

**A AVALIAÇÃO QUALITATIVA SOB A PERSPECTIVA DO  
INTERACIONISMO INTERPRETATIVO: O CASO DA AIDS**

**SÔNIA MARIA OLIVEIRA DE ANDRADE**

**Tese apresentada ao  
Departamento de Saúde  
Materno Infantil da Faculdade  
de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo,  
para a obtenção do grau de  
Doutor.**

**Área de concentração:  
Avaliação de Serviços de  
Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Oswaldo  
Yoshimi Tanaka.**

**SÃO PAULO**

**2002**

## RESUMO

Andrade, SMO. **A avaliação de resultados em saúde sob a perspectiva do interacionismo interpretativo.** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Informação sem ação; conhecimento sem prática é o problema objeto da presente pesquisa. A constatação remete à necessidade do entendimento da lacuna entre o saber e o agir sexualmente em relação à Aids. Assim, tem-se como objetivo, investigar e compreender o significado dos comportamentos de risco frente à Aids, a partir da perspectiva de pessoas HIV+ e de profissionais de saúde que possuem um conhecimento diferenciado sobre modos de transmissão e modalidades de prevenção. A investigação se dá sob a perspectiva do Interacionismo Interpretativo, que tem como premissas centrais que as ações humanas resultam de experiências interacionais mediadas por símbolos e pela linguagem e que no mundo da experiência há somente interpretação. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, cuja síntese resultou na elaboração do discurso do sujeito coletivo, a partir de expressões-chave e seus significados, significados estes oferecidos pelos próprios entrevistados. Os resultados mostram que as influências da família e da afetividade se sobrepõem à prevenção centrada no uso do preservativo, apesar do reconhecimento da possibilidade de estar sob risco.

## SUMMARY

Andrade, SMO. **A avaliação de resultados em saúde sob a perspectiva do interacionismo interpretativo.** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Information without action; knowledge without practice is the problem object of this research. The verification sends to the need of the understanding of the vacuum among the knowledge and acting sexually in relation to the Aids. Thus, it is had as objective, to investigate and to understand the meaning of the behaviors of risk front to the Aids, starting from the people's perspective HIV+ and of professionals of health that possess a knowledge differentiated about transmission manners and prevention modalities. The investigation is conducted under the perspective of Interpretive Interactionism, that has as central premises that the human actions result of experiences interacionais mediated by symbols and for the language and that in the world of the experience there is only interpretation. Semi-structured interviews were accomplished, whose synthesis resulted in the elaboration of the collective subject's speech, starting from expression-key and its meanings, meanings these offered by the own interviewers. The results shows that the influences of the family and of the affectivity are put upon to the prevention centered in the use of the preservative, in spite of the recognition of the possibility of being under risk.

# SUMÁRIO

<b>I – INTRODUÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO</b> .....	1
<b>1 Problematização do tema</b> .....	1
<b>2 A questão da avaliação de resultados em saúde</b> .....	2
<b>3 Um novo paradigma para a avaliação de resultados em saúde: o Interacionismo Interpretativo</b> .....	10
<b>II – A CONCEPÇÃO DA PESQUISA INTERPRETATIVA</b> .....	15
<b>1 A matéria prima da pesquisa interpretativa : a epifania</b> .....	15
<b>2 Os passos da pesquisa interpretativa</b> .....	16
2.1 Delimitação da questão da pesquisa .....	17
2.2 Desconstrução .....	17
2.3 Captação do fenômeno .....	18
2.4 Isolamento .....	20
2.5 Construção .....	23
2.6 Contextualização .....	23
<b>3 Requisitos para o processo interpretativo</b> .....	24
3.1 Contextualização da experiência biográfica .....	25
3.2 Descrição.....	28
3.3 Interpretação.....	30
3.4 Compreensão.....	33
<b>III – A APLICAÇÃO DO INTERACIONISMO INTERPRETATIVO AO CASO DA AIDS</b> .....	36
<b>1. A delimitação</b> .....	36
1.1 A questão da pesquisa.....	36
1.2 O local da pesquisa.....	36
1.3 Os sujeitos da pesquisa.....	37
1.4 A coleta dos dados.....	38
1.5 Objetivo .....	40

<b>2. A desconstrução: A Aids e as interfaces entre prevenção, sexualidade e risco .....</b>	<b>40</b>
2.1 Prevenção da Aids.....	42
2.2 Sexualidade.....	43
2.3 Risco.....	47
<b>3 A metodologia: a captação do fenômeno.....</b>	<b>50</b>
3.1 Onde .....	50
3.2 Quem.....	53
3.3 Como.....	53
<b>4 Isolamento .....</b>	<b>56</b>
4.1 Delimitação das expressões-chave e seu significado.....	56
4.1.1 Discurso dos profissionais.....	56
4.1.2 Discurso dos usuários.....	56
<b>5 Construção .....</b>	<b>71</b>
5.1 Reunião das experiências vividas.....	71
5.1.1 Discurso dos profissionais.....	71
5.1.2 Discurso dos usuários.....	83
<b>6 Contextualização: interpretação e compreensão do fenômeno</b>	<b>95</b>
6.1 A perspectiva dos profissionais – epifania cumulativa .....	96
6.2 A perspectiva dos usuários – epifania principal.....	105
<b>7 Epifania, saber e repercussão na vida em tempos de Aids – considerações finais .....</b>	<b>113</b>
7.1 Sobre os profissionais .....	113
7.2 Sobre os usuários .....	116
7.3 Conclusão – uma tentativa .....	119
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>130</b>

# **I – INTRODUÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO**

## **1 Problematização do tema**

São quase duas décadas de estudos e pesquisas. Sabe-se muito sobre Aids, mas esse saber não impediu que a epidemia atingisse todos os países do mundo e, apesar de todo o investimento realizado e da mobilização de uma vasta gama de conhecimentos médico-científicos, ainda não foi possível a obtenção da cura para a Aids.

O descompasso entre o avanço da epidemia e as perspectivas relativas à descoberta de uma vacina ou à cura da doença configura-se como preocupação desde o início da década de 90, como se pode notar pela recomendação da OMS (1990) a afirmação de que, para poder conter a pandemia causada pelo HIV, teria que se realizar um esforço em todos os países com o fim de interromper essa transmissão, destacando que dentre as medidas convenientes para serem adotadas encontravam-se a orientação e o fomento ao uso do preservativo.

Impõe-se, desde então, a necessidade de se reverem estratégias e orientações e de se buscarem novas respostas para a Aids e para o principal desafio colocado pela epidemia na última década: o aumento do número de casos em heterossexuais (HOUWELIN, 1998).

Os dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998) mostram que, no Brasil dos anos 80, considerando-se a categoria de exposição "transmissão sexual", o percentual de transmissão heterossexual era de 2,8%. Chegamos ao fim da década de 90, com esse percentual atingindo a casa dos 63%. O mesmo fenômeno se verifica em Mato Grosso do Sul, de modo mais intenso, quando vemos que no final da década de 80 a transmissão heterossexual significava 13% do total de casos decorrentes da transmissão sexual e hoje totaliza 73%.

O fato de os heterossexuais constituírem o segmento que tem tido participação cada vez mais crescente na transmissão do HIV e em novos

casos da doença traz um dado novo: a participação crescente da mulher nos novos casos de Aids.

Se em meados da década de 80 a razão masculino : feminino era de 60 : 1, chegamos ao final da década de 90 com essa razão em 2 : 1, tanto para o Brasil como para o Mato Grosso do Sul.

Embora alguns trabalhos (CASTILHO et al., 1992; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993) tenham apontado para a possibilidade do referido aumento de casos em mulheres estar se dando a partir de parceiros bissexuais ou usuários de drogas injetáveis, estudos imediatamente posteriores (ZEWDI, 1993; MACEDO, 1994) já mostravam que as mulheres com um único parceiro sexual (maridos ou companheiros), passavam a representar quase a metade de todos os casos novos de Aids. Em Mato Grosso do Sul, esta modalidade de transmissão é majoritária (ANDRADE, 1998).

As dúvidas passam a recair, então, sobre o nível de informação da população heterossexual.

Pesquisas com a população masculina em geral (BERQUÓ E SOUZA, 1990), heterossexuais masculinos (ANDRADE, 1991), com homossexuais e bissexuais (SOUZA FILHO e HENNING, 1992), adolescentes (GUNTHER et al., 1991; SANTOS, 1992, CORDEIRO, 1993), homens homossexuais e bissexuais (PARKER, 1994) e com a população geral (LOYOLA, 1994; ANDRADE, 1997), mostram que as pessoas sabem o que é a Aids, seus modos de transmissão e as modalidades de prevenção.

Apesar do conhecimento de que a transmissão se dá por diversas vias, evidenciando-se as formas de transmissão explicitadas nas informações divulgadas pela mídia, a transmissão por meio das relações sexuais foi a que despertou maior preocupação entre os entrevistados dos referidos estudos.

BERQUÓ E SOUZA (1990, p. 474) afirmam que

... tal preocupação é coerente com a elevadíssima incidência de Aids entre homens e mulheres, ocasionada pela via heterossexual. As campanhas veiculadas pelos meios de comunicação de massa acabaram por passar a informação de que o maior perigo está nesta área do comportamento, fazendo com que as pessoas incorporem esta preocupação no seu cotidiano.

SMITH (1998) afirma que o conhecimento sobre Aids leva a atitudes favoráveis à adoção do "sexo seguro", mas isso não significa que tenham comportamento compatível com tais atitudes.

A preocupação e as atitudes favoráveis ao sexo seguro, mais especificamente, ao uso do preservativo, parece ter permanecido no terreno das idéias, mas não das práticas.

O fenômeno não é uma exclusividade brasileira. Os estudos de OZER et al., nos Estados Unidos (1997), JEANNIN et al., na Suíça (1998), OSTERGAARD, na Dinamarca (1997), BERNAL et al., no Chile (1994), ABREU GARCIA et al., em Cuba (1993), realizados com heterossexuais, mostram que essa população possui um bom nível de informação com relação à Aids e reconhece a necessidade do uso do preservativo. Na prática, contudo, o que se verifica é que as práticas sexuais de risco, ou seja, as relações sexuais desprotegidas, continuam a acontecer.

JEANNIN et al. (1998), identificaram que, dentre os 138 selecionados na amostra de 2800 pessoas, apenas 17 homens referiram o uso consistente do preservativo e, dentre estes, 8 admitiram ter tido algumas relações sexuais desprotegidas.

Nos países ditos centrais, destaca CASTIEL (1998), há fortes indícios de, a esta altura, a população já ter sido exposta à informação sobre os riscos a respeito da transmissão de HIV/Aids, a ponto de dispor de conhecimentos suficientes para orientar sua conduta sexual. Contudo, mais da metade dos norte-americanos pesquisados em *surveys* relataram não tomar nenhuma precaução quanto às possibilidades de se infectar.

No Brasil, apesar da relativa insuficiência de investigações a esse respeito, dados de estudos preliminares (ANDRADE, 1991; CORDEIRO et al., 1994) e as estatísticas oficiais apontam para a mesma direção.

Porque o controle da Aids reside, quase que exclusivamente, nas medidas preventivas adotadas pela população, parece não haver mensagens alvissareiras quanto ao controle da epidemia.

PARKER (1994, p. 56) diz que, no Brasil,



... talvez não surpreenda o fato de esforços iniciais para a educação sobre a Aids, desenvolvidos quase sem qualquer referência aos tipos de significados culturais, parecerem ter causado um impacto relativamente pequeno. Embora estudos recentes demonstrem um nível realmente elevado de preocupação e informação, eles pouco documentaram as formas mais concretas de mudança comportamental consideradas com as que podem reduzir mais efetivamente o risco de transmissão do HIV. O enfoque central da educação sobre Aids e da promoção da saúde durante a última década tem sido claramente a disseminação de informações objetivas sobre os riscos de transmissão do HIV. Independentemente da mídia específica envolvida, ou dos grupos atingidos, a hipótese fundamental tem sido a de que os indivíduos, ao receberem informações objetivas, responderão através de escolhas racionais que resultarão em mudança comportamental e redução do risco.

Pois, vale repetir, em tese: uma vez conhecidas as formas de transmissão do HIV, trata-se de uma questão racional evitar ser atingido pelo vírus. Adoecer não é mais uma questão do destino, das contingências que podem escapar ao controle mas que pode ser prevenido a partir de escolhas intencionais baseadas em ações racionais bem informadas, como bem destaca CASTIEL (1998).

É ainda o mesmo autor que indaga: "Por que as pessoas possuidoras de conhecimentos elaborados acerca dos riscos fatais, ao adotarem determinados comportamentos/práticas, mesmo assim se expõem?"

Se a heterossexualização da Aids mostra que, sob a óptica do risco, somos todos iguais diante dela e que, embora homens e mulheres saibam o que fazer para, individualmente, se protegerem, por que os comportamentos de risco continuam a acontecer?

O que acontece com o que se espera ser consequência do saber sobre Aids, ou seja, as mudanças de comportamento no sentido da não exposição aos riscos?

Se as informações são suficientes em termos de quantidade e qualidade, se os dispositivos para a medidas preventivas estão à disposição das pessoas, por que os resultados têm-se apresentado de forma tão discrepante do que se esperava como resultado?

MADEIRA (1998) afirma que seria simples afirmar a ignorância ou a incapacidade daqueles que não adotam o que lhes é proposto como o melhor para si, apesar da clareza e da lógica com que se apresentam as informações.

Mas o impasse entre a difusão do conhecimento científico e o cotidiano de indivíduos e grupos, argumenta a mesma autora, evidencia a complexidade envolvida nas condutas e práticas que marcam o viver dos sujeitos em suas culturas e a pluralidade de lógicas circulantes e a especificidade que as caracteriza.

No caso dos comportamentos sexuais de risco frente à Aids, assim como nas demais ações em saúde em que a adesão a um determinado comportamento preconizado como desejável não é obtida, é preciso avaliar qualitativamente, para que seja possível o conhecimento dos fatores que permitam uma compreensão da dinâmica entre o que se conhece e o que se faz, ou melhor, o que não se faz.

## **2 A questão da avaliação qualitativa em saúde**

A epidemiologia tem-se mostrado como um dos mais importantes instrumentos no que se refere à avaliação de ações e serviços de saúde e os dados resultantes das notificações e decorrentes de estudos e pesquisas têm não só direcionado a implantação e a implementação como a reorientação de programas.

Mas se as avaliações quantitativas têm sido profícuas em medir, comparar e julgar aspectos atinentes à estrutura, processo e resultados de programas e suas ações, têm se mostrado insuficientes no sentido de determinar por que se fracassou naquilo que se esperava como resultado.

Avaliar, como argumenta FREUDENBERG (1989), não é a única maneira disponível para se identificar o que funciona e o que não funciona, mas avaliar qualitativamente é a única forma pela qual se pode identificar o porquê do sucesso ou do fracasso de algo e se desenvolver um corpo de conhecimentos que possa guiar, com segurança, a prática.

WINDSOR (1994) defende que uma forma de avaliar se os resultados de um programa ou ação em saúde foram eficazes e efetivos é considerar a produção de modificações na incidência ou prevalência dos índices de morbidade ou outros indicadores do estado de saúde de uma população considerada sob risco.

WEISS (1998) vai mais além quando enfatiza que, mais do que medir a extensão na qual os fins foram alcançados, a avaliação deve, por métodos e objetivos sistemáticos, identificar os fatores associados ao êxito ou ao fracasso dos seus resultados.

Esta perspectiva é endossada por MALIK e SCHIESARI (1998), quando afirmam que a avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito de um programa, ação ou serviço, sejam os resultados positivos ou negativos.

Quando, ao invés de referendar dados apresentados que apontam que os resultados obtidos ficaram distantes do que se esperava, se pretende identificar os fatores associados ao distanciamento entre o que se esperava e o que se obteve e obter os fundamentos que levem à sua compreensão, um empreendimento avaliativo qualitativo se faz necessário.

Além de avaliativa e qualitativa, uma proposta com tais objetivos pode ser considerada como a que PATTON (1989) denomina de "avaliação esclarecedora" ou que PARLETT e HAMILTON (1976) chamam de "iluminativa", cuja preocupação primeira, mais do que com a medida e a predição, é com a descrição e a interpretação, fundamentais para a compreensão.

Este tipo de abordagem avaliativa objetiva descobrir e documentar o que é estar vivenciando uma questão atinente a um programa ou serviço, tanto do ponto de vista dos usuários quanto dos profissionais, e discernir e discutir os fatores mais significativos e os processos críticos, buscando clarear a complexa ordem de fatores que influenciam o sucesso ou o fracasso das ações desses programas ou serviços.

A elucidação de tais fatores intervenientes requer o estudo do fenômeno a partir das pessoas diretamente envolvidas, visto que a

compreensão emerge mais significativamente a partir da análise de dados detalhados, descritos e expressos durante um contato direto com as pessoas.

SCRIVEN (1980) há muito defende uma abordagem semelhante quando diz que avaliar é mais do que estudar limitadamente os objetivos estabelecidos e os produtos obtidos por um programa; avaliar é estudar importantes resultados não previstos, o que ele chama de avaliação dos efeitos atuais.

Este tipo de abordagem leva, particularmente, aos métodos qualitativos, porque se ampara fortemente na descrição e interpretação da experiência direta das pessoas com relação ao fenômeno em questão.

