muitas vezes, os familiares, com o intuito de proteger a criança e/ou o adolescente, preferem, na maioria das vezes, manter o sigilo e retardar o momento de revelação do diagnóstico. Não somente por proteção, mas também porque envolve sentimentos inerentes à sexualidade, como traição e orientações sexuais diferentes, perante os papéis exercidos em família e medo de exposição do núcleo familiar ao preconceito perante à comunidade e suas relações.

A revelação do diagnóstico torna-se para as famílias um processo difícil e conflitante. Procuram esconder o segredo o máximo possível e não compartilhá-lo, na tentativa de preservar a imagem coletiva. Acreditam que ocultar a verbalização do diagnóstico significa que as crianças desconheçam o mesmo.

Todavia, no mundo atual a maioria das crianças e adolescentes dos grandes centros, têm acesso aos meios de comunicação, percebendo facilmente o que se passa na vida dela e da família. Passa fazer analogia dos medicamentos que usa com os cartazes e propagandas, passa a suspeitar o porquê de idas freqüentes às unidades de saúde, a questionar a realização de exames e uso contínuo de medicamentos. Quando chega a esse ponto, na maioria das vezes, a criança já suspeita do seu diagnóstico, faltando apenas a verbalização.

Prolongar a revelação do diagnóstico, mantendo o sigilo, deixa-a insegura, angustiada e sofrida, pois já sabem da própria condição e não podem compartilhar, livremente, o assunto em família. O processo de revelação deve ser conduzido com tranqüilidade, evitando repercussões negativas no desenvolvimento emocional, social e no comportamento familiar.

Das cinco unidades pesquisadas no município, duas são de referência ao acompanhamento HIV das crianças e dos adolescentes.

Numa delas - SEGURANÇA , a equipe multiprofissional que acompanha o público infanto-juvenil está realizando um trabalho específico, como foi registrado na descrição de cada unidade, cuja atenção é realizada com grupos pequenos que atendam, concomitantemente, as particularidades das crianças e seus responsáveis – cuidadores.

Na outra unidade - EDUCAÇÃO, não há atividade coletiva formatada de modo específico para as crianças. As mesmas vêm às consultas e nos momentos que aguardam o atendimento ficam envolvidas em atividades recreativas. O mesmo processo lúdico acontece em ambiente separado, no momento em que seus responsáveis encontram-se

reunidos em grupo com a equipe. O acompanhamento tem predomínio com a atenção individual e o processo de inserção da criança no grupo de adolescentes; ocorre a partir dessas avaliações individuais. Concomitantemente à entrada dessa criança no grupo de adolescentes, onde o diagnóstico da doença passa a ser compartilhado com outras crianças, ocorre o processo de revelação diagnóstica realizado em parceria com a família.

Como acontece com o público infanto-juvenil, a revelação do diagnóstico ao grupo de adultos também deve ser conduzida com cautela, porém, num espaço de tempo menor, entendendo-se que o mesmo já se encontra num estágio de compreensão e de co-responsabilidade mais avançado.

Assim, têm-se as falas referentes à **revelação diagnóstica**:

> *"Porque assim , quem **tem que dar o diagnóstico** é a própria família..... então foi criado o **grupo de revelação diagnóstica"**. Assistente Social - Acolhimento*
>
> *"... surgiram da necessidade da **revelação do diagnóstico**.[...] A gente sentiu a necessidade da gente começar a trabalhar essa **revelação diagnóstica.** Tanto com as crianças, quanto com os pais. [...] ... quando eu achei que **revelar o diagnóstico** da forma lúdica, inserindo na vida deles um fato que vai ser pra sempre, mas de uma forma que não seja pesada. Que isso fosse ajudar muito na adesão do tratamento...". Médica Intuição*
>
> *"... começa a aparecer muitas dúvidas sobre a **relação do que eles têm**... porque eles sabem que tem um bichinho no sangue, mas que bichinho é esse?...". Assistente Social Valorização*
>
> *"... onde elas pudessem estar se relacionando com as outras crianças e, preparando essa criança pra ela **receber o diagnóstico.** Isso foi acontecendo há dois anos atrás". Assistente Social – Afinidade*
>
> *"... porque a gente vinha trabalhando há muito tempo com os pais, com os cuidadores.. da importância da **revelação desse diagnóstico**... e tinha uma resistência muito grande... [...] Nesse **processo de revelação** as coisas se dessem de forma natural". Assistente Social – Afinidade*
>
> *"... resolveu planejar de que forma a gente poderia organizar atividades de **acolhimento** pra receber estas crianças e ao mesmo tempo receber esses cuidadores que precisavam (isso, diagnóstico que a gente fez) se **fortalecer pra revelar esse diagnóstico** pra o filho". Assistente Social - Afinidade (acolhimento pra revelar o diagnóstico)*
>
> *"Aí, resolvemos dividir as crianças.... paralelamente a isso, veio a problemática das crianças estarem virando adolescente e não **saberem diagnóstico.** Bom então nós temos que juntar as duas coisas. Diminuir o tamanho dos grupos e também ver de que forma a gente vai trabalhar essa relação do diagnóstico". Assistente Social - Afeto*
>
> *"E eu também...sou responsável pra fazer essa **revelação**. Então na medida que a família diz não...". Assistente Social - Interação / Troca*

"E aos poucos a criança vai identificando o remédio à doença... até pela mídia, propaganda de TV,.. vai identificando... quando chega ao ponto da ***revelação diagnóstica****, em que é dito... lógico que você procura que a mãe... que o familiar participe, ... que os pais ou responsáveis sejam ativos na revelação...". Médico - Experiência*

"Eu acho que ajuda muito.... primeiro... a criança tem que saber o que ela tem, né? E ***depois que ela descobre o que ela tem****, ela passa a ser mais* ***responsável com a medicação****... porque eu acho que é aquela coisa meio freudiana mesmo... a criança para de fantasiar o medo, o imaginário, o monstro...". Médico - Liberdade*

"O que eu faço aqui muito é ***revelação diagnóstica****, essa, eu tenho muita segurança pra fazer, eu trabalho muito bem isso com as minhas crianças, que elas fazem, também,em grupo". Médica - Amor*

"... que também é o momento de você falar, porque senão ela vai saber de outra forma... então eles colaboram com a mãe, ***com a família pra contar pra essa criança****..."Psicóloga - Vínculo*

"Isso é discutido que ás vezes assim é... as crianças, nós, quando falamos, ***quando é.. colocamos a condição... da soro positividade,*** *normalmente, a família é preparada para fazer...". Psicóloga - Toque/Contato*

"... a questão é de ***revelar a doença*** *para um coleguinha, e isso aconteceu com uma...". Médica - Encorajamento*

Mediante intrínsecas questões e a multifatorialidade que envolve o HIV, é importante que os profissionais estejam preparados e atentos perante os aspectos legais e os direitos dos usuários a respeito do momento adequado para revelar o diagnóstico e/ou compartilhar o **sigilo do diagnóstico**, sendo possível, somente a partir da pactuação entre os atores envolvidos. Conforme se encontra na Constituição Federal de 1998 (2005:05), no capítulo I – Dos direitos e deveres Individuais e Coletivos, art. 5° - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Parágrafo X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas.

Assim sendo, é mais uma das ações difíceis de serem vivenciadas entre os portadores e os demais usuários numa unidade de saúde - a questão de manutenção e respeito pelo sigilo.

"Mas, existe entre a família a questão do ***segredo*** *que eles têm medo de revelar. E eu percebo que existe um temor, né? A mãe não quer revelar porque quer proteger a criança.... e a criança quer saber...". Assistente Social - Valorização*

"Então, você realmente tem que colocá-los a vontade. Dizer que o que está sendo dito aqui não vai ser revelado pra ninguém.... é uma coisa ***sigilosa****, é um momento deles". Assistente Social – Diálogo*

*"... e como a família não se colocava, elas também **respeitavam esse silêncio**. Na verdade era um **segredo** da família. Eu não falo, você também não fala...". Assistente Social - Afinidade*

*"As vezes, por mais que eles já tenham revelado o diagnóstico pra os filhos, isso **ainda é uma coisa da** família. Pra o restante da família, ele ainda não conseguiu quebrar esta barreira de estar conversando, de estar falando". Assistente Social - Afinidade*

*"... 'olha mas meu pai não pode saber não , hein... mas fulano pode saber..... quando a gente fala **a revelação do diagnóstico**... ah...tem que ter a questão do **segredo** porque... não pra criança sair espalhando por aí, então elas ficam com aquele segredo... aquilo vai apertando a garganta, o coração...". Médica - Encorajamento*

*"... que ela esta dando uma informação pra pessoas do paciente, de uma maneira inábil, **inadequada, na frente de outras pessoas,** dentro de uma sala". Médico Auto-estima*

*"Paciente hiv, pelo que eu percebo, ele é um **paciente muito reservado**. Ele tem **medo de encontrar com alguém no grupo.** ... Aqui então, é impressionante porque tem paciente **que fica escondido do outro lado** do posto pra não encontrar uma outra pessoa aqui....". Enfermeira - Apoio*

*"Às vezes eu **tenho que saber pra quem eu conto**. Se não a minha relação social de amizade e afetiva podem estar implicadas nisso. Tem gente que é melhor não saber". Assistente Social - Pertencimento*

*"... porque na verdade, a gente sabe que **nem todo mundo gosta de se expor em grupo".** Assistente Social - Solidariedade*

*"Tem casos aqui de pessoas que **demoraram 2, 3 meses pra contar pra o pai** e pra mãe que era, soropositivos ... o paciente, ele **demora muito pra ter alguém do qual ele vai confiar, pra estar dizendo**, eu sou soropositivo. Ele tinha uma dificuldade porque na **igreja ninguém sabia** o que ele tinha". Bióloga – Esclarecimento*

*"...elas só ficam com **medo** assim... de no grupo **ter alguém conhecido delas**, entendeu. Que elas ainda não tenham falado". Assistente Social - Solidariedade*

Respeitando as diferenças e minimizando preconceitos

Sendo uma doença que teve sua origem direcionada a grupos seletivos, como homossexuais, evoluiu com uma historicidade permeada por estigmas e preconceitos. Bem se sabe que, até os dias atuais, a doença se expandiu, tomando outros rumos. Dos grupos de riscos (homossexuais, prostitutas, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos) aos grupos expostos ao risco, ou seja, a população em geral.

A exclusão apenas muda de endereço, ou melhor, se estende para outros. Chega nas residências montadas por famílias nucleares, envolve meninas e meninos já em nas

primeiras relações sexuais. Acomete não somente os idosos, mas também, aos adultos mais novos. Passa a ser dividido, em larga escala com as mulheres em idade fértil; por tabela, às gestantes, que por sua vez chega, diretamente, aos futuros responsáveis pela continuidade da espécie.

Em suma, o que aconteceu no decorrer dos anos foi o aumento do número de expostos e portadores do vírus. Ratifica uma crescente epidemia. Uma pandemia que foge do controle, como areia caindo entre os dedos, quando apertada nas mãos. E, em muitos locais do planeta, observou-se um caos generalizado, com ausência e/ou pouca vontade política no que refere à falta de investimentos na prevenção da doença e promoção à saúde e ao cuidado à vida.

Cada vez mais tem aumentado o número dos portadores do HIV em nosso meio. O que tem ficado diferente com o tempo, é a imagem e a representação deste portador, o qual passa a configurar um usuário do serviço e não um paciente 'aidético' do passado. Com o avanço da tecnologia e com a melhora da percepção do auto-cuidado, o portador do vírus consegue levar uma vida com uma melhor qualidade de vida.

No entanto, o que ainda permanece arraigado na vida daqueles que se contaminaram direta ou indiretamente nas circunstâncias do dia-a-dia, são os desafios do preconceito e os rótulos estigmatizantes. São as angústias e as decepções, as ansiedades e depressões. É necessário para vivenciarmos estas dificuldades cuidar até mesmo dos nossos pensamentos. Cury (2003:106) diz que: "Cuidar do que pensamos no palco da nossa mente é cuidar da qualidade de vida".

A soropositividade parece que ainda fica estampada no rosto daquele que se encontra portador do vírus. Ainda é motivo de constrangimentos e de situações mal resolvidas diante da ignorância e falta de sensibilidade dos homens. Quer seja por aqueles envolvidos nas teias e emaranhados presentes na natureza do senso comum, quer seja por aqueles que se julgam sábios e inteligentes, conhecedores da verdade, porém meticulosos e precavidos nas relações cotidianas. Homens que se alienam e se escondem nas máscaras do egoísmo e da indiferença, vistos com naturalidade diante dos sofrimentos, questionamentos, angústias e inquietações.

Quantas pessoas se isolam entre quatro paredes, se isolam no próprio mundo, quando conhecedoras de sua soropositividade? E quantos se afastam quando estes mais precisam de auxílio, compreensão e presença?

As relações humanas cada vez mais estão distantes e fragmentadas. A falta de tempo e a correria do cotidiano contribuem sobremaneira com essas ausências, as quais podem ser configuradas como fuga, válvula de escape, jogo de interesses e conveniências. Muitos, mesmo conhecedores das formas de transmissão, ainda tem receio da manutenção das relações, de tocar, sentir e estar junto. Outros ainda, receiam o envolvimento emocional com as histórias sofridas e as situações complicadas que envolvem a vida soropositiva.

Com os profissionais acontece processo similar, pois, antes de se formarem, todos trazem ao longo da vida um histórico pessoal. Muitos deixam exteriorizar em suas posturas e posicionamentos ações distantes da dinâmica afetiva, tons verbais frios e lacônicos, e ainda expressões capazes de demonstrar indiferença mediante o sofrimento marcado pelo HIV.

O preconceito pode vir à tona, de modo velado, com um pai ou uma mãe 'de família', indivíduos que constituem núcleos familiares, muitas das vezes, tradicionais; ou ainda, de modo mais evidente, com um garoto de programa, um usuário de drogas injetáveis, uma prostituta ou um travesti. Até mesmo com essa mãe, antes mesmo de saber a causa da contaminação, na maioria das vezes, são elaboradas, inúmeras questões correlacionadas a comportamentos e orientações sexuais promíscuas, a condutas desviantes, a um passado e/ou presente de infidelidades ou outras situações. E sem conhecimento real dos fatos inerentes àquela história, de modo imprudente e errôneo, muitos profissionais podem estar desenvolvendo juízo de valores e concepções que podem fragmentar o trabalho e a relação com aquele usuário.

Assim, mesmo que um usuário esteja protegido pelas estruturas sociais, pelos papéis desempenhados pela mediação do poder, uma vez exteriorizada a soropositividade, o imaginário coletivo contribui para formação de estigmas, rótulos, preconceitos e tabus, dentre os quais têm sofrido modificações lentas, com avanços e retrocessos que se alternam na dinâmica das relações. Isto confirmado até mesmo pelo próprio preconceito.

> *"...a abordagem das temáticas, das problemáticas com as quais a gente trabalha, numa perspectiva de quebrar* ***preconceitos****, de superar tabus... que são temas que estão nos subtextos das nossas questões, da estruturação das nossas rotinas". Assistente Social – Coordenação Municipal DST/AIDS – Responsabilização*

> *"... eles falam mesmo... '****eu aqui não sou discriminado****'...." . Assistente Social - Diálogo*

*"Porque a **discriminação ainda existe**. Não só lá fora, mas nos próprios ambientes hospitalares existe. O **preconceito ainda é velado**... é forte, mas é velado". Assistente Social - Afinidade*

***"... ele aqui não é o excluído**, na verdade ele não é nenhum excluído, ele é mais um... e quem somos nós pra levantar alguma bandeira... nós podemos ser os próximos... ninguém está livre...". Médico - Experiência*

*"... fica triste porque a mãe não fala o que ele tem, né... e a questão da doença em si, **o peso que a doença tem** né?....". Assistente Social - Valorização*

*"Era tão difícil e o **preconceito era tão grande daquela época... ainda tem isso,** mas naquela época, maior... era muito difícil abrir espaço pra gente". Psicóloga Toque/Contato*

*"Que olham assim de longe e eles se sentem muito mal. Eles falam do **preconceito,** né... eles ficam querendo superar o preconceito... e entre eles, né?" Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"... eles quando descobrem... é... sabe... mesmo hoje em dia ainda é... né? Não é sentença de morte. Acho que é sentença **do preconceito,** né?" Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"É difícil, é.. porque a gente encontra muito **preconceito**, eles já sabem disso, isso é discutido com eles sempre que eles trazem isso, né?" Psicóloga - Toque/Contato*

*"Eu encontro assim, que antes eu tinha mais dificuldade no tratamento com a .... no relacionamento com a doença em si. Eu mesmo, até **meus próprios preconceitos.** Antes de conhecer... aí depois eu comecei me aprofundar mais sobre essa questão e eu confesso que hoje em dia a minha visão mudou muito, completamente do que tinha no passado, né?" Assistente Social – Valorização*

"Paciente hiv, pelo que eu percebo, ele é um paciente muito reservado. Ele tem medo de encontrar com alguém no grupo". Enfermeira -Apoio

Mudança íntima dos comportamentos e atitudes para se fazer parte integrante.

Partindo do pressuposto que os **comportamentos e atitudes** são difíceis de sofrerem mudanças, dependendo muito de um esforço e vontade própria do usuário, e que nem sempre são passíveis de modificações visíveis, os hábitos permanecem contribuindo para manutenção dos rótulos supracitados. Isto porque são adquiridos através da vida. Como são muitos anos numa simbiose constante, necessitam também de um longo prazo para se modificarem ou deixarem de fazer parte da vida desta pessoa. O mesmo acontece com os profissionais, trazem hábitos, valores, posturas e comportamentos desenvolvidos através dos anos. Desse modo, os preconceitos podem partir também dos profissionais.

Aqui, a intenção é de que esses possam estar refletindo sobre suas posturas perante o portador do HIV, pois modificações e transformações interiores são posicionamentos que dependem exclusivamente da vontade pessoal do profissional. Permanecer com pensamentos preconceituosos é opção, mas modificar o modo de exteriorizá-los ou mesmo inibi-los é um dever que corrobora a favor dos direitos humanos e do respeito à vida.

Mesmo que os posicionamentos não correspondam verdadeiramente aos sentimentos dos profissionais, devem pelo menos atender à prerrogativa de se respeitar o tempo do outro, de se colocar no lugar dos outros e perceber seus sentimentos e necessidades, onde os atos exteriorizados simbolizem posturas cativantes, serenas, de aceitação, aproximação, acolhimento e troca entre todos. Agindo desse modo, conseguem conquistar, até mesmo, os atores com posicionamentos contrários.

Apenas aquele que aceita a necessidade de mudança de atitudes é que pode ser considerado realmente modificado. Pois, só a transformação íntima é que pode nos tirar, gradativamente, dos ciclos perversos dos desequilíbrios e sofrimentos interiores que geram as aflições humanas.

> ***"Trabalhar o auto-conhecimento****. Eu ainda não tenho muita ferramenta não, mas eu acredito, acredito nisso. A educação tenha que passar por isso... porque se não é muito pouco. Entende? Se não tem uma experiência com a espiritualidade, eu vou querer viver tudo entendeu". Assistente Social – Acolhimento*
>
> *"Porque não foi por falta de aviso. Porque informação todos tem. Curiosidades...perguntaram...querem saber. A gente informa,* ***mas na prática é uma outra coisa"****. Médica Intuição*
>
> *"Todos esses* ***hábitos*** *que nós passamos pra eles, fazem questão de dizer no encontro seguinte que eles fizeram mesmo...". Pedagoga - Doação*
>
> *"A modificação deles... você percebe* ***que a partir dos encontros*** *que eles vãos e tornando diferentes, vão melhorando...". Pedagoga Empatia*
>
> *"Eles sabem que eles são HIV; eles não colocam muito em prática... eu não posso dizer....* ***eles sabem que eles são HIV, mas eles não funcionam*** *com qualidade de vida, sendo HIV positivos... eles mentem, muitas eles se... eles distorcem essa informação ou essa vivência, essa coisa do HIV deles, por si só, no contato com o outro. Eles* ***mentem, eles reduzem, eles negam*** *e essas oportunidades que você tem de abrir esses acessos de vivencia, acho que seria para exatamente tentar inserir isso mais. Que ele pudesse vivenciar mais isso,* ***colocar em prática*** *aquilo que é dele e que ele não faz". Médico - Auto-estima*
>
> *"Hoje a gente já detém a informação. Deter a informação te ajuda a refletir em cima das tuas ações e até te fazer buscar algumas* ***mudanças de atitude****. Mas não faz com que as pessoas* ***mudem de atitude só a informação".*** *Assistente Social - Pertencimento*

*" Então ele **vivencia uma coisa na cabeça teórica** e na **prática ele não faz, não funciona**. E freqüentemente ele vai ao grupo pra tentar ficar questionando essas coisas. Não sei se era pra tentar, de alguma maneira, fazer com que ele consiga **introjetar e passar a vivenciar isso melhor**, ou ele **transformar essa conduta** dele que não é melhor pra ele. E eu acho que eles voltam freqüentemente na busca de nova informação...". Médico - Auto-estima*

*"Porque a prevenção é **mudança de comportamento**..Você vem.. não adianta eu chegar pra você, que você vai usar camisinha se não você vai pegar AIDS. Não é isso.. porque isso ele sabe... na verdade isso ele sabe... **mas eu acho que é sensibilizar**, ... na verdade **é trazer, refletir** com ele porque ele faz isso... sensibilizar ele até usar. Ele **refletir pra usar**. Porque mandar usar, isso a televisão manda toda hora. Aí, não adianta nada, que é o que a gente vê aqui....". Enfermeira - Encontro*

*"Mas se pelo menos a gente conseguir passar a informação, **sensibilizando a questão** do próprio corpo, da responsabilidade do próprio corpo...". Enfermeira - Encontro*

*"... porque quando você começa a construir .... porque você está aqui... o que te trouxe aqui... a pessoa começa a **buscar a sua história**, então **vai passando um filminho** pra ela. Quando acaba, você pergunta pra ela. Em cima do que você acaba de relatar você acha que o seu resultado pode ser qual? Ela vai te dizer, ah!...". Assistente Social - Pertencimento*

*"... você trabalha as informações coletivas que você compreende... é necessário que as pessoas **compreendam até pra estar refletindo** um pouco em cima da **sua própria história"**. Assistente Social – Pertencimento*

*"É uma questão mais pessoal, uma questão assim... uma questão **das emoções, dos sentimentos.** O que **tem em comum entre essas pessoas**... o que elas podem colaborar... assim... solidariedade, né... uma com a outra". Psicóloga - Vínculo*

*"Hoje em dia o que eu ouço certo sobre os adolescentes, é que eles **transam sem camisinha não é por falta de orientação... porque eles sabem** até como se coloca, já esteve no posto, já ouviu na escola, já conversou com alguém, ele sabe como usa... **não usam por opção**. Por que? Porque eles não tem uma orientação... muitas vezes eles pensam... aqui na nossa área principalmente.. já ouvi de adolescente dizer assim pra mim: Pôxa tia, sacanagem... eu não cuido dos filhos da minha mãe por que não vou cuidar do meu?" Bióloga – Esclarecimento*

*"Porque a questão de prevenção não **passa pela informação, simplesmente**. É **muito profundo**, são as múltiplas carências... É uma **possibilidade de afeto**. O sexo está pra além dessa questão física. Sabe. É estar junto com alguém. [...] É fundamental trabalhar o **projeto de vida**. E outra coisa fundamental pra educação é trabalhar a espiritualidade, entendeu? Nesse mundo consumista que a gente vive, de ter, de sentir, entendeu... A alma sente essa falta". Assistente Social – Acolhimento*

Adesão ao tratamento

Desde o aparecimento dos primeiros casos de HIV, no início da epidemia, até o final da década de 80, as possibilidades de tratamento eram focalizadas ao combate das doenças oportunistas. Foi na década de 90 que surgiram os primeiros medicamentos

específicos de combate ao HIV, cujas evoluções tecnológicas caminharam do uso isolado do AZT[28] ao uso maciço da terapia combinada, conhecida como coquetel[29].

Até o advento da terapia, combinada a perspectiva e a qualidade de vida era pequena. Após esse avanço, o quadro característico da doença passa a conviver com outros olhares. A partir do aumento da sobrevida e da redução do número de óbitos, a epidemia passa a ser crônica. Mesmo sendo a única forma de prolongar a expectativa e a qualidade de vida, o aumento do uso de drogas mais potentes, traz consigo, de modo concreto, uma gama de efeitos colaterais que dificultam o cotidiano dos portadores e a adesão ao tratamento necessário.

O termo 'adesão' ao tratamento deve ser visualizado como compromisso conjunto no qual o usuário inserido no processo, entende, concorda e decide realizar o tratamento medicamentoso. Significa que deve existir um pacto entre os profissionais e usuários, no qual torna-se válida uma responsabilidade coletiva.

No entanto, são inúmeros os fatores que interferem nesse processo de adesão. No caso dos usuários, tanto interferem os fatores bio-psíquicos como sócio-econômicos-culturais. Desde transtornos psiquiátricos, tempo de tratamento e tipo do esquema recomendado (grande número de medicações e doses freqüentes), escolaridade, idade, pobreza, hábitos e comportamentos, como uso de drogas, até a prática sexual sem proteção. E no caso dos profissionais e instituição, os fatores que influenciam são inerentes às situações que envolvem capacitações, recepção e acolhimento, disponibilidade de diálogo e negociação ao lidar com a adesão. Narciso e Paulilo (2001:31), dizem que: "Amplia-se o entendimento de adesão, e devido às suas múltiplas dimensões, surge um novo paradigma

---

[28] **AZT** - Sigla derivada de azidotimidina. Também conhecida como zidovudina, é uma droga anti-retroviral** do grupo dos inibidores da transcriptase reversa*, utilizada no tratamento da infecção pelo HIV. Foi o primeiro medicamento a ser utilizado no tratamento de pacientes com aids.
In http://www.aids.gov.br/glossa.htm [15/04/03 12:26:36]

[29] **Coquetel** (ou Terapia Combinada) Termo popularmente empregado para o uso de dois ou três medicamentos anti-retrovirais associados, que se caracteriza pela tomada de um grande número de cápsulas ou comprimidos por dia. Em geral, a combinação é feita com dois inibidores de transcriptase reversa* e um inibidor de protease. A indicação do número de medicamentos e a sua posologia sempre devem ser determinadas pelo médico, segundo o estado clínico, carga viral e número de células CD4*** do paciente.
http://www.aids.gov.br/glossc.htm [15/04/03 12:26:37]

* **Transcriptase reversa** - Enzima viral específica dos retrovírus, responsável pela conversão de seu RNA genômico em DNA. Esta enzima é fundamental no processo de replicação dos retrovírus e um dos principais alvos terapêuticos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV. *In* http://www.aids.gov.br/leia. 15/04/03

** **Anti-retroviral** - Denominação genérica para os medicamentos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV, que é um retrovírus. *In* http://www.aids.gov.br/leia.htm [15/04/03]

*** **CD4** É um receptor presente nos linfócitos T-auxiliares onde o HIV se liga para iniciar a infecção da célula. *In* http://www.aids.gov.br/leia.htm [15/04/03].

de adesão, ou seja, um modelo que passa a ser construído entre paciente, equipe e serviço de saúde".