CHIZOTTI (1995) destaca alguns aspectos que tipificam qualquer abordagem qualitativa, explicitando que parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

O conhecimento, reitera o autor, não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado. O objeto não é inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. A pesquisa qualitativa tem alguns aspectos característicos tais como:

- a) a delimitação e formulação do problema – o problema não é uma definição apriorística, não se reduz a uma hipótese previamente aventada ou a algumas variáveis que serão avaliadas por um modelo teórico preconcebido, nem resulta de uma afirmação prévia e individual, formulada pelo pesquisador e para a qual recolhe dados comprobatórios;
- b) o pesquisador – é parte fundamental da pesquisa qualitativa e deve experienciar o espaço e o tempo vivido pelos investigados e partilhar de suas experiências para reconstituir, adequadamente, o sentido que os atores sociais lhes dão a elas;

- c) os pesquisados – todas as pessoas que são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam;
- d) os dados – os dados se dão em um contexto fluente de relações: são fenômenos que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e ocultamentos. É preciso ultrapassar sua aparência imediata para descobrir sua essência;
- e) as técnicas – as técnicas adequadas são aquelas que coadjuvam a descoberta de fenômenos latentes, que reúnem um corpus qualitativo de informações que se baseia na racionalidade comunicacional.

GREENE (1998) discute as principais abordagens qualitativas em avaliação e aponta quatro possibilidades:

- a) pós-positivismo, que tem como arcabouço ideológico a teoria de sistemas e como valores-chave a eficiência, responsabilidade e conhecimento teórico-causal, e sempre acrescenta métodos quantitativos;
- b) o pragmatismo, que se sustenta ideologicamente na gerência, tomando como valores-chave a praticabilidade, o controle de qualidade e a utilidade;
- c) a ciência crítica, normativa, cujo arcabouço ideológico incorpora, fundamentalmente, a emancipação, o “empoderamento” e a mudança social;
- d) o interpretativismo, que tem arcabouço ideológico plural, assume como valor-chave a compreensão e tem como fontes de informação, usuários e profissionais de um dado serviço, onde as pessoas com o problema em questão se reúnem. Os métodos de preferência são os qualitativos, notadamente as entrevistas, que têm como questão-chave: *como as pessoas vivenciam o fenômeno em questão.*

TRIVIÑOS (1988) diz, numa perspectiva de homogeneização, que as abordagens qualitativas partem do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Numa síntese das principais abordagens, o autor acima as categoriza em dois grandes grupos, afirmando que as posições interpretativas baseiam-se especialmente na fenomenologia e no marxismo e podemos distinguir dois tipos de enfoques na pesquisa interpretativa que correspondem a concepções ontológicas e gnosiológicas específicas, de compreender e analisar a realidade:

- os enfoques compreensivistas – que têm como representantes Weber, Dilthey, Heidegger e Husserl - privilegiam os aspectos conscienciais, subjetivos dos atores ou seja, percepções, processos de conscientização, de compreensão do contexto cultural, da realidade a-histórica, de relevância, pelos significados que eles têm para o sujeito.
- Os enfoques crítico-participativos com visão histórico-estrutural – dialética da realidade social que parte da necessidade de conhecer (através de percepções, reflexão e intuição) a realidade para transformá-la em processos contextuais e dinâmicos complexos, cujos representantes maiores são Marx, Engels, Marcuse, Gramsci, Adorno, Fromm, Habermas.

Com base nos argumentos de que uma pesquisa avaliativa interpretativa pode oferecer explicações sobre como certas questões surgem ou persistem, pode expor e revelar os elementos que constituem esta questão e pode fornecer a base para propostas realísticas referentes à implementação de determinadas ações, como o é o caso da saúde, a avaliação qualitativa em saúde sob a perspectiva do Interacionismo Interpretativo surge como a possibilidade mais adequada.

### **3 Um novo paradigma para a avaliação qualitativa em saúde: o Interacionismo Interpretativo**

A busca de intervenções quantificáveis da assistência tem se tornado condição *sine qua non* nas pesquisas em saúde, resultado das exigências elencadas por agências financiadoras ou pelo desejo que se tem por categorizar e contar. Qualificar e entender o porquê dos fenômenos se apresentarem como tal, tem representado um desafio para os avaliadores em saúde.

Uma das estratégias para o enfrentamento de tal desafio é o Interacionismo Interpretativo, concebido por Norman Denzin.

A considerável literatura sobre métodos qualitativos, no parecer de DENZIN (1989) não oferece um tratamento extenso sobre o ponto de vista "interpretativo". Ele afirma que em "A imaginação sociológica", MILLS (1969) desafiou estudantes das disciplinas humanas a desenvolver um ponto de vista e uma atitude metodológica que lhes possibilitasse examinar como os problemas vividos pelos indivíduos, que ocorrem no mundo da experiência, estão conectados às questões públicas e às respostas públicas que se espera dar a esses problemas. "A despeito da enorme influência do seu trabalho, nunca houve uma discussão metodológica de como esta teoria e método poderia ser colocada em prática" (DENZIN, 1989, p. 7).

A perspectiva denominada Interacionismo Interpretativo dá continuidade ao projeto de Mills e, com esta expressão, que o próprio Denzin considera desajeitada, ele se refere à tentativa de fazer o mundo da experiência problemática vivida, diretamente acessível, por meio da interpretação do pesquisador.

O Interacionismo Interpretativo constitui-se valiosa abordagem para a avaliação de ações em saúde.

A abordagem foi concebida por DENZIN (1989) para ser uma modalidade de pesquisa avaliativa e sua utilização é recomendada quando se pretende compreender porque políticas implementadas para beneficiar certo grupo de pessoas estão tendo um determinado resultado.

O fracasso de alguns resultados em saúde, ressalta o mesmo autor, ocorre porque, freqüentemente, as pessoas em posição de tomada de decisão confundem suas próprias experiências com as dos outros e essa tendência leva a que façam interpretações errôneas, façam julgamentos, conduzam estudos e concebam políticas que não têm relação com as experiências das pessoas para as quais estão direcionadas.

Um exemplo com os quais os profissionais de saúde estão familiarizados, para não citar o caso da prevenção da Aids, é o da não adesão a medicamentos, exercícios ou programas alimentares.

Independentemente da forma ou custo-efetividade dos programas que são desenhados para ensinar ou ajudar usuários a aderirem a certas condutas, eles simplesmente falham pois não sabem por que os pacientes são relutantes ou inaptos a participarem como agentes ativos em defesa de sua própria saúde, de sua própria vida.

Nesse sentido, o Interacionismo Interpretativo configura-se como uma perspectiva teórico-metodológica útil para o pesquisador que se interessa pelo estudo que relaciona ação e resultados, a partir de experiências pessoais que são levantadas como "descrições densas", analisadas através de "interpretações densas" e cujos significados são apreendidos considerando o relevante material contextual.

Denzin argumenta, convincentemente, diz JORGENSEN (1990), que o Interacionismo Interpretativo configura-se como uma síntese criativa de teorias e metodologias interpretativas, no qual teoria e método estão unidos no processo interpretativo e que o foco nas epifanias é original e especialmente poderoso no desenvolvimento e uso do pensamento interpretativo nas pesquisas avaliativas, no que tem a concordância de RUDY(1990).

O Interacionismo Interpretativo é denominado **interacionista** porque parte do pressuposto de que as ações do ser humano se dão em direção ao outro, com o outro, a partir do outro, num processo mútuo, sendo que essas ações resultam em experiências interacionais mediadas por símbolos e pela



linguagem. Como argumenta SCHNITMAN (1996), ser humano consiste em participar em processos sociais compartilhados, nos quais emergem significados. A própria relação pesquisador-sujeito, é interacional.

É denominado **interpretativo** porque busca a atribuição de significados e sua tradução em termos que levem à compreensão do fenômeno que se pretende estudar.

Combinando estes termos, conclui-se que o interacionista interpretativo é intérprete de experiências vividas, envolvendo a interação entre duas ou mais pessoas, o que se aplica aos comportamentos sexuais de risco frente à Aids. Além de interacionais, estas experiências revestem-se de significado para quem as vive ou viveu.

Uma tese básica direciona o Interacionismo Interpretativo: a importância da interpretação e compreensão de um fenômeno ou questão-chave da vida social. Na vida social, afirma DENZIN (1989) há apenas interpretação, isto é, a vida cotidiana gira em torno da interpretação e julgamento que as pessoas fazem sobre os comportamentos e experiências de si mesmas e dos outros.

Como uma abordagem qualitativa distinta, que tenta tornar o mundo da experiência vivida compreensível, o foco da pesquisa interpretativa se centra nas experiências da vida que radicalmente afetam e moldam o significado que as pessoas dão a elas próprias e aos seus projetos de vida. Seu foco centra-se nas epifanias, que nada mais são que experiências que deixam marcas na vidas das pessoas.

Pelo registro detalhado dessas experiências, é possível desvendar esses momentos decisivos que levam a que a pessoa nunca mais volte a ser a mesma. Busca-se estudar como a experiência está articulada, como o indivíduo interpreta essa experiência subjetiva humana e que significado atribui a ela.

Sob esta perspectiva teórica, segundo DENZIN (1989), a pesquisa interpretativa tem as seguintes características:

- a) é ideográfica, porque trata cada indivíduo como um universo singular e é nomotética, porque pretende certa generalização;
- b) é progressivo-regressiva. Progressiva porque remete à dimensão futura, temporal do interpretativismo e regressiva porque trabalha com retornos no tempo consideradas as condições culturais que mobilizaram o sujeito para experimentar o fenômeno que está sendo estudado;
- c) é naturalística porque está localizada na experiência do mundo cotidiano;
- d) é permeada pela história de quatro formas:
  - os eventos estudados desdobram-se através do tempo
  - os eventos ocorrem dentro de uma estrutura social e são considerados os significados culturais (referentes ao sistema de valores da sociedade) que estruturam as experiências sociais (interacionais)
  - a história opera ao nível da história individual, tanto que o indivíduo traz uma história pessoal para o evento ou fenômeno que está sendo investigado
  - o pesquisador tem uma história cuja marca se torna presente na relação pessoal que ele estabelece com o processo interpretativo
- e) traz a marca da emoção, que está sempre presente na pesquisa interpretativa; está presente no humor e sentimentos que as pessoas trazem, na vida dos sujeitos estudados, na interação entre pesquisador e sujeito. Interpretações imparciais, puramente cognitivas, são impossíveis em um estudo interpretativo;
- f) cria condições para a compreensão. Há um pressuposto básico de que emoção e experiência compartilhada propiciam as condições para a compreensão profunda, autêntica. É este modo de compreensão que o interacionismo interpretativo tenta construir. Uma fórmula matemática, como a Teoria da Relatividade,

estabelece relações entre fenômenos mas não confere significado emocional a estas relações;

- g) é crítica, na medida em que deve prover uma minuciosa análise das estruturas e processos que estão sendo investigados, com destaque para as formações culturais que estão subjacentes ao fenômeno em questão.

Em síntese, como método de pesquisa, o Interacionismo Interpretativo configura-se como qualitativo que, com base em múltiplas perspectivas, notadamente as interpretativas, hermenêuticas e fenomenológicas, tenta estudar a totalidade de um dado fenômeno a partir de pessoas em um determinado contexto, ou melhor, a partir de epifanias que alteram e dão forma à vida dessas pessoas.

## II – A CONCEPÇÃO DA PESQUISA INTERPRETATIVA

### 1 A matéria prima da pesquisa interpretativa : a epifania

A matéria prima da pesquisa interpretativa é a experiência de vida, visto que estudos interpretativos são organizados em termos de eventos ou momentos significativos na vida de uma pessoa. Este evento, como é vivido, como é definido e como é conformado na vida do sujeito, constitui o foco da pesquisa interpretativa.

Assim, a pesquisa interpretativa centra-se nas experiências de vida que radicalmente alteram e moldam o significado que as pessoas dão a elas próprias e aos seus projetos de vida, chamadas **epifanias**.

As epifanias são experiências interacionais que significam um marco decisivo na vida das pessoas, ou seja, após ter a experiência, a pessoa nunca mais volta a ser a mesma.

As epifanias podem assumir quatro formas:

- a) **principal** – experiência que perturba, despedaça a vida da pessoa e faz com que ela nunca mais seja a mesma; infecção pelo HIV, por exemplo;
- b) **cumulativa** – ocorre como resultado de uma série de eventos que são construídos na vida da pessoa, como uma mulher que, após anos de violência, mata o marido ou caminha para o divórcio;
- c) **iluminativa** (secundária, esclarecedora) – através de uma dada experiência, tensões subliminares ou problemas em uma situação ou relacionamento são revelados;
- d) **revivida** – em decorrência de uma outra situação a pessoa revive um momento decisivo em sua vida.

As epifanias são apreendidas como experiências biográficas da vida de homens e mulheres e são apresentadas pelos sujeitos que as experimentaram e viveram sob a forma de narrativas, como histórias das

experiências pessoais ou histórias pessoais, sendo que a estratégia utilizada vai depender da forma da epifania.

Qualquer que seja a modalidade usada para captar a experiência, o pesquisador deve estar apto, em pelo menos, três aspectos. Apto a participar da experiência, na medida em que busca ver o mundo como os sujeitos o vêem. Deve estar apto para entrevistar ou seja, ser um bom entrevistador, e DENZIN (1989) diz, a este respeito, que um bom entrevistador é aquele que põe em prática o que todo bom "conversador" sabe fazer: um dar e receber entre duas pessoas, num processo criativo, no qual compartilham experiências umas com as outras em busca mútua de uma melhor compreensão. E, também, apto para ouvir, no sentido de saber fazer da escuta um processo interacional, compartilhado.

As epifanias, sejam quais forem, ocorrem em situações problemáticas interacionais em que o sujeito se confronta com e experimenta a crise, e contextualizam-se dentro de extensas arenas culturais que circundam a vida do sujeito. Isso significa dizer que, independentemente do tipo de epifania, elas ocorrem dentro de um contexto sociocultural que determina o seu significado para quem a experimenta. O contexto cultural relaciona-se estreitamente com a experiência individual, tanto no que se refere à sua ocorrência e ao significado para a pessoa que a vive, como na sua transformação em uma questão pública e em respostas que são dadas para esta questão.

## **2 Os passos da pesquisa interpretativa**

O desenvolvimento de uma pesquisa sustentada no Interacionismo Interpretativo se dá em seis fases ou passos, todos fundamentais para o processo interpretativo, quais sejam: delimitação, desconstrução, captação, isolamento, construção e contextualização.

## 2.1 Delimitação da questão da pesquisa

Delimitar a questão básica da pesquisa não significa apenas formular o problema, a questão que se quer investigar, mas requer precisá-la como experiência, como o problema está dado (se é ou está se tornando uma questão pública), localizar o cenário onde as pessoas com o problema se reúnem, formular a questão considerando não o porquê mas o como é viver a experiência.

Nesta fase o pesquisador é levado a identificar sujeitos que experimentaram os tipos de experiências que ele quer compreender, para que possa fazer a delimitação do fenômeno a ser estudado.

Delimitar a questão da pesquisa envolve os seguintes passos:

- a) descobrir como um problema particular é ou está se tornando uma questão pública que afeta várias pessoas, instituições e grupos sociais;
- b) localizar organizações institucionais ou locais onde pessoas com esses problemas fazem coisas juntas;
- c) tentar formular sua questão da pesquisa com uma afirmação simples.

## 2.2 Desconstrução

Apesar de ser análoga à revisão da literatura, mais do que um levantamento que contextualiza a questão, é necessário que se faça uma leitura desconstrutiva, crítica, que possibilite ao pesquisador identificar pré-concepções, viéses que podem estar presentes naquilo que é apresentado. Desconstruir, segundo CULLER (1981), significa trabalhar o texto para além da sua solidez metodológica, buscando identificar a história que pode ter sido ocultada ou desconsiderada, vozes que foram omitidas, o que foi dito e o que deixou de ser falado. O argumento é que, após a desconstrução, o pesquisador está menos sujeito a viéses e pré-concepções. Isso não significa que o seu trabalho esteja livre de distorções, isso porque os conceitos e

questões básicas que o investigador leva para um estudo são parte da pesquisa. Eles “determinam o modo pelo qual adquirimos uma compreensão anterior da matéria-prima da investigação.... toda investigação é guiada, de antemão, pelo que se busca” (HEIDEGGER, 1988, p. 24). Um círculo interpretativo contorna o processo da pesquisa, argumenta ainda o mesmo autor:

Este círculo de compreensão não é uma órbita em torno da qual qualquer forma de conhecimento pode se mover... não pode ser reduzido a nível de um círculo vicioso que é meramente tolerado... O fundamental é não se excluir do círculo mas adentrá-lo de forma correta” (1988, p 195).

A desconstrução tem as seguintes características:

- a) põe à mostra as concepções prévias sobre o fenômeno em questão;
- b) requer uma interpretação crítica das definições, observações e análises;
- c) o modelo teórico subjacente da ação humana implicado e usado em estudos anteriores é criticamente examinado;
- d) as pré-concepções e vieses que circundam a compreensão existente são apresentados.

### 2.3 Captação do fenômeno

Captar o fenômeno pode ser comparado à coleta de dados. Envolve localizar e situar o que está sendo estudado. Se a desconstrução refere-se ao que foi feito com o fenômeno no passado, captar relaciona-se com o que o pesquisador está fazendo com o fenômeno no presente, em sua pesquisa. Envolve extrair múltiplos exemplos do material a ser interpretado; assegurar múltiplas amostras de ocorrências ou experiências, objetivando tornar o fenômeno em questão compreensível. Como sugerem LINCOLN e GUBA (1985), que defendem uma abordagem adaptável para a amostragem em estudos qualitativos, o número de sujeitos, com suas experiências, é flexível.

Captar, portanto, envolve:

- a) assegurar casos e histórias que incorporem o fenômeno em questão;
- b) localizar as crises e epifanias nas vidas das pessoas que estão sendo estudadas;
- c) obter histórias de experiências pessoais ou auto-histórias dos sujeitos em questão, com relação ao tópico ou tópicos sob investigação

A captação do fenômeno, enfim, requer: localizar os sujeitos, participar, entrevistar e ouvir.