Com a evolução do trabalho cotidiano, a equipe cada vez mais se envolve com as questões suscitadas pela terapia anti-retroviral. A preocupação com a adesão ao tratamento passou a ser foco das atenções na relação profissional-usuário.

> *"... eventualmente a gente vai às reuniões dos grupos pra discutir essa questão da adesão ao tratamento, levar pra eles a importância dessa adesão...." Médico - Liberdade*

De um lado, os usuários com sua capacidade de reagir mediante o processo de adoecimento, com seus significados e representações. De outro, os profissionais, cada vez mais envolvidos e preocupados com a necessidade de compartilhar com o usuário a necessidade de se inserir e participar do processo terapêutico.

Ambos envolvidos na busca de alternativas e formas de enfrentamento que possibilitem melhor convivência e o alcance dos objetivos propostos. No entanto, o momento é vivido por inúmeras dificuldades no processo de adesão.

> *"Só que o que a gente tá vendo agora é que a adesão destes adolescentes não está legal [...] ... está falhando, porque não está atingindo... porque a taxa de adesão nossa podia ser melhor". Médica – Intuição*

> *"A gente ainda tem um pouquinho de dificuldade, ... de alguns entenderem, a importância da adesão ao tratamento..." Assistente Social – Afeto*

> *"Essa história de tomar o remédio todo dia... essa última reunião que teve eles falaram sobre o falecimento de uma adolescente do grupo que não tomava remédio." Médica – Amor*

Cria-se uma nova etapa a ser ultrapassada, que é a pactuação necessária do usuário com a sua própria vida. Isto é, mesmo diante das inúmeras dificuldades vivenciadas no uso dos anti-retrovirais, é necessário uma alta taxa de adesão, a fim de comprovar a eficácia do tratamento, melhorar a qualidade de vida individual do HIV positivo, evitar a resistência viral e a disseminação incontrolada da doença que surge com os sucessivos abandonos.

A baixa adesão pode provocar uma reação negativa, não só em relação ao usuário como também aos profissionais e paralelamente ao sistema de saúde. Conforme Narciso e Paulilo (2001:29):

> "A baixa aderência aos anti-retrovirais pode repercutir negativamente em três dimensões: em relação ao paciente, uma vez que prejudica a resposta à terapêutica e conseqüentemente à evolução clínica da doença; na equipe de saúde, pois interfere na avaliação dos resultados, gerando frustração e até diminuição do investimento da equipe no paciente; e no sistema de saúde, que pode levar o paciente a submeter-se a procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e de custos elevados".

No caso das crianças e adolescentes, o trabalho a favor da adesão tem seu início no processo de revelação diagnóstica. Vão sendo preparados, passo a passo, através de um trabalho educativo grupal.

> *"... os menores com algum conhecimento mínimo do hiv. De que tem um vírus no sangue, na corrente sanguínea. Que aquele vírus precisa ser tratado, que precisa de medicação, se não adoece... se não interna... e agente vai trabalhando isso pra que quando chegar o grupo de pré-adolescentes eles já tenham um maior número de informações mais complexas". Assistente Social – Afinidade*

E quando essa adesão é alcançada pelos usuários, aumenta a sobrevida e a qualidade da mesma.

> *".... eu posso hoje em dia, fazer um grupo com esses objetivos e que e, com essa perspectiva de uma aproximação de uma vida o mais próximo possível de uma criança que não tenha nenhum problema; porque eles estão... quando fazem a adesão, quando é boa a adesão a medicação , eles estão tendo uma vida assim muito próxima...". Psicóloga – Toque/Contato*

As seguintes falas demonstram a subcategoria correlacionada à adesão:

> *"A gente pode entrar pra melhor resolver algumas questões, até de **adesão**, problemas sérios que surgem, de um poder tá ajudando o outro". Assistente Social – Acolhimento*

> *"... estão vindo aqui, pra gente partilhar as nossas experiências em relação à **adesão"**. Médica - Intuição*

> *"...embora a gente já tenha uma visão mais assim... está falhando, porque não está atingindo... porque a **taxa de adesão** nossa podia ser melhor. A adesão ao tratamento...". Médica - Intuição*

> *"Questão da **adesão** agora é um dado importantíssimo. Em todos os grupos de adolescentes, a questão principal de discussão é a **má adesão".** Assistente Social - Afinidade*

> *"Vai dar o suporte com relação às manifestações... à evolução clínica, imunológica e virológica, baseado nesse passo com relação à **adesão"**. Médico- Experiência*

> *"... e só adoece quem não se trata corretamente, quem não toma remédio, quem não vem às consultas, quem não faz os exames... enfim, quem não tem **adesão** ao tratamento". Médico -Experiência*

> *"... não existe nenhuma doença que, à exceção da AIDS, em que seja necessário tomar remédio indefinidamente e com **um nível de adesão tão alto**; se não tiver um nível, o grande problema é esse..". Médico -Experiência*

> *"... ouvi as dificuldades deles e levar pra eles a importância da **adesão** ao tratamento". Médico - Liberdade*

*"... é uma **patologia crônica**, que você não dá alta pra o paciente, e com o tempo esse **relacionamento se desgasta**...". Médico - Liberdade*

*"Uma vez teve uma criança que não estava com **adesão** direito...". Médica - Amor*

*"Essa relação da **morte** dessa adolescente que **não estava tomando remédio**.... [...] ele (o paciente que tinha acabado de atender) começou a **tomar o remédio melhor"**. Médica - Amor*

*"... então assim, não tinha muita experiência de **como era tomar remédio** mesmo e tinha muita dificuldade de falar com eles sobre isso e... além deles todos falarem isso...". Enfermeira - Fraternidade*

*"... ela diz que quer trazer alguma coisa, assim mais demonstrativa em termos de medicação... que a gente está com problema na **adesão**, as crianças estão com resultados de exames alterados. [...] .., mas era preciso.. é focalizar mais... é o sentimento desde cuidador, deste pai, desse responsável com relação àquela criança, que é uma **criança que toma remédio"**. Assistente Social Interação / Troca*

*"... aí a maioria vem todo mês. Então a gente fala da... sobre **adesão** todo mês...". Médica - Encorajamento*

*"Deveria ter uma televisão, um vídeo, um DVD, pra você está colocando algum material que fique ilustrando a questão da **adesão"**. Assistente Social - Empoderamento*

Finitude

Não há experiência humana que possa ser comparada à morte. Ela é tão única que sequer permite a possibilidade de ser representada ou verbalizada por parte de quem a vivencia. Não há ser humano que não passe por essa vivência. E no decorrer da vida, é difícil encontrar uma pessoa que não tenha, no mínimo, se preocupado com ela.

Mas afinal, o que é a morte? Segundo Kovács (2003:146):

> "No histórico das definições da morte, esta foi considerada como o último sopro de vida. [...] Do ponto de vista biológico, a morte pode ser vista como um processo que se inicia quando um órgão vital cessa seu funcionamento, e acaba quando todo o organismo se decompõe. A moral e a lei exigem que a morte seja tratada como evento no qual a impossibilidade de organização e integração das funções do corpo leva a uma perda do que é essencial e significativo de forma irreversível; ou seja, há impossibilidade de regeneração".

Desde o nascimento, o ser humano convive com às transformações e desgastes progressivos que se alternam com modificações sistêmicas, encontrando na velhice uma das fases em que as pessoas têm que conviver com um maior número dessas perdas, introduzindo-as ou maximizando o tema da finitude.

Isso ocorre devido 'pré-ocupações' mediante as incertezas futuras, ao invés de ficarem ocupados com os benefícios e aprendizados da vida cotidiana. Ficam tensos, ansiosos e medrosos frente ao processo de morrer. Passam por inúmeros mecanismos e estágios. De início, negam o momento que estão vivendo e se isolam do convívio social. Posteriormente, passam por episódios que se alternam sucessivamente entre desespero, conformismo e depressão.

Por não saber concretamente o que é a morte, apenas a partir de crenças e processos culturais, as pessoas apresentam mais medo da dependência do que propriamente do ato, em si, de morrer. Convivem com um luto diário, de modo antecipado. Projetam idéias negativas e pessimistas como se o processo de envelhecer fosse tomado somente por perdas. Cuidam da dor material e moral, alimentam convicções de impossibilidades e dependências, mesmo sem saber, ao certo, por quanto tempo irá permanecer nesse jogo de contrapontos, entre as limitações progressivas do corpo e as conquistas da sabedoria infinda que conquistou através dos anos.

Como na senilidade, o processo de adoecimento limita o homem a interiorizar um tempo que sinaliza aproximações constantes e precoces com a idéia de fim. Principalmente quando se trata de doenças terminais, que ainda não tem cura como no caso da AIDS. Dessa forma, com a AIDS, o que aconteceu, num dado momento, foi evidenciar que o portador do vírus estaria com os seus dias contados. Apenas por estar contaminado, já teria uma sentença notificando o fim da vida.

No entanto, a morte sempre chega de surpresa, até mesmo quando o indivíduo encontra-se em estado saudável, mas se pudessem, todos adiariam-na. Kovács (2003:115-116) ressalta que: "Esta atitude de tentar preservar a vida a todo custo é responsável por um dos maiores temores do ser humano na atualidade, que é o de ter a sua vida mantida às custas de muito sofrimento...".

Não resta dúvida que a questão da finitude é uma constante difícil no processo de reflexão dos usuários e profissionais. Principalmente no mundo ocidental, apresenta dificuldade em ceder espaço para qualquer tentativa de dialogicidade, representando um mistério conforme a concepção individual, onde todos ou a maioria procura se distanciar.

Todavia, a idéia de finitude está na desistência de continuar vivendo com as dificuldades e limitações impostas pelo desconhecido, pelo medo, pelas dúvidas e incertezas. Para conviver com a idéia de sua finitude, o homem precisa acreditar na

complexidade de tudo que o rodeia no universo, ampliando sua capacidade de entendimento e conformismo reativo conforme a realidade que se encontra.

Enfim, a morte, o morrer não deixa brechas para possíveis indagações, é uma experiência única, portanto, o homem só desvenda o segredo quando chegada a sua vez. Parece ser um fato mundial que, embora a morte signifique o fim da presença física, não significa que a sua contribuição para a sua família e grupo social cesse com este fim.

Falar e conviver com a idéia de morte, é uma dificuldade expressada através do luto verbal ou corporal, pela maioria da população. No entanto ela pode ajudar a entender e valorizar outros mecanismos, como fazer a vida melhor, mais significativa, mais respeitada. São sentimentos mais variáveis possíveis; significa que a morte pode representar algo totalmente diferente entre os diversos locais e populações do mundo, e ainda totalmente diferente, conforme a época da vida de uma mesma pessoa.

A probabilidade de morrer não se restringe ao processo de envelhecimento nem mesmo a vivência de um adoecimento crônico, pelo contrário, é um estado mental que deve ser utilizado para encarar a vida e os desafios da mesma, com mais coragem. Pois igualmente os idosos e doentes, todos podem morrer.

> *"A gente está numa **seqüência de morte**.... isso pra gente é ruim...". Assistente Social - Afeto*
>
> *"...então realmente **houve a perda de muitos participantes do grupo** e com isso esmoreceu um pouco assim... a minha vontade de continuar. .... muito.... e a cada perda... agora graças a Deus, a coisa está melhor. .... Foi uma coisa complicada pra eu **elaborar esse luto** todo comigo". Assistente Social – Diálogo*
>
> *"Porque pra eles apesar de você dizer que é uma **doença crônica**, doença grave, doença que **leva a óbito**... isso pra eles é muito vago". Médica - Amor*
>
> *"... e ela **veio a falecer...** então isso devia ser levado ao grupo, porque realmente... pra servir assim... como um... não é exemplo.... não é.... mas é pra reafirmar a necessidade que eles têm.... que os outros estão tão bem... os que estão tomando.... no caso estou pensando até em **premiar,** não é... E é... fazer **pontuações de assiduidade...** é exames, é... participação no grupo.. é se os exames estarem assim... é condizentes...". Médica Confiança*
>
> *"De lidar com **a morte...** Isso pra mim então é horrível". Enfermeira - Fraternidade*
>
> *"... e o ano passado a gente **perdeu uma criança aqui e foi um sofrimento"**. Cirurgiã Dentista – Atenção*
>
> *"... pra muitas pessoas ainda AIDS é sinônimo de morte". Enfermeira - Encontro –*

Duas outras situações difíceis de serem vivenciadas por algum profissional, mas com uma expressividade bem menor entre as falas dos profissionais, são correlacionadas à sexualidade e à cronicidade da doença.

> *"... a gente tem a preocupação de estar refletindo sobre essas questões da **sexualidade**, orientando... Sem aquela coisa da gente ficar iludida, achando que...". Assistente Social – Acolhimento*

> *"... que mais se fala aqui é sobre **sexo**. Quem é dessas pacientes que trabalha **sexualidade** em outro lugar? Dentro de casa? Muito difícil.. Na escola? Muito difícil...". Médica – Encorajamento*

> *"... então foi difícil, mas eu aprendi muito. Eu tinha muita dificuldade de trabalhar a **sexualidade**; isso foi uma coisa que eu tive que aprender a trabalhar e hoje eu lido com isso com muita facilidade. Era um bloqueio pra mim, qualquer coisa ligada à sexualidade". Assistente Social - Afeto*

> *"Porque graças a Deus o HIV **não é mais igual a morte**. Uma **doença crônica**...". Assistente Social – Acolhimento*

> *"... a coisa é colocada de uma forma que essa percepção seja uma coisa progressiva e que tenha-se a noção da realidade que AIDS hoje é uma **doença crônica** e só adoece...". Médico Experiência*

Mediante inúmeras situações complicadas, surge a questão de como lidar com as **ansiedades, angústias** e alterações na saúde mental. São fatores que alteram toda a dinâmica do processo saúde-doença, os quais foram identificados através de alguns profissionais. Mesmo que não seja uma referência de muitos deles, creio que as poucas falas que surgiram, representam a repetição entre o coletivo de profissionais, direta ou indiretamente.

> *"... porque a pessoa já **vem fragilizada**, uma criança com toda uma história de **internação**,. porque é diferente o adolescente que se contaminou via sexual daquele que nasceu vítima da AIDS, ...a maioria deles são **órfãos**, são sobreviventes...". Assistente Social - Acolhimento*

> *"Ele é.. um apoio em dois sentidos. Um apoio na própria situação de testagem, imediata a que o traz aqui, ta? Em termos até mesmo **de ansiedade, angústia** com relação à testagem que sempre dá um certo friozinho na barriga e tal..".. Psicólogo – Alteridade*

> *".... pra **desabafar**, pra botar as suas angústias, os seus problemas... discutir..." . Assistente Social - Afeto*

> *"Mas isso se expressava às vezes de outras formas. Com **agressividade**, ou várias.... **atitudes comportamentais** da criança. A gente percebia quando fazia oficina, nos desenhos... então sempre tinham algumas coisas que apontavam pra que aquela criança tinha o mínimo de conhecimento sobre o hiv". Assistente Social - Afinidade*

"... por exemplo, tem muitas famílias aqui, que só eles, aquele núcleo ali, pai e mãe e filho é que sabem da doença, do diagnóstico. O resto da família não sabe. Então ele não tem espaço pra falar sobre isso, suas ***angústias*** *e tudo. Porque ele não pode falar em casa porque o resto da família não sabe. O único espaço que eles têm* ***pra falar abertamente da doença é aqui no grupo".*** *Assistente Social - Afeto*

Grupo como mecanismo possível de minimizar sofrimentos

Mediante este quadro tão complexo, não só os usuários, mas também, os profissionais estão constantemente em busca de alternativas que sejam possíveis de minimizar os sofrimentos gerados pelas condições agrupadas até então. Nossa carência não é igual a dos outros, e aquilo que nos provoca entusiasmo, anseio, medo e insegurança pode não ter repercussão para outrem.

É certo, através das suas falas, que a convivência em grupo facilita esse processo de troca, independente das dinâmicas utilizadas. Os espaços coletivos, além de **fortalecer** os usuários e suas famílias, desempenham o papel de socializá-los nos momentos difíceis de suas vidas. E em algumas situações, essas pessoas, com o passar do tempo, engajam-se no movimento de prevenção, a fim de compartilhar informações e vivências. Passam ser **multiplicadores** do conhecimento, não só dentro da família quanto na própria comunidade.

Fortalecimento dos usuários e família

"*... eu espero alcançar com esses objetivos é o* ***fortalecimento*** *desses cuidadores". Assistente Social - Afinidade*

"... o nosso trabalho... meu e da outra AS, era de ***fortalecer*** *os pais pra que eles contarem o diagnóstico pra os filhos". Assistente Social - Afeto*

"Eu acho que representa um ***fortalecimento,*** *deles estarem se reconhecendo como criança. É uma forma deles estarem gostando deles mesmos. Relacionado à* ***auto-estima*** *mesmo". Assistente Social – Valorização*

"Ela ainda tem uma certa dificuldade em tá se colocando. Ela tá nesse grupo pra se ***fortalecer****. Ela mesma fala...". Assistente Social - Solidariedade*

"... poxa, é importante a gente estar sendo um ***canal de crescimento*** *pra estas crianças. Pra eles verem no futuro que não era só aquilo.... eu fui* ***fortalecido*** *naquela época...". Psicóloga – Amizade*

"... tendo em vista que eles são vulneráveis, vamos dizer.... em relação.... eu vejo que o hiv, ele traz muitas implicações.[...] Acho que é o ***fortalecimento*** *do próprio indivíduo como pessoa". Assistente Social – Valorização*

Usuários como multiplicadores

*"Tem uma criança que falou...: Poxa!... hoje **convenci a minha mãe que ela vai participar** e eu também... até que enfim.... então eles gostam do contato, do entrosamento, do que eles vão receber dali...". Psicóloga – Amizade*

*"... todas essas conversas, todas essas colocações em relação a saúde e alimentação.... isso **tudo eles passam** pra os pais também...". Pedagoga - Doação*

*"Então tem essas questões. Aqueles que **já estão mais fortalecidos** estão ali com o papel de ser esse mediador de fortalecer o outro". Assistente Social Afinidade*

*"Então eu acho que tudo isso você fica contente, mas a gente vai aos poucos. E elas mesmo dizem que elas, também, a **partir da experiência de que elas** não usaram o preservativo, elas procuram orientar mais os filhos". Assistente Social – Diálogo*

*"... os pacientes que já estão aqui muitos anos, que **são mais esclarecidos, que são mais engajados**... têm um perfil, aqui, de pacientes que realmente estão participando de tudo... estão na luta, sabem as leis...". Cirurgiã Dentista – Atenção*

*"... você esta... é... falando sobre a situação, prevenindo e fazendo até que eles sejam os **portadores de voz**, da gente não é?" Psicóloga - Carinho*

*"No grupo, se **alguma sabe dá um informe** a outra. Ta entendendo? A gente teve, na ultima reunião, teve um que inclusive disse assim: onde eu trabalho vai ter concurso. Assim que tiver eu vou avisar vocês". Assistente Social Solidariedade*

*"A gente pode até assim... somar... eles são os **multiplicadores** na verdade, porque vão contagiando o outro". Psicóloga – Amizade*

Uma das formas de enfrentamento que sobressaiu na fala dos profissionais, foi a **técnica de se espelhar** no problema e na solução tomada pelo outro, para que, a partir de reflexões conjunta e do **apoio** coletivo, esse ser humano consiga viver com um pouco menos de sofrimento.

*"... a história do grupo é bom, porque **uma está vendo a outra normal**, que tem a mesma coisa que ela...". Médico - Liberdade*

*"Eles **vêm outras pessoas na mesma condição**. Eles dividem essas questões...". Médica Amor*

***"Serve um pouco de espelho; o grupo** tem essa função, de você ser o espelho do outro. Então eu trabalho muito essa questão da **identidade, da emoção"**. Psicóloga Vínculo*

*"... é de estar **reconhecendo ali um grupo de iguais mesmo**, de outras mães que passaram por essa situação, que muitas delas chegam assim.. é logo após o .... durante a gravidez eles descobre-se uma mulher positiva e ela se acha, a princípio, meio que a única mulher que tem esse vírus... ela visualiza aquele grupo; é totalmente diferente e **na medida que ela... é reconhece aquelas figuras de outras mães,** ali ela ajuda... ela com certeza.. a **mudar esse olhar**, não é? A se ver inserida de uma outra forma...". Assistente Social Interação / Troca*

*"... **vê que tem outras pessoas** com problemas maiores. Então isso é muito importante pra eles". Assistente Social - Afeto*

*"... passam por problemas de depressão e enfrentamentos familiares, social, por dificuldade e limites, e querem **expor essa angústia pra outros que vivenciam o mesmo problema.** Então, levam simplesmente, as suas depressões e **ali, eles, num laboratório, eles mastigam aquilo** como o apoio de **outros que tenham a mesma sigla,** ou que simbolicamente, são portadores da mesma situação". Médico Auto-estima*

*"... o que eu quero aqui é **conversar a questão nossa**, íntima, nossa aqui... a **questão de se enfrentar com Hiv no todo, no coletivo**..... não acho que nesse momento temos que fazer análise individual... , porque **a questão nossa é uma questão que nos envolve; única... que é a questão que envolve o Hiv. É a questão do pré-conceito, da adesão, do tratamento, do viver a vida... dessas coisas todas...".** Médico Auto-estima*

*"... grupo de convivência mesmo, **e de pares**... ou seja... porque na realidade se eu sou soropositivo e ele, você é soropositivo, eu vivo algumas histórias.... **por ex, eu tenho o meu diagnóstico já feito há 4 anos... você acaba de ter o diagnóstico. É muito mais fácil pra mim que já vivi essa história poder te ajudar, às vezes, até na tomada de medicamentos, que não é fácil.... a adesão ao tratamento é um** dos grandes fatores...". Assistente Social – Pertencimento*

Assim, mediante essa demanda intensa de questões foi sinalizado que os grupos, além de proporcionar espaço como 'espelho', de ser útil como meio de fortalecer os usuários e família, de formar multiplicadores, eles têm uma função primordial de **socializar** esse soropositivo. Visto que é um espaço de fala e escuta capaz de acolhê-lo diante da necessidade do sigilo, é um espaço de encontro, convívio e apoio social a partir do momento que se prevaleça o preconceito e a indiferença; e surgem as necessidades de sobrevivência, visto os problemas ao derredor. É um espaço capaz de minimizar sofrimentos e ajudar a levar a vida com menos intempéries possíveis.

"*E também outras atividades coletivas que não são necessariamente atendimentos de educação em saúde mas fazem parte do processo de **integração e socialização** das crianças e dos familiares, nossos com eles e eles com a gente... São as festas, são atividades que a gente promove. A gente tem, várias festas, saídas". Médica - Intuição*

*"Formar novos amigos... **socialização**... E ter um espaço mesmo... que eles saibam que na hora que eles estiverem mal, não só mal de doença, mas emocionalmente mesmo..., tem ali uma galera que a gente sabe que eles sabem que eles podem contar...". Enfermeira - Fraternidade*

*"... que ele brincava, que ele trocava olhar, que ele assim .. **conversava, que fazia um desenho junto**, passaram a saber que aquelas crianças tinham o mesmo problema, que eles, que eles podiam, assim, ter uma pessoa que eu posso conversar.... na escola eu não posso. No meu grupo social eu não posso, mas que com aquela..." Psicóloga Toque/Contato*

*"... ficava uma depressão... nunca aceitava... aí eu ficava ali vendo... ele chegava fechado**... agora ele conversa comigo...de repente melhorou... vem... brinca...".** Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"Então, vir pra o grupo, pra ela e pra mãe, acredito eu, é um **lazer** e uma forma dela estar se envolvendo numa atividade. Ela vem pra cá, ela faz oficina". Assistente Social Afinidade*

*"A gente quer **inserir eles**, dar oportunidade de acesso à cultura, ao lazer. A gente está fazendo passeios...". Assistente Social – Valorização*

*"... esse dia, dessa reunião maior é uma reunião mais de **lazer** mesmo, de encontro... Elas **estavam querendo se encontrar** num momento de... num café da manhã...". Assistente Social - Escuta*

*"Pra mim isso é **uma festa**... encaro, assim, dessa forma...". Médica – Consideração*

***"Na questão individual é muito sofrido. Na sessão em grupo se torna menos sofrido. Eles** compartilham mais..". Psicóloga - Vínculo*

*"Mas me parece que, primariamente, é vivência e **apoio**....E acho que a gente não faz isso bem no BR, seria reinserí-lo no **mercado de trabalho**. A reinserção à vida profissional, a reinserção familiar...". Médico - Auto-estima*

*"Que a gente queria minimamente perceber como é que aquela criança via o mundo, percebia o mundo dela, infantil, relacionado com o viver com aids. Questões mínimas. E a partir daí a gente percebeu que não só os pais tinham que **ter uma reunião, onde eles pudessem estar trabalhando questões em grupo**, de forma comunitária..." Assistente Social – Afinidade*

*"Indiretamente ajudei pra o meio social dele.. pra vida dele... pra ele poder resolver... **porque ele vivia num mundo muito fechado....** quer dizer também..., lógico... isso tudo com a ajuda da psi, porque nessas coisas entra todo mundo... é uma equipe multidisciplinar trabalhando, ajuda da psi, da AS, da médica". Bióloga – Esclarecimento*

*"... nós fomos ao museu, ao centro cultural do Banco do Brasil; então, a gente sai com as crianças, entendeu... então assim, tentando **aproximá-los da vida**...". Assistente Social -Acolhimento*

*"... buscar outras alternativas que não só medicamentos. O tratamento parte-se pela **questão da saúde mais ampla**... do convívio com outro, de se **fortalecer**, então assim, a **convivência** entre eles. Porque antes só se viam.... foi aumentando a amizade, o relacionamento...". Assistente Social Acolhimento*

*"... quando a gente começou fazer os grupos, uma coisa assim básica que eu percebi... que foi bom pra as crianças. **Elas se socializaram... se conheceram melhor.** Porque às vezes, elas estavam juntas só no dia de uma data comemorativa". Assistente Social – Valorização*

*"Eu tenho um dado também legal, que eu até gosto de estar falando... Não sei se você sabe, eu faço parte da ReduSaids. Que é a rede de educação em saúde pras DST / HIV e eu tenho uma paciente, tenho uma usuária daqui da unidade que **faz parte desse grupo como, também, voluntária"**. Assistente Social - Solidariedade*

*"...elas **viviam ali, naquele mundinho** delas, naquela rua, naquela miséria. Então é isso que a gente quer mostrar pra elas, que existe um outro mundo, que elas podem ter **acesso a esse outro mundo**. Podem sentar no Mcdonalds". Assistente Social - Afeto*

*"Porque particularmente eu acho isso muito interessante... até na questão de você **ir para um outro espaço**, maior e diverso; não só aquele grupo.[...] Ainda há uma dificuldade de inserção num grupo maior. Você fazer alguma coisa que te possibilite estar em outras pessoas... A socialização.... Mas eu vejo uma resistência em estar se aproximando...". Assistente Social - Escuta*