**Localizando o sujeito** - dependendo do estudo, os sujeitos podem ser facilmente localizados. Se eles estão tendo problemas pessoais, estes problemas levá-los-ão às instituições públicas que tratem deles. Para contatar uns, precisa-se apenas ir aos cenários institucionais onde os problemas são trazidos; lá os sujeitos são encontrados.

**Participando** - o interacionista interpretativo tenta ver o mundo e seus problemas como são vistos pelas pessoas que o vivem, tenta compartilhar o mundo dos sujeitos, identificando e compreendendo as atividades que conformam este mundo e vê-lo como os sujeitos o vêem. O objetivo do interacionista interpretativo gira em torno da tentativa de apreender o significado deste mundo sob a perspectiva daqueles que estão sendo estudados.

**Entrevistando** - a entrevista é o procedimento básico que o interacionista usa para captar o fenômeno, notadamente a entrevista semi-estruturada; isto significa que o pesquisador trabalha a partir de uma lista geral de informações ou de um rol de questões para as quais deseja respostas. A entrevista semi-estruturada assume que significados, compreensões e interpretações não podem ser padronizadas e requer um entrevistador qualificado e um ouvinte habilidoso. É importante lembrar que um bom entrevistador está simplesmente colocando em prática o que todo bom conversador sabe fazer. Uma entrevista deve ser uma conversa, um dar e receber entre duas pessoas. DOUGLAS (1985) chama de "entrevista



criativa” o processo no qual duas ou mais pessoas, criativa e abertamente, compartilham experiências umas com as outras em uma busca mútua de uma melhor compreensão sobre um dado fenômeno.

**Ouvindo** - A pesquisa interpretativa requer que o observador torne-se um bom ouvinte. Muitos processos estão envolvidos no tornar-se um ouvinte, ou seja: um bom ouvinte é aquele que não interrompe, que compartilha experiências transformando a situação entrevistador-entrevistado em uma interação compartilhada, uma conversa, que sabe o que ouvir e que tem uma boa razão para se tornar ouvinte.

A pesquisa interpretativa adentra o círculo hermenêutico por localizar o pesquisador e o sujeito no centro do processo da pesquisa. Um duplo círculo hermenêutico ou interpretativo está aí implicado. O sujeito que narra uma história da experiência pessoal ou uma auto-história está, é claro, no centro da vida sobre a qual fala. O pesquisador que lê e interpreta uma auto-história ou uma história da experiência pessoal, está no centro da sua interpretação desta história. Ambas as estruturas interpretativas, do sujeito e do pesquisador, fazem interface uma com a outra.

#### 2.4 Isolamento

Como já foi visto, isolar é um termo de HUSSERL (1962), e significa separar o fenômeno do contexto no qual ocorre e tomá-lo à parte; a redução (epoché), noção básica na fenomenologia, visa o acesso à consciência e, em consequência, ao pensamento e ao sentido, requisito para a significação estrita, sem a influência direta da realidade empírica. No isolamento o pesquisador apreende o fenômeno para uma inspeção acurada, desconstrói e desmonta os componentes da experiência, expondo, elucidando e examinando seus elementos constituintes e configurações-chave. Seus elementos e estrutura essenciais são descobertos, definidos e analisados. É análogo à análise dos dados e envolve um exame intensivo das histórias e falas, fazendo-se uma análise cuidadosa das alegações que dizem respeito ao fenômeno em questão. Nesta fase deve-se descobrir o objeto, tanto

quanto possível, em seus próprios termos. Como códigos e temas emergem, eles devem ser destacados nas experiências dos participantes, mantendo-se os próprios termos e palavras oferecidos pelos sujeitos. Isolar significa que o pesquisador considera o texto em unidades experienciais chave e faz a análise interpretativa de cada unidade, através das seguintes estratégias:

- a) localizando, dentro da experiência pessoal, frases chave e declarações que falam diretamente do fenômeno em questão;
- b) interpretando os significados dessas frases, como um leitor informado, fazendo uma análise lingüística e interpretativa de cada unidade;
- c) obtendo, dos sujeitos, as interpretações destas frases e apreendendo o significado que têm para quem as expressa;
- d) examinando estes significados quanto ao que eles revelam sobre os fatores essenciais e recorrentes do fenômeno em estudo;
- e) oferecendo declarações tentativas ou definições do fenômeno em termos dos fatores recorrentes essenciais identificados.

Outro recurso requerido no isolamento é o uso da semiótica, uma técnica de leitura do significado das palavras e signos dentro de textos narrativos e interacionais. Uma leitura semiótica dirige a atenção para os termos e palavras-chave que organizam um texto, considerando que tais termos (signos) são organizados por um código ou um sistema de significados mais amplos, expressos nas palavras. O termo pode fornecer uma descrição ou um ícone da coisa que representa, o signo. Por outro lado, a palavra faz-nos buscar imagens em nossa experiência culturalmente codificada, a fim de determinar de que modo devemos sentir em relação à coisa representada, como bem esclarece WHITE (1994).

Este é um pressuposto da hermenêutica, fundamental na proposta de DENZIN (1989), em que a linguagem humana, em sua fonte significativa, é decisivamente considerada.

Atenção especial é requerida quando surgem dois tipos chave de signos dentro de qualquer texto: as metáforas e as metonímias.

As **metáforas** sugerem uma semelhança baseada na analogia e similaridade. Na metáfora, algo é colocado como uma outra coisa. Este algo também clarifica a outra coisa com o qual é comparado. Na **metonímia** o nome de uma coisa é usado para uma outra.

Estes dois tipos de signos/símbolos indicam como as palavras em um texto podem significar mais do que parecem significar na aparência.

CASTIEL (1998), tomando por base o pensamento de LAKOFF e JOHNSON (1980), afirma que, se conceitos metafóricos orientam e estruturam nossas percepções, movimentos e relações com o mundo, pode-se dizer que a experiência humana em sua interação com a realidade ocorre mediante um sistema conceitual que está estruturado e opera, em grande medida, metaforicamente.

Um leitura semiótica trabalha das partes para o todo e do todo para as partes, descobre os códigos que organizam um texto e examina as oposições que estruturam seu significado. Requer que o analista realize leituras tanto estáticas quanto dinâmicas (processuais) das narrativas, observando a seqüência de ocorrência dos termos-chave na fala dos entrevistados, sem prescindir da ênfase que se deve dar ao significado que tem a palavra para quem a está narrando. Tal pressuposto sustenta-se na perspectiva do interacionismo simbólico, no sentido de, o autor da ação e da narrativa, atribuir o significado.

O significado de qualquer termo ou palavra-chave deve ser explorado durante ou após a entrevista, para que sejam apreendidos os reais significados que têm para quem os está expressando, nunca a partir do entrevistador. Neste passo, é fundamental que o pesquisador retome duas características hermenêuticas fundamentais: a temporalidade e a espacialidade, isto porque o tempo surge como horizonte na compreensão do fenômeno e do "ser" e porque o espaço dimensiona a compreensão do "ser" em relação à sua vivência no mundo.

## 2.5 Construção

Construir o fenômeno envolve classificar, ordenar, reunir os elementos-chave de um fenômeno em uma seqüência.

Se o isolamento considera algo à parte, a construção o agrupa e, para isto, requer que o pesquisador:

- a) liste os elementos isolados do fenômeno;
- b) ordene estes elementos como eles surgiram dentro do processo ou experiência, ou seja, oferecendo a seqüência e a organização temporal das ações;
- c) indique como cada elemento afeta e se relaciona com cada um dos outros elementos no processo que está sendo estudado e
- d) precise, concisamente, como as estruturas e partes do fenômeno se tornam coerentes dentro de uma totalidade.

Nesta fase cada um dos elementos é reagrupado de modo seqüencial, indicando como cada um fomenta e influencia o outro.

O objetivo da construção é recriar cada experiência vivida em termos de seus elementos analíticos constituintes e reunir as experiências vividas que se relacionam com e definem o fenômeno sob investigação, identificando as mesmas formas recorrentes de conduta, experiência e significado. A importância e volume da interpretação tem lugar aqui.

A construção dá sustentação ao próximo passo: a contextualização.

## 2.6 Contextualização

Na contextualização retorna-se à fundamentação das realidades colocadas em suspenso por ocasião do isolamento. Implica recolocação do fenômeno isolado de volta no mundo da experiência vivida e considera o que foi aprendido sobre o fenômeno através do isolamento, ajustando este conhecimento ao mundo social em que ocorre. Nesta fase o pesquisador localiza o fenômeno no tempo e no espaço, além de associar as interações em termos históricos e culturais, ou seja, localiza os grupos e seus

significados culturais. Traz o fenômeno à vida nas palavras de indivíduos em interação e localiza o fenômeno nas biografias pessoais e ambientes sociais das pessoas em estudo. Destaca seus significados, apresenta-o em seus termos, sua linguagem e suas emoções. Revela como o fenômeno é experimentado por pessoas comuns. Isto é feito descrevendo e contextualizando ricamente suas ocorrências em seus mundos de interação.

Nesta fase o pesquisador:

- a) apresenta experiências pessoais que contêm, detalhadamente, os fatores essenciais do fenômeno;
- b) apresenta histórias contrastantes que lançarão luzes quanto à variação nos estágios e formas do processo;
- c) indica como experiências vividas são conformadas em seus fatores essenciais;
- d) compara e sintetiza os principais temas destas histórias, identificando semelhanças e diferenças.

Considerando que o pesquisador deu esses passos, ele deve agora se reportar ao problema da avaliação do material interpretativo, ao processo interpretativo propriamente dito.

### **3 Requisitos para o processo interpretativo**

Desconstruir, captar, isolar, construir e contextualizar permite desnudar o fenômeno sob investigação. O objetivo destas atividades interpretativas é criar um corpo de material que forneça os elementos para a interpretação e compreensão. A interpretação clarifica o significado de uma experiência e é a base para a compreensão; assim, compreender, por meio da localização do significado nas experiências dos indivíduos em interação é o objetivo do interacionismo interpretativo.

O significado está ancorado nas histórias que as pessoas contam sobre elas mesmas. Com base nos materiais que emergem do mundo da

experiência vivida, expressos nos relatos das pessoas, o pesquisador deve fazer uma interpretação que esclareça, dê vida ao que está sendo estudado.

As interpretações são fruto de eventos e experiências descritas em detalhes, ricamente contextualizadas, e que expressam pensamentos, significados, emoções e ações. Estes materiais podem se desdobrar através do tempo e se referirem a significativos relacionamentos sociais.

Uma interpretação deve incluir tudo o que foi possível aprender e apreender de relevante sobre o fenômeno, devendo-se ter claro que interpretações e compreensões são processos temporais, logo estarão sempre inacabados, incompletos. Mesmo tendo provisoriedade na linha do tempo, a interpretação deve conduzir a uma compreensão da experiência, numa totalidade coerente e significativa, devendo os fundamentos da interpretação ser oferecidos. Isto é indispensável porque permite a concordância ou a discordância de outros quanto à interpretação.

A compreensão do fenômeno requer, portanto, que ele seja contextualizado, descrito e interpretado.

### 3.1 Contextualização da experiência biográfica

Situar ou localizar uma experiência biográfica envolve determinar quando e onde pessoas que experimentam o problema ficam juntos e interagem (estes são os problemas de timing, história e mapeamento), aprender a linguagem e apreender os significados que são expressos e empregados nestas situações, conectando indivíduos, biografias e tipos sociais a situações relevantes de interação.

#### 3.1.1 Mapeamento e cartografia temporal

O pesquisador deve conectar pessoas às situações e a isto se chama **cartografia temporal**. Envolve dois processos interrelacionados:

- 1) determinar a seqüência e organização temporal de ações;

- 2) localizar cenários e pessoas no espaço – isto é, onde estas situações interacionais ocorrem.

Qualquer estrutura social é constituída por interações entre pessoas que se reúnem em situações sociais e as pessoas trazem e vivenciam seus problemas nestas situações. Nestes cenários, histórias sobre problemas pessoais são expressas e estas histórias constituem os materiais para estudos interpretativos.

O mapeamento temporal localiza *quem* faz o *que* com *quem*, *quando* e *onde*, sendo importante por várias razões.

**Primeiro**, a menos que o pesquisador conheça como os processos a serem estudados estão distribuídos através da estrutura social, ele se arrisca a estudar instâncias do fenômeno atípicas ou não representativas.

**Segundo**, o mapeamento confere uma dimensão histórica ao ato da pesquisa. Cada indivíduo estudado tem um relacionamento histórico, biográfico com o evento, crise ou problema que está sendo estudado.

**Terceiro**, os locais que são estudados – isto é, locais para encontro de grupo, telefones de ajuda, locais de trabalho, lares violentos, clínicas e assim por diante – têm suas próprias histórias dentro da estrutura social.

**Quarto**, a sua relação com as biografias e experiências pessoais.

O mapeamento temporal envolve os seguintes etapas:

- a) identificar os cenários institucionais para onde os problemas são levados;
- b) desenvolver uma explicação concernente ao desejo de estar presente nestes locais e estudar a interação e experiências que para lá são levadas;
- c) enumerar estes locais, obter seu endereço e determinar o horário de funcionamento;
- d) escrever, tanto mais cedo quanto possível, a história do local e suas relações com outros locais;
- e) determinar quem vem rotineiramente ao local;

- f) assegurar histórias pessoais ou histórias de experiências pessoais de quem frequenta o local;
- g) manter o questionamento e o refinamento da questão da pesquisa. Isto envolve perguntar e ouvir sobre "como" vivem e respondem ao problema em questão.

Uma simples história de vida ou história de uma experiência de vida, se compreendida, pode revelar uma história inteira, mas o pesquisador não sabe disto, até o fim de sua pesquisa.

### 3.1.2 APRENDENDO A LINGUAGEM E APREENDENDO OS SIGNIFICADOS DAS PALAVRAS

Quando um pesquisador trabalha sua estratégia no cenário da pesquisa, o problema da linguagem e do significado torna-se importante. Cada grupo desenvolve sua linguagem especial e esta linguagem conterà certos termos e conceitos que não são comumente falados em outros grupos, ou seja, contém significados especiais relacionados ao mundo cotidiano.

Toda linguagem tem uma herança histórica e institucional que precisa ser descoberta e porque cada grupo é uma comunidade lingüística distinta, os pesquisadores precisam começar aprendendo a linguagem que é falada.

A linguagem estrutura e cria os processos de compreensão e interpretação a qual ilumina o significado de um evento, relato ou processo. A interpretação possibilita a compreensão do significado e, de acordo com DENZIN (1989), compreensão e interpretação são processos emocionais e envolvem experiências e significados compartilhados. Se a linguagem e os significados que organizam a experiência não são compreendidos, experiências não podem ser compartilhadas.

Como um processo lingüístico, a interpretação envolve tanto aprender a linguagem que vai ser interpretada como aprender como interpretar a linguagem que está sendo captada. Aprender a interpretar uma linguagem



requer um exame sobre como esta linguagem é empregada pelo narrador em questão. Requer uma compreensão histórica da linguagem, do narrador, do ouvinte para quem ele está falando. Requer o entendimento do rol de significados que pode ter o termo ou frase empregado.

É necessário que o pesquisador aprenda a linguagem que é falada por aqueles que estão sendo estudados e os possíveis usos que se faz dessa linguagem.

É preciso aprender a ler e decodificar esta linguagem uma vez que toma a forma de um texto social que é oferecido na auto-história ou na história de uma experiência de vida. A linguagem, neste sentido, é a porta de entrada para o interior de estruturas interpretativas das vidas que estão sendo estudadas.

Nesse sentido, estudos interpretativos examinam como grupos e estruturas sociais criam as condições para a vivência e expressão de problemas pessoais; a discussão, assim, fecha um círculo completo.

### 3.2 Descrição

Nos estudos interpretativos, as descrições devem ser densas, ou seja, constituem-se de relatos detalhados, profundos e ricos das experiências dos indivíduos. Estes relatos geralmente expõem as intenções e significados que organizam as ações.

A descrição densa evoca emoção e sentimento, insere a história na experiência, estabelece a significância da experiência ou seqüência de eventos que tem para a pessoa ou pessoas em questão. Na descrição densa estão presentes as vozes, sentimentos, ações e significados da interação dos indivíduos ouvidos.

As descrições densas diferem qualitativamente das superficiais porque estas simplesmente referem fatos ou ocorrências e estão presentes em certas formas de pesquisa qualitativa onde o investigador despreza descrições profundas em favor da pressa em formular interpretações.

Uma descrição densa completa, é biográfica, histórica, situacional, relacional e interacional. Mas nem toda descrição densa é completa. Algumas centram foco nos relacionamentos, outras nos indivíduos, algumas em situações e assim por diante. Portanto, é possível classificar descrições densas em termos das dimensões acima na qual a descrição está focalizada. Assim, podem ser encontrados os seguinte tipos de descrição: biográfica, situacional, relacional, interacional e descritiva e interpretativa.

- a) biográfica** - uma descrição biograficamente densa centra foco em um indivíduo ou um relacionamento, em uma situação. Descrições biográficas densas recriam a visão, os sons e sentimentos de pessoas e situações, a partir do ponto de vista da pessoa que está descrevendo e sendo descrita;
- b) situacional** - descrições densas de situações caracterizam-se quando a descrição da situação localiza, indubitável e claramente, o sujeito;
- c) relacional** - uma descrição densa relacional traz um relacionamento à vida e recria uma instância de uma experiência interacional; geralmente contém diálogo e interação;
- d) interacional** - a descrição densa interacional focaliza-se na interação entre duas ou mais pessoas;
- e) descritiva e interpretativa** – a descrição densa interpretativa e descritiva registra interpretações que ocorrem dentro da experiência como é vivida. Estes tipos de relatos são difíceis de ser produzidos e obtidos. Requer que a pessoa esteja apta para refletir sobre a experiência quando o relato ocorre.