*"... então, eu acho interessante esse grupo por causa dessa oportunidade também, e isso facilita essa **inserção até em mercado de trabalho,** por conta disso... um passa informação pra o outro... e nós mesmos, profissionais, a gente pode acabar facilitando também esse acesso a outras atividades, a **participar em outros grupos,** a esclarecer o que tem ... e esse momento é um momento importante pra isso". Assistente Social - Atenção*

*"...tem alguma atividade social e eles começam ... a **ver que o mundo não é tão preto e branco** assim, tem coloridos... é é é... sabe o que é, vira um acontecimento meio acontecimento social, você está me entendendo? As crianças viajam, vão acampar, vão fazer não sei o que... isso é fruto de cada grupo... o grupo tem passeios, vai ao Museu, não é essa coisa assim...". Médico - Liberdade*

*"... um encontro mensal com vários motivos diferentes. Teve um mês que eles foram conhecer a VARIG, foram conhecer os aviões; **gostam muito de sair**. Sabe? **Ver lá fora...** É muito legal... é muito bacana". Médica - Amor*

*"Vamos buscar saúde, então vamos **buscar mudar os horizontes** destas crianças porque... mudar... levar pra conhecer obra de arte, museu, lugar diferente, enfim, vamos tirar ela deste contexto pra ver se com isso a gente consegue **mudar alguma coisa lá dentro"**. Médica - Intuição*

*"A gente faz grupo e a gente faz **visita a outros grupos externos**, que é o próprio grupo que se organiza pra ir fazer e... visita museu e essas coisas assim...". Enfermeira - Fraternidade*

*"Então assim... o que eu espero é isso: é que eles sintam, assim, tão bem enquanto ser humano, enquanto uma pessoa harmoniosa, uma pessoa bem **integrada na sociedade**, que eles possam ser felizes com ou sem HIV". Psicóloga - Toque/Contato*

*"Então nesse ano, a gente também vem fazendo isso. Nem sempre a gente tem condição financeira pra estar **levando as crianças ao passeio**. Então, a gente consegue com as parcerias levar as crianças no centro cultural. Já levamos no Jardim Botânico, no Zoológico". Assistente Social – Valorização*

A partir desse acolhimento e esse convívio de aprendizagem e troca de vivências, ocorre um processo a longo prazo, capaz de transformar a vida desse usuário. Vai sendo possível, segundo os profissionais, confirmando alguns pressupostos deste estudo, promover através da participação coletiva, a i**ndependência do usuário,** capaz de mediatizar um **processo democrático,** viabilizando a aquisição de posicionamentos

autônomos, contribuindo sobremaneira para a formação **da cidadania** e o incremento e mudança do **estilo** e da **qualidade de vida.**

> *"Oportunizar mesmo o acesso à **cidadania...".** Assistente Social – Valorização*
> ***" ...** e a gente percebe também uma **autonomia**. Eles tem assim, vamos dizer que uma tomada de consciência.,..... é meio complicado mas eles estão mais responsáveis por eles mesmos.... e eu tenho percebido mais autonomia...". Assistente Social – Valorização*
>
> *"Era tanta doação, tantas coisas.... doações, a cesta básica, o brinquedo, uma série de coisas que esses pais perderam um pouco essa **autonomia de correr atrás**... de **caminhar com as próprias pernas**.... a gente começou a perceber que a gente precisava mudar o foco.... [...] eu espero alcançar com esses objetivos é essa **autonomia**.... direitos a longo prazo como cidadania. Trabalhar a cidadania, integração social... alcançar pais autônomos, com **autonomia** de decisões...". Assistente Social - Afinidade*
>
> *"Eu acho que rola uma coisa, uma coisa meio assim... **exercício de cidadania**, sabe? Eles se tornam cidadãos... que... é como se a doença juntassem eles num grupo...". Médico - Liberdade*
>
> *"... não sei se exatamente esta palavra... que essas mães possam conviver melhor com essa criança portadora em termos de **cidadania**, da vida dela, na comunidade dela, na vida escolar, é..." Assistente Social Interação / Troca*
>
> *"... e agente tenta muito trabalhar isso**... superar esse assistencialismo nas nossas práticas**... ela vem aqui não é pra pedir comida, pedir leite. Vamos trabalhar pra tentar construir ali um **cidadão**... um **exercício de cidadania** a partir da nossa prática...". Cirurgiã Dentista – Atenção*
>
> *"Não é pra se ter pena, a pessoa precisa de tratamento. Você tem que tentar restabelecer m pouco da **auto-ajuda dele por si próprio**, fazendo com que isso recupere... ele consiga entender que ao longo do tempo é capaz de constituir... e aí vai...". Médico Auto-estima*
>
> *".... meu pra com eles é que eles possam caminhar **com as próprias pernas**.... sem precisar de uma muleta que sou eu... vamos colocar assim.... [...] E seja forte o suficiente.... **auto-suficiente** pra enfrentar aquelas dificuldades futuras...". Psicóloga - Carinho*
>
> *"é cada vez mais estar facilitando e criando condições de empoderamento. Essa é minha intenção.... é respeitar.. Pra que ele perceba quem ele é... independentemente de Hiv, que ele é um **cidadão** e que ele pode estar buscando caminhos pra aflições...". Assistente Social – Empoderamento*
>
> *"Mas não da **participação, da participação política**; da questão que é uma coisa super importante... tem os conselhos...". Assistente Social - Escuta*
>
> *"Então você tem que estar, sim, **preparado pra vida socialmente,** como você está inserido naquela sua comunidade, como você vai participar". Assistente Social – Diálogo*
>
> *"... dá auto-estima pra ele, pra **ele seguir sozinho**. Também, não gosto muito de paciente muito dependente, não, entendeu? Tem que **batalhar a vida** dele e procurar ONG, ele mesmo fazer grupo, ele mesmo ir pra vida dele..." Médica - Encorajamento*

Qualidade de vida

> *"Então a minha intenção é que ele viva o melhor possível. Melhor* ***qualidade possível de vida****. Porque ele é uma pessoa como outra qualquer. Só que ele tem que saber se cuidar pra viver como outras pessoas vivem". Psicóloga Vínculo*
>
> *"Ah! Eu espero que eles despertem cada vez mais o* ***potencial saudável*** *deles. assim a gente estimula demais o projeto de vida deles". Assistente Social – Acolhimento*
>
> *"A gente está saindo do trabalho mais emergencial e trabalhando* ***acesso as atividades culturais****. A gente quer trabalhar* ***projeto de vida*** *com essas crianças.* ***Perspectiva de futuro****.... [...] ...outro grupo levei no andar da VARIG, pra eles* ***verem as mais variadas profissões*** *que existem.... então assim, mostrando o* ***acesso de oportunidades****. De que tem que estudar...". Assistente Social Afinidade*
>
> *"Que a gente esteja contribuindo pra* ***melhorar a qualidade de vida*** *dele. Pra estar melhorando... Eu acho que é uma prática solidária, sim... mas, ética e profissional". Cirurgiã Dentista – Atenção*
>
> *"Então eu acho que se previne dependência com o* ***projeto de vida.*** *Não é simplesmente informação. Como é que usa camisinha, como é que não usa. Isso é muito porco. Então eu acho que quanto mais você abre o* ***universo de uma pessoa ela vai ter menos necessidade de sexo****. Ela vai poder colocar essa questão pra outras coisas. [...] Qual o seu* ***projeto de vida****? O que você quer do seu futuro?" Assistente Social – Acolhimento*
>
> *"Que é a* ***qualidade de vida****. No trabalho, qualidade de vida na saúde, na educação.... a gente está projetando pra eles, melhor qualidade pra eles no futuro". Psicóloga – Amizade*
>
> *"Esse resgate pra o grupo, eu espero que daqui pra frente cresça.... cresça em qualidade... em* ***perspectiva de vida"****. Assistente Social - Afinidade*
>
> *"... pra este acolhimento que a gente falou ser um acolhimento realmente qualificado, mais amplo... que incorpore o sujeito antes de qualquer coisa, como* ***cidadão...*** *não como doente, paciente..." Assistente Social – Coordenação Municipal de DST/AIDS Responsabilização*

Fica bem claro que trabalhar com o HIV de modo coletivo é necessário trabalhar em equipe multiprofissional e em amplo aspecto mediante a multifatorialidade existente. Para tal, faz-se necessário investimentos os quais nem sempre estão disponíveis em meio ao subdesenvolvimento, conforme a necessidade do coletivo.

Desta forma, o apoio social convive com situações antagônicas e implementações flutuantes e mediatistas. O que tem levado, no país, o aparecimento de investimentos não estatais, configurados na representação do voluntariado e das organizações não governamentais.

Não faz parte desta pesquisa polarizar discussão sobre o terceiro setor. É inegável a sua contribuição perante a omissão e/ou a impossibilidade do Estado em arcar, de modo de digno e satisfatório, com as necessidades reais de saúde da população brasileira.

Desta forma, vem surgindo, com a **falta de incentivo e vontade política** em muitas situações da saúde coletiva, quando se trata de **apoio social –** a busca e implementação de parcerias com organizações não estatais. E isso fica bem claro na fala dos depoentes. E ainda mais sobressai com os profissionais que trabalham diretamente com essas organizações e confirmam o benefício das mesmas.

> *"Mas como a gente está dentro desse projeto **que tem apadrinhamento**, tem ajuda dos padrinhos e ajuda financeira... porque como esse projeto, ele também, é implementado pela ONG, a gente tem bastante recurso...". Assistente Social – Valorização*
>
> *"... é um projeto de apoio às famílias. É um projeto de adoção das necessidades básicas das crianças, vivendo com hiv e aids. É um **projeto de apadrinhamento**. Em que aquilo que a gente entende como necessidade. Todas necessidades sociais...". Assistente Social Afinidade*
>
> *"... isso foi um grande ganho... essa parceria do público com a ONG. Foi um grande ganho". Médica Intuição*
>
> *"Fora isso, a gente tem **parcerias** que a gente proporciona levar essas crianças pra passeios culturais. Pra levar as crianças pra... organizar uma festa pra elas, porque é as vezes, o único momento de lazer que elas tem...". Assistente Social - Afeto*
>
> *"A gente depende assim, de **uma certa boa vontade dos profissionais do PN, onde não há necessariamente uma valorização** de um acompanhamento psicológico...".Psicóloga Vínculo*
>
> *"Enfim... tem todo um planejamento que você tem que fazer com essa mãe; um acompanhamento, melhor dizendo, que às vezes **não é valorizado no hospital**. É valorizado na coordenação do (HIV/AIDS), no DIP, com pessoas que trabalham com pacientes HIV, que se interessam pela causa da AIDS...." Psicóloga - Vínculo*
>
> *"... A gente que traz um DVD, uma,,,, monta uma festinha.... aí cada um traz suas coisas... não tem assim uma participação institucional nisso. Isso é muito do profissional. Você fazer, é meio que você, sei lá, desde o cafezinho até as outras coisas a gente meio que já está ... quer dizer **, o profissional no hospital público, ele já sabe que é assim. Então ele nem espera muito**..." Psicóloga - Vínculo*
>
> *"... o médico tem uma fala muito interessante com relação a isso, porque o paciente ganha, **ele sai com uma mochila com R$ 3.000 em remédio;** só que ele **não tem um leite pra tomar em casa com o remédio**. E a gente lida, não só por ser aqui com paciente hiv, não... eu acho que com todos pacientes... a gente lida com uma complexidade muito grande que é a saúde. E até pra quem o recurso financeiro, não é uma coisa tão ruim". Cirurgiã Dentista – Atenção*
>
> *"O que eu vejo.... os que saíram e que conversam comigo.... **é que o grupo Pela Vidda, eles saem.... eles cortam cabelo, cortam unha das pessoas de rua.** Eles já saem pra ajudar os outros...". Auxiliar de Consultório Dentário – Auxílio*

*"Bom, com **relação à instituição não esta nem aí se a gente está fazendo grupo** ou se não está. A gente faz porque a estratégia é do projeto da gente; tem relação a esses pacientes, é...". Médica - Encorajamento*

*"Nessa **maldade do sistema** que não deixa... **que não favorece**... que você dê atenção só a usuário de um programa. E que você tem que dar conta de dois". Assistente Social – Empoderamento*

*"Assim.... existem pacientes que são difíceis, por serem analfabetos, por serem.... tem um que é cego... são paciente que são difíceis pra aderir ao tratamento.... e o buddy (companheiro) é mais ou menos isso... eu entro em contato... eu vejo o perfil do paciente... a gente entra num consenso que esse paciente seria necessário um buddy pra vir com ele, Ter ajuda..... algum paciente com seqüela, né? E aí eu **converso com o pessoal do grupo Pela Vidda**... eles vêem quem é que está responsável pela área onde esse paciente mora **e aí o buddy entra em ação**. [..] ... e aí eles começam atuar com esse paciente... vem à consulta com ele... lembra ele do remédio... do dia que vai fazer os exames...". Enfermeira - Apoio*

*" ... na verdade o que a gente sente é que a questão do HIV é assim - o problema último que elas tem!? O problema maior delas é estarem **tentando conseguir ingressar no mercado de trabalho**. Esse **é o problema maior de todos os meus usuários**, tá? A maioria são pessoas que **trabalham tipo autônomo, mas sem vínculo** com a previdência, biscate mesmo". Assistente Social - Solidariedade*

*"Mas na realidade, o que eu percebo é que essa questão de você está dando... **esse apoio para as pessoas, é muito difícil, é muito difícil.**... e aí você começa dar cestinha básica, dar um vestidinho que seu filho não usa mais... trazer pra eles... isso é cada vez mais... é muito ruim. Porque você, ao **invés de você ajudar a pessoa, você está tirando a dignidade delas**...". Médica – Consideração*

*"... a gente não tem que sustentar... não tem que estar dando... é.... bolsa de alimento pra ninguém..... **essa pessoa tinha que estar inserida de alguma forma no mercado de trabalho,** né? E aqui a gente tenta fazer isso. A gente tem curso de cestaria, e aí a gente ... elas vendem alguma pra fora e às vezes e...". Médica – Consideração*

No entanto, fica claro que é necessário trabalhar **além da doença** e isto é de convicção de grande parte dos profissionais entrevistados. Deve-se ter, como intenção, possibilidades de se trabalhar com um sujeito ativo no processo de cuidado consigo mesmo. Cury (2003:101-102) sinaliza que: "Um eu passivo, sem esperança, sem sonhos, deprimido, conformado com suas mazelas, poderá carregar problemas até o túmulo. Um eu ativo, disposto, ousado, pode aprender a gerenciar os pensamentos, reeditar o filme do inconsciente e fazer coisas que ultrapassem nossa imaginação".

Com a inserção ou não do terceiro setor, é importante trabalhar a transformação a longo prazo, o investimento futuro no projeto de vida daquela pessoa. E isso é confirmado frente às facilidades e dificuldades sinalizadas pelos profissionais. A fala dos profissionais, em algumas unidades do município, reflete que o trabalho coletivo com o 'mundo positivo'

do HIV deve ser enfatizado com a intenção de alcançar a formação do homem, de modo abrangente.

> *"Então, essa tem sido uma grande tarefa, um grande desafio pra nós... produzir e* ***oferecer capacitações*** *que não apenas prime pela sua* ***competência técnica*** *e teórica, mas, também, consiga ter uma* ***leitura sociológica, antropológica desse evento doença****, que não deixa de ser um evento social. Então é compreender a doença desde esse contexto sócio histórico". Assistente Social- Responsabilização*
>
> *"Então, a gente disfocou...* ***parou de falar da doença****. Vamos falar de outra coisas. Quantas oportunidades a vida pode dar fazendo outras coisas, coisas diferentes, coisas bonitas, muito lega;, as crianças, andando de barca. [...]Mas assim, dá um valor, dá outras perspectivas...". Médica Intuição*
>
> *"... a gente precisa trabalhar com a questão da saúde, sair da doença, né em ficar focalizando só estes aspectos, assim, abrindo outras possibilidades para estas crianças, para estes adolescentes. [...] O que a gente busca é uma relação* ***além da questão da doença,*** *entendeu? Uma relação de afeto mesmo, de estar junto...". Assistente Social – Acolhimento*
>
> *"Falar de educação em saúde é falar de vida. E assim, estimular o* ***potencial saudável****. Eu acho que a gente tem que trabalhar pra saúde, não com a doença". Assistente Social – Acolhimento*
>
> *"... a partir do momento que você tá levando conhecimento, um conhecimento diferente, que fora da realidade deles... a gente está educando pra ele ser melhor. Pra ele ter uma situação melhor, pra ele está vendo que não é só aquilo... mas lá na frente tem coisas maiores... e colhendo coisas melhores...". Psicóloga – Amizade*
>
> *" Então, eu acho que a equipe é muito unida nesse espírito de que saúde não é só prescrever remédio. Acho que todo mundo, também, claro... essa noção de que saúde é algo muito maior que o indivíduo, é tudo, é a vida, é o espírito". Médica Intuição*
>
> *"A gente não fica só focado no hiv. Hiv é um dos componentes do viver com aids. Mas, a gente entende que eles precisam estar conversando sobre outras coisas. Educação, saúde, lazer, afeto, solidariedade, família, fortalecendo os laços familiares, os vínculos familiares, que é muito importante. [...] ... esquecer um pouco o lado mãe, o lado pai, cuidador.... e pensar neles enquanto ser humano. Ele também tem direito a lazer, tem direito a afeto, a vínculo familiar. A mesma coisa que a gente foca muito na criança. Ele também tem direito nessas questões". Assistente Social - Afinidade*
>
> *"E não foi por falta de falar. Como a gente falou. Só falar de doença não está resolvendo.* ***Vamos falar de saúde, em vez de falar de doença".*** *Médica - Intuição*
>
> *"Muitos deles, o* ***HIV é*** *mais um problema, ou então* ***é o menor problema*** *como a gente já ouviu falar. Então, a demanda é muito complexa. Então, não tem como a gente trabalhar se não for uma proposta desta de educação". Cirurgiã Dentista – Atenção*
>
> *"... que digo pra você o que você vai fazer, te dou um encaminhamento, te dou uma receita, você sai, tchau e bênção... Não é isso... é muito cômodo. Eu acho que tem que ser uma relação onde, de repente, eu possa até ouvir aquilo que eu não quero ouvir..." Assistente Social – Empoderamento*

"... porque o medo deles é o quê? ter que falar a uma hora sobre Hiv e eu não gosto disso. Eu falo com eles.... não, a gente fala sobre o que vocês trouxeram... é o Hiv, a medicação, é o relacionamento com o marido, com a esposa, com o amigo, com os filhos.... então, o que eles vem trazendo é o que eu vou trabalhando com eles. Aí acaba sempre chegando, não é?... ou na medicação ou no que eu tenho que tomar, ou que estou hoje com depressão, sempre acaba chegando nesse ponto, não é?" Psicóloga - Carinho

Quadro 07: Apoio Social: objetivos a curto e em longo prazo

Passeios culturais e Confraternizações	**APOIO SOCIAL**	Revelação Diagnóstica e Sigilo
Oficinas, Cursos e Capacitações		Internações, Adesão, Doença Crônica e Finitude
Independência, Autonomia e Cidadania		Sexualidade e Preconceito
Minimizar sofrimentos, ansiedades e angústias		Mudança íntima, Comportamentos, Atitudes
Trabalhar além da doença Troca de Vivência		Socialização e Fortalecimento
Qualidade de vida a longo prazo		Formação de Multiplicadores

Fonte: Elaboração própria

5.3.5 Traços, pontos e contrapontos: um alinhavo em construção...

Com base nos conceitos utilizados para referenciar teoricamente a análise desse estudo, o quadro a seguir identifica uma aproximação de conteúdos conforme a fala coletiva dos entrevistados.

A partir das necessidades singulares de saúde dos indivíduos, os profissionais devem estar atentos e disponíveis para ir ao encontro dos usuários e suas demandas, inclinando-se a uma escuta diferenciada, ao estabelecimento de vínculo, criando laços de confiança, proporcionando momentos de socialização e familiaridade entre ambos, onde seja possível, além de expor as preocupações, medos, angústias e inseguranças, encontrar apoio para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

Segue um esquema ilustrando as subcategorias que emergiram a partir das unidades temáticas/conceitos, os quais vêm confirmando os argumentos utilizados na discussão e na análise desta pesquisa, estando apresentados por instituição.

Não se afirma aqui a interdependência dos fatos e utilização dos respectivos conceitos de modo conjunto. Apenas, a possibilidade de visualizar em qual instituição tem a presença das respectivas ações.

No entanto, discutiu-se, nas práticas de saúde sinalizadas até então, uma trajetória de facilidades e dificuldades, em que essas questões realizadas pelos profissionais, se encontram ao redor de um ponto em comum. E nesse caso, especificamente, o portador do HIV, ou melhor dizendo, o 'mundo positivo' do HIV e suas relações.

Mas também, é consenso que o programa de HIV não vive isolado; está inserido num sistema. Uma fala que registra esse apontamento é da Coordenação Municipal de DST/AIDS:

> *"A questão é que o programa de AIDS, ele não caiu do céu, ele está dentro do sistema de saúde, ele convive e sofre conseqüências de toda estrutura como os outros programas também. [...] É nas instituições de saúde, que vão desde a nossa formação acadêmica, dos diversos profissionais, até a forma como as estruturas organizam suas rotinas, e tal." . Assistente Social – Responsabilização*

Pode-se perceber que as ações de acolhimento, educação em saúde e apoio social, acontecem segundo o processo de trabalho de cada unidade e conforme o momento em que este processo se encontra inserido no sistema. Depende, ainda, do olhar que o profissional responsável irá imprimir em cada ação. Utilizo novamente uma fala da Coordenação

Municipal de DST/AIDS que expressa isso de uma forma clara, confirmando todo processo de discussão que foi compartilhado até o momento.

> *"... o grupo de acolhimento, ele tem um caráter diferente do que o grupo de educação em saúde...' geralmente está muito focado nessa perspectiva preventivista, higienizante, sanitária do trabalho da abordagem de intervenção... Então assim... o apoio social também vai enfocar diferentemente do acolhimento; o apoio pras necessidades econômicas que as pessoas têm ou de um apoio humanitário num determinado momento... as pessoas fazem esses recortes que, na verdade não deveriam ser feitos.. É claro que você vai ter um objetivo específico ou outro, numa determinada atividade que você organizou... mas na verdade, estes três conceitos se inter-relacionam... porque o sujeito é integral e ele precisa... pra que realmente a gente consiga se aproximar o máximo possível do nosso objetivo, que é promover saúde, que é trabalhar educação em saúde, compreender que quando eu reconheço o sujeito na sua diferença, isso é acolhimento.... E quando eu faço acolhimento eu consigo dialogar com ele melhor e quem sabe, refletir, transformar uma determinada situação de vida... ou de exposição de risco que ele colocou... E daí a gente pode pensar em construir uma determinada solução praquela demanda social que ele tem, que não seja apenas fixada no apoio que o outro vai dar , aquilo a instituição vai dar ou que eu vou dar... mas que ele próprio, enquanto sujeito, vai buscar caminhos de transformar, de modificar aquilo. Então, ter essa compreensão integralizadora dessa intervenção, reconhecendo que o sujeito, é um sujeito integral; não é uma concepção comum...". Assistente social – Responsabilização*

Na página seguinte, pode-se observar um quadro demonstrativo, onde é possível visualizar as categorias e subcategorias captadas através das falas dos profissionais que realizam ações grupais. As mesmas, encontram-se sinalizadas por instituições.

Quadro 08: Demonstrativo de ações e respectivas subcategorias realizadas nas instituições

		Subcategorias Falas Profissionais	Instituições Pesquisadas				
			Segurança	**Educação**	**Prestígio**	**Sigilo**	**Esforço**
GRUPO	**ACOLHIMENTO**	Técnica e Tática /Teoria e Pratica Competência e Habilidade	x	x		x	
		Expressão Corporal, Olhar, Fala e Escuta	x	x	x	x	x
		Vínculo	x	x	x	x	
		Difícil substituição profissionais e inserção de novos usuários		x	x		
		Exposição do profissional		x		x	x
		Sobrecarga Emocional, Auto-cobrança Sentimento de culpa	x	x	x	x	
		Referência com a vida pessoal	x	x	x		x
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Aprendizado e Troca Mútua Profissional Facilitador	x	x	x	x	x
		Profissional aprende também	x	x	x	x	
		Processos reflexivos dos profissionais	x	x	x	x	x
		Avaliação positiva da equipe	x	x		x	
		Avaliação positiva do grupo	x	x	x	x	x
		Interesse e satisfação profissional	x	x	x	x	x
		Livre participação do usuário Ação a partir do interesse usuário	x	x	x	x	
		Respeitar o tempo do usuário	x	x	x	x	x
		Disponibilizar oportunidades Otimização do tempo	x	x	x	x	x
		Ação com resultado longo prazo	x	x	x		
	APOIO SOCIAL	Passeios culturais, Oficinas, Confraternizações e Cursos	x	x		x	
		Ressalta minimizar sofrimentos, ansiedades e angústias	x		x		
		Socialização, Fortalecimento Usuário e Formação de Multiplicadores	x	x	x	x	x
		Revelação Diagnóstica	x	x			
		Preconceito e Sigilo	x	x	x	x	x
		Doença Crônica, Sexualidade e Finitude	x	x	x		
		Adesão ao tratamento	x	x	x	x	x
		Comportamentos, Atitudes	x	x	x	x	
		Independência, Autonomia e Cidadania, Enfoque além da doença e Qualidade de vida a longo prazo	x	x	x	x	x

Fonte: Elaboração própria.

Neste momento, tem-se a nítida impressão de que todas as categorias de análise estão presentes, de alguma forma, nas respectivas unidades. As subcategorias surgem conforme vão sendo encontradas nas falas dos entrevistados. Isso não que dizer que co-existam na respectiva instituição, como foi possível pinçar na fala da Coordenação Municipal de DST/AIDS:

> *"Dentro da nossa rede de serviços vejo com muita dificuldade... mas eu acho que é completamente possível.... acho que este espaço existe...claro, óbvio... ele está lá na realidade e acho que as equipes também.. e acho que até a gente pode fazer, fomentar isso... e acho que você pode até encontrar variado, num determinado serviço, você vai ter um grupo, uma equipe que tenda mais a trabalhar num determinado enfoque, de fazer o acolhimento, o outro vai trabalhar mais na coisa do apoio social e o outro vai trabalhar numa perspectiva mais focada na ed. Em saúde, buscando, à vezes, ser ampla e tal... mas geralmente centrada muito na questão da prevenção, mas, com esse olhar, com esse enfoque". Assistente Social – Responsabilização*

Porém, aqui estão apontadas apenas as subcategorias que emergiram das falas dos profissionais, num contexto menos específico. Procuro deixar, conforme os Anexos (05, 06 e 07) registrados através de quadros, as subcategorias por cada depoente, a fim de ilustrar, mais detalhadamente, as falas e a origem das discussões sinalizadas até então.

Com relação aos contrapontos realizados entre **técnica e tática, teoria e prática, competência e habilidade**, foram encontrados apontamentos nas unidade SEGURANÇA, EDUCAÇÃO e SIGILO. Com relação à importância do **vínculo** e a questão de **sobrecarga emocional e sentimento de culpa**, apenas não foi evidente na unidade ESFORÇO. Fazendo referência à dificuldade de **substituição do profissional**, se posicionam os profissionais das unidades EDUCAÇÃO e PRESTÍGIO. Já, a questão de **exposição dos profissionais** nas relações, houveram sinalizações nas unidades EDUCAÇÃO, SIGILO e ESFORÇO. E ainda, as referências sobre a própria vida do profissional, são reveladas em quase todas as unidades, menos na SIGILO. Esse conjunto faz um apanhado geral sobre as questões que foram correlacionadas ao **Acolhimento**.

Em relação ao conceito **Educação em Saúde,** o mesmo está presente em todas as unidades, sendo encontrado através dos seguintes apontamentos: aprendizado em comum, troca de experiências, profissional como facilitador, processos reflexivos dos profissionais, avaliação positiva do grupo, interesse e satisfação dos profissionais em realizar ações coletivas, o respeito pelo tempo individual do usuário e que as ações otimizem o tempo, disponibilizando maiores oportunidades de aprendizagem e troca.

Em relação ao **aprendizado do profissional** fica registrado na fala dos entrevistados - maior parte das unidades, menos na unidade ESFORÇO - que os mesmos

aprendem uns com os outros e com os usuários, ao compartilharem das ações coletivas. As unidades PRESTÍGIO e ESFORÇO não fazem menção positiva com relação ao trabalho em equipe, porém, não quer dizer que não seja valorizado na prática profissional. Na instituição ESFORÇO não foi ressaltado, diretamente, que as ações devam ser programadas e realizadas a partir do interesse dos usuários, contudo este estudo não teve como avaliar a efetividade desse apontamento; apenas fica restrito em sinalizar que essa subcategoria não emergiu nas falas das depoentes.

Foi encontrado nas unidades SEGURANÇA, EDUCAÇÃO e PRESTÍGIO, registros confirmatórios de que as ações de educação em saúde necessitam de um grande tempo para se alcançar resultado.

Através da fala dos depoentes, foi possível discutir amplamente o conceito de **Apoio Social**, cujas ações conseguem retratar a realidade de cada unidade. Os passeios, confraternizações e oficinas, acontecem na unidades SEGURANÇA, EDUCAÇÃO e PRESTÍGIO. As preocupações com os sofrimentos, ansiedades e angústias foram encontradas em falas nas unidades SEGURANÇA e PRESTÍGIO. A questão de revelação diagnóstica, como discutida anteriormente, está mais ligada às questões infanto-juvenis, assim sendo encontradas nas unidades SEGURANÇA e EDUCAÇÃO. Já, citações a respeito de sexualidade, de cronicidade da doença, sucessivas internações, questões difíceis que requerem apoio, são citadas pelas unidades SEGURANÇA, EDUCAÇÃO e PRESTÍGIO. Todas as unidades se mostraram preocupadas, de alguma forma, com as questões que envolvem a socialização e fortalecimento do usuário, com a necessidade de formação de multiplicadores; importância de se trabalhar contra o preconceito e necessidade concomitante de se respeitar o sigilo do diagnóstico. Ainda são valorizados os variados esforços para auxiliar o usuário a manter alta taxa de adesão ao tratamento.

Dão valor à independência e autonomia do usuário com a intenção de trabalhar a cidadania. Discutem aspectos que vão além da doença; buscam uma melhor qualidade e estilo de vida.

Considerações finais

"Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha
porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra.
Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha
mas não vai sozinha e nem nos deixa só,
porque deixa um pouco de si e leva um pouco de nós.
Há os que levam muito e deixam pouco,
há os que levam pouco e deixam muito.
Esta é a mais bela responsabilidade da vida
e a prova de que não nos encontramos por acaso".
Charles Chaplin

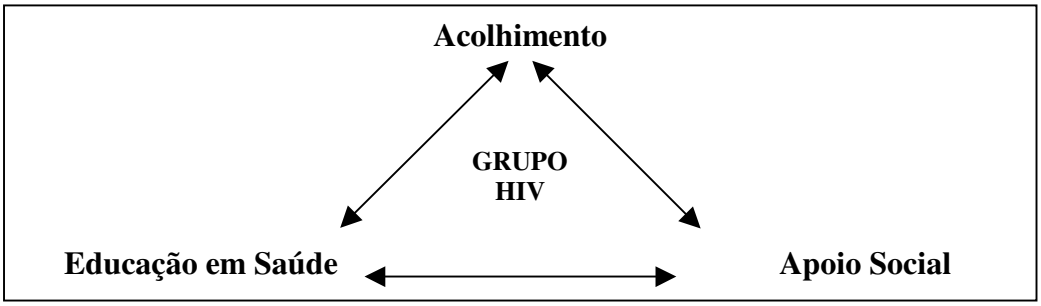
- O limite do tempo mediante uma busca interminável: falas que evidenciam possibilidades e desafios.

O caminho histórico percorrido pela epidemia, no mundo, conseguiu sensibilizar a maioria da população a fim de que se envolvesse, de alguma forma, com a doença. No passado foi focalizada através dos grupos de risco. Hoje, a visão de vulnerabilidade social pode ser confirmada pela forma que avança a doença, através da pauperização, feminilização, heterossexualização e interiorização. Esses fatores trazem uma idéia de que, no momento, a doença cursa de forma ampliada, atingindo camadas da população que antes não eram alvos. Aponta para a identificação de uma nova unidade de intervenção – a comunidade. Este espaço, cujos sinônimos podem confirmar uma idéia de concordância, conformidade, anuência, por uma questão histórica, possibilita também a idéia de grupo. Grupo, agrupamento e/ou coletividade são sinônimos capazes de representar o espaço, utilizado como alvo para a coleta de dados desta pesquisa.

Assim, a intenção foi analisar a prática de **acolhimento, educação em saúde e apoio social**, além de identificar as facilidades e dificuldades a partir das falas dos profissionais, para desenvolver esses conceitos em **grupo**. Ainda foi ressaltado, como objetivo, a identificação das unidades que serviram como campo de coleta de dados e a caracterização do perfil dos profissionais que vivenciam estas ações, correlacionadas às práticas coletivas. O referencial teórico proposto permitiu elucidar a complexidade e as conexões entre as várias questões que se envolvem e se entrelaçam em torno da dinâmica grupal e o HIV.

A correlação a seguir possibilitou enfatizar aspectos difíceis que, na maioria das vezes, não são priorizados nem mesmo validados, tanto pelos profissionais quanto pelos serviços e sistema de saúde, e ainda, pela sociedade em geral.

Quadro 09 : Demonstrativo de intercruzamento dos conceitos



Fonte: Elaboração própria

Retomando as reflexões percorridas nos capítulos anteriores, através dos posicionamentos e falas dos profissionais, os quais confirmam compromisso ético com os usuários e de forma ampliada com a humanidade, os mesmos são sensíveis à tarefa para a qual se destinam e, além disso, têm capacidade de fazer uma análise crítica de sua prática e saber, dispondo-se a dialogar e construir caminhos menos sofridos de enfrentamento da epidemia.

Pode-se sinalizar que os objetivos desta pesquisa foram alcançados com avaliação positiva, confirmando que os profissionais, mediante as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano, conseguem realizar com êxito ações que envolvem os três conceitos supracitados. Mesmo que para isso, façam prevalecer a vontade pessoal/profissional, tornando-se evidente o quanto é difícil aglutinar pessoas com a finalidade de implementar ações grupais.

De modo intencional, foi deixado o apoio social para ser discutido por último, entendendo que, conforme foi visto, a questão teórica é abrangente o bastante para definição deste conceito. Consegue abarcar tanto as questões educativas, emocionais e ainda as materiais.

Compreende-se que para conseguir oferecer o apoio social o trabalho deve ser realizado em rede, atendendo um conjunto de fatores que envolvem a dinâmica da vida. Assim, os profissionais desenvolvem desde a concepção do apoio material, sendo representado pelas doações de cestas básicas, formação de cursos de geração de renda e lanches nos passeios até a idéia do apoio emocional, com a realização do acolhimento, formação de vínculo e grupos de psicoterapia. E ainda, passando e repassando pelo apoio educativo, explorado também no momento de discussão a respeito do conceito isolado de educação em saúde, os depoentes ressaltaram importantes comentários. Ambas ações se mesclam, formando uma rede interligada entre os conceitos, sendo desenvolvidas atividades, que vão além da atenção focalizada na doença.

Vale ressaltar que o grande aprendizado de todo o processo de elaboração, fundamentação e revisão teórica desta pesquisa, cujo momento não acabou até a análise, enriqueceu, imensamente, a implementação progressiva do objeto demarcado. É certo que o início tímido de delimitação deste mudou inúmeras vezes, ratificando o desafio subjetivo, pactuado e pré-estabelecido de não haver decepções pessoais, nem tampouco perder oportunidades de crescimento e reflexões.

Abordar questões contra hegemônicas, contra a indústria consumista e imediatista do capital, que de uma certa forma contribui para a autonomia do usuário, tem sido tarefa árdua, porém incansável para todos os que se interessam pela temática.

Trata-se de um assunto complexo, que faz parte da vida prática dos profissionais, no entanto, não são abstraídos cotidianamente pela maioria. Alguns profissionais envolvidos validam as ações, no entanto, em muitas delas têm participação apenas pontual.

É um assunto que direciona a uma idéia de consenso entre a maioria dos entrevistados, porém existem poucas particularidades que devem ser analisadas conforme a realidade local – social, cultural e econômica, suscitando a importância de validar polarizações e contra-argumentos entre os envolvidos.

A apreciação realizada no capítulo anterior, cujo método utilizado foi Análise de Conteúdo, em sua modalidade de análise temática, conseguiu não somente descrever as falas dos profissionais que efetivam os encontros, suas facilidades e/ou dificuldades, como também viabilizou uma rica discussão a respeito das relações entre os contextos práticos e os teórico-filosóficos.

Houve a oportunidade de recapitular alguns contrapontos a partir da fundamentação teórica, onde a maioria das questões sinalizadas com os conceitos estudados se afinizaram com as afirmações e verdades concebidas até o momento. Poucas foram as questões que não acompanharam o contexto teórico da atualidade. Mas, entendo que as particularidades ressaltadas nada impedem de se chegar a um ponto satisfatório, sendo possível ratificar que tanto as questões norteadoras quanto os objetivos delimitados atenderam, momentaneamente, as intenções desse estudo. Mesmo que esses apontamentos fiquem ainda restritos em algumas unidades, sendo desenvolvidos como projeto piloto. Ficou evidenciado, assim, que os profissionais envolvidos com os grupos e o HIV dispõem de dados que embasam satisfatoriamente a prática dessas ações, mesmo que tenham dificuldade de conceituá-los. Visto, como exemplo, as definições dos conceitos e as denominações e/ou definições correlacionadas aos grupos realizados.

Desse modo não se pode generalizar as concepções desse grupo de profissionais representando essas unidades pesquisadas, como parâmetro de confirmações necessárias para firmar contextos mais amplos, indo além da realidade do próprio município e do momento que está sendo vivenciada. Início do século XXI...

A análise realizada não pretende finalizar as concepções a respeito da temática abordada nem mesmo a respeito dos intercruzamentos, com relação aos conceitos

estudados. Assim, mediante o progresso da vida, com o passar dos anos, emergirão outras visões e afirmações a respeito do assunto estudado.

A perspectiva da análise feita até aqui é correlacionada à prática de ações coletivas com portadores do HIV nos serviços públicos do município de Niterói, apenas nas unidades que previamente sinalizaram desenvolver as respectivas ações. Diretamente não é possível tecer comparações com as unidades que não realizam prática coletiva. Indiretamente, os dados que, porventura tenham sido coletados nessa perspectiva, não estão apropriados para afirmar alguma questão ou situação além do setor público, ao qual pertencem as unidades escolhidas.

Apenas, um fato merece ser lembrado - em uma das unidades escolhidas existe uma ONG, participando efetivamente no processo de trabalho. No entanto, a pesquisa foi realizada com a instituição e não especificamente com a ONG. É obvio que as unidades que trabalham com ONG e com voluntariado conseguem uma maior abrangência na realização das atividades coletivas e maior prioridade com relação às ações de promoção e prevenção da saúde. As unidades que trabalham somente com a escassez dos trabalhadores públicos têm uma tendência de realizar as suas ações mais voltadas para o perfil medicalizado da assistência, distanciando-se da lógica do cuidado e atenção integral do indivíduo.

A escolha de instituições públicas para investigar o objeto da pesquisa – ações de acolhimento, educação em saúde e apoio social nos grupos com os portadores de HIV - teve a intenção de apreender as estreitas relações entre estas ações e as responsabilidades estatais e da sociedade civil de maneira geral. Portanto, este *lócus* da pesquisa representou e expressou, de maneira significativa, as relações entre os portadores de HIV (todos cadastrados em serviços públicos de saúde), o processo saúde-doença e ensino-aprendizagem, e ainda as relações coletivas entre profissionais e usuários soropositivos, através das falas dos profissionais.

Dessa maneira, a pesquisa possibilitou analisar as facilidades e dificuldades de se efetivar os três conceitos vivenciados a partir das ações grupais, nas unidades de saúde pública. Neste contexto, através das falas dos profissionais, identifica-se maior ênfase com relação às facilidades pessoais/profissionais e dos usuários em detrimento das dificuldades vivenciadas pelos mesmos, contribuindo sobremaneira para o êxito e efetividade das ações supracitadas. Com relação às situações institucionais nota-se também através das falas, que as dificuldades sobressaem em relação às facilidades, tornando-se evidente alguns entraves

para a operacionalização das mesmas. Numa idéia geral, para realizar as ações grupais, as facilidades prevalecem em detrimento das dificuldades nas falas dos profissionais, conforme pode-se observar no Anexo 08.

A meu ver, a vivência desses conceitos possibilitam não só valorizar as práticas coletivas como também visualizá-las a partir de enfoques ainda não atentados anteriormente nem mesmo por outras pesquisas que se tenha tido acesso. Como descrita no capítulo anterior; percebe-se que estes conceitos não conseguem descrever a dimensão das ações realizadas pelos profissionais no 'mundo positivo' do HIV nem a totalidade de eventos que acontecem ou que deveriam acontecer com relação à promoção da saúde desta população. No entanto, as intenções e ações confirmadas nas unidades pesquisadas demonstram o quanto são importantes as vivências das mesmas, com intenção de ratificar a existência de um 'mundo positivo' do HIV.

Presume-se que existe a necessidade de potencializar e implementar espaços similares aos descritos nas unidades SEGURANÇA e EDUCAÇÃO[30], com a divulgação das facilidades encontradas para se efetivar as ações descritas, sem querer desvalorizar as iniciativas das demais unidades, até mesmo daquelas que não foram elencadas para a realização da pesquisa, mas que de algum modo contribuem com o sistema de 'saúde e doença', do município. No entanto, as ressaltadas aqui, são ações vivenciadas com empenho e sabedoria, capazes de enriquecer a 'saúde doente' do HIV positivo, apesar das dificuldades encontradas.

O acolhimento foi abordado segundo o prisma das relações interpessoais, não ultrapassando para a análise de estrutura e programação do sistema e serviços de saúde. Foi uma categoria de análise que auxiliou identificar algumas questões, como sentimentos e impressões a respeito dos encontros e inserções dos usuários e profissionais, nas ações grupais vivenciadas a partir dos ambulatórios que acompanham os portadores do HIV.

Com relação ao acolhimento, retomo Merhy (1997:76) assinala que em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um encontro entre trabalhador e usuário, há produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica.

> *"O que está posto **é o acolhimento, a escuta ativa** que a gente costuma brincar que muitas vezes a gente não escuta o outro, não olha pra o outro... o acolhimento ele já se dá nessa forma. É o fato de você tocar só em **poder tocar**... em **olhar olho no olho** e estar receptivo, com uma escuta de fato". Assistente Social – Pertencimento*

[30] Capítulo IV desta dissertação.

A educação em saúde possibilitou a aproximação de situações que vão desde a troca de vivências até aquelas em que os profissionais também aprendem com a convivência em grupo. Pode ser captado pelas falas e processos reflexivos dos profissionais, suas intenções avaliativas e propositivas com relação às ações educativas; mesmo quando se trata de situações que necessitam de um longo prazo para serem alcançados os objetivos propostos.

Mais uma vez conforme Merchán-Hamann (1999:87): faz-se necessário elaborar propostas de práticas de educação para a saúde que incorporassem, ao mesmo tempo, o reconhecimento da dignidade e integridade das pessoas envolvidas, bem como a construção de bases democráticas e igualitárias de comunicação, onde os educandos tanto quanto os educadores constituem sujeitos ativos em uma relação de reciprocidade e crescimento.

> *"Educação em Saúde é muita coisa. É a possibilidade de **escutar** o outro, de crescer com o outro, de **aprender com o outro**, valorizar o outro também. A gente lendo Paulo Freire. De abrir espaço... Como a gente **aprende com o outro**. E de estar **troca**ndo...". Assistente Social - Interação/Troca*

Por fim, o apoio social, vivenciado de modo coletivo e/ou a partir deste, é visto como uma das categorias de análise que exterioriza questões concretas como a realização de passeios, confraternizações, doações de cesta básica e formação de cursos de geração de renda. Torna possível minimizar sofrimentos, angústias e ansiedades, além de intermediar condições de se conviver com situações complexas como adesão ao tratamento, revelação do diagnóstico e morte. Em última instância, fica claro, através dos depoentes, que se pode trabalhar mudanças de atitudes, de exemplificar condições de autonomia e participação democrática cidadã, além de implementar tentativas de melhorar e modificar a qualidade e estilo de vida.

Utilizo novamente Valla (1999:12), afirmando que o apoio social apresenta a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo, e oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas...".

> *"... o que a gente faz um pouco na coordenação com as mães é estar sempre de olho lá nas crianças, como elas estão, **fornecer os remédios, os leites, é um apoio social**...Mas eu acho um pouco **assistencial**. Não é tanto apoio social. Pra mim o **apoio social seria mais educar as pessoas**. O que é o HIV... o educá-las... a saberem a fazer a sua própria vida na verdade. É ter o seu próprio instrumento pra criar coisas, **criar forma de trabalho, criar maneiras de sobreviver...** que não necessariamente eu vou só dando.... aquela velha historia do peixe, ensinar a pescar..." Psicóloga - Vínculo*

Como também já visto, as unidades vivenciam suas ações de modo particular, dependendo do interesse e disponibilidade do profissional, no determinado momento. Da forma que foi organizada a análise deste estudo, não faz parte dos objetivos traçar paralelos nem mesmo tecer comparações entre as unidades. No entanto, percebe-se que não só algumas unidades desempenham ações que são interessantes de serem compartilhadas como também existe predominância de determinadas características que as aproximam, sendo importante destacá-las.

SIGILO é uma unidade que deixa transparecer em suas ações questões que ficam mais voltadas para o apoio social. São várias as alternativas implementadas pelos profissionais, a fim de viabilizar atividades fins de apoio. Desde formação de parcerias com outras secretarias municipais de governo, como a de Ação Social, até a preocupação de programar e estruturar ações que viabilizam o aumento da renda dos usuários e, ainda, a organização de confraternizações conforme o calendário anual.

As unidades SEGURANÇA e EDUCAÇÃO deixam claro, a partir dos profissionais, que tem por intenção diminuir as ações voltadas para o apoio material, ou reorientar o significado da utilização do mesmo, sendo favoráveis em usá-lo como atrativo para as questões educativas. Demonstram preocupação com ações que necessitam de um longo prazo para serem efetivadas, como a formação da cidadania e a participação democrática. Além de realizar grupos, internamente, realizam passeios com a intenção de socialização do usuário e de educação, a longo prazo, além de deixar claro que estes momentos são úteis para desenvolver acolhimento e apoio emocional. Os profissionais da unidade SEGURANÇA alertam que a programação desse ano é tirar o usuário do espaço interno do hospital e levá-lo para outros espaços da sociedade, para com isso desenvolver ações ampliadas de apoio social. Apesar das imensas dificuldades encontradas para se alcançar tais objetivos, entendo que as condições favoráveis sinalizadas para viabilizar as respectivas ações, são possíveis de serem concretizadas não somente com a transposição dos obstáculos mas também, a partir das facilidades ressaltadas, principalmente as pessoais dos profissionais.

Já as unidades PRESTÍGIO e ESFORÇO apresentam maior dificuldade com relação à execução das ações coletivas, predominado as ações individuais, onde os usuários são acolhidos e suas necessidades atendidas conforme trabalho multiprofissional. Em particular, a unidade PRESTÍGIO mantém a lógica de recepção em grupo de primeira vez no centro de testagem anônima e intenciona retornar com o grupo de apoio. No entanto, é

mais visível a preocupação com as ações de acolhimento e educação em saúde, mesmo que sejam individuais.

Dentre as inúmeras dificuldades encontradas para a efetivação dessas inter-relações, estão: falta de vontade política (gerência dos serviços e sistema de saúde) em efetivar ações contra-hegemônicas, num sistema tradicional pré-existente; cultura de trabalhar o individual em detrimento do coletivo, abstrato, com resultado a longo prazo, com repulsa do coletivo, versus concreto com resultado imediatista no desejo de todos; trabalho coletivo, dependendo não só da vontade e decisão pessoal dos profissionais, mas também da formação de base, crenças e valores dos mesmos; ação de transformar paradigmas estando na dependência de um conjunto de situações como tempo, desejo coletivo e possibilidades de um contexto sócio-econômico-cultural e suas realidades.

Deste modo, meu interesse foi levar o caro leitor a encarar, como prioridade de sua atenção, valores anteriormente não priorizados, nem de modo íntimo nem inserido no sistema. Foi desenvolver um processo crítico-reflexivo através das falas dos próprios profissionais, afim de que todo e qualquer profissional que se interesse por essas idéias, possa se autovisualizar num desses aspectos. Possam sonhar com propostas que venham implementar suas ações e consolidar esperanças, dando coragem para prosseguir mediante às dificuldades cotidianas.

Caso estas idéias não consigam expressar o imaginário coletivo em totalidade, que elas possam sinalizar algo propositivo no que se refira ao cuidado integral do ser humano que ainda se encontra doente.

Diante desses interesses próprios, desde alocação de recursos humanos, dinamização da capacidade instalada, operacionalização efetiva da qualidade do produto final, concretizado a partir das relações dos trabalhadores e usuários – quer seja através de procedimentos, quer seja através das relações, até a retomada e/ou valorização de algumas propostas, como políticas voltadas para o acolhimento, educação em saúde e apoio social. Algo em moda nas rodas de programação e planejamento em saúde, fazendo parte do processo que deve ser vivenciado no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde.

Propostas e/ou recomendações

O grande problema com a vaidade humana não é apenas
a 'preocupação com a aparência' ou a 'paixão por aplauso';
acima de tudo, é a substituição da 'orientação interna' – oriunda da própria alma –
pela 'orientação externa' – a preocupação egóica da busca pelo status,
que leva a pessoa a tentar passar a imagem,
por ela idealizada, 'de ser extremamente importante'.
Hammed

Sem querer ditar normas e orientações, registro alguns apontamentos que podem ser úteis em algum momento da vida. Mas é certo que a melhor orientação/recomendação deva ser aquela que vem do íntimo de nós mesmos.

Mesmo diante dos avanços e retrocessos e da incontestável liberdade de pensamento de cada um, o que não se pode negar é o emergir de tais discussões e reflexões, às vezes, como propostas responsáveis por um melhor direcionamento na resolução de inúmeras situações-problema.

Para que os serviços de saúde não contribuam com a manutenção da indiferença estrutural e omissão subjetiva dos profissionais para com as pessoas que vivem com HIV/AIDS, sugere-se que haja um investimento no desenvolvimento institucional, com ênfase na educação permanente[31] dos profissionais, na humanização do cuidado no processo de trabalho e reestruturação do tradicional sistema de saúde.

No processo de educação permanente devem ser sinalizadas ações que envolvam a vida profissional no cotidiano de sua *práxis*. Tem a necessidade de corresponder questões pessoais, de formação técnica e também de questões que envolvam o processo de trabalho das unidades e a dinâmica das relações no sistema.