Em síntese, com uma descrição densa, o pesquisador tenta resgatar e assegurar os significados, ações e sentimentos presentes em uma experiência. Porque capta as interpretações que as pessoas fazem das suas experiências, a descrição já é, em si, interpretativa. A descrição densa envolve captar e, se possível, determinar os significados da experiência, devendo criar condições para a interpretação densa.

### 3.3 Interpretação

Interpretar é desvendar o significado de algo, assim, toda interpretação consiste na tentativa de explicar o significado de alguma coisa. Um intérprete traduz o não familiar tornando-o familiar. O ato de interpretar dá significado a uma experiência.

A interpretação se constrói na descrição e oferece significado para as experiências que tenham sido ricamente descritas, mesmo que expressas simbolicamente.

O principal objetivo da interpretação é descobrir os fundamentos, expressos na forma de relatos, que estruturam as experiências das pessoas, experiências estas vividas em um contexto com significados culturais. O intérprete precisa aprender como ouvir estes conteúdos.

Descrições densas requerem interpretações densas, que busquem captar o significado profundo da experiência, para que ela possa ser compreendida.

A interpretação oferece significado para as experiências que tenham sido ricamente descritas. A interpretação dá sentido às expressões da experiência e a experiência que assume um sentido é expressa simbolicamente. Estas expressões simbólicas geralmente tomam a forma de experiências pessoais e auto-histórias.

A interpretação clarifica e desvenda os significados que são produzidos por um rol de experiências e o faz dentro de um arcabouço interpretativo que é significativo para aqueles que tenham experimentado o evento em questão.

Os próprios sujeitos elaboram interpretações sobre suas condutas e suas experiências e estas interpretações estão contidas nos textos culturais do grupo, sejam orais sejam impressos; baseiam-se no "conhecimento local" que indivíduos e grupos têm sobre aquelas experiências que lhes dizem respeito e oferecem significado às experiências problemáticas. Estes

significados permitem que as pessoas lidem com os problemas com os quais se confrontam.

O principal objetivo da interpretação é descobrir as concepções, geralmente expressas em forma de histórias, que estruturam as experiências das pessoas que estão sendo estudadas. O interacionismo interpretativo assume que, para certos propósitos, tudo o que é necessário fazer é descobrir estas concepções locais de interpretação. Quando isto é feito, as estruturas conceituais que informam as ações do sujeito são descobertas.

A menos que isto se faça, o ponto de visto do sujeito é ignorado e, sem este ponto de vista, as avaliações ou interpretações das ações estão provavelmente sendo construídas com base em teorias que não estão em sintonia com as experiências reais.

Os esboços de interpretação estão sempre inseridos nas experiências que foram densamente descritas. Mas estas experiências precisam ser coletadas e localizadas dentro de um grupo e considerados seus significados culturais, sendo que o intérprete precisa aprender como ver e ouvir estas teorias. Isto é o que a interpretação faz.

A experiência sempre tem, segundo DENZIN (1989), pelo menos, dois níveis de significado, o superficial e o profundo.

O que um ato significa, na superfície, talvez não seja o que ele significa em um nível mais profundo, simbólico. Um evento, porque é expresso e captado pela linguagem, é simbólico. Isto significa que a interpretação é sempre simbólica.

Um evento ou experiência pode ser interpretada de múltiplas formas. Um simples "Alô" falado abruptamente, com raiva, não carrega o mesmo significado de um "Alô" falado com um sorriso, acompanhado por um caloroso aperto de mão. Se a interpretação é simbólica, então os múltiplos significados que são comunicados por palavras, frases e gestos podem ser apreendidos e compreendidos. Isto significa que a interpretação precisa ser contextualizada e a simples palavra "Alô" tem diferentes significados em diferentes contextos.

A interpretação é simbólica, ainda, em um segundo sentido. As expressões dos significados de uma experiência são oferecidos de maneiras simbolicamente significativas, geralmente como histórias ou narrativas. Estas expressões simbólicas podem se estender para além das práticas dos narradores, para rituais, dramas sociais e relatos tomados de textos culturais do grupo. Nelas o pesquisador aprende como sujeitos, coletivamente e individualmente, definem-se em seus momentos de crise.

Do mesmo modo que há diferentes tipos de descrição, há muitos tipos diferentes de interpretação que podem ser feitas pelo pesquisador e que são descritas a seguir, as mencionadas nas alíneas a, b e c relacionam-se com o material obtido, enquanto a interpretação especificada em d refere-se às características do próprio pesquisador:

- a) interpretação superficial – geralmente oferece uma interpretação causal de uma seqüência de ação, tal como “pessoa A correndo pela rua porque o ônibus estava chegando”. Uma interpretação superficial, contrapartida da descrição superficial, não oferece detalhes do contexto, biografia, interação, história ou relacionamentos sociais;
- b) interpretação densa - é elaborada e construída sobre uma descrição densa e esta incorpora contexto, interação e história, por um período de tempo;
- c) interpretação contextual-relacional - estabelece o significado de uma experiência em termos do conhecimento local dos indivíduos atualmente envolvidos na experiência. Uma interpretação nativa pode ser densa ou superficial;
- d) tipos de interpretações do observador: vozes e diálogo – uma interpretação do observador pode ser *monológica* e suprimir as vozes daquelas pessoas estudadas. Por outro lado, tais interpretações podem e devem ser **dialógicas** e **polifônicas**; isto é, elas refletem um diálogo entre o observador e aqueles que estão sendo estudados, e permitem muitas vozes diferentes e

interpretações. As interpretações dialógicas e polifônicas são preferidas porque elas permitem que múltiplas vozes de interpretação sejam ouvidas.

A interpretação, em síntese, tem seu significado na descrição da ação de uma outra pessoa dentro de um arcabouço que é significativo para ela. Disseca unidades da experiência em segmentos relevantes (relatos, seqüências, ações) que têm significado para o outro.

### 3.4 Compreensão

Assim como a descrição provê os fundamentos para a interpretação, a interpretação cria condições para a compreensão. A interpretação é o clareamento do significado mas a compreensão

é o processo de interpretar, conhecer e entender o significado que é sentido, pretendido e expresso pelo outro. Compreender é um processo interacional que requer que uma pessoa penetre na experiência da outra, de tal forma que é como se experimentasse, ela mesma, a mesma experiência ou experiência similar vivida pela outra pessoa (DENZIN,1989, p. 137).

Para o autor acima, a interpretação subjetiva da experiência emocional do outro, a partir do próprio ponto de vista, é central para a compreensão emocional. Isto significa que a emocionalidade compartilhada e compartilhável está no centro do processo de compreensão. Dois termos são básicos para a compreensão: interpretação e experiência compartilhada.

**Interpretação** - as experiências de outra pessoa não podem ser compreendidas até que tenham sido interpretadas. Isto significa que as condições da descrição densa devem estar presentes antes que a interpretação significativa ocorra. O significado de um ato violento não tem significado fora do contexto. Para que se interprete este ato simbólico, o intérprete precisa saber o que vem antes da violência. O intérprete também deve saber o que se segue a esta ação. Uma vez que o contexto está estabelecido, o significado do ato emerge. Isto é como a descrição e a interpretação trabalham juntas.

**Experiência compartilhada** - a compreensão requer que uma pessoa esteja apta para apreender a experiência do outro. MEAD, apud DENZIN (1989) chamou isto "tomar a atitude do outro". Vários outros termos têm sido usados para descrever este processo: simpatia, empatia, imaginação, compreensão. Qualquer que seja o termo usado, o significado é essencialmente o mesmo: projetar a si mesmo nas experiências do outro. Isto significa que a experiência do outro pode despertar na pessoa experiências similares à aquelas do outro. Essa pessoa deve estar apta a ver a experiência do outro do seu ponto de vista. Isto é o que se entende da frase "viver o jeito do outro e através da vida do outro". Alguém deve compartilhar, mesmo que indiretamente as experiências emocionais do outro. Se isto não acontece, interpretação e compreensão superficial, espúria, parcial, vazia são produzidas.

Segundo DENZIN (1989) há duas formas básicas de compreensão: cognitiva e emocional.

A compreensão cognitiva, ou entendimento, é racional, ordenada, lógica e separada de sentimento. Denzin considera esta forma de compreensão como espúria, visto que ocorre quando um indivíduo penetra apenas superficialmente nas experiências do outro. Pode decorrer de descrições e interpretações superficiais.

A emocional desloca-se ao longo de linhas como emoção, sentimento e experiência compartilhada. Denzin a considera como a verdadeira compreensão, visto que ela ocorre quando uma pessoa penetrou na experiência do outro e reproduziu ou sentiu experiência similar à sentida pelo outro. A experiência emocional compartilhada dá sustentação à autêntica compreensão emocional, que transborda de emoções e sentimentos.

Em síntese, a interpretação significativa não pode ser escrita até que o pesquisador tenha entrado viva e emocionalmente na experiência sobre a qual está escrevendo, não se esperando que um leitor identifique-se emocionalmente com e compreenda uma seqüência de interpretações escritas, a menos que tenham sido produzidas de forma que elicie a

identificação e a compreensão emocional, uma vez que compreensões emocionais, autênticas, só podem ser produzidas se o mundo da experiência é trazido à vida nas páginas do texto produzido pelo pesquisador.



### **III – A APLICAÇÃO DO INTERACIONISMO INTERPRETATIVO AO CASO DA AIDS**

#### **1 A delimitação**

##### **1.1 A questão da pesquisa**

A relação entre conhecimento e mudança de comportamento em direção ao sexo seguro tem se mostrado tênue, haja vista que, apesar de a população ter um bom nível de informação com relação à Aids e reconhecer a necessidade do uso do preservativo, as práticas sexuais de risco continuam a acontecer.

Os profissionais de saúde que trabalham com HIV/Aids, mais do que a população em geral, detêm um conhecimento diferenciado sobre as questões que envolvem o risco e a respeito dos cânones do sexo seguro, sendo difusores de comportamentos considerados como desejáveis e buscando que sua ação educativa resulte na adesão a eles.

Esses mesmos profissionais deparam-se com números crescentes de casos de Aids numa constatação clara de que os esforços no sentido de manter a população informada não tem revertido em mudanças comportamentais, inclusive dos próprios profissionais.

A questão da pesquisa, em síntese, configura-se como a necessidade de entender a lacuna entre o saber e o comportamento sexual em relação à Aids.

##### **1.2 O local da pesquisa**

Em consonância com pressupostos do Interacionismo Interpretativo, que assume como locus privilegiado para o desenvolvimento da pesquisa o local ou serviço onde as pessoas envolvidas com a questão se reúnem, foi definido o Serviço Ambulatorial Especializado – SAE, de Aquidauana, para a realização da pesquisa.

Os SAE foram concebidos pelo Ministério da Saúde, em 1993, assim como os hospitais-dia e a assistência domiciliar terapêutica, porque os avanços relacionados à produção, disponibilização e maior efetividade dos medicamentos, produziram um aumento na sobrevivência dos portadores do vírus da Aids e esta situação passou a requerer investimentos no sentido de se promover a melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Os SAE caracterizam-se por atenderem, exclusivamente, portadores do vírus HIV e doentes de Aids, possuem equipes profissionais capacitadas de forma diferenciada para o trabalho com a clientela específica e ênfase no trabalho interdisciplinar, preconizando-se igual importância ao papel profissional de todos os trabalhadores envolvidos.

Foi estabelecido pelo Ministério da Saúde que os SAE têm como objetivo fixar o portador do HIV/Aids a uma equipe multidisciplinar, capacitada para tal, que o acompanhe ao longo da sua enfermidade.

Em síntese, é o local onde se reúnem usuários e profissionais que têm estreita relação com a questão em estudo.

### 1.3 Os sujeitos da pesquisa

Neste trabalho objetiva-se desvendar e documentar o que é estar vivenciando uma experiência significativa, sob o ponto de vista de usuários e profissionais de um serviço que trata desta questão.

Como se busca, nesta pesquisa, estudar a ocorrência do fenômeno a partir de pessoas diretamente envolvidas com a distância entre o saber e a prática sexual segura frente à Aids, foram considerados como sujeitos da pesquisa profissionais e usuários do SAE de Aquidauana. Os profissionais trabalham exclusivamente com Aids, experiência identificada por eles como marcante, e os usuários, por terem se infectado com o vírus, viveram, também, uma experiência marcante com relação à Aids.

Com relação aos profissionais, são 7 (sete) os que atuam no SAE, quais sejam: dois médicos, um enfermeiro, um assistente social, um

psicólogo, um farmacêutico-bioquímico e um odontólogo, todos potenciais sujeitos da pesquisa.

Quanto aos usuários, ficam considerados como potenciais sujeitos a serem entrevistados aqueles que preencheram as seguintes condições:

- a) saber o que era Aids, antes de ser tornar HIV+;
- b) considerar esse conhecimento prévio como muito bom ou bom;
- c) enquadrar-se na categoria de transmissão heterossexual;
- d) dispor-se a participar da entrevista, assinando termo de consentimento informado.

Para a seleção dos usuários foi utilizado um formulário, preenchido por todos os inscritos assíduos no SAE de Aquidauana, tendo sido identificados quatorze sujeitos que se enquadraram no perfil estabelecido e que concordaram em participar de uma entrevista. O número de entrevistas foi definido no processo de coleta de dados, tomando-se como critério o "esgotamento" da amostra, caracterizado pela possibilidade de compreensão do fenômeno a partir do conteúdo do discurso dos entrevistados.

#### 1.4 A coleta dos dados

A coleta dos dados se dá por meio de entrevistas semi-estruturadas com usuários e os profissionais de saúde selecionados, buscando-se relatos detalhados, densos.

O Interacionismo Interpretativo considera que quando se faz a pergunta "por que" o sujeito procura uma relação causal, lógica, o que leva a respostas estereotipadas e racionais e que, quase sempre, assumem a forma de desculpa ou justificativa para uma ação.

Na medida em que se busca apreender o significado das experiências, um pressuposto que fundamenta o interacionismo é que a pergunta "por que" deve ser substituída pela pergunta "como". O argumento é que as respostas à questão "como" partem de interpretações e explicações naturais do sujeito, como resultado do senso comum, das construções culturais e

conduzem ao conhecimento do "por que" que emerge de modo subjetivo, emocional, não racional. Assim, as respostas dadas pelo sujeito não resultam de construções cuja racionalidade é informativa.

A conversa tem início informal, sendo que, para a introdução do tema AIDS, é pedido ao profissional que faça uma minibiografia de sua vida pessoal, culminando com sua atividade profissional no SAE. A partir do que os profissionais estabelecem com significado de trabalhar com Aids, buscam-se informações sobre a adoção de medidas preventivas por parte da população e por eles próprios, considerando o saber sobre Aids.

Ter um conhecimento privilegiado, apregoar este conhecimento e ter um comportamento diferente do preconizado, em termos do uso constante do preservativo. Como é viver esta experiência? foi o questionamento central da entrevista individual com os profissionais do SAE, inserido no decorrer da conversa e explorado detalhadamente quanto ao significado para cada um deles.

A conversa com os usuários inicia-se com uma apresentação do pesquisador e da pesquisa, sendo, em seguida, pedido para que façam uma síntese do que os levou a procurar o SAE, contextualizando o evento do conhecimento da sua infecção pelo HIV na sua biografia pessoal. Como o requisito para a escolha dos usuários é possuir um bom conhecimento sobre Aids antes de se infectarem, é incluída a questão central da entrevista: Saber o que fazer para se prevenir e, mesmo assim ter comportamento sexual que levou à infecção pelo HIV. Como é viver esta experiência? Há, durante a conversa, o incentivo para a descrição densa e contextualizada em termos de vida anterior e posterior à experiência.

Todo o empreendimento de coleta de dados teve como finalidade básica a compreensão dos motivos que levam à distância entre o saber e a prática, com relação à prevenção da Aids, a partir das experiências de pessoas envolvidas com a questão, com base na descrição densa e interpretação dessas experiências.

## 1.5 Objetivo

O presente trabalho objetiva:

- Investigar e compreender o significado dos comportamentos de risco frente à Aids, a partir da perspectiva de pessoas HIV+ e profissionais de saúde, que possuem um conhecimento diferenciado sobre modos de transmissão e modalidades de prevenção.

## **2 A desconstrução: a Aids e as interfaces entre prevenção, sexualidade e risco**

Paris, 1983. Dr. Jacques Leibowitch, professor-assistente de imunologia da Universidade René-Descartes – Paris V, escreve a introdução do seu livro “Um vírus estranho de origem desconhecida – AIDS”. Para isso buscou os registros de todos os acontecimentos que podiam ter a mais remota ligação possível com o novo mal. Nesse livro, a história é assim descrita. (LEIBOWITCH, s.d.)

New York Hospital, 1979. No Departamento das Doenças do Sangue e Tumores, o Dr. L. está perplexo: dois jovens vieram, um após outro, fazer-lhe uma consulta acerca de uma doença de pele raríssima para a idade deles: o “sarcoma de Kaposi”. São homossexuais, mas em Nova York, 1979, isso tem pouca importância.

Atlanta, 5 de fevereiro de 1981, CDC. Cinco doentes, no último mês, receberam pentamidina, um antibiótico empregado na Europa contra um único micróbio: o *Pneumocystis carinii*. Nome estranho para um germe disseminado por todo o mundo, inofensivo para todos, exceto para aqueles cujas defesas imunitárias estejam deficientes. Cinco doentes em um só mês excedem em muito a normalidade. Mais ainda quando são jovens que não apresentam nenhuma razão evidente para se encontrarem nesse estado de insuficiência imunitária. Moram em Los Angeles e são homossexuais.