Não existe nada de errado em nós, nada a ser corrigido de modo enfático e radical. É preciso que mudemos a nossa maneira de enxergar, de sentir e interpretar tudo e todos. Partindo desse princípio recomenda-se que:

- Todos os profissionais sejam envolvidos com a prática de valorização de uma visão ampla do cuidado, nas relações com o usuário e a dinâmica do uso de 'ferramentas leves' como sinaliza Mehry (2002), no encontro com os procedimentos invasivos e tecnologias duras da modernidade. Sejam capazes de conviver, de modo harmônico, não só com a prática como com a teoria, não só com a técnica como com a tática, mediatizando habilidades para intermediar conflitos e questões. Faz-se necessário bom senso, discernimento, comprometimento, vontade, desejo, dom, princípios da moral e ética, a fim

[31] "A 'Educação Permanente em Saúde' apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. [...]... parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho". Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. (2004:08-09)

de que cada um compreenda melhor as dificuldades e diferenças do outro. Todos esses detalhes, para que possamos contar com o 'feeling' de cada um, que não se encontram nos livros técnicos 'positivistas'. São alternativas que devem burlar a rigidez da estrutura do serviço público, do processo de trabalho e solidarizar as relações, numa perspectiva de comprometimento com a minimização do sofrimento do outro, sem exigir retorno, sem banalizar o tecnicismo dos profissionais, apenas referendar uma estrutura de trabalho que insira em seu cotidiano outros artefatos, reconhecidamente, capazes de prosseguir na concretização de resolução das questões humanas. Para tal, é necessário que se modifique a formação acadêmica de base, inserindo nos novos currículos universitários, a valorização das efetiva e predominante de valores voltados para o bem comum, atendendo efetivamente os princípios do SUS, no momento sufocados pelos apelos consumistas voltados para o mercado capitalista. É importante que as decisões, atitudes e valores dos gestores ratifiquem e implementem os princípios supracitados. Além disso, é válido lembrar que a prática dos profissionais deva ser respaldada pelos conceitos teórico-filosóficos capazes de fomentar modificações prioritárias para concretizar, uma forma integral de cuidar do ser humano. E ainda, que estes últimos sejam co-participes na implementação das ações disponibilizadas pelo sistema de saúde;

- Todos os profissionais estejam movidos por processos inerentes à fala**,** escuta, olhar e expressão corporal. Questões importantíssimas no processo de encontro e nas relações cotidianas. Dependendo do modo de olhar (capturas de reações positivas e negativas nos encontros, interesse e desinteresse na comunicação, valorizando e prestigiando quem está à sua frente), de falar (com humor, diminuindo entraves e repetições como o 'né' e o 'ãããã, ' sem barracos e agressividades, no volume, ritmo e cadência ideais) e da maneira de gesticular, ou seja, do conjunto da forma de se expressar não verbalmente (atentar quanto a movimentos e gesticulações excessivas, aos gestos que desviam a atenção da pessoa com a qual se relaciona, pode influenciar no processo empático de relações dos encontros e desencontros entre os profissionais e usuários. O ser/estar no mundo com o outro depende muito das expressões faciais, das gesticulações, dos movimentos inesperados, que sejam representativos de ações que demonstrem acolhimento e expressem recepção e aconchego. Mesmo que não seja objetivo estudar as ações não verbais, as falas dos profissionais fazem alusão a essa parte do processo de relações. E quer queira ou não, esse conjunto de posicionamentos pode facilitar ou prejudicar o acolhimento necessário para uma relação

proveitosa, em benefício de ambos. Assim, deve-se levar em conta não somente as comunicações verbais como também o conteúdo das mesmas e o que está velado por trás delas, como a entonação e o timbre, ao serem expressadas. Pelo que tenho percebido, todos demonstramos através das falas, dos olhos e dos gestos um conjunto que deixa exteriorizar um pouco do que se tem no corpo, na mente e no espírito. Até mesmo nas atitudes de silêncio profundo, o não dito deverá ser percebido de alguma forma. A profissionalização atual tem como caráter formador atitudes e priorizações com base no risco de adoecimento, morte e produtividade; assim, este profissional e sistema cada vez mais se distanciam das questões mais abstratas, têm dificuldade de inserir em suas ações atitudes de solidariedade, tem distanciamento no que se refira a interiorizar atitudes tidas como não técnicas, como toque, olho no olho, vínculo, afeto, diálogo e escuta. Alguns ainda se recusam a somar ao seu importante tecnicismo as questões tácticas operacionais. A forma de objetivar a sensibilização do profissional sobrecarregado com a demanda de doença faz parte de um arsenal de situações que se consolidam através de uma campanha permanente, com intenção de formar opiniões e comportamentos a fim de mudar a cultura cotidiana, quebrando paradigmas vigentes que direcionam as ações de forma mecanizada, fria e distante. É importante que se pense em fórmulas para se modificar paradigmas vigentes, condicionados ao engessamento das ações do trabalhador, nos serviços públicos de saúde. Em suma, o profissional deve ser capaz de assumir o papel de agente catalisador de imagens, falas e, também, de não ditos;

- Toda equipe desenvolva suas atividades em espírito de união, onde as trocas entre os profissionais possam ser realizadas sem constrangimentos, e sempre no intuito de construção e evolução. Visto que as instituições onde as equipes são mais integradas, todas atividades, inclusive as coletivas fluem de modo mais proveitoso, tendo avaliação positiva de todos, até mesmo daqueles que não se envolvem direta e efetivamente. Trabalhar relações entre os profissionais de uma equipe, tem sido uma das tarefas mais difíceis, no entanto não se pode desanimar. Valorizar dinâmicas de relações, estabelecer táticas e contratos de convivência, desenvolver encontros / reuniões, disponibilizando tempo para os profissionais trocarem idéias e discutirem condutas e estratégias, são alternativas capazes de minimizar desencontros, otimizar recursos a fim de colocar em prática uma assistência de qualidade;

- Todos os profissionais sejam flexíveis e estejam comprometidos com ações éticas, capazes de aceitar as diferenças culturais, religiosas, sexuais e de classe. Mesmo que o mundo tenha uma tendência de padronizar e uniformizar as pessoas. Que sejam mais realistas e menos exigentes como os padrões convencionais. Que não exteriorizem atos, falas ou expressões possíveis de constranger e/ou ajuizar o ser humano que por hora se encontra 'tachado pela diferença' e indiferença, em muitas das vezes. Seja capaz de relativizar e intermediar conflitos nas relações interpessoais e temporalizar as situações mediante à globalização e a instantaneidade do mundo atual;

- Todos profissionais sejam capazes de identificar situações de preconceito, marginalização, estigmas e constrangedoras que venham inibir e coibir a livre participação do portador de HIV, no processo de busca do seu cuidado com a saúde. Ainda estejam sensibilizados para reconhecer que a pauperização, feminilização e heterossexualização são variáveis importantes para ampliar a vulnerabilidade da população e o descontrole da epidemia. Para que isso ocorra, é importante que os trabalhadores de saúde estejam capazes de reconhecer e respeitar as atuais tendências do curso da epidemia, não somente através dos estudos e publicações, mas que consigam ratificar tais situações na prática, a partir do envolvimento e atenção com a população que a cada dia torna-se mais suscetível;

- Toda comunicação interpessoal seja eficientemente estabelecida entre o profissional e o usuário, de modo que eles possam sentir-se acolhidos e contemplados em relação às suas preocupações, ansiedades, angústias e sofrimentos. Sendo assim, é importante que os trabalhadores estabeleçam uma relação de empatia, onde possa se colocar no lugar do outro e procurar minimizar as situações difíceis correlacionadas nesse item;

- Todas equipes multiprofissionais estejam capacitadas a identificar as necessidades e demandas específicas das pessoas e dos grupos atendidos, sobretudo no que diz respeito às demandas complexas, como adesão ao tratamento, revelação do diagnóstico, sigilo e finitude. A operacionalização de capacitações nessa área é imprescindível, pois essa doença cursa de modo dinâmico, a cada dia que se passa. Não somente capacitações formais, como também realização de oficinas, reuniões com supervisões técnicas sistemáticas (treinamento em serviço), espaços para exposição e troca de experiências bem sucedidas entre os profissionais, que convivem com os portadores do HIV, cujos resultados

possam se consolidados e compartilhados entre os demais serviços da rede. Criar uma equipe de supervisão técnica-operacional no nível central, capaz de efetivar estratégias juntamente com os profissionais e demais serviços envolvidos com o HIV, atendendo tanto às fragilidades pessoais dos profissionais, quanto aos entraves dos processos de trabalho dos mesmos;

- Todos os profissionais estejam capacitados a criar e reinventar a *práxis* do processo dinâmico da atividade coletiva voltada para o HIV, sendo um ponto decisivo para a sobrevivência e permanência do trabalho e a aproximação das pessoas; visto que as ações coletivas são espaços possíveis, dentro da dinâmica tradicional de tratar as doenças e conter as endemias, de realizar ações diferentes, em se tratando de organizações de saúde, mas que mostram, também, alguns limites que acredito não estarem intransponíveis nem serem imutáveis. É a partir dessas experiências que esses limites podem ser testados e colocados à prova, a fim de validar até que ponto são positivos, neutros ou negativos no cotidiano das relações com os usuários. Divulgar os resultados momentâneos desse estudo é uma estratégia possível capaz de demonstrar, para todos os serviços que trabalham com os portadores do HIV, o quanto é importante ampliar as ações coletivas, como também consegue enfatizar que os profissionais tem dificuldade de desenvolvê-las e priorizá-las no dia a dia conturbado dos serviços de saúde. Porém, consegue deixar claro que não é impossível, pois nos deparamos com serviços - exemplos competentes, capazes de fomentarem a operacionalização de ações similares como os grupos e/ou ações coletivas;

- Toda equipe multiprofissional, que realiza uma atividade que faz parte do processo de trabalho da instituição de saúde, deve compreender que a formação dos grupos apresenta trajetórias variadas, que depende da vontade democrática do coletivo envolvido, tomando rumos e caminhos imprevisíveis, necessitando flexibilidade não só do profissional envolvido diretamente com a ação como também de toda estrutura da organização que assume a realização deste trabalho. Pois o processo de criação e manutenção da dinâmica grupal não é linear nem padronizado, hierarquicamente, conforme a intenção isolada da gerência. Seu sucesso ou fracasso depende dos acordos pactuados entre os interessados, sendo recriado cotidianamente conforme caminham os interesses do coletivo, não havendo

normas pré-estabelecidas de cima pra baixo, configurando possibilidades de gerar processos de autonomia;

- Todo gerente das instituições de saúde possa compreender que as ações coletivas devam ser desenvolvidas sob a égide de qualificar um processo de trabalho, não estando focalizadas à política de produtividade / quantidade de atendimentos, mas sim, ocupados com a dinamização da qualidade; com a proposta de buscar acompanhamento e possível resolutividade às demandas que surgem através da dinâmica grupal. É fundamental que cada gerente seja instigado a desenvolver essas ações grupais nas unidades. Faz-se necessário discussão para que se reoriente o modelo de financiamento das ações pactuadas pelas instituições de saúde, como alternativas capazes de atrair o interesse dos gerentes em desenvolver as respectivas ações e por sua vez, incentivar os profissionais para esse fim;

- Todos os gestores e gerentes dos serviços de saúde estejam sensibilizados com a dinâmica vivenciada pelos profissionais e as demandas complexas, que surgem a partir da realização de grupos com portadores de HIV. Estejam preparados para compreender os novos papéis exigidos pelas práticas coletivas, mediante às participações populares. É um trabalho que explora a possibilidade de conhecer as dinâmicas comunitárias – compreender, interpretar, experimentar – relações que transcendem a prescrição e a normatização de condutas individuais, passando a valorizar questões correlacionadas com a busca de parcerias entre os múltiplos setores presentes no mundo da vida cotidiana, à fim de implementar uma atenção integral;

- Todo sistema de saúde, representado pelas presidências, direções, chefias e/ou coordenações locais, esteja sensível com a saúde do trabalhador que se envolve com a dinâmica do processo saúde e doença – HIV, sendo uma questão com demanda complexa e com conseqüências variadas para o público envolvido. Implementar ações que valorizem a saúde do trabalhador, como psicoterapias e/ou apoio psicológico, faz parte de um arsenal necessário para a continuidade de uma assistência de qualidade. Não existe uma cultura de que esse tipo de serviço seja oferecido para os profissionais envolvidos com demandas complexas e de intenso sofrimento dos usuários. Os trabalhadores mais antigos foram criando mecanismos de defesa e formas variadas de enfrentamento, conseguindo ultrapassar barreiras e concretizar as importantes ações que encontramos atualmente, no

entanto, fica claro a importância de se implementar uma assistência formalizada e direcionada ao trabalhador que compartilha ações com os portadores do HIV. Além de que, essas ações coletivas prescindem a formação de vínculo, disponibilidade e integração por parte do profissional, mas também devido à demanda complexa existente, pode causar sobrecarga emocional, autocobrança e sentimento de culpa, transferência com a própria vida e em muitas situações podem expor o profissional, é necessário um acompanhamento de supervisões e/ou apoio psicoterápico pelo menos para aqueles que demonstrem interesse. Assim, faz-se necessária urgência quanto à programação de políticas de recursos humanos que tenham disponibilidade de profissionais inseridos nas equipes, a fim de trabalhar especificamente a saúde mental dos demais trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional;

- Tendo em vista que as ações coletivas fomentam formação de vínculo e simbiose entre os envolvidos e que as demandas são realmente complexas quando se trata de portadores do HIV, os profissionais têm uma dificuldade enorme de serem substituídos. Além de que, a força de trabalho é específica o bastante para que consiga atingir o propósito de envolver e aglutinar pessoas que se aproximem com o mesmo fim. Assim, faz-se necessário implementar uma política de recursos humanos, que disponibilize quantitativo de profissionais, suficiente, para desenvolver ações que vão além do atendimento individual correlacionado à doença. Que essa vontade política seja capaz de confirmar e assegurar a continuidade e/ou efetividade da ação grupal, demonstrando caráter de durabilidade e permanência, transcendendo os períodos de cada governo. Que ainda seja competente o bastante para viabilizar propostas e implementar projetos e ações coletivas com metas / resultados a curto, médio e longo prazo. Isto é, que sejam valorizadas as questões de promoção à saúde, principalmente quando realizadas de modo coletivo; que passem a fazer parte das discussões em assembléias e fóruns de debates, nas oficinas e capacitações, nos conselhos municipais de saúde e de educação, demais entidades e organizações envolvidas, em fim, que sejam ampliados os espaços coletivos democráticos na esfera pública voltados para essa finalidade;

- Mesmo sendo de conhecimento de todos que as ações coletivas são validadas por poucos profissionais mediante o quantitativo existente nas instituições de saúde, devido seus resultados serem alcançados na maioria das vezes em longo prazo, os quais também são

pouco valorizados pela maior parte dos usuários - mais resistentes, devido o não imediatismo frente ao consumismo capitalista e frente a instantaneidade globalizada do mundo atual, e devido ao desconhecimento generalizado dos resultados efetivos da atividade grupal, é mais do que urgente a necessidade de multiplicar-se a idéia de se trabalhar em grupo, pois são inúmeros os benefícios quando se trata de formação do homem integral, além de otimizar o tempo nas instituições e atender mais pessoas, oportunizando uma troca de experiência inigualável, multiplicando a absorção de informações e conhecimentos, capazes de modificar o íntimo do comportamento humano. Assim, é imprescindível que sejam fomentados e/ou materializados, projetos capazes de divulgar experiências bem sucedidas, na vida cotidiana dos serviços voltados para o acompanhamento dos portadores do HIV;

- Mesmo tendo noção de que os grupos são espaços de aprendizagem mútua, foi percebido, através dos depoentes, que o profissional também aprende, principalmente no que se refere às lições de vida, ao crescimento como pessoa e aos inúmeros processos reflexivos que os mesmos ressaltam a todo momento. É importante trabalhar valores ético-morais, desdobramentos sócio-afetivos e compromissos sócio-políticos entre os sujeitos envolvidos, a fim de comprovar que o não isolacionismo, ou seja os encontros e relações, são capazes de mediatizar tanto mudanças pessoais, quanto coletivas/sociais;

- Apesar do grupo ser um espaço aberto, democrático e livre, tanto do usuário quanto do profissional, é necessário que exista um respeito pelo tempo individual de cada um, principalmente do usuário. Que os sujeitos sejam co-participes desse processo, capazes de respeitar as diferenças e os limites de cada um. Para que isso ocorra é necessário uma transformação geral da sociedade, desde a formação ético-moral do núcleo familiar, até as relações entre os demais sujeitos no mundo da vida;

- Sejam estabelecidas articulações intersetoriais eficientes, também a partir do interesse dos gestores, para contemplar as necessidades e demandas específicas que extrapolam as áreas de atuação do serviço de saúde, sobretudo no que diz respeito a educação, trabalho, moradia e defesa de direitos. Repensar o ideal de se concretizar políticas públicas de saúde de forma compartilhada e participativa, neste âmbito de discussão, parte do princípio de que é necessário reconsiderar a integralidade das ações por meio de acesso e participação

dos usuários em todos níveis de atenção à saúde, formando a utópica rede de cuidados integrais. Estimular discussões a respeito da cultura tradicional das organizações e repensar suas relações com o todo que envolve a fragilidade do sistema em rede, pode sensibilizar os responsáveis em reverter o dramático e/ou irônico futuro que está predestinado por alguns teóricos. Para tal, é fundamental que sejam estreitados os laços entre variadas secretarias de governo, como: educação, saúde, assistência social, urbanismo, cultura e lazer, dentre outras... para que possam efetivar trabalhos que atendam as necessidades dos serviços, de modo ampliado;

- Todo espaço grupal possa viabilizar ações de acolhimento, educação em saúde e apoio social, conforme possibilidade verificada pelas falas dos próprios profissionais, nessa pesquisa. Acolhimento – peça fundamental nas relações. Educação não pode ser apenas importante, tem que ser prioritária. Apoio Social é necessidade de crescimento mútuo. Para efetivar tal propósito, faz-se necessário multiplicar a implementação dos espaços de fala e escuta, de participação popular e controle social, pois é a partir da parceria com os usuários que os serviços passam a perceber as necessidades reais das pessoas;

- Façam parte das políticas públicas, programação de ações de apoio social, que contemplem questões que ultrapassem o apoio material, aproveitando os espaços de convívio grupal, visto que são dispositivos, também, para as questões emocionais e educativas, buscando parcerias com outros setores, além da saúde, através de Projetos como: musicoterapia, brinquedoteca, espaços de relaxamento, realização de oficinas variadas como dramatizações, rodas/encontros de conversas, leituras e navegação na *Internet*; disponibilizar acesso às terapias alternativas, até mesmo massoterapia, meditação, relaxamento e *yoga*; abrir espaços para ações como capoeira, ginásticas, musculação, natação e outras. Que sejam trabalhadas ações que extrapolem à vivência da doença em si, e sejam investidas questões econômicas que operacionalizem, de fato, espaços de socialização e fortalecimento do usuário, participação e formação da cidadania. Possam ser trabalhadas questões capazes de minimizar sofrimentos, capazes de mudar não só comportamentos e atitudes com projetos de vida, almejando 'homens integrais', mas também consigam dinamizar novas realidades coletivas, transformando o estilo e buscando uma qualidade de vida ainda não compartilhada. Mesmo que demorem longos períodos. Apoio social deve estar presente na vida das pessoas por um tempo programado de doação,

devendo estar desde seu início num processo pactuado com intenção prévia de diminuir essa dependência, que deve ser apenas temporária, num processo que venha objetivando a autonomia do usuário, onde não possa esquecer de '...dar o peixe e ensinar a pescar...'. No entanto, o ajudado necessita querer ser ajudado, precisa estar aberto... alimentar sonhos e expectativas, para que consiga ver-se fazendo parte da própria vida, e não perca a dignidade pessoal.

- Todo profissional de saúde, deve repensar tanto a dinâmica do processo de trabalho quanto a dinâmica da vida, ou melhor, da própria vida. Deve ser interiorizado o valor da prática coletiva e altruísta, em contrapartida aos interesses exclusivamente individualizantes, egoístas, mercadológicos, capitalistas e globalizados, tão presentes na humanidade moderna e pós-moderna - atual. No entanto, não se deve retirar a noção de responsabilidade estatal. As organizações da sociedade civil indicam caminhos e fomentam realidades possíveis no dia a dia, no entanto, elas não substituem o governo nem esse é o seu papel. Assim, os interesses pela implementação das ações desenvolvidas nessa pesquisa, deveriam estar nas agendas e interesses prioritários dos políticos e/ou governos;

- Toda equipe de saúde tenha noção de que, apesar do desânimo gerado pelo precário estado de saúde da população e ainda dos serviços e sistema de saúde, os espaços coletivos podem funcionar como válvulas de escape, como espaços capazes de minimizar a solidão e sofrimento das pessoas, como lugar propício para promover e recriar incessantemente novas subjetividades, novos modos de caminhar na vida (mudamos a todo instante), tornando possível que muitas dessas pessoas consigam dar um sentido a mais para a existência. Pois mediante os limites e empecilhos, devemos trabalhar numa perspectiva de desafio contínuo, com motivações incessantes, sem inércia. Tanto os profissionais quanto os usuários, gerentes e gestores;

- Os profissionais de saúde coletiva, interessados nas ações grupais, devem multiplicar e disseminar sua empatia por essas ações com os outros. Além de tentar formar parceiras, devem procurar maneiras de diálogo democrático com os demais profissionais, fomentando o aprendizado mútuo de ver, falar e ouvir, além de construir modos de compreensão das dimensões subjetivas, e aprender o duro e essencial ofício de questionar e

aceitar as diferenças. Nesse longo caminho, as visões que aqui revisamos e compartilhamos, creio eu que podem ser de grande valia;

- O leitor deste estudo seja levado a perceber que os achados, as discussões e reflexões a respeito desse assunto, podem fazer parte dos pensamentos individuais e coletivos, tanto no meio acadêmico quanto na esfera da ação prática. E ainda, seja capaz de compreender que as relações entre os profissionais e usuários devam ser permeadas por um processo solidário, onde os saberes e propostas reflexivas fundamentem sua importância, não só pelo fato de propiciarem práticas novas, mas porque respondem à movimentações e inquietações que confirmam acertos pré-existentes, e fazem mover de um modo particular a vida das pessoas;

- O leitor desta pesquisa possa compreender até onde vai a governabilidade da própria vida e da vida do outro, visto que as pessoas não devem querer que os outros ajam como o próprio desejo. Lembrando que o excesso de rigidez com o controle absoluto, que são impostos aos outros, faz com que os mesmos criem mecanismos de retribuição similares. Assim, é melhor ser flexível e acessível à compreensão das pessoas e dos coletivos, permitindo as livres expressões e os direitos de escolhas;

- O leitor reflita sobre a importância de enxergar o mundo a partir da múltipla referencialidade, pois agarrar-se numa só forma de pensamento e teoria/corrente filosófica pode transparecer sensação de segurança e certeza do conhecimento, contudo pode ser interpretado como uma atitude ingênua que atravanca o crescimento e as novas descobertas.

É importante ressaltar que não há receitas nem produtos acabados. Ninguém poderá extrair o "básico do básico" deste trabalho, apenas será possível ler, reler e comparar suas momentâneas reflexões com as diferentes realidades vividas por cada um dos que chegaram até aqui, nesta leitura. Caso consiga alcançar os objetivos de mover sentimentos, questionamentos e inquietações subjetivas, os demais objetivos serão conquistados com o decorrer dos anos e a sucessão de novas teorias e práticas. Pode-se assim, lembrar que hoje

os saberes devem ser flexíveis, devem transformar com as mudanças constantes que ocorrem no mundo atual.

Nenhum problema é resolvido de modo isolado. É necessário se atentar quanto às multicausalidades e, conseqüentemente, quanto às variadas ações que estão ao nosso alcance para a solução dos problemas. Não se deve direcionar a resolutividade das ações, correlacionando forças numa escala de prioridades estanques, sendo identificadas e polarizadas como certas ou erradas, melhor ou pior, boa ou ruim... tomada de decisão, radical designando juízos de valor e poder para minimizar a situação. Entende-se que o homem tem vários caminhos para direcionar suas ações, visto o que anteriormente tinha traçado, em mente, como meta a alcançar. Confiantes, momentaneamente, de onde querem chegar, podem optar por uma ou outra ação, ou até mesmo várias ações e caminhos. E nessas idas e vindas conseguir, com o tempo, chegar no final de seus propósitos.

Nos espaços de convivência social, circulam razão e emoção, técnicas e afetos, limites e possibilidades. Caminha-se em percurso que nem sempre é simples, pois não está, preliminarmente elaborado. É um aprendizado que se adquire fazendo e refazendo. Um caminho onde a ameaça do fracasso, enquanto sentimento, deve ser reinventado constantemente. Deve-se compreender que o caminho percorrido, muitas vezes, se faz permeado por movimentos invisíveis, mas carregado de emoção e do desejo coletivo de proporcionar uma referência ao acolhimento, transmitindo uma sensação de apoio, acreditando no potencial das pessoas.

Referências Bibliográficas

Minha convicção profunda é que o futuro
não está escrito em nenhum lugar;
será o que nós fizermos dele.
Amin Maalouf

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

ANDRADE, G. R. B. de. **Grupo de apoio social no hospital: o caso do "lutando para viver".** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ; 2001.

ANDRADE, G. R. B. de & VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** 7(4): 925-934, 2002.

ASSIS, M. de. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. **Estudos em Saúde Coletiva**, n.169. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, novembro 1998.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface: Comunicação, Educação e Saúde.** Revista n.6, 117-120, fev, 2000.

AYRES, J. R. de C. M., JÚNIOR, F. I. CALAZANS, G. J. e FILHO, H. C. S. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: Czeresnia, D. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, p.117-138, 2003.

BARBOSA, M. T. S. *et al*. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cad. Saúde Pública**, RJ, 16 (sup.1):37-51, 2000.

BARBOSA, R. H. S. **Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestante HIV+.** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ; Dezembro, 2001.

BARROS, M. E. B. Procurando outros paradigmas para a educação. **Educação & Sociedade**, ano XXI, no 72, ago, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 48 de 10 de agosto de 2005. Brasília – 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Ano II, nº 1. Brasília. jan-jun 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanete em saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV /** Secretaria Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília - 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS**: diretrizes e procedimentos básicos. Coordenação Nacional de DST e AIDS. 3ª ed. Brasília, 1998.

BURGOYNEA, R. & RENWICK, C R. Social support and quality of life over time among adults living with HIV *in* the HAART era. **Social Science & Medicine** 58, 1353–1366. 2004

CAPONI, S. A. Saúde como Abertura ao Risco. *In* CZERESNIA, D. (org). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, p. 55-77, 2003.

COSTA, S. M. S. da. **Vivendo com AIDS e enfrentando a violência: a experiência das adolescentes.** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ; 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (organizadores) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

COHEN, S. & WILLS, T. A Stress, social support, and the buffering hypothesis. ***Psychological Bulletin***, 98:310-357. 1985.

CURY, A. J. **Pais brilhantes, professores fascinantes**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

_____. **Seja líder de si mesmo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ**., Rio de Janeiro, 13(1):103-107, jan-mar, 1997.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva.** 9(1). 7-14, 2004

DESSEN, M. A. & BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Vol. 16 n. 3, pp. 221-231, set-dez, 2000.

DONATO, M. **Reinserção do trabalhador alcoolista no contexto laboral: A percepção do enfermeiro do trabalho.** Tese Doutorado. UFRJ/EEAN; Rio de Janeiro 2002.

FERNANDES A. M. dos S. *et al*. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad. Saúde Pública**, RJ, 16 (sup.1):103-112, 2000.

FERNANDES A. M. dos S. Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública,** 14(3) 575-581,jul-set, 1998.

_____. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: Aspectos conceituais. **Cad. Saúde Pública**, RJ, 10 (2):171-180, abr-jun, 1994.

FERREIRA, M. de P. S., *et al*. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva** 6(2): 481-490, 2001.

FILGUEIRAS S. L. e DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública,** RJ, 15 (sup.2):121-131, 1999.

FLEGNER, A. J. & DIAS, J. C. **Metodologia da Pesquisa Científica.** Rio de Janeiro, 1994.

FONTES, R. S. A reinvenção da escola a partir de uma experiência instituinte em hospital. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 271-282, maio/ago. 2004.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S. e MERHY, E. E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 24ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997.

FRYDMAN, M. I., Social support, life events and psychiatric symptoms. A study of direct conditional and interactions effects. ***Social Psychiatry***, 16:69-78, 1981.

FUNARI, S. L. Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 19(6): 1841-1844, nov-dez, 2003.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**. 14 (2), p.03-11, 2000.

GALVÃO, M. T. G. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Cad. Saúde Pública**, RJ, 20 (2):430-437, mar-abr, 2004.

GARCIA M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. **Revista Interface, Comunic, Saúde, Educ,** v.5, n.8, p.89-100, 2001.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Rio de janeiro: Objetiva, 2001.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In* Minayo, M.C.S. *et al*. (organizadora). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade**.** Petrópolis, RJ: Vozes, p. 67-80, 1994.

GOMES, R. *et. al*. As representações sociais e a doença. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 18(5):1207-1214, set-out, 2002.

GOTTLIEB, B. H. **Social networks and social support:** an overview of research, practice, and policy implications**.** *Health Education Quarterly***,** 12:5-22, 1985.

GRAZZINELLI, M. F. *et al*. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, 21(1): 200-206, jan-fev, 2005.

GRIEP, R. H. *et al*. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(2):625-634, mar-abr, 2003.

GUANAES C. **Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais: exploração de alguns limites e possibilidades.** Dissertação Mestrado. USP, Ribeirão Preto 2000.

HALL, A. & WELLMAN, B. Social network and social support. *In:*. COHEN, S & SYME S. L. (orgs.). ***Social Support and Health*** London: Ed. Academic Press, Inc. pp. 23-41,1985.

HAMMED. **Os prazeres da alma**. Psicografado por Francisco do Espírito Santo Neto. Catanduva, São Paulo. Editora Boa Nova, 2003.

HERMANN, N. **Pluralidade e ética em Educação**. (o que você precisa saber) Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HELGESON V. S. and COHEN S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. ***Health Psychology***, Vol. 15, No. 2, 135-148 Copyright by the American Psychological Association, 1996.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):256-265, jan-fev, 2005

ISRAEL, G. R. **Como é que eu vou dizer para a gestante? Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV a gestantes em trabalho de parto: uma contribuição da bioética.** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ; 2002.

KERR-PONTES, L. R. S., *et al*. O papel da migração na prevenção da infecção pelo HIV no nordeste brasileiro. (2004) **Cad. Saúde Pública,** RJ, 20 (1): jan-fev, 2004.

KLEINSCHMIDT C. e Silva, J. M. **Movimento popular e serviço social.** RJ. Ed. Vozes. 1985.

KONDER, L. **O que é dialética?** 24ª Edição Rio de Janeiro: Brasiliense, 1999.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, 14(2), 115-167, 2003.

LACERDA, A. 2002. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: Uma articulação de conceitos no campo da saúde pública.** Dissertação Mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2): 502-511, mar-abr, 2004.

MARCONI, M. de A. & LAKATOS, E. V. **Técnicas de Pesquisa.** 1ª ed. São Paulo: Atlas, 1985.

MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & Sociedade**; 15 (1): 201-217; Unesp- Bauru. Jan./Jun.2003

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a Formulação de Políticas específicas de Saúde. *In* Pinheiro, R. & Mattos, R. (org) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 45-59, 2003.

MATUMOTO S. *et al*. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MERCHÁN-HAMANN, E. Os ensinos da educação para saúde na prevenção de HIV-AIDS: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(supl. 2): 85-92, 1999.

_____. Grau de Informação, Atitudes e Representações sobre o Risco e a Prevenção de AIDS em Adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** RJ, 11 (3):463-479, jul-st, 1995.

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In* E. E. Merhy & R ONOCKO (org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. Hucitec, São Paulo. p.71-113, 1997.

_____. Um ensaio sobre os médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface: Comunicação, Educação e Saúde**. Revista 6, p.109-125, UNESP. São Paulo. Fev. 2000.

_____. Saúde: **Cartografia do trabalho vivo em ato.** Editora HUCITEC. São Paulo, 2002.

MINAYO, M. C. de S. (organizadora), Deslandes, S. F. Neto, O. C. e Gomes, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5ª ed. Hucitec/Abrasco. São Paulo – Rio de Janeir, 1998.

MINAYO, M. C. de S. *et al*. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Côas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, RJ, 15 (sup. 2):355-367, abr-jun, 1999.

MINKLER, M. 1985. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Outreach Project. ***Health Educ. Q.***, v. 12,p. 303-14.

MOREIRA, V. Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar. **Estud. psicol**. (Natal), jan./jun. vol.4, no.1, p.61-77,1999.

NARCISO, A. M. S. & PAULILO, M. A. S. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. **Serv. Soc. Rev.,** Londrina, v. 4, n. 1, p. 27-43, jul./dez. 2001.

OLIVEIRA, L. A. & JÚNIOR, I. F. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 19(sup.2):S315-S323, 2003.

OLIVEIRA, R. M. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais e a população. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 8, n. especial; p. 22-45, jul-dez, 2003.

OLTRAMARI, L. C. Um Esboço sobre as Representações Sociais da AIDS nos Estudos Produzidos no Brasil **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas** Nº 45 – pdf (p. 02-17) 2003.

ONUSIDA. **Situación de la epidemia de SIDA**. Versión española. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA/OMS 05.19S Diciembre de 2005. Versión original inglesa UNAIDS/04.45E - December 2005

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ,** v 6, n 11, p.25-38, ago 2002.

PAIM, J.S. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Casa da Qualidade Editora. Salvador, BA, 2000.

PARKER, R. **A Construção da Solidariedade AIDS, Sexualidade e Política no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará, 1994.

PARKER, R. *et al*. **A AIDS no Brasil (1982-1992).** Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará, 1994.

PARKER, R.. *et al.* Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1):89-102, 2000.

PAUGAM, S. **Abordagem Sociológica da Exclusão**. *In* Verás, M. Por uma Sociologia da Exclusão Social – O debate com Serge Paugam. São Paulo. Educ. p. 49-62, 1999.

PEASE, A. **Desvendando os segredos da linguagem corporal**. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

PEREIRA, A. L. F. As tendências Pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set-out, 2003.

PIMENTA, M. C. **Marcos conceituais e teorias de intervenção ao HIV/AIDS:** Paradigmas de prevenção entre jovens. Tese Doutorado. IMS/UERJ, 2004.

PINHEIRO, R. e LUZ, M. T. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. *In* Pinheiro, R. e Mattos, R. (org) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2003.

PITTA, A. M. da R. Estratégias de comunicação para a prevenção da Aids: estudo de caso em Salvador, Bahia. Interface - **Comunicação, Saúde e Educação**, v.2, n.2, 1998.

PIETRUKOWICZ, M, C. L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde.** Mestrado ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2001.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. 6ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 1998.

PUCCINI, P. de T. & CECÍLIO, L. C. de O. Humanização e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.

RAMOS, D. D. & LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, jan/fev. Rio de Janeiro, vol. 19, nº 1, P:27-34, 2003.

ROCHA, F. M. G. da. **Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória.** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ; 1999.

ROSA, S. S. da. **Brincar, conhecer, ensinar.** 2ª ed. Coleção Questões da Nossa Época; v. 68.– São Paulo: Cortez, 2001.

SABÓIA, V. M. **A mão dupla do poder**: a enfermeira e os idosos no grupo de diabéticos do HUAP-UFF. Niterói, EDUFF, 1997.

SANCHES, K. R. de B.. **A AIDS e as mulheres jovens:** uma questão de vulnerabilidade. Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ; 1999.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 5. ed. Revisada (conforme NBR 6.023/2000). Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SARAIVA, L. M. **Proposta metodológica de aplicação da revisão pelos pares como instrumento pedagógico para educação ambiental**. Tese de Doutorado. UFSC. Florianópolis, 2002.

SCHRAMM, F. R. A Bioética, seu desenvolvimento e importância para as Ciências da Vida e da Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 48(4): 609-615, 2002.

SCHIMITH M. D. & LIMA M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004

SHERBOURNE, C. D. The role of social supports and life stress events in use of mental health services. ***Medicine Care,*** 27:1393-1400, 1988.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Assessoria de DST/AIDS. 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI-RJ. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Coordenação de Vigilância em Saúde. Assessoria de DST/AIDS. Ano I, nº 1. jul-dez 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE NITERÓI-RJ. **Niterói: perfil de uma cidade**. Niterói-RJ 1999.

SILVA JÚNIOR, A. G. *et al*. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. *In*: Pinheiro, R. e Mattos, R. (org) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 113-128, 2003.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde.** Dissertação Mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2003.

SILVEIRA, P. A. F. O Acolher Chapecó. *In* Franco, T. B. *et al*. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. Editora HUCITEC. São Paulo, 2004.

SILVEIRA, L. M. C. & RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: Espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.16, p.91-104, 2005.

SIMÕES A. M. A . Áudio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1169-1181, set-out, 2004.

SOUZA, C. T. V. de. **Características Sociodemográficas, Comportamentais e Vulnerabilidade à Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em Homens que Fazem Sexo com Homens do Projeto Rio.** Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ. 2001.

SOUZA, I. M. C. de; **Medicina alternativa nos serviços de saúde: a prática da massagem na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ; 2004.

SOUZA, R. O. Modelo Assistencial no Sistema Único de Saúde *in* BRAVO, M. I. et. al. **Capacitação para Conselheiros de Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, p. 57-62, 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In* Pinheiro, R. & Mattos, R. (org) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 89-111, 2003.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** Dissertação Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, Rio de janeiro, 2002

TEIXEIRA, C. F. **O Futuro da Prevenção.** BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

TEIXEIRA, M. L.de L. **Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo Fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 1999,

TEIXEIRA P. Políticas públicas em AIDS. *In* **Políticas, Instituições e AIDS enfrentando a epidemia no Brasil.** (R. Parker, org.), pp.43-68, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ABIA, 1997.

TORRES, H. C. *et al.* experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):1039-1047, jul-ago, 2003.

VALLA V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação.** Jan/Fev/Mar/Abr, nº 19, 2002.

_____. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.7, p.37-56, 2000.

_____. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 15(Supl. 2): 7-14, 1999.

VALLA, V. V. & MARTELETO, R. M. Informação e educação popular – o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 8, n. especial; p. 8-21, jul-dez, 2003.

VALLINOTO, T. C. **Construção da solidariedade: um estudo sobre a resposta coletiva à AIDS.** 132p. Dissertação de Mestrado. ENSP – FIOCRUZ. 1991.

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

WILLS, T. A. Supportive functions of interpersonal relationships. *In* COHEN, S. & SYME, S. L (orgs.). ***Social Support and Health.*** pp. 61-82, *London*: Ed. *Academic Press*, Inc. 1985.

ZANCAN, L. F. **Dilemas Morais na Políticas de Saúde**: O Caso da Aids. Uma aproximação a partir da bioética. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ. 1999.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família.** Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo; 2003.

- *Sites* e documentos da *Internet*

www.agenciaaids.com.br/noticias

AIDS - **Leia antes de escrever**. *In* http://www.aids.gov.br/leia.htm**.** [15/04/03]

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. **Política nacional de Humanização.** Manual base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Esplanada dos Ministérios. Brasília. 2004. www.saude.gov.br/humanizasus

FRACOLLI. A., *et al*. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 78 – 82, 2003. Disponível em http:/www.fen.ufg.br/revista

FRACOLLI, A. BERTOLOZZI, R. **Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo.** http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto1.asp . Em 04/12/02

KALICHMAN, A. **Em busca de uma vacina anti-HIV.**
http://www.agenciaaids.com.br/artigos Acessado em 02/11/2004.

KUCHENBECKER, R**. O programa de aids de Bush: o mundo não precisa de outra intervenção como a no Iraque.** http://www.agenciaaids.com.br/artigos Em 09/12/2004.

MIRANDA, K. C. & BARROSO, M. G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem** julho-agosto; 12(4):631-5, 2004. Acessado em www.eerp.usp.br/rlaenf

SILVA, A. V. Uma reflexão para a prática educativa em Paulo Freire. **Revista Eletrônica Espaço Acadêmico.** N° 45. Mensal ISSN 15196186. Ano IV. Fevereiro/2005. http://www.espacoacademico.com.br/045/45pcsilva.htm

Anexos

ANEXO 01 – Tabela I – MS

Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. BRASIL, 1980-2005

UF de residência	1980-1993*	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total 1980-2005
Brasil	68758	18642	21000	23586	26185	28318	25909	26245	25611	30843	33904	30886	11940	371827
Norte	804	342	393	467	575	681	789	755	857	1119	1265	1564	538	10149
Rondônia	82	60	62	57	65	76	61	96	82	129	120	101	25	1009
Acre	36	12	1	6	13	20	26	23	29	43	37	54	21	321
Amazonas	205	85	94	111	176	210	272	276	249	360	376	488	222	3124
Roraima	42	9	7	15	14	21	27	46	40	32	76	103	32	464
Pará	370	156	184	228	237	279	305	227	347	428	544	667	175	4147
Amapá	20	7	18	21	35	24	43	34	44	60	37	62	24	429
Tocantins	49	23	27	29	35	51	55	53	66	67	75	89	39	658
Nordeste	5549	1547	1711	2123	2488	2881	2602	2858	2967	3604	4013	4355	1849	38837
Maranhão	392	128	147	184	207	288	271	297	309	325	431	656	291	3925
Piauí	141	65	77	78	100	92	111	150	152	163	166	261	107	1663
Ceará	864	263	348	349	453	573	555	540	567	650	813	846	253	7074
Rio Grande do Norte	307	92	75	112	131	178	129	159	158	126	175	80	120	1842
Paraíba	380	127	122	134	150	187	242	207	211	216	254	304	105	2639
Pernambuco	1342	348	402	555	586	770	659	644	760	1026	858	731	386	9057
Alagoas	318	85	87	117	150	116	133	140	170	174	211	178	89	1968
Sergipe	205	92	84	82	98	101	113	99	77	104	169	130	62	1416
Bahia	1600	347	369	512	613	576	689	622	553	820	936	1169	436	9242
Sudeste	52088	13110	14467	15834	16965	17739	15706	15230	14390	17153	18823	16554	6667	234736
Minas Gerais	4060	1570	1657	1694	1793	1746	1759	1611	1532	2349	2846	2492	1099	26209
Espírito Santo	534	215	208	247	352	390	412	408	443	620	637	612	254	5332
Rio de Janeiro	11983	2477	2918	3518	3959	3892	3408	3419	3339	3949	4858	4758	1845	54323
São Paulo	35621	8848	9684	10375	10861	11711	10127	9792	9076	10235	10482	8692	3469	148873
Sul	7279	2517	3235	3903	4640	5643	5275	5947	5972	7054	7299	6079	2063	67006
Paraná	1773	673	896	1127	1421	1452	1544	1629	1583	1838	2015	1512	555	18013
Santa Catarina	1717	749	959	1101	1120	1440	1317	1467	1575	1716	1558	1471	396	16586
Rio Grande do Sul	3789	1195	1380	1675	2099	2751	2414	2851	2814	3500	3726	3096	1112	32402
Centro-Oeste	3028	1026	1194	1259	1517	1374	1237	1455	1435	1913	2504	2334	823	21099
Mato Grosso do Sul	741	238	249	281	283	300	265	263	277	396	465	400	183	4345
Mato Grosso	415	176	212	290	333	284	187	267	279	456	611	655	222	4387
Goiás	1025	370	467	391	543	474	452	556	597	678	778	805	225	7361
Distrito Federal	847	242	266	297	358	316	333	369	282	383	650	474	193	5005

Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Programa Nacional de AIDS e DST – Ano II – 2005.

ANEXO 02 - Tabela II - MS

Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. BRASIL, 1994-2004

UF de residência	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	12,1	13,5	15,0	16,4	17,5	15,8	15,5	14,9	17,7	19,2	17,2
Norte	3,1	3,5	4,1	5,0	5,7	6,5	5,9	6,5	8,3	9,2	11,1
Rondônia	3,9	4,6	4,6	5,2	6,0	4,7	7,0	5,8	9,0	8,2	6,8
Acre	2,7	0,2	1,2	2,6	3,9	4,9	4,1	5,0	7,3	6,2	8,8
Amazonas	3,7	4,1	4,6	7,2	8,3	10,5	9,8	8,6	12,2	12,4	15,7
Roraima	3,6	2,7	6,1	5,5	8,1	10,1	14,2	11,9	9,2	21,3	28,0
Pará	2,9	3,4	4,1	4,2	4,8	5,2	3,7	5,5	6,6	8,3	10,0
Amapá	2,2	5,5	5,5	8,7	5,7	9,8	7,1	8,8	11,6	6,9	11,2
Tocantins	2,3	2,7	2,8	3,2	4,6	4,8	4,6	5,6	5,6	6,1	7,1
Nordeste	3,5	3,8	4,7	5,5	6,3	6,3	6,0	6,1	7,4	8,1	8,7
Maranhão	2,5	2,8	3,5	3,9	5,4	5,0	5,3	5,4	5,6	7,3	11,0
Piauí	2,4	2,8	2,9	3,7	3,4	4,1	5,3	5,3	5,6	5,7	8,9
Ceará	4,0	5,2	5,1	6,5	8,2	7,8	7,3	7,5	8,5	10,5	10,8
Rio Grande do Norte	3,6	2,9	4,4	5,0	6,8	4,9	5,7	5,6	4,4	6,1	2,7
Paraíba	3,8	3,7	4,1	4,5	5,6	7,2	6,0	6,1	6,2	7,2	8,6
Pernambuco	4,7	5,4	7,5	7,8	10,2	8,7	8,1	9,5	12,7	10,5	8,9
Alagoas	3,2	3,2	4,4	5,6	4,3	4,9	5,0	6,0	6,0	7,2	6,0
Sergipe	5,8	5,2	5,0	5,9	6,0	6,6	5,5	4,2	5,6	9,0	6,8
Bahia	2,8	2,9	4,1	4,8	4,5	5,3	4,8	4,2	6,2	7,0	8,6
Sudeste	20,0	21,8	23,6	24,9	25,7	22,5	21,0	19,6	23,0	25,0	21,7
Minas Gerais	9,6	10,0	10,2	10,6	10,2	10,2	9,0	8,5	12,8	15,3	13,3
Espírito Santo	7,8	7,5	8,8	12,3	13,5	14,0	13,2	14,0	19,4	19,6	18,6
Rio de Janeiro	18,8	21,9	26,2	29,2	28,4	24,7	23,8	22,9	26,8	32,6	31,6
São Paulo	26,6	28,7	30,4	31,3	33,2	28,3	26,4	24,1	26,8	27,1	22,2
Sul	11,4	14,0	16,6	19,4	23,4	21,6	23,7	23,5	27,4	28,0	23,1
Paraná	7,8	10,3	12,5	15,5	15,7	16,5	17,0	16,3	18,8	20,3	15,1
Santa Catarina	15,7	19,8	22,6	22,6	28,6	25,8	27,4	28,9	31,0	27,8	25,9
Rio Grande do Sul	12,6	14,4	17,4	21,5	27,9	24,2	28,0	27,3	33,6	35,4	29,2
Centro-Oeste	10,2	11,6	12,0	14,1	12,5	11,0	12,5	12,1	15,8	20,3	18,6
Mato Grosso do Sul	12,6	13,0	14,6	14,4	15,0	13,1	12,7	13,1	18,5	21,4	18,2
Mato Grosso	7,8	9,2	13,0	14,6	12,2	7,9	10,7	10,9	17,5	23,0	24,3
Goiás	8,7	10,8	8,7	11,7	10,0	9,3	11,1	11,7	13,0	14,7	14,9
Distrito Federal	14,2	15,3	16,3	19,1	16,4	16,9	18,0	13,4	17,8	29,7	21,2

Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Programa Nacional de AIDS e DST – Ano II – 2005.

Anexo 03 – Tabela I – SES

Tabela 1: Casos notificados de AIDS e taxas de incidência (por 100.000 hab.), segundo município de residência e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 1982 a 2004*.

REGIÕES E MUNICÍPIOS	1982-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		Total
	nº		nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº	tx.	nº
METROPOLITANA I	4611		1573	16,5	1779	21,3	1855	22,0	1950	22,9	2195	25,6	2780	32,4	3051	35,3	2984	34,3	2814	28,9	2592	26,3	2534	27,4	1946	20,9	1296	13,8	284	2,5	33974
Belford Roxo	23	9	0	21	5,7	15	4,1	46	12,3	58	15,4	77	19,3	99	24,2	101	24	59	13,9	96	22,1	110	24,9	98	21,8	42	9,2	14	3,0	669
Duque de Caxias	128	49	7,3	85	12,6	99	14,5	98	14,2	124	17,8	151	21,1	148	20,4	145	20	141	18,9	201	25,9	261	33,3	155	19,4	108	13,4	17	2,1	1910
Itaguaí	5	5	4,4	3	2,6	7	6,0	2	1,7	13	10,9	8	6,4	11	15,3	6	8	11	14,7	15	18,3	14	16,6	5	5,8	7	8,0	2	2,2	114
Japeri	7	1	0	2	3,0	3	4,4	10	14,7	10	14,6	22	30,1	16	21,0	12	15	28	34,6	22	26,4	19	22,3	28	32,2	20	22,6	8	8,9	208
Magé	21	12	6,3	12	7,2	12	7,2	20	11,8	22	12,9	26	14,2	29	15,4	39	20	32	16,3	43	20,9	40	19,0	59	27,5	37	16,9	11	4,9	415
Mesquita	0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	3	0	2	0,0	1	-	11	6,5	22	12,8	26	14,9	12	6,8	79
Nilópolis	36	6	3,8	16	10,2	13	8,2	13	8,1	15	9,3	34	21,9	31	20,1	29	19	33	21,5	18	11,7	37	24,2	47	30,8	42	27,6	18	11,8	388
Nova Iguaçu	205	80	6,2	131	16,7	91	11,5	115	14,4	181	22,4	277	33,5	335	39,9	209	25	210	24,4	199	21,6	253	33,1	197	25,2	161	20,3	15	1,9	2659
Queimados	19	4	0,0	12	11,9	15	14,8	15	14,7	20	19,4	17	15,7	36	32,4	25	22	29	25,2	16	13,1	29	23,3	20	15,8	33	25,6	2	1,5	292
Rio de Janeiro	4095	1174	21,4	1462	26,6	1539	27,7	1582	28,3	1673	29,6	2078	37,4	2256	40,5	2299	41	1957	35,0	1859	31,7	1801	27,1	1228	20,7	751	12,6	123	2,0	25677
São João de Meriti	102	33	7,8	35	8,2	60	13,9	49	11,3	78	17,8	87	20,0	87	19,9	110	25	107	24,3	113	25,1	147	32,5	77	16,9	62	13,6	11	2,4	1158
Seropédica	0	0	0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	3	5,3	6	10	5	8,6	9	13,8	12	17,9	10	14,6	7	10,0	1	1,4	56
METROPOLITANA 2	428	163	12,3	209	15,7	207	15,4	208	15,4	261	19,3	324	23,9	343	25,2	360	27,1	324	19,5	317	18,2	331	19,1	269	15,7	265	15,7	65	3,6	4246
Itaboraí	14	16	9,8	11	6,6	8	4,7	10	5,8	24	13,8	20	10,8	29	17,5	27	15,9	18	10,3	26	13,9	27	14,0	35	17,8	27	13,4	10	4,9	302
Maricá	6	6	12,9	5	10,2	4	8,2	1	2,0	8	16,0	7	11,6	21	33,5	36	55,7	15	22,5	21	27,4	33	41,1	15	18,1	29	33,7	5	5,6	212
Niterói	296	94	21,6	125	28,5	121	27,3	118	26,4	164	36,4	155	34,4	131	28,9	124	27,1	160	34,8	145	31,6	131	28,4	115	24,8	127	27,2	36	7,7	2042
Rio Bonito	5	1	2,2	1	2,2	3	6,5	1	2,2	1	2,1	3	6,5	3	6,4	5	10,6	6	12,7	4	8,0	5	10,0	8	15,8	2	3,9	1	1,9	49
São Gonçalo	106	66	8,5	90	11,4	101	12,5	106	13,0	103	12,5	136	16,3	157	18,5	158	18,4	120	13,8	109	12,2	133	14,7	117	12,8	93	10,0	12	1,3	1607
Silva Jardim	1	0	0,0	2	10,9	0	0,0	1	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
Tanguá	0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	3	0,0	2	8,3	0	0,0	5	19,8	6	23,0	2	7,5	4	14,7	2	7,2	1	3,5	29
NOROESTE	6	3	1,1	13	4,5	11	3,8	12	4,1	15	5,1	25	8,5	43	14,4	37	12,3	26	8,6	45	14,5	50	16,0	36	11,4	25	7,9	15	5,0	365
Aperibé	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Bom Jesus do	0	0	0,0	0	0,0	2	6,8	0	0,0	6	19,8	9	27,9	12	36,8	12	36,1	1	3,0	7	20,8	5	14,7	8	23,2	4	11,5	1	2,8	67
Cambuci	0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,9	0	0,0	3
Cardoso Moreira	0	0	0,0	0	0,0	1	7,6	0	0,0	1	7,5	0	0,0	0	0,0	1	8,5	1	8,5	1	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
Italva	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,8	2	15,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
Itaocara	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	2	8,6	0	0,0	2	8,5	4	17,4	1	4,3	0	0,0	2	8,7	2	8,7	14
Itaperuna	4	2	2,6	10	12,7	7	8,7	5	6,2	2	2,5	9	10,9	19	22,6	9	10,6	15	17,3	18	20,8	15	17,1	10	11,3	6	6,7	9	10,0	140
Laje do Muriaé	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	13,4	0	0,0	1	13,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,6	1	12,5	1	12,4	2	24,7	7
Miracema	0	0	0,0	2	8,0	0	0,0	1	3,9	2	7,6	1	4,1	6	24,6	4	16,5	3	12,4	5	18,5	6	22,0	4	14,6	4	14,5	1	3,6	39
Natividade	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	13,0	1	6,5	4	26,4	14	92,2	8	52,5	2	13,1	0	0,0	34
Porciúncula	0	1	6,9	0	0,0	1	6,8	0	0,0	3	19,9	3	19,5	1	6,4	3	18,9	1	6,2	1	6,3	4	24,8	2	12,3	2	12,2	0	0,0	22
Santo Antônio de Pádua	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,7	0	0,0	2	5,9	3	8,8	3	8,7	2	5,8	3	7,8	2	5,1	2	5,0	2	5,0	0	0,0	24
São José de Ubá	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	17,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	15,4	0	0,0	1	15,2	3
Varre-Sai	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	25,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,4	0	0,0	3
NORTE FLUMINENSE	27	27	4,4	38	6,3	41	6,7	22	3,5	44	7,0	57	8,9	126	19,3	134	20,3	118	17,6	174	25,4	165	23,1	101	14,3	23	3,4	4	0,6	1042
Campos dos Goytacazes	6	3	0,8	12	3,2	5	1,3	3	0,8	7	1,8	12	3,1	53	13,5	65	16,4	56	14,1	122	30,0	57	13,9	46	11,1	10	2,4	1	0,2	458
Carapebus	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	11,8	0	0,0	0	0,0	1	11,5	0	0,0	1	11,0	0	0,0	0	0,0	4
Conceição de Macabu	0	1	5,9	1	5,8	1	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	5,3	2	10,4	0	0,0	0	0,0	7
Macaé	19	19	18,8	24	23,0	34	31,8	19	17,6	31	28,5	41	33,9	63	53,5	59	48,5	55	43,8	25	18,9	41	30,1	42	29,9	13	9,0	1	0,7	486
Quissamã	1	3	28,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	37,0	2	15,9	5	38,4	4	29,9	0	0,0	2	14,6	1	7,1	5	34,9	1	6,8	2	13,4	30
S. F. de Itabapoana	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4	1	2,7	5	12,2	3	7,1	1	2,3	0	0,0	0	0,0	12
São Fidélis	1	1	2,9	1	2,9	1	2,9	0	0,0	1	2,8	0	0,0	1	2,7	2	5,4	4	10,6	16	43,5	1	2,7	1	2,7	0	0,0	0	0,0	30
São João da Barra	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	1,6	3	10,5	2	6,9	1	3,4	3	10,8	1	3,6	3	10,7	0	0,0	0	0,0	15

Fonte: Boletim Epidemiológico – Secretaria de Estado de Saúde – RJ. Acessoria DST/AIDS. 2005