A história da AIDS, embora ainda sem esse nome, acaba de ser oficialmente iniciada e o "mistério homossexual" é apenas o seu prefácio.

Em 1982 são detectados casos entre mulheres, crianças hemofílicas, homens viciados em heroína e entre pessoas comprovadamente heterossexuais.

Em outubro de 1983, o vírus é isolado pela equipe do pesquisador francês Luc Montagnier e, somente em 1986, o Comitê Internacional para Taxonomia de Vírus propôs a designação de Vírus de Imunodeficiência Humana – HIV.

Na história da Aids, desde o seu início até os dias de hoje, encontram-se os esforços para sua prevenção entremeados pelas questões sobre o risco e a sexualidade das pessoas.

Como bem destaca LUZ (1997), a Aids fez-nos ver, nessas duas últimas duas décadas, surgir a solidariedade entre indivíduos partilhando o mesmo risco, como homossexuais, prostitutas e hemofílicos; tornou socialmente visíveis as práticas sociais "clandestinas", como no caso dos bissexuais e "expondo" as práticas masculinas eticamente ambíguas no terreno da sexualidade; o saber biomédico tentou normalizar tanto a vida sexual das pessoas como sua vida familiar e as práticas sexuais contemporâneas. "Desde o século XVII [...] não se experimentava, na sociedade ocidental, tanto esforço disciplinador do sexo" (LUZ, 1997, p. 82). Não se vê outro caminho para a prevenção.

A desconstrução da Aids requer, assim, uma incursão a respeito da prevenção e das questões sobre sexualidade e risco, para que seja possível a identificação das concepções prévias sobre essas questões que possibilitem a análise e interpretação do significado do conteúdo das conversas com os sujeitos da pesquisa, minimizando as pré-concepções e viéses que circundam as concepções atuais sobre as práticas sexuais de risco frente à Aids.

## **2.1 A prevenção da Aids**

A produção acadêmica sobre os modelos de prevenção adotados na primeira década da Aids, iniciada nos anos 80, tem revelado as restrições das políticas preventivas, centradas na transmissão de informações, na responsabilidade individual e no enfoque epidemiológico do risco. MONTEIRO (1999), que faz tal afirmação, destaca que, entre as limitações dessas abordagens, salienta-se a presunção de uma homogeneidade de representações e práticas dos grupos sociais referentes à sexualidade. Identifica-se a pouca problematização das dificuldades de adesão às práticas preventivas. Isso significa dizer que tal visão não leva em conta a complexa dinâmica dos atores sociais, históricos e econômicos envolvidos na definição e mudança das práticas do cotidiano e, em consequência, daquelas relacionadas à saúde.

ROUCO (1999) faz uma excelente síntese sobre as questões da prevenção e destaca que a Aids explicitou, com precisão, o nó górdio das estratégias de prevenção em saúde coletiva. Sem descartar um fundamento em valores morais tradicionais, a prevenção enfatiza os riscos e as consequências irreversíveis da contaminação. Aposta-se na mudança da ação individual, centrada na responsabilidade de cada pessoa.

O postulado de base desse modelo, diz o autor, é que as ações referentes à saúde de um indivíduo dependem de um conjunto de fatores que derivam das crenças. Se a pessoa valoriza sua saúde, percebe as ameaças a ela, compreende as consequências da doença e crê na eficácia de uma atitude preventiva, mudará efetivamente o seu comportamento. Para isso é necessário oferecer uma boa informação sobre a doença e as consequências do risco que corre, assim como os benefícios que pode obter com uma conduta preventiva. O enfoque individualista se articula com a racionalidade. As campanhas e informações parecem dirigir-se a um indivíduo autônomo, seguro de si, gestor responsável de seu tempo, relações e necessidades.

WELLING, apud MONTEIRO (1999), diz que os processos de resistência, distanciamento e adaptação ao risco da Aids verificados fora das normas preventivas prescritas, a persistência de atitudes e práticas diferentes das esperadas, apesar do acúmulo de informação disseminada, expuseram as insuficiências desse modelo de referência questionando radicalmente essa suposta relação unívoca entre difusão de informações preventivas e modificações dos comportamentos, sem considerar a densidade das condições concretas de vida cotidiana mais amplas.

Prevenir-se da Aids, através do uso de preservativos, não é o resultado de uma decisão individual e solitária. De um lado, há a sexualidade e seu exercício, que não é congruente com o que se preconiza em termos de prevenção; de outro há o fato de que as pessoas começam a assumir que correm algum risco.

Essas influências e causas, mais coletivas que individuais, requerem a consideração mais detalhada de pelo menos duas questões: a sexualidade e o risco.

## **2.2 A sexualidade**

Considerando as várias concepções sobre sexualidade, num percurso pela literatura, algumas delas se destacam como a de PIERRET (1999), quando afirma que o conhecimento dos modos de transmissão da Aids favoreceu o desenvolvimento de estudos sobre os comportamentos sexuais, em geral dentro de uma perspectiva prática: desenvolver formas de intervenção e prevenção da doença.

No intuito de se tornar eficazes as formas de tratamento e de prevenção, foram feitas incursões sobre a sexualidade e, como bem considera ROUCO (1999), a Aids sacudiu, implacavelmente, "os lugares mais recônditos da privacidade, colocando cada pessoa diante da sexualidade, do relacionamento com o outro, da intimidade de sua individualidade" (p. 175).

Isso se deveu ao fato de aproximadamente 75% dos portadores do vírus HIV terem se infectado em relações sexuais, o que dificultou a



intervenção no espaço social onde se dá, majoritariamente, o risco e a transmissão, ou seja, a trama íntima da vida afetiva e sexual, reitera o mesmo autor.

Na leitura sobre o que pensam os vários autores, é possível verificar a abrangência dos aspectos determinantes e/ou intervenientes na sexualidade, dos quais se destacam sociedade, cultura e afeto, com claras repercussões sobre as noções de risco e sobre a prevenção.

Da discussão sobre as questões atinentes à sociedade, destacamos como fundamentais as considerações de LOYOLA (1999), quando afirma que a sexualidade constitui o pilar sobre o qual se assenta a própria sociedade e que, portanto, está sujeita a normas que até podem variar de uma sociedade para outra, mas não deixam de existir.

Mais do que regular a sexualidade, a sociedade exerce o papel regulador no "... exercício da sexualidade: com quem, em que momento e segundo que modalidade" (LOYOLA, 1999, p. 17), ou seja a sexualidade compartilhada.

As influências da sociedade sobre a sexualidade, numa síntese do pensamento da mesma autora, são indiscutíveis. Tal ênfase se retrata no fato de que toda sociedade distingue e organiza, por meio de normas e sanções, uma sexualidade que comporta um sem número de variações: sexualidade conjugal, sexualidade pré-conjugal e sexualidade extra-conjugal.

É fundamental que se conheça como isso se organiza, como os indivíduos se posicionam e agem frente a esses diferentes contextos de sexualidade, quando se tem por objetivo a prevenção da Aids.

A influência da cultura foi pouco considerada nos esforços preventivos realizados e LOYOLA (1998) destaca que a análise da vida sexual envolve dupla referência: impulsos biológicos e regulamentação social. Assim não se pode obter um resultado efetivo com relação à mudança de comportamento sexual, quando se trabalha unicamente ao nível da responsabilidade individual.

Examinar os significados subjetivos da sexualidade, a esfera do comportamento, requer que se faça, além da análise do corpo, suas funções e sensações, a consideração dos potenciais e limites envolvidos na sexualidade, entendendo que são incorporados e mediados pela cultura. Ou seja, o sentido e o papel da sexualidade devem ser entendidos num universo maior de significação, que há tempo se desenrola no interior da nossa cultura, diz DUARTE (1999).

LHOMOND (1999) considera a sexualidade como enquadrada por um conjunto de leis, costumes, regras e normas variáveis no tempo e no espaço, sendo um fenômeno socialmente construído; os valores e as normas de uma sociedade informam sobre a forma pela qual essa sociedade pensa, organiza e controla a sexualidade.

Neste contexto, não se pode esquecer do papel da família, entendida numa perspectiva cultural ampla, que regula as relações entre os sexos. Na perspectiva de DURHAM, de acordo com BRUSCHINI (1998), mesmo considerando-se que a vida familiar implica sempre alguma forma de controle da sexualidade, é fundamental reconhecer que ela nunca se restringe a esse espaço. Ele destaca que a questão da sexualidade "... transborda em muito a problemática da família e não é possível confundir integralmente as duas questões" (p.267).

Além da consideração da importância da família no contexto da sexualidade, há outra questão considerada fundamental destacada por PIERRET; LOYOLA; CECATTI; BRUSCHINI (1999): a afetividade.

A sexualidade constitui-se um conjunto de "... emoções, sentimentos, fantasias, desejos e interpretações que o ser humano vivencia ao longo de sua vida, em busca do prazer" (CECATTI, 1998, p. 273).

Segundo LOYOLA, um aspecto problemático da sexualidade é sua relação com os sentimentos, mais especificamente, com os sentimentos associados às idéias de amor e paixão, igualmente ligados ao sexo. O amor se imiscui na sexualidade, só que esse amor se diferencia em termos de expressão e valor, quando se considera o sexo masculino e o feminino.

O amor tipicamente masculino, segundo a autora, assemelhar-se-ia à paixão que se caracteriza por ser agressiva, ativa, impaciente, possessiva e, por assim ser, ligada ao sexo, ao desejo.

O amor feminino seria mais delicado, paciente, desprendido, intrinsecamente ligado ao afeto, o que implica grande dificuldade em separar sexo de amor.

Além da institucionalização da sexualidade no casamento e na família, como bem aponta PIERRET (1998), há a importância e o papel do amor. Poucos estudos têm explorado em profundidade as relações do amor e do romance com o sexo seguro, dizem ROSENTHAL et al. (1998).

Tal perspectiva dá um caráter diferencial às práticas sexuais, como aponta GIAMI (1998). Há um duplo modelo de sexualidade: as práticas amorosas, respeitadas, isentas de risco, à qual as mulheres aderem, e as práticas de risco, exercidas por pessoas que têm uma "sexualidade errada" (atribuída a quem contamina). Essa dicotomia guia as práticas e as relações entre os parceiros e é, ao mesmo tempo, fonte de conflitos e mal-entendidos nas relações entre os sexos.

É ainda o mesmo autor que, discutindo as representações da sexualidade e de parceiros sexuais em tempos de Aids, afirma que as significações atribuídas aos parceiros sexuais anteriores ao aparecimento das atuais representações da sexualidade, no contexto, da Aids, constituem "filtros" através dos quais os indivíduos interpretam as informações difundidas sobre risco de contaminação. Hoje, entende-se como parceiro sexual a pessoa com quem se teve, pelo menos, uma relação, o que vem substituir a noção de que parceiro sexual é o cônjuge, o parceiro fixo.

A discussão acima remete, outra vez, para o fato de ser mulher e ter parceiro fixo.

Além da prevalência do amor, a mulher não conversa sobre a sexualidade, mesmo quando há razões para acreditar que não é a única parceira, no que se refere ao exercício da sexualidade do seu companheiro.

A multiparceria não implica um dos modos de entrada de questionamento, como sugere GIAMI (1998).

Existe, de maneira muito acentuada, a consciência sobre os riscos da Aids, diz HEILBORN (1999). A prevenção diminui "quando o parceiro é conhecido". Quanto ao uso do preservativo, as mulheres, embora conscientes dos riscos, se submetem à tendência masculina de não querer usá-lo.

Neste sentido, BRUSCHINI (1998) diz que "... o silêncio sobre a sexualidade não é um vazio. É um silêncio simbólico, na medida em que transmite um modelo de ser mulher" (p.267).

O desconhecimento dessas ligações vem se constituindo num obstáculo dos mais importantes para a prevenção da Aids por transmissão sexual.

No contexto desta pesquisa, a sexualidade é considerada em suas relações com as questões da família, casamento, alianças, afeto, ou seja, entendida como constituída pela subjetividade e identidade social. Adota-se, ainda, a perspectiva de SINGLY (1995) que considera a atividade sexual como apresentando um traço original: o de ser uma prática simultaneamente a mais pessoal e a mais comunitária, uma vez que o conjunto provisório assim constituído renuncia a seus territórios mais privados. É essa mistura de intimidade pessoal e intimidade coletiva que melhor define essa prática.

### **2.3 Risco**

As intervenções em sexo seguro para prevenir a disseminação da infecção pelo vírus HIV têm seu foco na abstinência, na monogamia e no uso do preservativo, como bem destacam PINKERTON e ABRAMSON (1993).

A literatura sugere, e os dados da realidade têm mostrado, que a abstinência não tem sido tão amplamente exercitada. Essas intervenções são percebidas como requerendo um grande sacrifício pessoal.

É importante enfatizar que o termo monogamia, como é empregado na literatura, denota tipicamente monogamia a longo prazo, isto é, uma parceria sexual para a vida, não se considerando os eventos "extraconjugais".

Monogamia é, assim, essencialmente tudo ou nada: se um parceiro é infectado, então ambos, eventualmente, usam o preservativo; se nenhum está infectado, então não há risco de adquirir o HIV por transmissão sexual. A monogamia a longo prazo não é uma norma entre os heterossexuais e nunca foi regra entre os homens heterossexuais. Além disso, mesmo que a monogamia seja desejada por um indivíduo, pode não ser para seu parceiro.

Para muitas pessoas, principalmente adolescentes e jovens adultos, a duração de apenas algumas semanas ou meses pode ser suficiente para considerar a relação "estável" e descartar o uso do preservativo como estratégia de prevenção contra o HIV.

Compreender os determinantes do comportamento de risco, fundamental para que se possa reduzir a incidência de novos casos da infecção pelo HIV, é uma necessidade destacada por AGGLETON et al. (1994), num claro exemplo de que as questões envolvendo os comportamentos diante dos riscos há tempo ocupam espaço privilegiado nos investimentos científicos.

No contexto da Aids, dizem os autores, a mudança de comportamento tem demonstrado ser a forma mais efetiva de diminuir o avanço do vírus. Exemplo disso é a diminuição de incidência em homossexuais. Mas a mudança de comportamento de heterossexuais continua a ser o grande desafio.

Risco é palavra-chave no discurso sobre Aids. As noções sobre práticas sexuais de risco, no campo da prevenção do HIV, derivam de categorizações epidemiológicas que têm tido papel chave na construção da compreensão do "problema" da Aids, segundo RHODES, (1997).

A noção de prática sexual de risco, aqui denominada comportamento de risco, é importante, visto que a infecção pelo HIV é uma doença comportamental (STINSON, 1990)

Embora existam poucos comportamentos capazes de transmitir o HIV e, no caso da transmissão sexual é o comportamento da relação sexual sem uso do preservativo, há uma miríade de fatores que determinam se e como estes comportamentos ocorrem.

As pesquisas qualitativas buscam compreender a ordem de fatores que influenciam os modos nos quais os indivíduos exercem suas práticas sexuais de risco, e estudar as questões de risco, requer a consideração de dois paradigmas básicos que norteiam as pesquisas sobre a forma como os indivíduos se comportam diante dos riscos: um que toma o indivíduo como unidade de análise e outro que considera, como unidade de análise, o social (AGGLETON et al., 1994; RHODES, 1997).

Para o primeiro paradigma, o que considera o indivíduo como unidade de análise, risco é definido como produto do conhecimento, decisões e ações associadas, sendo resultado de escolhas e ações individuais, partindo sempre da premissa de que a convicção dos indivíduos tomam decisões sobre e, potencialmente, têm controle sobre seu comportamento.

Este é o paradigma mais comumente aplicado e a maioria dos estudos que o usam busca medir os determinantes individuais do comportamento de risco, ou seja, o quanto a percepção e o conhecimento individual contribuem para evitar o risco.

Evitar o risco significa o uso do preservativo, pela consciência do risco do HIV, atitudes positivas para o uso do preservativo e motivações para o uso.

Tais estudos têm tentado captar a influência de fatores exógenos do indivíduo, mas que influenciam o modo como os indivíduos se comportam. Buscam medir a percepção que os indivíduos têm dos fatores que constroem evitar o risco e esses fatores incluem:

- a) a receptividade do parceiro ao uso do condom;

- b) auto-eficácia ou controle;
- c) impressões subjetivas sobre o uso do preservativo.

O paradigma que toma o social como unidade de análise, subsidiou menos pesquisas e estas produziram estudos relacionados à história sobre como a epidemia do HIV emergiu e as respostas científicas e sociais foram caracterizadas pela urgência, se não pânico, e o objetivo foi o de reconstruir e projetar, tão rápida e precisamente quanto possível, os determinantes da doença, enfatiza RHODES (1997). A pouca produção sobre a prevenção se deve, principalmente, ao fato de ser a epidemiologia convencional ter embasado as categorizações dos **fatores de risco e comportamento de risco**, ou seja, as práticas sexuais foram catalogadas e classificadas em função da categoria epidemiológica de risco<sup>1</sup>, como destaca LUZ (1997).

Por conceber o comportamento de risco como produto do intercâmbio entre indivíduos, ações dos outros indivíduos, suas comunidades e ambientes sociais, sendo resultado de uma variedade de fatores individuais e sociais interagindo conjuntamente, dentre os quais se destacam as pressões sociais, as expectativas culturais, as ideologias políticas e religiosas, 'scripts' culturais esperados e/ou convenções influenciando as negociações sexuais, este paradigma será utilizado na presente pesquisa e a escolha se deve à coerência com o Interacionismo Interpretativo.

### **3 A metodologia: a captação do fenômeno**

#### **3.1 Onde**

Em Mato Grosso do Sul existem, hoje, seis SAE, sendo que o de Aquidauana tem peculiaridades que foram decisivas para ter sido escolhido.

Em funcionamento há quatro anos, o SAE de Aquidauana conta com estrutura física, equipamentos e materiais que preenchem os requisitos

---

<sup>1</sup> Risco – probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada

estabelecidos pelo Ministério da Saúde mas, mais do que isto, conta com uma equipe multiprofissional.

Aquidauana tem uma população geral de abrangência de 105.522<sup>2</sup> habitantes, sendo que 42.585 residem no município sede. Com 39 casos notificados, em adultos, sendo 29 no município de Aquidauana, ocupa o 7º lugar em número de casos notificados de Aids e tem como população-alvo estimada<sup>2</sup> de 148,23 pessoas (clientela potencial do SAE).

Dos pacientes da região de abrangência desse SAE, que passaram pelo serviço, 87% permanecem vinculados a ele, num total de 34 usuários e, destes, 95% consideram o serviço como ótimo em termos do atendimento oferecido e dos mecanismos de suporte disponíveis, tais como medicamentos, exames laboratoriais, preservativos, sistema de referência e contra-referência (ANDRADE, 1998).

Funciona em espaço físico considerado satisfatório sendo definido que a equipe pode oferecer, em termos quantitativos, seis atendimentos médicos por turno e cinco atendimentos, considerando os demais profissionais. Hoje, 100% da equipe está capacitada para o desempenho no SAE. O Serviço realiza, por meio da equipe multiprofissional, o acompanhamento pré e pós-teste, atendimento médico e assistência psicossocial, odontológica, farmacêutica e de enfermagem. Além dessas ações, a equipe desenvolve atividades de caráter técnico-científico, treinamentos em serviço e ações educativas com usuários, familiares e comunidade, tais como:

- a) atendimento integral a portadores do HIV, doentes de Aids, comunicantes e familiares, com atendimento domiciliar terapêutico, quando necessário;
- b) realização de exames laboratoriais de rotina, inclusive Elisa para HIV e hepatite B;
- c) diagnóstico e tratamento das DST, com sistema de vigilância aprimorada, busca e investigação de casos suspeitos e confirmados

---

<sup>2</sup> IBGE. Censo demográfico. População estimada para 10.09.99



- d) ações educativas englobando prevenção, diagnóstico e tratamento de DST/Aids, bem como a divulgação ampla dos serviços oferecidos pelo SAE.

Quando se consideram os mecanismos de acesso, o SAE realiza triagem das pessoas que acorrem ao serviço, procede à busca ativa de abandonos e possui esquema de agendamento, ficando definido, em média, quinze dias de intervalo para os casos e um mês para os soropositivos. Não há espera para a primeira consulta, consulta de urgência ou consulta de rotina.

Apesar de a equipe não trabalhar em regime de dedicação exclusiva, quando há necessidade de atendimento a casos novos, suspeitos ou pacientes cadastrados em situação de urgência ou emergência, a coordenação aciona os profissionais, de acordo com a necessidade, independentemente de dia ou hora, para o atendimento.

Em termos de referência externa, o SAE referencia para o hospital da cidade de Aquidauana os casos que requerem internação, enquanto os casos mais graves são transferidos para o Hospital Universitário, em Campo Grande.

Atualmente, além das atividades rotineiras de assistência, vigilância epidemiológica e prevenção, cada vez mais se fortalece a articulação com outras instituições tais como: Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, escolas municipais, estaduais e particulares, presídio, quartéis, igrejas e organizações governamentais, particulares e não-governamentais, no sentido da ampliação das atividades preventivas e assistenciais.

O SAE de Aquidauana é, assim, um serviço que conjuga pessoas infectadas pelo vírus da Aids, fortemente vinculadas a ele, e uma equipe multiprofissional que se dedica exclusivamente às ações relacionadas à Aids, havendo uma ênfase nas atividades educativas para a comunidade intra e extra SAE.

### 3.2 Quem

Dos potenciais sujeitos que constituem a equipe multiprofissional, foram entrevistados: um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social, todos atuando desde o início do funcionamento do SAE.

A escolha desse grupo de profissionais se deu pelo fato de possuírem um conhecimento diferenciado sobre Aids, desenvolverem atividades educativas no SAE e na comunidade e prestarem assistência aos que não adotaram medidas preventivas, enquanto os outros três têm atuação mais interna ao serviço. O termo de consentimento informado para este grupo de entrevistados encontra-se no anexo A1.

Dos trinta e nove usuários do SAE, foram identificados quatorze sujeitos como possíveis entrevistados, visto terem um conhecimento considerado por eles mesmos com muito bom ou bom antes de se infectarem com o vírus HIV.

Por se conceber o indivíduo como unidade metodológica que permite o acesso à subjetividade foi considerado como suficiente para a análise dos dados, o conteúdo da conversa com três entrevistados.

A suficiência do conteúdo constante nas três entrevistas se deu pelo fato de nelas estar expressa subjetividade semelhante, apenas apresentada de formas diferentes pelos distintos sujeitos.

### 3.3 Como

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas buscando-se, a partir da formulação das perguntas iniciadas pela conjunção "como", relatos densos e interpretações naturais resultantes do senso comum. O roteiro das entrevistas com profissionais e com usuários, encontra-se nos anexos B1 e B2, respectivamente.

A conversa com os profissionais teve início solicitando-se a cada um que fizesse uma minibiografia da vida pessoal, culminando com a atuação

profissional atual. Este procedimento, além de possibilitar o estabelecimento de uma oportunidade para o aprofundamento das questões sobre risco e comportamento pessoal, favoreceu ao entrevistador “ver” o mundo dos profissionais como eles o vêem.

Na seqüência, foram buscadas informações sobre percepção quanto ao risco profissional, risco pessoal e medidas preventivas, relacionando-se tais conteúdos com o saber sobre Aids.

Com os usuários, a entrevista, precedida da assinatura do termo de consentimento informado, teve início também informal, sendo pedido que fizessem uma descrição sintética do que os levou a procurar o SAE. Tais informações possibilitaram que fosse contextualizada a experiência da infecção pelo HIV, considerando a biografia dos sujeitos, e propiciaram a discussão acerca do distanciamento entre o saber e a prática, com relação à prevenção da Aids.

Ao longo de todas as entrevistas, à medida que foram surgindo expressões-chave, buscou-se o seu significado a partir dos entrevistados. Cuidado especial foi tomado quando do surgimento de metáforas e metonímias, buscando-se explorar o significado para quem as narrou.

Para concluir a fase de captação, foi feita a transcrição literal das entrevistas, permeadas pelas atribuições de significados. havendo um novo encontro com os entrevistados, para que validassem o conteúdo dessas entrevistas.

A fase do isolamento foi iniciada, fazendo-se uma leitura flutuante das entrevistas, seguida do desmonte dos componentes das experiências narradas.

Nesta fase buscou-se a identificação dos elementos constituintes e configurações-chave dos discursos, ou seja, as histórias narradas foram intensivamente examinadas, buscando-se fazer uma análise cuidadosa de todas as falas expressivas que remetiam à compreensão do fenômeno estudado.

Para esta fase foi construído o **mapa de verbalização, explicação e atribuição de significados** (Anexo C1), cujo detalhamento, em termos de resultados, constitui o tópico seguinte deste capítulo (item 4).

Para subsidiar a fase subsequente, a da construção, foi elaborado o **mapa de atribuição por categorias temáticas**, instrumento similar ao mapa utilizado para a desconstrução das entrevistas individuais, em que são reunidas as experiências vividas a partir das mesmas formas recorrentes de conduta, experiência e significado. Assim foi possível reconstruir, a partir dos elementos isolados nos discursos individuais, o discurso do sujeito coletivo, entendido como a síntese da expressão da mesma subjetividade: a dos profissionais e a dos usuários.

Tais mapas subsidiaram a elaboração das árvores de significado, possibilitando a ordenação dos elementos, como surgidos dentro das experiências, oferecendo não só uma seqüência das ações como a indicação de como cada elemento afeta e se relaciona com cada um dos outros elementos, dentro do processo que está sendo estudado. O item 5 deste capítulo contém os resultados da fase de construção.

A construção das árvores de significado deram sustentação ao próximo passo, o da contextualização.

Nesta fase buscou-se localizar o fenômeno no tempo e no espaço, associando as ações e interações nele implicadas, em termos históricos e culturais. Para isto procurou-se trazer o fenômeno à vida nas palavras dos indivíduos, destacando-se o seu significado, fundamental para o processo interpretativo (desvendamento do significado) e conseqüente compreensão do fenômeno, que conformam a seção 6 deste capítulo.

## **4 Isolamento**

### **4.1 Delimitação das expressões-chave e seu significado**

#### **4.1.1 Discurso dos profissionais**

A síntese do discurso dos profissionais, com ênfase nas verbalizações e atribuição de significado oferecido está contida nos mapas atinentes à entrevista dos profissionais de saúde. Cada mapa contém as três grandes unidades temáticas resultantes das entrevistas, quais sejam: o trabalho com Aids no SAE, as questões atinentes ao risco profissional e ao risco na vida pessoal e a relação entre conhecimento e mudança de comportamento. (p. 57-63)

#### **4.1.2 Discurso dos usuários**

A síntese do discurso dos usuários do SAE, também contendo as principais verbalizações e subseqüentes atribuições de significados (p.64-70), são explicitadas na seqüência do material referente ao produto dos profissionais.

As unidades temáticas em que estão divididos os mapas síntese do conteúdo verbalizado pelos usuários são a chegada ao SAE, o saber sobre Aids e o significado da experiência de se infectar.

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
TRABALHO COM AIDS NO SAE	<p>Cheguei, fui ficando e acabei me envolvendo (?) Isso tem dois lados: um que é gratificante e outro que é desgastante.</p> <p>(?) Gratificante porque o tempo todo estou estudando, aprendendo. Isso é bom para qualquer profissional.</p> <p>O que é desgastante é que a gente passa muito tempo convivendo com o mesmo problema, se envolvendo com os pacientes de modo muito intenso.</p> <p>O paciente melhora, melhora a qualidade de vida, aumento o tempo de vida mas se convive o tempo todo com o <i>fantasma</i> (?)</p> <p>E sabe que a perda do paciente não é o pior? (?). O paciente, em fase terminal, lutando para viver e não tendo condições físicas para isso, leva a um sofrimento muito grande, de todo mundo que está envolvido (?)</p>	<p>Amo o que faço mas dá muita angústia por não podermos atender todas as necessidades do paciente.</p> <p>Gratificante porque dá oportunidade para a capacitação profissional e isso repercute na melhoria da qualidade de vida do paciente e no aumento da sobrevida</p> <p>Desgastante. O grande problema é conviver muito tempo com o mesmo problema, um problema sem solução e isso me angustia.</p> <p>É! O fantasma da morte. Ninguém vê mas ele está sempre presente.</p> <p>O pior é o sofrimento. Sofrimento do paciente, da família e nosso.</p> <p>De nada adianta. Nessa fase, tudo o que a gente sabe sobre Aids, que não é pouco, de nada adianta.</p>
RISCO PROFISSIONAL	<p>(<i>Onde você corre mais riscos? Na vida profissional ou na vida pessoal?</i>)</p> <p>Como pessoa, sem dúvida. Aqui no serviço a gente se protege, atende às normas de segurança. Aqui a gente conhece o <i>inimigo</i>. (?)</p> <p>Já na vida pessoal... Você está me colocando na <i>parede</i>. (?) Ter que falar de uma coisa e eu não gosto nem de pensar nisso. Não só não gosto como evito pensar nisso. (?)</p> <p>(<i>Como é viver essa experiência de falar e não fazer?</i>)</p> <p>É tranquilo. Ninguém usa. Todos sabem o que leva à prevenção e mesmo assim não se toma os cuidados. É muito complicado (?)</p>	<p>Inimigo é algo ameaçador que precisa ser constantemente enfrentado e eliminado. Como se conhecem os riscos, cada procedimento é cercado de cuidados necessários.</p> <p>Falar de algo de que se gosta nem de pensar.</p> <p>Não faço o que digo para os outros fazerem. Não uso preservativo.</p>
RISCO PESSOAL	<p>Muda só a consciência. (?)</p> <p>Eu não tenho nada contra a camisinha, só que é muito difícil colocar isso em prática no relacionamento. (?)</p> <p>Eu tenho um relacionamento muito aberto. Eu acredito nisso. Se a gente tiver que se relacionar com outra pessoa, primeiro a gente rompe a relação.</p> <p>A gente não fala de camisinha. (?)</p>	<p>Um vizinho da minha mãe morreu de Aids e fiquei sem acreditar. Estou assim até agora. Comigo não é diferente porque não mudei do jeito que deveria mudar.</p> <p>Eu entro de cabeça na relação porque tenho uma confiança muito grande no meu parceiro.</p> <p>Eu tenho certeza de mim e faço questão de pensar a mesma coisa sobre meu marido.</p> <p>O que faz a gente não falar em camisinha é a confiança. Confiança no relacionamento mais do que no parceiro. Fidelidade tem a ver com bom relacionamento. Talvez eu use este tipo de argumento para me proteger porque, no fundo, isso não me isenta dos riscos.</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – PROF. 1 (Fem., 38 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO
<p>CONHECIMENTO SOBRE AIDS</p> <p>E</p> <p>MUDANÇA DE COMPORTAMENTO</p>	<p>No relacionamento a prioridade deixa de ser o outro e passa a ser os dois. (?)</p> <p>.... Os pacientes são informados, sabem o que leva à prevenção, mesmo assim, não tomam os cuidados necessários. É muito complicado (?)</p> <p>Eu estava em uma reunião com médicos que atendem DST e um falou assim "engraçado, como parece que está tão longe a questão da Aids. A gente atende um paciente aqui, faz uma cirurgia lá; a questão da Aids é com o paciente; a gente nem está pensando nisso. (?)</p> <p>Ter certeza do que poderia ser feito e não fazer. Comigo não é diferente. Aqui no SAE parece que eu me sinto mais perto, não sei. Mas não totalmente perto. (?)</p> <p>Eu não acho que isso é correto. Até porque eu conheço a questão mais profundamente que outras pessoas e, além de ter aprendido na teoria, tenho a vivência. É aquela história: muda só a consciência (?)</p>	<p>Valorizar mais o relacionamento, o amor, do que a si mesmo não é ser irresponsável. Eu me preocupo, mas não tenho conflitos.</p> <p>Ter a teoria, o conhecimento, a consciência e não fazer uso daquilo, na prática.</p> <p>Eu vou explicar. Parece uma contradição, né? A gente sente a presença do problema, sente que ele tem a ver com a gente, sabe da complexidade, sabe do avanço afetando as pessoas em geral, porque não existe mais grupo de risco, mas ainda não muda do jeito que deveria mudar.</p> <p>Eu sei exatamente de tudo, dos riscos, de tudo. Isso é estar consciente. E eu estou consciente. Só que entro nessa de cabeça porque tenho uma confiança muito grande no parceiro. Agora, dizer que eu não estou consciente do que estou fazendo, não é verdade</p>

LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado

( Xxxxx ) Perguntas do entrevistador

Palavras em itálico e sublinhadas metáforas e metonímias

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
<p>TRABALHO COM AIDS NO SAE</p>	<p>No começo fica aquela coisa da dúvida, da apreensão (?) Será que esse trabalho vai ser bem realizado? Ai a gente começa a perder pacientes, medo.</p> <p>Aos poucos a gente vai abraçando a causa e ai não tem volta. O profissional que trabalha com Aids, no SAE, tem amor pelo que faz, o mesmo ideal. (?)</p> <p>A gente fica com o paciente 40 minutos, 1 hora e até mais. É um desgaste maior do que atender 10, 8 pacientes com outra patologia. (Como é, para você, viver isso?)</p> <p>A gente trabalha essas questões na família e com a gente mesmo(?)</p> <p>O paciente chega mal, a gente conscientiza o paciente e ele começa o tratamento. Com uma, duas semanas ele volta para mostrar que melhorou. (?)</p> <p>Todos precisamos do outro. Aqui não tem ninguém onipotente, não. (Tudo aqui é positivo?) Não, também tem coisas ruins. O negativo é que a gente tem que se doar muito. Atividade dentro e fora do SAE; suga muito. (?)</p> <p>(Onde o profissional de saúde corre mais riscos? Na atividade profissional ou na vida pessoal?)</p> <p>Eu acho que é na vida pessoal (?)</p> <p>Com toda a liberdade sexual, a juventude vai pelo mesmo caminho, porque nós educamos a turma e passamos para eles nossos preconceitos e convicções.</p> <p>No SAE, não. Você sabendo que o paciente está infectado, você sabe exatamente como se prevenir e faz. Na vida pessoal e diferente: a gente sabe que preservativo é só o que pode prevenir. Mas as pessoas acham que não pode acontecer com eles na vida pessoal.</p>	<p>Tínhamos o medo, o preconceito dos próprios companheiros, tanto com os pacientes como com a gente que trabalhava com Aids. E o medo e a dúvida por ser um trabalho novo e porque é deprimente o modo como os pacientes morrem.</p> <p>Tem algo mais: amor, paixão, doação. O trabalho no SAE dá uma identidade comum a todo mundo.</p> <p>É desgastante porque no fundo a gente vive a situação do paciente, da família, a cada momento. Sabe o que gratifica? É a gente ver o paciente antes e depois do tratamento, acompanhar a diferença na parte psicológica, na parte física, na parte familiar.</p> <p>A Aids trouxe até isso: a humanização do tratamento, a ênfase na qualidade do que resta de vida.</p> <p>É muito bom porque você vê a pessoa renascer e isso só é possível porque o trabalho é conjunto, é feito em equipe.</p> <p>Até psicologicamente a gente fica vulnerável, devido ao envolvimento com a problemática do paciente.</p> <p>Tudo o que envolve sexualidade é mais difícil para o ser humano. Não falamos sobre preservativo, nunca conversamos sobre sexo e sobre risco, pelo menos como deveríamos conversar.</p> <p>Os jovens carregam preservativo no bolso, usam umas vezes, depois, adeus preservativo. Os casos de Aids surgem assim: com a pessoa que a gente ama. Estabilizou a relação, não usa.</p>
<p>RISCO PROFISSIONAL</p> <p>X</p> <p>RISCO PESSOAL</p>		



MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – PROF. 2 (Masc 33 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO
<p>CONHECIMENTO SOBRE AIDS</p> <p>E</p> <p>MUDANÇA DE COMPORTAMENTO</p>	<p>A gente cresce com isso. Não se tem o hábito de usar preservativo(?) Após 15, 20 anos de casamento, não tem como pedir para o marido usar preservativo. Por mais que ela não tenha confiança nele, ela não pede. (Mulher?)</p> <p>Com o homem não é assim. Ele faz sexo mais é por prazer, mesmo. (?)</p> <p>O profissional conhece, sabe, mas nem todos conseguem por em prática o conhecimento.</p> <p>(Quer dizer que o conhecimento não faz diferença no comportamento?)</p> <p>Antes não pensava em preservativo. Depois que comecei a trabalhar com Aids... (?)</p> <p>(Preocupar ou usar?) Preocupar e se angustiar (?)</p> <p>Para a Aids, sentimento é um problema.</p> <p>(E onde fica todo o saber que se tem e se passa para os pacientes ?)</p> <p>Esgota-se tudo no trabalho (?)</p> <p>(Como se poderia fazer para mudar?)</p> <p>Mudar é complicado. (?)</p>	<p>É. A mulher deveria tomar a iniciativa de pedir par o marido usar preservativo, Mas com a mulher o sexo vem acompanhado de sentimento. Com amor, não exigem preservativo.</p> <p>Mulher faz por prazer, mas com quem tem relacionamento afetivo.</p> <p>Faz... quer dizer... Acho que melhorou bastante.</p> <p>Comecei a me preocupar mais, mas é muito difícil</p> <p>É difícil conviver com uma preocupação que nem sempre se resolve na prática. De repente não dá para mudar um jeito de ser que dura uma vida.</p> <p>Aquele pensamento que a gente tanto trabalha em palestras, ocorre com cada um de nós.</p> <p>Acho que isso ocorre porque somos profissionais de saúde, lidamos com isso o dia inteiro no ambiente de trabalho. Às vezes o movimento interno seja esse. Muda no serviço e não muda na vida.</p> <p>É um movimento difícil e não sei se é o profissional de saúde que vai dar essas respostas.</p>

LEGENDA ( ? ) Pedido de esclarecimento significado

( Xxxx ) Perguntas do entrevistador

*Palavras em itálico e sublinhadas* metáforas e metonímias

**Palavras em negrito** expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – PROF. 3 (Fem., 32 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
TRABALHO COM AIDS NO SAE	<p>No início fiquei meio assustada. (?)</p> <p>Trabalhar com Aids tem algo de paixão, não há racionalidade que explique (?) É um privilégio.</p> <p>É um privilégio mas não dá para esquecer o lado negativo. Trabalhar com as questões de vida e morte(?)</p> <p>A gente trabalha com uma melhor qualidade de vida mas não pode oferecer esperanças. (?)</p> <p>Trabalhar com Aids é um aprendizado. É preciso viver bem a vida, diante de uma morte imprevisível. Isso é verdade para todos nós(?)</p>	<p>Trabalhar no serviço público é um desafio e a Aids é um desafio.</p> <p>Paixão porque há o estímulo de trabalhar em equipe e o contato e convivência com o paciente.</p> <p>Com a Aids a sensação é de que a morte vai acontecer mais rápido. O pior não é perder o paciente: é acompanhar o sofrimento da família.</p> <p>Não se pode dar falsas esperanças que não são reais. A esperança do pacientes com Aids é uma esperança refletida no espelho.</p> <p>Não se muda o destino dos pacientes.</p>
RISCO PROFISSIONAL	<p>(Onde o profissional de saúde corre mais riscos? No SAE ou na vida pessoal?)</p> <p>Na vida pessoal, lógico. (?)</p> <p>Todo mundo quer viver a vida da melhor maneira e intensamente. (?)</p> <p>Eu quero viver intensamente e com qualidade a minha relação. (?)</p> <p>(Como é viver essa falta de garantia?)</p> <p>Prefiro gastar meu tempo pensando em outras coisas do que nessa ameaça. (?)</p>	<p>Com um casamento antigo, eu e meu marido com convicções religiosas, não há espaço para se falar em preservativo.</p> <p>A fidelidade é um princípio do qual não abro mão. Isso não garante muita coisa.</p>
RISCO PESSOAL	<p>(Situação estável isenta do perigo?)</p> <p>Não, mas eu quero continuar me convencendo da garantia da religião. (?)</p> <p>Eu também tenho a fantasia, a ilusão de que o casamento protege.</p>	<p>Na minha opinião e no meu desejo a Aids está longe, muito longe. Será que se eu não estivesse nessa situação estável eu teria noção de perigo?</p> <p>Fidelidade é fundamental na relação. de acordo com a minha religião. Ou pelo menos um pacto de fidelidade. Se alguém não é fiel, ele que se cuide.</p>
CONHECIMENTO SOBRE AIDS E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	<p>(Como fica a discrepância entre o que você diz, em suas atividades educativas e o que você faz?)</p> <p>Isso é o que a gente diz para os outros. As vezes para nós mesmos. (?)</p> <p>(Como é lidar com "não fazer o que sabe"?)</p> <p>Com muito afeto. (?)</p>	<p>Na vida, o profissional parece esquecer de tudo e aí acontece de pegar Aids de um jeito tão banal, que é transar sem camisinha.</p> <p>Sentimento não combina com preservativo. Fica aquilo: eu confio em você e você confia em mim.</p>

LEGENDA ( ? ) Pedido de esclarecimento significado ( Xxxx ) Perguntas do entrevistador *Palavras em itálico e sublinhadas* metáforas e metonímias *Palavras em negrito* expressões-chave

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
<p>TRABALHO COM AIDS NO SAE</p>	<p>Trabalhar com Aids, no SAE, é uma lição de vida. (?)</p> <p>Com cada paciente que se consegue isso, é uma lição de vida pessoal.</p> <p>O trabalho no SAE oferece a oportunidade de a gente crescer como pessoa quando se convive com as experiências do paciente. (?)</p> <p>O reconhecimento do paciente, saber que ele conta com a gente, já gratifica.</p> <p>Só que trabalhar com Aids não é só uma maravilha. Existem alguns pontos negativos.</p> <p>Cada perda é um aprendizado. (?)</p> <p>Isso sem falar no medo que tínhamos, no começo, de contaminação, de não saber exatamente tudo sobre transmissão da Aids. Isso já foi superado e não há mais riscos. (?)</p> <p>(Onde o profissional de saúde corre mais riscos? No SAE ou na vida privada?)</p> <p>Eu, na prática profissional, porque trabalho com outros pacientes, no plantão e posso me descuidar das medidas de biossegurança.</p> <p>Mas não era bem isso que você perguntou {Repito a pergunta}</p> <p>Puxa a vida... (Pensa). Quer que eu fale por mim ou pelos outros? (É diferente?)</p> <p>É e não é. Ultimamente não corre risco nenhum. Rompi com o casamento.</p> <p>Tinha outra pessoa na história. Fiquei apavorada.(?)</p> <p>Veja o meu caso. O meu caso é o de praticamente todas as mulheres. O risco está ali, (?)</p> <p>Não dá para pedir ao marido para usar camisinha depois de 18 anos de casada. (?)</p> <p>Não sei se, como diz a música, enter perdas e ganhos, faz a gente ser mais feliz um outro jeito de ser. (?)</p>	<p>Lição de vida em todos os sentidos. O investimento no paciente não tem como fim a cura; é mais a <b>qualidade de vida</b>.</p> <p>Cada paciente é diferente; as experiências são únicas. Isso é gratificante.</p> <p>Um só que vou mencionar já é suficiente. Todos os dias a gente lida com a morte e parece que a gente lida com a própria morte.</p> <p>A perda do paciente e um desses aspectos negativos do trabalho.</p> <p>Se aprende a lidar com situações onde as expectativas são pequenas e as chances de cura não existem.</p> <p>Quase nenhum. Há muito cuidado.</p> <p>É terrível. Tratei de fazer um exame porque isso ficou martelando e me incomodando mais do que o resto. É! É na vida pessoal que se corre riscos.</p> <p>O risco está na sua vida. E a gente não ouve.</p> <p>Você está dando espaço para a desconfiança. E <b>desconfiança é o avesso da boa relação</b>.</p> <p>É isso que faz o homem diferente dos outros animais.</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – PROF. 4 (Fem., 44 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
<p>CONHECIMENTO SOBRE AIDS</p> <p>E</p> <p>MUDANÇA DE COMPORTAMENTO</p>	<p>(Saber faz diferença?)                      Faz no serviço. Na vida não. (?)                      Não tem diferença nenhuma entre o profissional e as outras pessoas (?)                      As pessoas que se infectam com o parceiro fixo são mulheres, não são?                      Então (?)                      Conhecimento? É só no discurso; na vida, não.</p>	<p>A gente fica nessa de relação só com o marido, na confiança e isso não protege. A gente sabe que não protege.</p> <p>É isso mesmo. Coisa de gente que não pensa e é mesmo. <b>Vai pelo coração.</b> E ninguém faz questão de ouvir a Aids batendo na porta. Ninguém quer ouvir.</p>

LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado

( Xxxx ) Perguntas do entrevistador

Palavras em itálico e sublinhadas metáforas e metonímias

**Palavras em negrito** expressões chave

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
<p>CHEGADA AO SAE</p> <p>SABER SOBRE AIDS</p>	<p>A gente tinha vida normal, como a de todo casal. (?)</p> <p>Comecei a emagrecer, pensei que estava com diabetes. Fiz exame e, enquanto esperava o resultado tive febre, fiquei debilitada. No retorno, a médica disse que era estafa.</p> <p>(Você concordou com esse diagnóstico?)</p> <p>Eu até queria que só fosse isso.</p> <p>(Você suspeitava de mais alguma coisa?)</p> <p>Aproveitei a oportunidade porque fazia tempo que queria fazer o exame mas tinha vergonha de procurar. (?)</p> <p>(Suspeito?)</p> <p>Eu criei coragem e perguntei se ela não dava requisição para eu fazer o exame para Aids. (Criar coragem?)</p> <p>(Por que vontade de fazer o exame?)</p> <p>A médica me perguntou por que eu queria fazer um exame desses e eu contei para ela que eu estava com umas feridas na boca e ela me deu a requisição. Fiz o exame e fiquei na esperança de não dar positivo.</p> <p>Mas na hora que a médica me deu o resultado, aí eu fiquei sabendo e <i>morri</i> ali. (?)</p> <p>(É verdade que você tinha um bom conhecimento sobre Aids, antes disso?)</p> <p>É. Desde que uma pessoa conhecida morreu, eu me impressionei. (?)</p> <p>Comecei a ler, fazer serviço voluntário no hospital, ajudando e convivendo com pessoas doentes e fui me interessando pelo assunto. Talvez fosse uma <i>premonição</i>. (?)</p>	<p>Casada há 12 anos, sem relação sexual com ninguém que não fosse o marido.</p> <p>Vergonha porque eu não conseguia me ver nem queria que me vissem como alguém suspeito.</p> <p>Quem tem dúvida sobre Aids, alguma coisa de errado fez. Pelo menos é isso que passa na cabeça de todo mundo.</p> <p>É. Depois do exame, tem que ter coragem para receber o resultado. E só tem dois resultados. É preciso ter coragem até para dizer porque quer fazer o exame. Coragem para ficar esperando o resultado.</p> <p>Morri mesmo. A médica foi muito legal quanto me deu o resultado, mas aquilo acabou comigo. Tudo acabou.</p> <p>O meu marido é viciado em tudo: jogo, bebida, mulher. Todo mundo me dizia: "abre o olho" e eu nem ligava. Até que aconteceu comigo. E eu sendo casada, toda certinha.</p> <p>Acho que eu já tinha o medo em mim, de acontecer comigo.</p> <p>Acho que lá dentro de mim eu tinha essa <i>desconfiança</i> de que um dia eu pudesse estar nessa. <i>Desconfiança</i> mas sem acreditar.</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – USUÁRIO 1 (Fem., 33 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO
<p>A EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR</p>	<p>(Quer dizer que você sabia da Aids, tinha algumas desconfianças de que pudesse estar correndo o risco e mesmo assim se infectou. Como é viver essa experiência?)</p> <p>Acho que só não entrei em parafuso de vez porque o pessoal daqui foi muito competente.</p> <p>O que mais eu disse? A revolta... Essa é a pior! Odiei o meu marido profundamente naquela hora. Como ele pode fazer aquilo comigo. (?)</p> <p>Eu era bonita e saudável, de repente emagreci a ponto de não ter força para andar. Depois que descobri a doença, nem tive coragem de contar para o meu marido. Nem eu mesmo entendi a minha reação.</p> <p>Quando eu falei para ele, ele disse que eu devia ter amante. Falou para os meus filhos: a menina com 10 e o menino com 8 e eles não aceitavam de jeito nenhum. Olha, o <u>inferno</u> é isso. (?)</p> <p>Procurei a psicóloga e ela fez reunião com meus filhos e depois disso melhorou bastante. (?)</p> <p>A revolta tem a ver comigo mesmo. Eu não sabia de tudo, não desconfiava? E fiz o que?</p> <p>(Não dava para se prevenir?)</p> <p>Olha, usar camisinha é muito, muito ruim.</p> <p>(Ruim?)</p> <p>Imagine você que o meu marido até hoje se recusa a fazer exame e fica me procurando para ter relação sexual. (?)</p> <p>(Antes de se infectar você não usava camisinha por que era ruim?)</p> <p>Nunca usei.</p>	<p>É uma dor, um desespero, um tormento, uma revolta. (?)</p> <p>É tudo junto. É e não é. É como se a gente passasse por umas fases, sabe? Dor porque é como levar uma punhalada na <u>alma</u> (?) Desespero porque na sua cabeça parece que passa um filme, rápido, rápido, e eu via meus filhos, lembrava do conhecido que morreu, me via como o povo do hospital.</p> <p>Revolta e ódio. Dentro de mim ele <u>morreu</u> e não foi morte natural. Matei ele naquela hora e depois também.</p> <p>Um tormento, falta de paz...</p> <p>Hoje, continuo com meu marido e decidi isso porque, se pensar bem, não é só ele que tem culpa.</p> <p>Nada. Fiquei lá esperando a morte chegar.</p> <p>A gente não se sente muito bem; faz uma diferença muito grande.</p> <p>Mais de uma vez eu quase fiz sem camisinha. Ele não queria e eu já sei que para mim não tem cura mesmo. Eu quase cedi.</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – USUÁRIO 1 (Fem., 33 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO
	<p>(E como você sabia que era ruim?)</p> <p>(E quanto quanto a você?)</p> <p>Eu mesmo sabendo do risco, nunca usei. (?)</p> <p>E você não acha que também não fiquei revoltada comigo mesmo por causa disso.</p> <p><u>Milhões de vezes.</u> (?)</p> <p>Será que é por falta de consciência? Nada (?)</p> <p>(Não dá para discutir?)</p> <p>É mais cômodo não discutir. (?)</p>	<p>Hoje eu sei que é ruim. Antes, mesmo que eu tivesse minhas desconfianças, nunca pensei em usar. (?)</p> <p>Primeiro porque homem não usa e não usa porque não gosta. Não tem o mesmo prazer com camisinha.</p> <p>A gente fica esperando que o marido se cuide e é aí que a Aids te pega. Pura burrice.</p> <p>O meu marido não tem amor à vida, nem à dele nem à minha. Mas e eu?</p> <p>Se eu pudesse voltar tudo como era antes, talvez ficasse na mesma situação. Me expondo, achando que nada ia acontecer. No final das contas, mudando o ditado popular, quando o marido não quer não entra camisinha na relação. E isso é uma coisa que, para mim não se discute.</p> <p>Se entrar nesse assunto, vai ter que entrar em muitos outros. Falar de coisas que ninguém quer saber ou dizer. Não vale a pena. E, para não mexer em feridas, eu mesma decretei minha sentença de morte. E juízo para você; se eu pudesse voltar ao que era antes, eu não ia ter peito para tornar tudo diferente.</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – USUÁRIO 2 (Masc. 42 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
CHEGADA AO SAE	<p>Em 1995 um amigo sofreu um acidente de carro e toda a turma foi doar sangue. Fui chamado no HEMOSUL por uma conversa e me disseram que o meu exame de Aids tinha dado positivo. Não acreditei naquela história e continuei levando a vida de antes por mais de um ano. (?)</p> <p>Ai, tive uma pneumonia que me deixou internado por 32 dias. Os médicos desconfiaram, conversaram comigo e a infectologista me encaminhou para cá.</p>	<p>Ninguém acredita numa notícia dessa, por mais que leve a vida sem se prevenir. Comigo não foi diferente.</p>
SABER SOBRE AIDS	<p>(Você disse que tinha um conhecimento muito bom sobre Aids, antes de se infectar.)</p> <p>E tinha mesmo. Me formei em enfermagem e exerci a profissão lá em Porto Alegre por cinco anos. Fiz alguns trabalhos junto com o pessoal do GAPA e era bom no assunto. (Bom no assunto?)</p> <p>Conhecimento não muda comportamento?</p> <p>Não. Muda depois que você está aqui. Antes, é chover no molhado.</p>	<p>É saber, inclusive, falar para os outros tudo sobre a doença e o que pode ser feito para não entrar nessa.</p> <p>Sabendo ou não sabendo tudo sobre Aids, ninguém pensa em camisinha.</p>
O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR	<p>(Como é viver a experiência de se infectar sabendo tudo o que poderia saber sobre o assunto?)</p> <p>Revoltante. É isso mesmo, revoltante. É revolta na mão e contramão. (?)</p> <p>Para você ter idéia: eu fiquei casado cinco anos e quando me separei dei uma reviravolta na minha vida. Voltei para a casa dos meus pais e loque que cheguei procurei os amigos da minha idade e já fiz uma turma. A turma dos boa-via. E tinha solteiro e separado. Já viu. Vidinha de solteiro. Nesse um ano que eu fiquei aqui, eu só transei com mulher. Eu só transei com quatro mulheres e eu conhecia todas elas. E tinha uma outra, no Sul, com quem sai algumas vezes nas crises do casamento, já perto da separação. No começo eu fiquei revoltado, revoltado mesmo, Dei até umas vaciladas. (?)</p>	<p>Revolta na mão e contra-mão. Acho que quem tem HIV e não usa camisinha, passando o vírus, é porque sente revolta. Eu passei por isso</p> <p>É... Transei sem camisinha com uma pessoa, depois de saber que estava com o vírus. De raiva E não era nenhuma das quatro.</p>



MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – USUÁRIO 2 (Masc. 42 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO
<p>A EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR</p>	<p>Fiquei mais revoltado quando pensei que podia ter infectado minha ex-mulher. Ela fez os exames e não tem nada. Até hoje não sei de quem peguei essa doença. Nem vou atrás. Já que me ferraram....                      (Mas você não sabia tudo de Aids? Não deu para se prevenir?)                      Isso é piada, não? (?)</p> <p>Aquela história de chupar bala com papel é verdade. Camisinha é uma carga. (?)</p> <p>(Por que não se usa camisinha com a esposa?)                      Camisinha? Ai tem. (?)</p> <p>(Se denunciando?)                      É Usar camisinha significa admitir para a mulher que você está pulando a cerca.                      (?)                      (E o conhecimento não influencia?)</p> <p>Antes eu não usava camisinha porque era inocente ou porque queria ser ingênuo. Hoje, se eu não usar, sou irresponsável.</p>	<p>Piada, sim. Ninguém usa camisinha, não. Pensando em Aids, nunca</p> <p>Eu nem vou perguntar para você, para não ser indiscreto. Mas transar com camisinha é ruim, tira a virilidade, tira o prazer.</p> <p>Carga porque numa transa que não é com sua mulher, você não usa porque você não pega qualquer pessoa, só pega pessoa que conhece. Outra vacilada.(?). Isso não garante nada. Mas quando você transa com uma pessoa, você nem pensa nessa possibilidade.</p> <p>Se você transa com a sua mulher, sua esposa, aí então nem pensar.</p> <p>Usar a camisinha pode denunciar alguma coisa. Ninguém usa camisinha no casamento par não ter que ser questionado e acabar se denunciando.</p> <p>Não usar camisinha é o melhor atestado de boa conduta que existe.</p> <p>Não. É aquilo mesmo: isso nunca vai acontecer comigo. É por causa disso que tenho tantos colegas aqui no SAE.</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – USUÁRIO 2 (Masc. 42 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO
CHEGADA AO SAE	<p>Em 1995 um amigo sofreu um acidente de carro e toda a turma foi doar sangue. Fui chamado no HEMOSUL por uma conversa e me disseram que o meu exame de Aids tinha dado positivo. Não acreditei naquela história e continuei levando a vida de antes por mais de um ano. (?)</p> <p>Ai, tive uma pneumonia que me deixou internado por 32 dias. Os médicos desconfiaram, conversaram comigo e a infectologista me encaminhou para cá.</p>	<p><b>Ninguém acredita</b> numa notícia dessa, por mais que leve a vida sem se prevenir. Comigo não foi diferente.</p>
SABER SOBRE AIDS	<p>(Você disse que tinha um conhecimento muito bom sobre Aids, antes de se infectar.)</p> <p>E tinha mesmo. Me formei em enfermagem e exerci a profissão lá em Porto Alegre por cinco anos. Fiz alguns trabalhos junto com o pessoal do GAPA e era bom no assunto. (Bom no assunto?)</p> <p>Conhecimento não muda comportamento?</p> <p>Não. Muda depois que você está aqui. Antes, é chover no molhado.</p>	<p>É saber, inclusive, falar para os outros tudo sobre a doença e o que pode ser feito para não entrar nessa.</p> <p>Sabendo ou não sabendo tudo sobre Aids, ninguém pensa em camisinha.</p>
O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR	<p>(Como é viver a experiência de se infectar sabendo tudo o que poderia saber sobre o assunto?)</p> <p>Revoltante. É isso mesmo, revoltante. É revolta na mão e contramão. (?)</p> <p>Para você ter ideia: eu fiquei casado cinco anos e quando me separei dei uma reviravolta na minha vida. Voltei para a casa dos meus pais e loque que cheguei procurei os amigos da minha idade e já fiz uma turma . A turma dos boa-via. E tinha solteiro e separado. Já viu. Vidinha de solteiro. Nesse um ano que eu fiquei aqui, eu só transei com mulher. Eu só transei com quatro mulheres e eu conhecia todas elas. E tinha uma outra, no Sul, com quem sai algumas vezes nas crises do casamento, já perto da separação. No começo eu fiquei revoltado, revoltado mesmo, Dei até umas vaciladas. (?)</p>	<p><b>Revolta</b> na mão e contra-mão. Acho que quem tem HIV e não usa camisinha, passando o vírus, é porque sente revolta. Eu passei por isso</p> <p>É...Transei <b>sem caminha com uma pessoa</b>, depois de saber que estava com o vírus. <b>De raiva</b> É não era nenhuma d is quatro.</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – USUÁRIO 2 (Masc. 42 a)

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO
<p>A EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR</p>	<p>Fiquei mais revoltado quando pensei que podia ter infectado minha ex-mulher. Ela fez os exames e não tem nada. Até hoje não sei de quem peguei essa doença. Nem vou atrás. Já que me ferraram.... (Mas você não sabia tudo de Aids? Não deu para se prevenir?) Isso é piada, não? (?)</p> <p>Aquela história de chupar bala com papel é verdade. Camisinha e uma carga. (?)</p> <p>(Por que não se usa camisinha com a esposa?) Camisinha? Ai tem. (?)</p> <p>(Se denunciando?) É Usar camisinha significa admitir para a mulher que você está pulando a cerca. (?) (E o conhecimento não influencia?)</p> <p>Antes eu não usava camisinha porque era inocente ou porque queria ser ingênuo. Hoje, se eu não usar, sou irresponsável.</p>	<p>Piada, sim. Ninguém usa camisinha, não. Pensando em Aids, nunca</p> <p>Eu nem vou perguntar para você, para não ser indiscreto. Mas transar com camisinha é ruim, tira a virilidade, tira o prazer.</p> <p>Carga porque numa transa que não é com sua mulher, você não usa porque você não pega qualquer pessoa, só pega pessoa que conhece. Outra vacilada.(?). Isso não garante nada. Mas quando você transa com uma pessoa, você nem pensa nessa possibilidade.</p> <p>Se você transa com a sua mulher, sua esposa, aí então nem pensar.</p> <p>Usar a camisinha pode denunciar alguma coisa. Ninguém usa camisinha no casamento por não ter que ser questionado e acabar se denunciando.</p> <p>Não usar camisinha é o melhor atestado de boa conduta que existe.</p> <p>Não. É aquilo mesmo: isso nunca vai acontecer comigo. É por causa disso que tenho tantos colegas aqui no SAE.</p>

## **5 Construção**

### **5.1 Reunião das experiências vividas**

A reunião das experiências vividas pelos profissionais configura um novo conteúdo, resultante do agrupamento das verbalizações e atribuições de significado de cada entrevistado, segundo as grandes categorias temáticas.

O reagrupamento desses conteúdos nos mapas de verbalização, explicação e atribuição de significados, por categorias temáticas subsidiaram a composição das árvores de associação de significado.

Nas árvores de significado, os elementos são reagrupados, sendo indicados como cada um fomenta e influencia o outro, com vistas ao subsídio do próximo passo: o da contextualização.

A descrição acima detalha a seqüência dos passos necessários à fase de construção.

Para melhor compreensão do conteúdo obtido nesta fase, os elementos são apresentados na seguinte ordem: a árvore e seus elementos e os mapas que a originaram.

#### **5.1.1 Discurso dos profissionais**

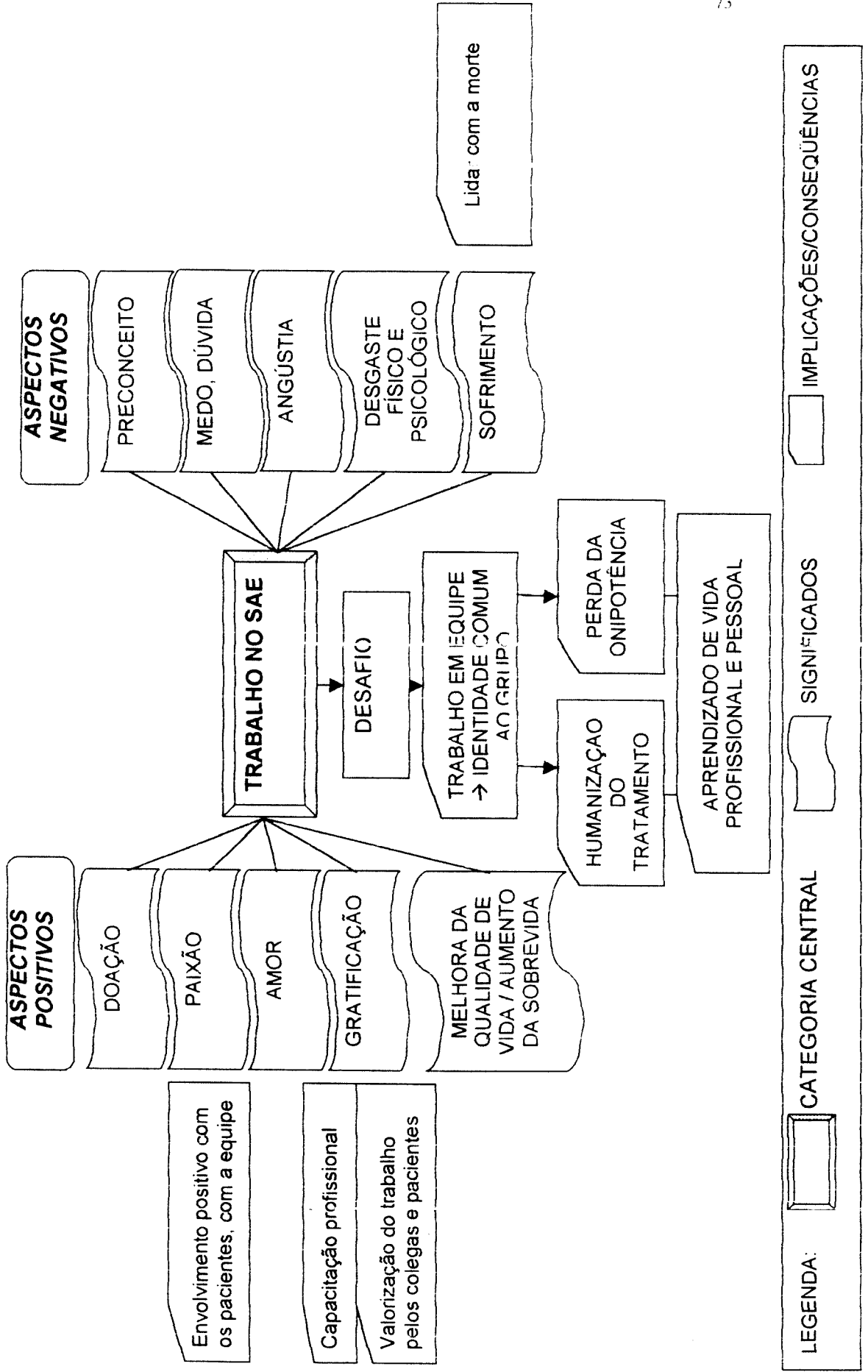
As árvores de associação de significados dos discursos dos profissionais foram construídas a partir dos mapas de verbalização, explicação e atribuição de significados de cada entrevista.

Cada árvore representa um núcleo temático, núcleos esses que se constituíram elementos norteadores das questões constantes do instrumento de coleta de dados.

Assim, são apresentadas três árvores, sendo a primeira referente ao trabalho no SAE, a segunda diz respeito à importância do saber sobre Aids na modificação dos comportamentos no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) e no contexto da vida privada e a última exemplifica a percepção do risco na vida pessoal, conseqüente ao exercício da sexualidade.

Apesar da seqüência de elaboração da fase de construção se dar a partir dos mapas, que subsidiam a construção das árvores, a apresentação desses elementos, para melhor compreensão, é feita diferentemente: tem início com a estrutura da árvore, seguindo-se os mapas que lhe deram origem. (p. 73-82)

ÁRVORE DE ASSOCIAÇÃO DE SIGNIFICADOS DO SUJEITO COLETIVO POR CATEGORIAS TEMÁTICAS  
TEMA 1 PROFISSIONAIS - O TRABALHO NO SAE



MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - PROFISSIONAIS

O TRABALHO NO SAE

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
PROF. 1	<p>Cheguei, fui ficando e acabei me envolvendo (?) Isso tem dois lados: um que é gratificante e outro que é desgastante.</p> <p>(?) Gratificante porque o tempo todo estou estudando, aprendendo. Isso é bom para qualquer profissional.</p> <p>O que é desgastante é que a gente passa muito tempo convivendo com o mesmo problema, se envolvendo com os pacientes de modo muito intenso.</p> <p>O paciente melhora, melhora a qualidade de vida, aumento o tempo de vida mas se convive o tempo todo com o <i>fantasma</i> (?)</p> <p>E sabe que a perda do paciente não é o pior? (?). O paciente, em fase terminal, lutando para viver e não tendo condições físicas para isso, leva a um sofrimento muito grande, de todo mundo que está envolvido (?)</p>	<p>A gente tem que atender todas as necessidades do paciente.</p> <p>Gratificante porque dá oportunidade para a capacitação profissional e isso repercute na melhoria da qualidade de vida do paciente e no aumento da sobrevida.</p> <p>Desgastante. O grande problema é conviver muito tempo com o mesmo problema, um problema sem solução e isso me angustia.</p> <p>É o fantasma da morte. Ninguém vê mas ele está sempre presente.</p> <p>O pior é o sofrimento. Sofrimento do paciente, da família e nosso.</p> <p>De nada adianta. Nessa fase, tudo o que a gente sabe sobre Aids, que não é pouco, de nada adianta.</p>	<p>Os termos utilizados para indicar o significado de trabalhar com Aids têm conotação positiva e negativa, o que revela a coexistência de sentimentos conflitantes geradores de situações de desgasto.</p> <p>O conteúdo subjetivo positivo remete aos pacientes (qualidade de vida/ aumento de sobrevida); a gratificação é mais pessoal que profissional para os trabalhadores do SAE.</p> <p>Há relativização da dor, porque as perdas fazem parte da vida e qualquer pessoa.</p> <p>A impotência diante da morte levando ao sofrimento. Quando se trabalha com Aids, perde-se a onipotência implícita na permanente responsabilidade pela cura, para quem trabalha com saúde.</p>
PROF. 2	<p>No começo fica aquela coisa da dúvida, da apreensão (?) Será que esse trabalho vai ser bem realizado? Ai a gente começa a perder pacientes, medo.</p> <p>Aos poucos a gente vai abraçando a causa e ai não tem volta. O profissional que trabalha com Aids, no SAE, tem amor pelo que faz, o mesmo ideal. (?)</p> <p>A gente fica com o paciente 40 minutos, 1 hora e até mais. É um desgaste maior do que atender 10, 8 pacientes com outra patologia. (Como é, para você, viver isso?)</p> <p>A gente trabalha essas questões na família e com a gente mesmo(?)</p> <p>O paciente chega mal, a gente conscientiza o paciente e ele começa o tratamento. Com uma, duas semanas ele volta para mostrar que melhorou. (?)</p>	<p>Tínhamos o medo, o preconceito dos próprios companheiros, tanto com os pacientes como com a gente que trabalhava com Aids. E o medo e a dúvida por ser um trabalho novo e porque é deprimente o modo como os pacientes morrem.</p> <p>Tem algo mais: amor, baixão, doação. O trabalho no SAE dá uma identidade com um a todo mundo.</p> <p>É desgastante porque é profundo a gente vive a situação do paciente, da família a cada momento. Sabe o que gratifica? É a gente ver o paciente antes e depois do tratamento, acompanhar a diferença na parte psicológica, na parte física, na parte familiar.</p> <p>A Aids trouxe até isso: humanização do tratamento, a ênfase na qualidade do que resta de vida.</p>	<p>O sentir-se discriminado e a insegurança quanto ao saber lidar com a Aids são paulatinamente substituídos por um conhecimento que repercute em um relacionamento diferenciado com o paciente.</p> <p>Vive-se a situação do paciente e da família, num envolvimento pouco neutro, o que não tipifica a relação profissional-paciente.</p> <p>O viver a vida com mais qualidade significa até mesmo ser menos racional e mais emocional no lidar com as circunstâncias da vida.</p>

LEGENDA ( ? ) Pedido de esclarecimento significado

(Xxxx) Perguntas do entrevistador

*Palavras em itálico e sublinhadas*

metáforas ou metonímias

Palavras em negrito