Anexo 03 – Continuação Tabela I - SES

REGIÕES E MUNICÍPIOS	1982-1990	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		Total
	nº	nº	taxas	nº	taxas	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº
SERRANA	132	62	8,5	69	9,1	66	8,5	79	10,1	119	15,1	115	14,6	105	13,2	130	16,2	122	15,0	151	18,0	119	14,0	105	12,3	107	12,4	17	1,9	1498
Bom Jardim	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,4	3	13,8	0	0,0	2	8,9	1	4,4	4	17,7	3	13,1	2	8,7	1	4,3	1	4,3	20
Cachoeiras de Macacu	3	4	9,9	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,3	3	6,8	3	6,7	0	0,0	8	16,5	1	2,0	1	2,0	7	13,7	1	1,9	33
Cantagalo	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	4
Carmo	1	0	0,0	1	6,8	0	0,0	2	13,3	0	0,0	1	6,6	1	6,5	1	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,5	0	0,0	3	19,2	11
Cordeiro	1	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,6	0	0,0	0	0,0	1	5,7	2	11,3	1	5,6	1	5,4	1	5,3	0	0,0	2	10,4	0	0,0	11
Duas Barras	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,1	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	9,7	0	0,0	1	9,6	1	9,5	0	0,0	5
Guapimirim	5	2	0,0	1	3,5	2	7,0	4	13,8	6	20,5	7	21,5	2	5,8	7	19,6	4	10,8	3	7,9	5	12,8	3	7,5	3	7,3	1	2,4	55
Macuco	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	17,3	0	0,0	1	17,0	0	0,0	0	0,0	1	21,1	0	0,0	1	21,6	4
Nova Friburgo	26	11	6,6	11	6,6	13	7,4	20	11,4	20	11,3	37	21,9	23	13,5	21	12,3	21	12,3	19	11,0	21	12,1	18	10,3	18	10,3	1	0,6	280
Petrópolis	66	34	13,3	37	14,3	25	9,6	18	6,9	57	21,6	34	12,6	56	20,5	73	26,4	67	24,0	79	27,6	64	22,1	52	17,7	47	15,9	0	0,0	709
S. José V. do Rio Preto	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,4	1	6,2	1	9,2	1	9,3	0	0,0	1	9,4	0	0,0	2	10,1	0	0,0	0	0,0	2	9,6	8
Santa Maria Madalena	0	0	0,0	1	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
São Sebastião do Alto	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Sumidouro	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,3	2	14,1	0	0,0	2	13,9	2	13,8	0	0,0	7
Teresópolis	29	11	9,1	17	14,0	26	20,9	31	24,7	33	26,1	29	23,2	17	13,5	18	14,2	24	18,7	33	23,9	22	15,7	23	16,2	26	18,1	7	4,8	346
Trajano de Morais	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
BAIXADA LITORÂNEA	26	16	5,6	18	6,0	22	7,4	20	6,6	34	11,2	41	11,4	44	11,6	48	12,2	54	13,3	64	14,5	57	12,4	46	9,7	27	5,5	10	2,0	527
Araruama	4	2	3,4	1	1,7	5	8,2	5	8,2	12	19,4	7	10,6	6	8,7	6	8,5	13	17,8	13	15,7	10	11,7	16	18,2	9	10,0	4	4,3	113
Armação dos Búzios	0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	6,5	0	0,0	1	5,9	4	22,0	5	26,1	4	20,2	4	19,4	1	4,7	24
Arraial do Cabo	0	0	0,0	0	0,0	3	14,5	0	0,0	1	4,8	3	13,9	1	4,6	2	9,0	2	8,9	0	0,0	2	8,2	0	0,0	1	4,0	0	0,0	15
Cabo Frio	15	12	14,1	15	16,6	11	12,3	12	13,3	6	6,6	12	10,4	23	21,3	18	15,8	17	14,2	17	13,4	2	1,5	12	8,7	3	2,1	0	0,0	175
Casimiro de Abreu	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,1	1	6,0	2	9,9	1	4,8	1	4,6	2	8,9	2	9,0	3	13,1	1	4,3	1	4,1	0	0,0	17
Iguaba Grande	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0	0	0,0	1	9,9	0	0,0	2	18,6	2	13,3	5	31,3	1	6,0	1	5,7	1	5,5	17
Rio das Ostras	1	0	0,0	0	0,0	1	5,2	0	0,0	3	15,4	5	17,8	5	16,9	2	6,5	4	12,5	4	11,0	9	23,0	4	9,9	5	11,9	3	6,9	46
São Pedro da Aldeia	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,5	6	9,2	2	3,5	10	16,8	3	4,9	11	17,4	6	9,2	5	7,4	0	0,0	1	1,4	50
Saquarema	2	2	5,3	1	2,6	1	2,5	0	0,0	4	9,9	5	11,4	4	8,7	9	19,1	10	20,5	11	21,0	15	27,6	3	5,4	3	5,3	0	0,0	70
MÉDIO PARAÍBA	56	44	6,3	59	8,4	51	7,2	53	7,4	97	13,4	74	10,0	130	17,3	116	15,2	97	12,6	109	13,9	90	11,3	61	7,6	74	9,1	31	3,8	1142
Barra do Piraí	3	7	8,8	4	5,0	8	9,9	2	2,5	11	13,4	7	8,2	9	10,4	8	9,1	6	6,7	8	9,0	5	5,6	5	5,5	7	7,7	2	2,2	92
Barra Mansa	6	2	1,2	17	10,4	14	8,4	12	7,2	34	20,1	16	9,6	44	28,3	27	16,0	27	16,0	32	18,7	22	12,8	16	9,3	33	19,1	14	8,1	316
Itatiaia	3	1	6,2	2	11,8	3	18,0	0	0,0	3	17,6	0	0,0	5	22,4	6	25,8	2	8,3	0	0,0	2	7,8	5	18,8	2	7,3	0	0,0	34
Pinheiral	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	-	0	0,0	0	0,0	2	10,6	1	5,2	1	5,1	0	0,0	0	0,0	1	4,8	4	18,7	9
Piraí	1	0	0,0	0	0,0	1	2,9	3	8,6	2	5,7	2	5,0	1	4,2	3	12,3	3	11,9	8	36,2	8	35,6	2	8,8	3	13,0	0	0,0	37
Porto Real	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	-	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,9	0	0,0	1	7,4	2	14,4	5
Quatis	1	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,0	0	0,0	1	9,8	2	19,1	0	0,0	3	28,0	0	0,0	0	0,0	1	8,8	0	0,0	11
Resende	3	9	9,8	12	12,8	3	3,2	4	4,2	6	6,3	9	8,8	10	10,4	17	17,3	5	5,0	20	19,1	11	10,3	9	8,3	6	5,4	1	0,9	125
Rio Claro	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	19,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	4
Rio das Flores	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	15,5	1	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
Valença	7	7	11,5	7	11,5	3	4,9	9	14,4	7	11,1	9	14,6	10	16,2	6	9,7	9	14,5	2	3,0	1	1,5	1	1,5	1	1,5	0	0,0	79
Volta Redonda	32	16	7,3	17	7,6	19	8,4	22	9,6	31	13,4	31	13,3	50	21,3	45	18,9	41	17,1	35	14,5	40	16,3	23	9,3	18	7,2	8	3,2	428
CENTRO SUL	10	6	2,3	15	5,6	13	4,8	16	5,9	17	6,2	23	8,4	24	8,7	22	7,9	28	10,0	40	13,6	24	8,0	82	27,3	53	17,4	18	5,9	391
Areal	0	0	0,0	0	0,0	1	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	21,2	3	30,3	1	10,0	0	0,0	1	9,6	0	0,0	8
Com. Levy Gasparian	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	13,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,2	0	0,0	4
Eng. Paulo de Frontin	0	0	0,0	1	8,2	1	8,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,8	2	15,6	2	16,4	1	8,2	1	8,2	0	0,0	0	0,0	9
Mendes	1	2	12,0	2	12,0	2	11,9	2	11,8	2	11,7	4	23,3	2	11,5	0	0,0	3	17,0	2	11,6	2	11,5	4	23,0	0	0,0	0	0,0	28
Miguel Pereira	1	0	0,0	0	0,0	2	9,9	4	19,6	4	19,4	3	14,9	2	9,9	1	4,9	1	4,9	4	16,7	3	12,3	2	8,1	1	4,0	0	0,0	28
Paracambi	3	1	2,7	6	16,2	4	10,7	7	18,6	6	15,8	8	20,3	9	22,4	4	9,8	8	19,4	9	22,0	5	12,1	11	26,4	3	7,1	1	2,6	93
Paraíba do Sul	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,0	1	3,0	6	16,0	1	2,6	12	31,5	6	15,6	3	7,7	32
Paty do Alferes	0	0	0,0	1	4,7	1	4,6	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	4,4	3	13,2	3	13,0	1	4,0	1	3,8	2	7,8	3	11,5	1	3,8	18
Sapucaia	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,8	1	5,7	0	0,0	1	5,8	1	5,8	1	5,8	7	40,0	3	17,0	1	5,6	15
Três Rios	0	1	1,2	2	3,0	0	0,0	0	0,0	3	4,3	2	3,0	4	6,0	5	7,5	3	4,5	5	6,9	3	4,1	40	54,6	26	35,2	9	12,1	103
Vassouras	4	2	7,0	3	10,4	2	6,9	2	6,9	1	3,4	6	20,7	5	17,1	4	13,7	4	13,6	7	22,3	2	6,3	9	28,1	1	3,1	1	3,1	53
BAIA DE ILHA GRANDE	10	15	11,8	12	9,3	15	11,3	22	16,4	26	19,2	20	14,3	44	30,7	40	27,3	27	18,0	33	19,0	40	22,3	32	17,4	52	27,7	26	13,5	414
Angra dos Reis	9	14	16,4	10	11,5	10	11,1	20	22,0	19	20,7	15	16,2	39	41,4	37	38,7	25	25,8	23	19,3	31	25,1	21	16,6	34	26,2	23	17,3	330
Mangaratiba	0	0	0,0	2	10,9	4	21,5	2	10,6	3	15,8	5	25,1	1	4,8	1	4,7	2	9,1	7	28,1	5	19,4	6	22,8	15	55,5	3	10,8	56
Paraty	1	1	4,2	0	0,0	1	4,1	0	0,0	4	16,0	0	0,0	4	14,0	2	6,7	0	0,0	3	10,2	4	13,2	5	16,3	3	9,6	0	0,0	28
MUNICÍPIO IGNORADO	14	37	-	41	-	7	-	10	-	13	-	8	-	20	-	11	-	5	-	5	-	5	-	3	-	1	-	0	-	180
ESTADO	5352	1766	13,8	2280	17,7	2318	17,7	2422	18,4	2861	21,5	3467	25,9	3930	29,0	3872	28,3	3415	24,7	3525	24,5	3355	23,0	2706	18,4	1939	13,0	421	2,8	43629

Fonte: Boletim Epidemiológico – Secretaria de Estado de Saúde – RJ. Acessoria DST/AIDS. 2005

Anexo 04

Perfil consolidado dos profissionais envolvidos nas atividades grupais

Nº	Sexo	Escolaridade	Pseudônimo	Categoria Profissional	Tempo Instituição	Cargo que ocupa	Tempo com HIV	Tipo Vínculo	Participação Grupo
1	F	Graduação	Responsabilização	Assistente Social	23 anos	Coord. Municipal HIV	12 anos	FMS/MS	.....
2	F	Graduação	Solidariedade	Assistente Social	07 anos	Resp. Serviço HIV	05 anos	SES	Efetiva
3	F	Graduação	Escuta	Assistente Social	2 anos	Assistente Social	01ano	FMS	Efetiva
4	F	Especialização	Consideração	Medica	25 anos	Diretor Unidade	09 anos	MS	Pontual
5	F	Graduação	Esclarecimento	Bióloga	15 anos	Chefe de Vigilância	08 anos	FMS	Efetiva
6	F	Graduação	Atenção	Assistente Social	29 anos	Assistente Social	12 anos	FMS	Efetiva
7	F	Especialização	Acolhimento	Assistente Social	23 anos	Assistente Social	12 anos	MS	Efetiva
8	F	Graduação	Amizade	Psicóloga	05 anos	Psicólogo	05 anos	Contrato ONG	Efetiva
9	F	Graduação	Valorização	Assistente Social	03 anos	Voluntário	03 anos	Voluntário	Efetiva
10	F	Graduação	Diálogo	Assistente Social	13 anos	Assistente Social	11 anos	MS	Efetiva
11	F	Especialização	Intuição	Médica	13 anos	Coord. Ambulatório	12 anos	FMS	Pontual
12	F	Especialização	Afinidade	Assistente Social	10 anos	Coord. Projeto ONG	10 anos	Contrato ONG	Efetiva
13	F	Especialização	Empatia	Pedagoga	05 anos	Voluntário	05 anos	Voluntário	Efetiva
14	F	Graduação	Doação	Pedagoga	03 anos	Voluntário	03 anos	Voluntário	Efetiva
15	F	Graduação	Afeto	Assistente Social	23 anos	Aposentado	06 anos	Voluntário	Efetiva
16	M	Especialização	Liberdade	Pediatra	15 anos	Pediatra	06 anos	Cedido RJ	Pontual
17	M	Mestrado	Experiência	Pediatra	01 ano	Pediatra	01 ano	FMS	Pontual
18	F	Ensino Médio	Aceitação	Téc. Enfermagem	12 anos	Téc. Enfermagem	12 anos	Contrato ONG	Pontual
19	F	Especialização	Amor	Pediatra	03 anos	Pediatra	03 anos	FMS	Pontual
20	F	Especialização	Confiança	Hebiatra	23 anos	Hebiatra	12 anos	MS	Pontual
21	F	Especialização	Fraternidade	Enfermeira	10 anos	Enfermeiro	03 anos	MEC	Efetiva
22	F	Especialização	Sensibilidade	Assistente Social	20 anos	Chefe Serviço Social	10 anos	MEC	Efetiva
23	F	Graduação	Disponibilidade	Nutricionista	18 anos	Nutricionista	02 anos	MEC	Pontual
24	F	Especialização	Vínculo	Psicóloga	09 meses	Psicólogo	09 meses	Cooperativa	Efetiva
25	F	Graduação	Toque/contato	Psicóloga	22 anos	Psicólogo	08 anos	MEC	Efetiva
26	F	Graduação	Interação/Troca	Assistente Social	21 anos	Assistente Social	08 anos	MEC	Efetiva
27	F	Graduação	Atenção	Cirurgião-Dentista	02 anos	Cirurgião-Dentista	02 anos	Cooperativa	Pontual
28	F	Doutorado	Auxílio	Aux. Cons. Dentário	02 anos	Aux. Cons. Dentário	02 anos	Cooperativa	Pontual
29	F	Especialização	Encorajamento	Pediatra	09 anos	Pediatra	09 anos	MEC	Pontual
30	M	Mestrado	Auto-estima	Médico	21 anos	Coord. Ambulatório	12 anos	MEC	Pontual
31	F	Especialização	Apoio	Enfermeira	02 anos	Enfermeiro	02 anos	Contrato ONG	Pontual
32	F	Graduação	Carinho	Psicóloga	15 anos	Psicólogo	12 anos	FMS	Efetiva
33	M	Doutorado	Alteridade	Psicólogo	08 anos	Psicólogo	08 anos	FMS	Efetiva
34	F	Graduação	Empoderamento	Assistente Social	25 anos	Assistente Social	10 anos	SES	Pontual
35	F	Graduação	Encontro	Enfermeira	02 meses	Enfermeiro	02 meses	SES	Efetiva
36	F	Especialização	Pertencimento	Assistente Social	13 anos	Assistente Social	13 anos	FMS/SES	Efetiva

Fonte: Elaboração Própria

Anexo 05

Acolhimento e idendificação de subcategorias através das falas profissionais

ACOLHIMENTO			Técnica e Tática /Teoria e Pratica Competência e Habilidade	Expressão Corporal, Olhar, Fala e Escuta	Vínculo - Afetividade	Difícil substituição profissionais e inserção de novos usuários	Exposição do profissional	Sobrecarga Emocional, Auto-cobrança, Sentimento de culpa	Referência com a vida pessoal Autocobrança e sentimento de culpa
	Responsabilização	Assist. Social	x				x	x	
Segurança	Acolhimento	Assist.Social			x			x	x
	Amizade	Psicóloga			x				
	Valorização	Assist. Social		x					x
	Diálogo	Assist. Social		x	x			x	x
	Intuição	Médica	x						
	Afinidade	Assist. Social		x	x				
	Empatia	Pedagoga	x	x					
	Doação	Pedagoga		x					
	Afeto	Assist. Social	x	x				x	
	Liberdade	Pediatra		x	x	x		x	
	Experiência	Pediatra	x						
	Aceitação	Téc. Enf.			x				
	Amor	Pediatra	x		x				
	Confiança	Hebiatra	x	x	x				
Educação	Fraternidade	Enfermeira		x	x				
	Sensibilidade	Assist. Social			x				
	Disponibilidade	Nutricionista							
	Vínculo	Psicóloga		x	x				
	Toque/Contato	Psicóloga			x				
	Interação/Troca	Assist. Social		x	x			x	x
	Atenção	Cirg. Dentista		x			x	x	
	Auxílio	ACD		x				x	
	Encorajamento	Pediatra		x	x	x		x	
	Auto-estima	Médico	x		x				x
Pretígio	Apoio	Enfermeira		x					
	Carinho	Psicóloga		x	x				
	Alteridade	Psicólogo		x					
	Empoderamento	Assist. Social		x					
	Encontro	Enfermeira							
	Pertencimento	Assist. Social		x			x	x	
Sigilo	Solidariedade	Assist. Social	x		x	x		x	
	Escuta	Assist. Social			x				
	Consideração	Médica		x		x			
Esforço	Esclarecimento	Bióloga		x			x		x
	Atenção	Assist. Social							x

Fonte: Elaboração própria

Anexo 06

Educação em Saúde e identificação de subcategorias através das falas profissionais

	EDUCAÇÃO EM SAÚDE		Aprendizado e Troca Mútua Profissional Facilitador	Aprendizado do profissional	Processo reflexivo do profissional	Avaliação positiva da equipe Validação da dinâmica grupal	Interesse e satisfação profissional	Livre participação do usuário Ação a partir do interesse do usuário	Tempo individual do usuário	Otimização do tempo Disponibilizar oportunidades	Resultado em longo prazo
	Responsabilização	Assist. Social					x			x	x
Segurança	Acolhimento	Assist.Social		x	x	x			x	x	
	Amizade	Psicóloga	x	x		x			x		x
	Valorização	Assist. Social		x		x			x		x
	Diálogo	Assist. Social	x	x	x		x				x
	Intuição	Médica				x					x
	Afinidade	Assist. Social	x	x		x		x	x	x	
	Empatia	Pedagoga	x				x			x	x
	Doação	Pedagoga									
	Afeto	Assist. Social	x	x		x		x	x		x
	Liberdade	Pediatra		x		x			x		
	Experiência	Pediatra				x					
	Aceitação	Téc. Enf.	x			x					
	Amor	Pediatra			x	x			x		
	Confiança	Hebiatra				x				x	
Educação	Fraternidade	Enfermeira	x	x	x	x					x
	Sensibilidade	Assist. Social	x								
	Disponibilidade	Nutricionista									
	Vínculo	Psicóloga				x			x	x	
	Toque/Contato	Psicóloga	x			x			x	x	
	Interação/Troca	Assist. Social	x					x	x		
	Atenção	Cirg. Dentista	x	x			x	x			x
	Auxílio	ACD			x	x	x	x			x
	Encorajamento	Pediatra		x	x	x			x	x	
	Auto-estima	Médico	x		x	x					
Pretígio	Apoio	Enfermeira			x						
	Carinho	Psicóloga		x				x		x	
	Alteridade	Psicólogo	x			x				x	
	Empoderamento	Assist. Social	x	x						x	x
	Encontro	Enfermeira	x	x		x				x	
	Pertencimento	Assist. Social	x						x		
Sigilo	Solidariedade	Assist. Social	x	x		x	x		x		
	Escuta	Assist. Social									
	Consideração	Médica				x					
Esforço	Esclarecimento	Bióloga	x		x	x	x			x	
	Atenção	Assist. Social							x		

Fonte: Elaboração própria

Anexo 07

Apoio Social e identificação de subcategorias através das falas profissionais

APOIO SOCIAL			Passeios culturais, oficinas, confraternizações e cursos	Minimiza sofrimentos, angústias e ansiedades	Socialização e fortalecimento do usuário	Formação de multiplicadores	Revelação Diagnóstica	Preconceito e Sigilo	Doença Crônica, Sexualidade e Finitude	Adesão ao tratamento	Comportamentos e atitudes	Independência, autonomia, cidadania	Trabalhar além da doença Qualidade de vida
	Responsabilização	Assist. Social						x					x
Segurança	Acolhimento	Assist.Social	x	x	x		x		x	x	x		x
	Amizade	Psicóloga	x		x	x							x
	Valorização	Assist. Social	x		x		x	x				x	
	Diálogo	Assist. Social	x		x	x		x	x	x		x	
	Intuição	Médica			x		x			x	x		x
	Afinidade	Assist. Social	x	x	x	x	x	x		x		x	x
	Empatia	Pedagoga	x								x		
	Doação	Pedagoga	x			x					x		
	Afeto	Assist. Social		x	x		x		x	x			
	Liberdade	Pediatra			x		x			x		x	
	Experiência	Pediatra					x	x	x	x			
	Aceitação	Téc. Enf.	x										
	Amor	Pediatra			x		x		x	x			
	Confiança	Hebiatra							x				
Educação	Fraternidade	Enfermeira	x		x					x			
	Sensibilidade	Assist. Social	x						x				
	Disponibilidade	Nutricionista											
	Vínculo	Psicóloga	x		x		x				x		x
	Toque/Contato	Psicóloga	x		x		x	x		x			
	Interação/Troca	Assist. Social	x				x			x		x	
	Atenção	Cirg. Dentista				x			x			x	x
	Auxílio	ACD	x		x			x					
	Encorajamento	Pediatra					x	x	x	x		x	
	Auto-estima	Médico			x			x		x	x	x	
Pretígio	Apoio	Enfermeira						x					
	Carinho	Psicóloga				x						x	x
	Alteridade	Psicólogo		x									
	Empoderamento	Assist. Social								x		x	x
	Encontro	Enfermeira									x		
	Pertencimento	Assist. Social						x			x		
Sigilo	Solidariedade	Assist. Social	x		x	x		x		x			
	Escuta	Assist. Social	x		x							x	
	Consideração	Médica	x		x			x					
Esforço	Esclarecimento	Bióloga			x			x			x		
	Atenção	Assist. Social			x	x							

Fonte: Elaboração própria

Anexo 08 - 1ª Parte

Planilha de Facilidades e Dificuldades correlacionadas aos profissionais, instituições e usuários

Pessoais/Profissionais		Instituições		Usuá
Facilidades	Dificuldades	Facilidades	Dificuldades	Facilidades
. Trabalhar em uma equipe diversificada e multiprofissional	. Baixa remuneração, pouco retorno financeiro mediante oportunidades do mercado.	. Equipe envolvida e integrada de modo a sensibilizar a instituição como um todo – demais profissionais. Reuniões sistemáricas de equipe	. Pouco tempo para priorizar reuniões de equipe	. Reconhecimento e inserção do usuário na instituição, no processo de trabalho e na relação de vínculo com os profissionais.
. Grupo favorece aprendizado dos profissionais.Ações do grupo contribuem para mudança do olhar profissional. Serve de reflexão para equipe.	Reflete falha na formação acadêmica de base	Otimização do tempo, possibilitando atenção a muitos usuários de uma só vez. Organização e realização das ações em único dia.	. Espaço físico deficitário. .Condição de trabalho ruim. .Serviços similares em espaços físicos distantes.	Possibilidade de comparecer na unidade menos vezes, diminuido custos
. Sinalizações constantes de processo reflexivos, com apontamentos e propostas otimistas.	Ação que requer treinamento específico e/ou habilidade, pois pode ter exposição do profissional no grupo	Espaço físico adequado, possibilitando referência ao acolhimento e vínculo entre os usuários e equipe	. Poucos recursos áudio-visuais, insumos de uso diário, em determinadas instituições.	. Vínculo com a equipe e a instituição. Se sentem à vontade. .Valida de modo positivo o trabalho. Passa a confiar no profissional e instituição.
. Ganha visibilidade perante usuário, equipe e instituição a partir da realização do grupo. .Trabalho reconhecido pela equipe e usuário com avaliação positiva.	. Trabalhar com auto-cobrança e sentimentos de culpa mediante decisões pessoais dos usuários	. Tem recursos áudio-visuais e materias educativos possíveis de realizar os encontros coletivos	Difícil conseguir profissionais com capacidade de aglutinar pessoas, formar vínculos	. Conseguem usufruir dos grupos mesmo que seja somente nos momentos de escuta.

Anexo 08 - 2ª Parte

Planilha de Facilidades e Dificuldades correlacionadas aos profissionais, instituições e usuários

Pessoais/Profissionais		Instituições		Usu
Facilidades	Dificuldades	Facilidades	Dificuldades	Facilidades
. Insere e auxilia o trabalho do outro na realização dos encontros coletivos.	. Não usufrui de supervisão constante, treinamento em serviço, suporte técnico.	. Formação de grupos específicos, conforme necessidade de cada faixa etária ou área de atenção à saúde (infanto-juvenil, mulher, adulto/idoso)	. Influência histórica e cultural de inflexibilidade das rotinas e condutas. Burocratização e normatização do serviço/sistema.	.Encontra espaço de acolhimento às angústias e desabafos, mesmo após retornos.
. Discute necessidade do profissional se auto-educar	. Está em constantes desafios, onde os grupos podem desencadear conflitos	. Perfil do grupo varia conforme intenção e perfil do profissional.	. Faltam capacitações próprias, dependendo do sistema ou coordenação municipal ou estadual.	. Atenção coletiva dispensada e realizada especificamente voltada à criança.
. Experiência prévia com trabalhos de grupos e/ou DSTs, além de questões específicas do próprio HIV.	. Trabalhar demandas complexas: finitude, sexo, luto, morte, doença crônica, adesão ao tratamento, processo de revelação do diagnóstico, sigilo da soropositividade	. Convivência e integração com outros grupos tradicionais que implementam a prevenção do HIV (Grupo de gestantes, planejamento familiar e grupo de adolescentes)	. Processo de trabalho com sobreposição de ações e/ou acúmulo de funções pelos profissionais.	. Crianças e adolescentes como multiplicadores na família. Adulto ainda amplia para a comunidade
. Se insere no processo, correlacionando situações com a própria vida. Procura fazer-se presente como parte integrante.	. Desgaste emocional e transferência com as situações-problema	. Doença ainda é motivo de sensibilização e atrativo de apoio financeiro, principalmente com relação ao público infanto-juvenil. Doença que ainda apresenta interesse acadêmico.	. Desencontro do horário do profissional / espaço físico disponível / relação ação preconizada / disponibilidade do usuário. Divisão da carga horária conforme serviços na instituição.	. Aumento da solidariedade entre todos, a partir da existência e exposição a um agravo comum – HIV

Anexo 08 - 3ª Parte

Planilha de Facilidades e Dificuldades correlacionadas aos profissionais, instituições e usuários

Pessoais/Profissionais		Instituições		Usuá
Facilidades	Dificuldades	Facilidades	Dificuldades	Facilidades
. Participam e realizam as atividades a partir do interesse, vontade e predisposição pessoal. Satisfação	. Aponta dificuldade se desenvolver sensibilidade, solidariedade e acolhimento. Profissional com pressa. A maioria tem mais de um emprego. Pouca disponibilidade de tempo individual para escuta resolutiva .Sobreposição de açoes.	. Tem estruturado espaço coletivo aberto e democrático, com programação flexível	. Falta comprometimento da instituição e demais profissionais em divulgar as ações coletivas. .Difícil socializar informações e cursos que cheguem em tempo hábil aos profissionais	. Aumento de auto-responsabilização, mais atuantes, co-partícipe na própria vida. Amplia o autocuidado.
. Gostam do trabalho, do usuário e/ou da instituição. Apresentam vínculos pessoais com os mesmos. .Sinalizam importância de abrir espaços para escuta, diálogo e empatia	. Trabalhar com imprevistos e o tempo individual do outro. Questões futuras e anseios sem acesso e/ou respostas como a lavagem de sêmen e vacina.	. Trabalho consegue se desdobrar na atenção a outras questões.	. Espaço hospitalar medicalizado (local de doença). Presença acadêmica inibe a desenvoltura do grupo.	. Fortalecimento da convivência com a família.
. Reconhecimento da importância do trabalho horizontal, se opondo às ações prescritivas e normativas.Profissional como facilitador.	. Trabalhar com a demanda multifatorial que envolve o portador do HIV	. Realização dos grupos traz feedback para atendimento individual	. Baixo investimento financeiro. Pouco, de modo específico, para priorizar as ações coletivas e apoio social. . Deficitária política pública.	

Anexo 08 - 4ª Parte

Planilha de Facilidades e Dificuldades correlacionadas aos profissionais, instituições e usuários

Pessoais/Profissionais		Instituições		Usuá
Facilidades	Dificuldades	Facilidades	Dificuldades	Facilidades
. Trabalhar múltiplas questões além da doença, mas tendo como ponto em comum – o HIV.	. Crítica negativa ao apoio social, principalmente por vinculá-lo prioritariamente ao apoio material	. Histórico de inúmeras ações coletivas – grupos de auto-ajuda e trabalhos manuais - geração de renda	.Falta RH. Trabalhar com contratações temporárias e voluntariado.	
. Auxilia realização de apoio social (material, educativo e emocional e/ou psicoterapia), acolhimento e educação em saúde junto aos usuários	. Inserção participativa de muitos profissionais na mesma ação coletiva, no mesmo tempo. Inserção dos médicos apenas de modo pontual		. Difícil institucionalizar e disponibilizar a categoria médica participante ativo das ações coletivas. Predominância da atenção individual focalizando a doença.	
. Reflete sobre importância de trabalhar parcerias com organizações não governamentais.	Trabalhar independentização do usuário		Ainda é um trabalho marginalizado	
. Respeita o tempo individual do usuário, porém com a intenção de trabalhar o homem integralmente.	. Desenvolver ações que permeiam questões abstratas mediante demandas urgentes, concretas e imediatas.		. Continuidade e manutenção de ações que apresentam resultados somente a longo prazo.	
.Trabalhar independência, socialização e inserção do usuário no mercado de trabalho. Intenciona participação cidadã.	. Difícil promover socialização do usuário e retorno e/ou inserção no mercado de trabalho			

ários
Dificuldades
.Muitos se encontram frágeis e debilitadas física e emocionalmente. Vícios pessoais, processos depressivos, negação da doença.
. Difícil inserção e exposição nos espaços coletivos.
. Usuários questionadores e contundentes.
. Participações flutuantes nos grupos devido atrativos individuais no dia-a-dia. . Tempo individual do usuário - compreensão e entendimento / correria com os afazeres

ários
Dificuldades
. Comportamentos e atitudes com dificuldade de mudança. Convivência com fantasia, crenças, paradgmas e falsas verdades.
. Baixa adesão ao tratamento
. Pauperização e dificuldade econômica. .Busca pelo assistencialismo material, ações particularizadas e individualizadas.
. Difícil entender importância dos trabalhos de promoção, que necessitam de longo prazo pra alcançarem resultados visíveis, questões de participação cidadã e expectativa de vida

ários
Dificuldades
.Ingresso e/ou retorno ao mercado de trabalho.

ários
Dificuldades

CPN PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADFES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Trabalho em equipe multiprofissional diversificada e integrada	Material educativo	Processo de reconhecimento da área da instituição e do seu processo de trabalho, sendo realizado com o público infantil
Grupo trabalha questões do próprio profissional. Profissional aprende com o grupo	Ações em único dia	Participação do usuário na programação do grupo e efetiva em todo processo
Experiência prévia com DST	Reuniões sistemáticas da equipe	Fortalece convivência com a família
Trabalho serve de reflexão para a equipe	Formação de grupo de passagem da infância pra adolescência	Usuários gostam de participar das ações grupais
Predisposição pessoal, satisfação pessoal, gosta do trabalho	Participação pontual dos demais profissionais da equipe	Passam a conhecer toda equipe, acessando todos de modo igualitário
Profissional gosta da instituição	Dispõe de atividade coletiva prazeroza	Atenção dispensada para as crianças no mesmo tempo da reunião dos adultos
Profissional ganhou visibilidade com a atividade grupal	Programação das atividades conforme calendário anual	Socialização das crianças a partir dos encontros grupais, amplianda as visões de mundo
Possibilita fazer vínculo com usuário	Grupo após a consulta médica, sendo que a presença não é obrigatória	Criança como multiplicador na família
Alcance de resultados é motivação pra o profissional	Equipe auxilia na revelação do diagnóstico	Usufrui de ações que possibilitam aprendizado e reflexão sobre o autocuidado
Avaliação positiva de toda equipe com relação ao trabalho de grupo	Doença ainda é atrativo de apoio financeiro, de recursos	Participa de contextos que possibilita troca de experiências, passa a ver o outro na mesmo condição como num espelho
Grupo como processo reflexivo para os profissionais	Incentivo que predispõe participar de outros grupos em outros espaços	Consegue participar de várias ações na unidade a partir dos enconcontros de grupos

CPN PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADFES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Busca de alternativas para trabalhar as questões de adesão ao tratamento	Espaço coletivo aberto e sem discriminação	Agravo auxilia os usuários a se auto-ajudarem coletivamente, aumentando a rede de solidariedade
Reconhece que o trabalho com ameças e terrorismos não tem resultados benéficos na assitência ao usuário crônico	Grupo faz feedback para o atendimento individual	Validam o trabalho da equipe, passando a confiar no serviço e mantendo vículo com retorno constante
Trabalha questões além da doença	Estrutura física auxilia na mudança da visão fúnebre da instituição hospital	Melhorar a qualidade de vida
	Possibilita apoio social em parceria com uma ONG	

HUAP PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Profissional pensa em não perder oportunidades	Otimização do tempo, reunindo várias pessoas num memo momento, associando possibilidade de trabalhar múltiplas questões	Vivencia o processo de socialização, ficando menos inibido com o tempo, melhorando a auto-estima
Auxilia apoio material	Estimula e aproxima contatos para viabilizar encontros e retornos individuais	Acesso a um grande número de respostas, num curto espaço de tempo
Objetiva auxiliar usuário a viver a própria vida, a caminhar com os próprio pés	O HIV vivencia ainda bom momento político	Inserção em outros espaços, aumentando oportunidade de troca de experiências, idéias e informações
Reflete sobre respeitar tempo individual do usuario	AIDS como interesse acadêmico	Inserção democrática, auciliando o processo de programação das ações coletivas
Realiza encontros com a idéia de tirar dúvidas, acompanhar processo saúde-doença, dar limites, aliviar sofrimentos	Serviço pode contar com profissionais e voluntários que consolidam ações horizontais, e ainda com demais profissionais da equipe com inserções e participações pontuais	Presença flutuantes devido ocupações cotidianas, porém com acolhimento em qualquer momento de retorno
Profissonal aprende com as situações de grupo	Tem grupos estruturados com programações flexíveis, com presença de espaços democráticos	Encontra vínculo, tem confiança no profissional e no serviço
Grupo proporciona visibilidade do profissional	Grupo aberto à participação de usuário de fora, porém com pactuação do coletivo presente	Consegue se tornar um multiplicador dando retorno ao grupo e a comunidade onde vive.
Gosta de trabalhar com o usuário	Grupo viabiliza demanda subsequente	Usufrui de um serviço de qualidade
Satisfação pessoal e profissional, gosta de realizar a ação, predisposição interna, participação voluntária	Grupo de adolescentes, com intenção de trabalhar o processo de refelação diagnóstica, contando com profissional qiue avalia previamente condição pra entrada de um novo participante, com a intenção de manter o sigilo	É levado à refletir sobre a auto-responsabilização, o auto-cuidado, levar a própria vida, inserido como co-partícipe no processo saude-doença

HUAP PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Experiência prévia com DST e HIV	Apresenta ações integradas num mesmo dia	Reconhece e valida de modo positivo o trabalho do grupo
Procura desenvolver desde psicoterapia até apoio social e acolhimento, demonstrando interesse de melhorar qualidade do serviço	Espaço físico adequado, proporcionando referência com local discreto que contribui para manter sigilo e deixar o usuário menos exposto em meio ao conjunto de serviços que existem num hospital universitário	Usufrui de um espaço comum à várias pessoa em situações emelhantes, possibilitando aprendizado em comum, momentos de desabafos e angústias, e aninda minimização do sofrimento
Trabalha questões além da doença, procurando enfatizar a importância dos sentimentos, da diminuição do preconceito	Tem recurso audio visual permanente	No início do diagnóstico se interessa mais pelas oportunidades de ações do sgrupos
Abre espaço pra escuta e diálogo, estando o profisional como um facilitador do processo, viabilizando uma relação empática, de olho no olho	Inserção da academia no proceso de trabalho	Tem oportunidade de se inserir nos contextos que venham melhorar a qualidade e expextativa de vida.
Interesse pessoal por capacitações	Mantém apoio mateirial como atrativo dos usuários	
Profissional procura entender o tempo do usuário	Trabalho dedobra pra outras questões	
Trabalho de grupo se desdobra pra outras questões e ainda pra atenção individual	Apresenta além dos grupos específicos, ações indiretas como grupos de gestantes, sendo importantes também no processo de encontro dos usuários portadores do vírus	
Valoriza questões além do tratamento medicamentoso, o HIV passa não ser o único problema da vida dos usuários	Grupo apresenta feedback para o atendimento individual	
Procura minimizar sentimento de culpa entre os próprios profissionais	Tem equipe integrada que tem prazer de desenvolver ações e projetos em conjunto	

HUAP PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Correlaciona situações com a própria vida se inserindo também no processo de saúde-dpença do usuário	Apresenta grupo heterogêneo mas com um ponto em comum, o HIV	
Reflete sobre necessidade do profissiona se educar		
Trabalha questões que ainda estão em moda, ainda estão presentes na mídia		
Valida a necessidade de parcerias com ONGs		
Pontua importância de se trabalhar o homem integral		
Desenvolve atividade grupal como se fossem encontros de espelhos		
Profissional auxilia participação do outro, no trabalho em equipe		
Compromisso pessoal com as ações facilita o processo de educação		

PCSA PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Profissional aprende com o grupo	Tem grupo implantado como espaço de escuta e diálogo como porta de entrada	Ficam motivados com a participação dos grupos
Gosta do trabalho, satisfação pessoal, envolvimento com a ação, comprometido com o serviço, predisposição a partir da história e vontade pessoal	Grupo possibilita feedback e preparo para o atendimento/entrevista individual	Tornam-se multiplicadores na família
Histórico de vínculo com o serviço	Realização do grupo otimiza o tempo e facilita o processo de trabalho	Participa de momentos possíveis de trocar experiências e idéias entre vários atores
Conhece o usuário, gosta de trabalhar com o ser humano, possibilita e dá abertura à formação de vínculo	Equipe de trablho avalia prática da ação coletiva de modo positivo	Podem participar de várias ações, podem discutir vários assuntos numa única oportunidade
Exterioriza proceso reflexivo projetando intenções	Presença do usuário não é obrigatória	Usufrui dos encontros mesmo que seja apenas como escuta
Procura trabalhar questões além da doença	Grupo como parte integrante do processo de trabalho, realizado por toda equipe multiprofissional, não se restringindo apenas ao psicólogo	Participa de espaço de discussões que vão além da doença em si
Propicia acolhimento e auxílio para o usuário andar com as próprias pernas	Perfil do grupo varia conforme a formação da graduação de cada profissional	Propicia auto-cuiddo
Procura trabalhar questões em comum/similares com os usuário a partir de um poonto em comum - o HIV		Participação e integração nos grupos de forma livre
Acredita ser fácil trabalhar com assunto que ainda está na moda		Mudança de vida após participação dos grupos
Objetiva romper paradgmas e diminuir preconceitos		Participa democraticamente do processo de execução dos grupos
Faz diferença da intenção do proceso de execução do grupo da ação psicoterápica		Retorno ao profissional após participar dos grupos e criar vínculo

PCSA PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Se opõe ao trabalho com orientações prescritivas e normativas, reconhecendo o grupo como espaço de educação, apoio social e acolhimento		
Pratica do grupo auxilia o profissional a trabalhar assuntos difíceis de serem trabalhados de modo individual		
Reconhece o grupo como espaço de tirar dúvidas, trocar idéias e promover debates		
Reflete sobre possibilidade de melhorar qualidade de vida do usuário, trabalhando a sua visão futura		
Promove debates, escuta, diálogo, procurando desenvolver processo democrático de participação nos grupos		
Grupo auxilia a mudar olhar do profissional, quando comprometido com a questão referida. Passa a ganhar visibilidade		
Experiência prévia do profissional facilita o processo		
Possibilita formar vínculo e confiança promovendo o retorno do usuário		
Procura desenvolver apoio social e educativo, possibilitando trabalho individual também		
Reflete sobre necessidade de se inserir no processode troca com o usuário		
Reflete importância de trabalhar adesão ao tratamento e acompanhamento		

PESM PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Profissional aprende com arealização dos grupos	Conta com profissional dedicado e disponível	Fortalecimento da convivência com seus familiares
Gosta do trabalho, predisposição pessoal, acredita no que faz, envolvimento pessoal	Disponibilidade de participações pontuais de outros profissionais	Gostam e demandam os encontros com os prfissionais, se sentindo à vontade com os mesmos
Trabalho avaliado positivamente pela equipe	Espaço aberto aos usuários, facilitando encontros, reciprocidades e espaços de confraternização	Gostam de conversar e encontrar com os demais usuários
Conhecimento prévio sobre a doença e tratamento	Histórico de ações coletivas como trabalhos manuais, cestaria de jornal e bijuteria	Passam a ter acesso a outros lugares, aumentando a possibilidade de conhecer outras coisas no mundo
Disponibilidade pra ouvir e dialogar	Referência a trabalhos indiretos como grupos de gestantes, planejamento familiar e distribuição de preservativos, servindo como porta de entrada para os convívios posteriores entre os portadores do HIV	Participa e consegue trocar experiencias e informações
Conheciemento/vínculo com usuário	Estrutura física possibilita o sigilo, acolhimnento e apoio ao usuário	Demandam individualmente após formação de vínculo, intermediando acesso aos espaços coletivos
Incentiva usuário a buscar outros espaços, como alfabetização de adultos, rodas de leitura, geração de renda	Boa receptividade dos demais profissionais lotados na unidade	Socialização de informações e busca de apoio social
Procura desenvolver apoio social e educativo a partir das ações coletivas para aumentar adesão ao tratamento	Possibilita acesso a capacitações e treinamentos	
Desenvolve ações com base na realidade participativa dos usuários	Apoia as atividades grupais	

PESM PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Disponibilidade do profissional direciona atenção individual, oportunizando momentos informais de sala de espera	Possui recursos audio-visuais	
Utiliza ferramentas como discussão de artigos para realização de encontros	Conta com a participação de acadêmicos	
Procura aproveitar os encontros para delimitar limites como educação dos filhos	Grupos favorecem a participações de outros espaços e apoio social e visitas à ONGs	
Propicia momentos de reflexão do profissional		
Intenciona reunir pessoas afins		

PCLB PESSOAL/PROFISSIONAL	FACILIDADES INSTITUIÇÃO	USUÁRIO
Hábito prévio do trabalho em equipe	Grupo otimiza o tempo e facilita o processo do serviço, possibilitando discutir vários assuntos numa mesma oportunidade	Fortalece a convivência entre os usuários e família
Trabalho possibilita satisfação pessoal, depende da vontade pessoal	Tem trabalhos indiretos como planejamento familiar, grupo de gestantes e distribuição de preservativos como ações importantes correlacionadas ao HIV	Possibilita que o usuário se sinta à vontade com o profissional
Possibilita profissioanl conhecer melhor usuário, a formar vínculo	Disponibilidade de recurso audio-visual	Passa a participar de modo efetivo do processo, encontrando oportunidade para livre expressão e desabafos
Acolhimento e escuta do profisisonal favorece formação de grupos	Grupo como espaço de apoio social	Possibilita ter acesso a outros lugares e grupos
Possibilita processo reflexivo dos profissionais		
Faz refletir intenções projetando melhora do serviço		
Envolvimento a partir da relação pessoal com o HIV e/ou com atividades de grupo		
Utilização de linguagem acessível		
Procura socializar informações e trabalhar a cidadania, promovendo diálogos, convívio mais próximo e troca de esperiências		
Valoriza atendimento individual para melhor acolher o usuário e ainda para formar vínculo e encaminhar ao espaço coletivo		
Ação auxilia o processo de revelação do diagnóstico		
Entende como positivo a participação da sociedade civil e ONGs		

Anexo 09

Roteiro Entrevista Semi-Estruturada - Coordenador Municipal de DST/AIDS

Data:	**E-mail:**	**Tel. Contato:**	
Nome:		**Pseudônimo:**	**Sexo:**
Categoria Profissional:		**Cargo que Ocupa:**	
Tempo em que trabalha na instituição:		**Tipo de vínculo:**	

1- Quais ações coletivas (trabalhos em grupo), você tem conhecimento, que são desenvolvidas nas instituições que realizam acompanhamento com os portadores de HIV no município de Niterói?

2- Desde quando estas atividades vêm sendo estruturadas no município?

3- Há quanto tempo você se envolve com as questões coletivas de educação em saúde? Fale um pouco de sua trajetória neste tipo de trabalho.

4- Como são desenvolvidas estas atividades nas instituições de saúde do Município? (dinâmicas aplicadas)

5- Quais são os profissionais envolvidos - perfil e ações? A participação destes profissionais é voluntária?

6- Qual a sua percepção sobre estas atividades?

7- Como você vê a questão do acolhimento nas ações coletivas de educação em saúde? E do apoio social?

8- O que você acha que representa estas atividades para os portadores de HIV?

9- O que você acha que representa estas atividades para os profissionais envolvidos?

10- Quais são os resultados esperados e alcançados, pelas instituições envolvidas no município?

11- Quais são as facilidades para realização destas atividades no âmbito municipal?

12- O que você apontaria como dificuldades para realização das respectivas ações?

13- Como tem sido a educação continuada dos profissionais com relação às ações de educação em saúde voltadas para o HIV/AIDS?

14- Você tem conhecimento de políticas públicas voltadas para o incentivo das respectivas questões?

15- Que tipo de incentivo as instituições/profissionais podem contar, no âmbito das três esferas de governo, para o desempenho destas atividades?
(material educativo, recurso audiovisual, espaço físico disponível, acompanhamento psicoterápico, coordenação/chefia/direção/nível central de gerência, trabalho em equipe multiprofissional).

16- O que você entende por educação em saúde, acolhimento e apoio social?

Anexo 10
Roteiro Entrevista Semi-Estruturada dos Profissionais

Instituição:	**Telefone Contato:**	**Data:**	
Nome:		**Pseudônimo:**	**Sexo:**
Categoria Profissional:		**Cargo que Ocupa:**	
Tempo em que trabalha na instituição:		**Tipo de vínculo:**	

1- Quais atividades coletivas você desenvolve com os portadores de HIV, externamente ao consultório de atendimento individual?

2- Desde quando estas atividades vem sendo estruturadas em sua instituição? Há quanto tempo você trabalha nestas atividades? Por que você começou a participar destas atividades? Sua inserção neste tipo de trabalho é voluntária? Fale um pouco de sua trajetória neste tipo de trabalho.

3- Como são desenvolvidas estas atividades? (dinâmicas aplicadas)

4- Com que freqüência estas atividades acontecem na unidade?

5- Quais são os profissionais envolvidos? (perfil e ações)

6- Qual a sua percepção sobre estas atividades?

7- Quais são os usuários que demandam as atividades que você está envolvido?

8- Por que os usuários procuram ou freqüentam estas atividades?

9- O que você acha que representa estas atividades para os portadores de HIV?

10- Quais são os resultados esperados e alcançados, para você e para os usuários que demandam estas ações?

11- Quais são as facilidades para realização destas atividades?

12- O que você apontaria como dificuldades para realização das respectivas ações?

13- Que tipo de incentivo você conta para o desempenho destas atividades?
(material educativo, recurso audio-visual, espaço físico disponível, acompanhamento psicoterápico, coordenação/chefia/direção/nível central de gerência, trabalho em equipe multiprofissional).

14- O que você entende por educação em saúde, por acolhimento e apoio social?

15- Fale sobre acolhimento, apoio social, educação em saúde nas ações de grupo.

Anexo 12
Termo de Consentimento – Diretor

Por meio deste Termo, solicita-se consentimento ao Diretor desta instituição para realização de entrevistas com os profissionais, com intenção de desenvolver a pesquisa **"As relações com o 'mundo positivo' do HIV a partir da visão dos profissionais de saúde no município de Niterói – RJ".**

Esta unidade foi selecionada após o mapeamento de todos os serviços públicos que oferecem acompanhamento aos portadores do HIV no município de Niterói. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a unidade de origem.

Os objetivos deste estudo são analisar o acolhimento e apoio social nas ações de educação em saúde realizadas em unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento dos portadores de HIV, no município de Niterói-RJ; identificar as unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento de HIV que realizam atividades de educação em saúde aos soros positivos no município de Niterói; analisar se as atividades de educação em saúde realizadas com os portadores do HIV, proporcionam acolhimento e apoio social; caracterizar o perfil dos profissionais que exercem atividades de educação em saúde com os portadores do HIV no município de Niterói; analisar os limites e possibilidades dos profissionais, em realizar apoio social e acolhimento, nas ações de educação em saúde aos portadores do HIV.

Sua participação nesta pesquisa será a de consentir a realização das entrevistas com os profissionais. O projeto não oferece risco aos profissionais participantes. Os benefícios relacionados à sua participação são, contribuir para o fortalecimento da pesquisa no mundo HIV positivo, compreender as experiências vivenciadas através de sua prática profissional nesta instituição e contribuir na melhora da qualidade da atenção prestada aos portadores de HIV e implementar a prática profissional de outros trabalhadores.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação de qualquer pessoa que venha a contribuir com este estudo, sendo utilizados pseudônimos correspondentes, a fim de identificar as respectivas falas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador e da instituição responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Audrey Vidal Pereira e-mail: audrey.vidal@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública. Rua Leopoldo Bulhões nº 1480 Sala 914, Manguinhos. CEP 21.041.210. Rio de Janeiro. Telefone: (21) 2598-2570.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios do meu consentimento para a realização da pesquisa e concordo em participar.

Diretor: _____Niterói, ____ /___ / 2005.

Anexo 13
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Caro participante

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **"As relações com o 'mundo positivo' do HIV a partir da visão dos profissionais de saúde no município de Niterói – RJ".** Sua instituição foi selecionada após mapeamento dos serviços de acompanhamento dos portadores de HIV. Você foi selecionado pelo envolvimento em atividades correlacionadas à educação em saúde, acolhimento e apoio social. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a unidade de origem.

Os objetivos deste estudo são analisar o acolhimento e apoio social nas ações de educação em saúde realizadas em unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento dos portadores de HIV, no município de Niterói-RJ; identificar as unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento de HIV que realizam atividades de educação em saúde aos soros positivos no município de Niterói; analisar se as atividades de educação em saúde realizadas com os portadores do HIV, proporcionam acolhimento e apoio social; caracterizar o perfil dos profissionais que exercem atividades de educação em saúde com os portadores do HIV no município de Niterói; analisar os limites e possibilidades dos profissionais, em realizar apoio social e acolhimento, nas ações de educação em saúde aos portadores do HIV.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas durante uma entrevista. O projeto não oferece risco aos profissionais participantes. Os benefícios relacionados à sua participação são, contribuir para o fortalecimento da pesquisa no mundo HIV positivo, compreender as experiências vivenciadas através de sua prática profissional nesta instituição e contribuir na melhora da qualidade da atenção prestada aos portadores de HIV e implementar a prática profissional de outros trabalhadores.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, ou a de qualquer outra pessoa que venha a contribuir com este estudo, sendo utilizados pseudônimos correspondentes, a fim de identificar as respectivas falas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador e da instituição responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Audrey Vidal Pereira e-mail: audrey.vidal@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública. Rua Leopoldo Bulhões nº 1480 Sala 914, Manguinhos. CEP 21.041.210. Rio de Janeiro. Telefone: (21) 2598-2570.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios do meu consentimento para a realização da pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da Pesquisa: _____ Niterói, ____ /___ / 2005.

Anexo 11
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Coordenador Municipal de DST/AIDS

Caro Coordenador

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **"As relações com o 'mundo positivo' do HIV a partir da visão dos profissionais de saúde no município de Niterói – RJ".** As instituições do município foram selecionadas após mapeamento dos serviços de acompanhamento dos portadores de HIV. A realização desta entrevista vem contribuir sobremaneira para o desfecho dessa pesquisa, entendendo seu envolvimento histórico com atividades correlacionadas à educação em saúde, acolhimento e apoio social; ampliado com sua capacidade gerencial neste efetivo trabalho de coordenação. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a unidade de origem.

Os objetivos deste estudo são analisar o acolhimento e apoio social nas ações de educação em saúde realizadas em unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento dos portadores de HIV, no município de Niterói-RJ; identificar as unidades de referência ao diagnóstico e acompanhamento de HIV que realizam atividades de educação em saúde aos soros positivos no município de Niterói; analisar se as atividades de educação em saúde realizadas com os portadores do HIV, proporcionam acolhimento e apoio social; caracterizar o perfil dos profissionais que exercem atividades de educação em saúde com os portadores do HIV no município de Niterói; analisar os limites e possibilidades dos profissionais, em realizar apoio social e acolhimento, nas ações de educação em saúde aos portadores do HIV.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas durante uma entrevista. O projeto não oferece risco aos profissionais participantes. Os benefícios relacionados à sua participação são, contribuir para o fortalecimento da pesquisa no mundo HIV positivo, compreender as experiências vivenciadas através de sua prática profissional nesta instituição e contribuir na melhora da qualidade da atenção prestada aos portadores de HIV e implementar a prática profissional de outros trabalhadores.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, ou a de qualquer outra pessoa que venha a contribuir com este estudo, sendo utilizados pseudônimos correspondentes, a fim de identificar as respectivas falas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador e da instituição responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Audrey Vidal Pereira e-mail: audrey.vidal@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública. Rua Leopoldo Bulhões nº 1480 Sala 914, Manguinhos. CEP 21.041.210. Rio de Janeiro. Telefone: (21) 2598-2570.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios do meu consentimento para a realização da pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da Pesquisa: _____ Niterói, ____ /___ / 2005.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo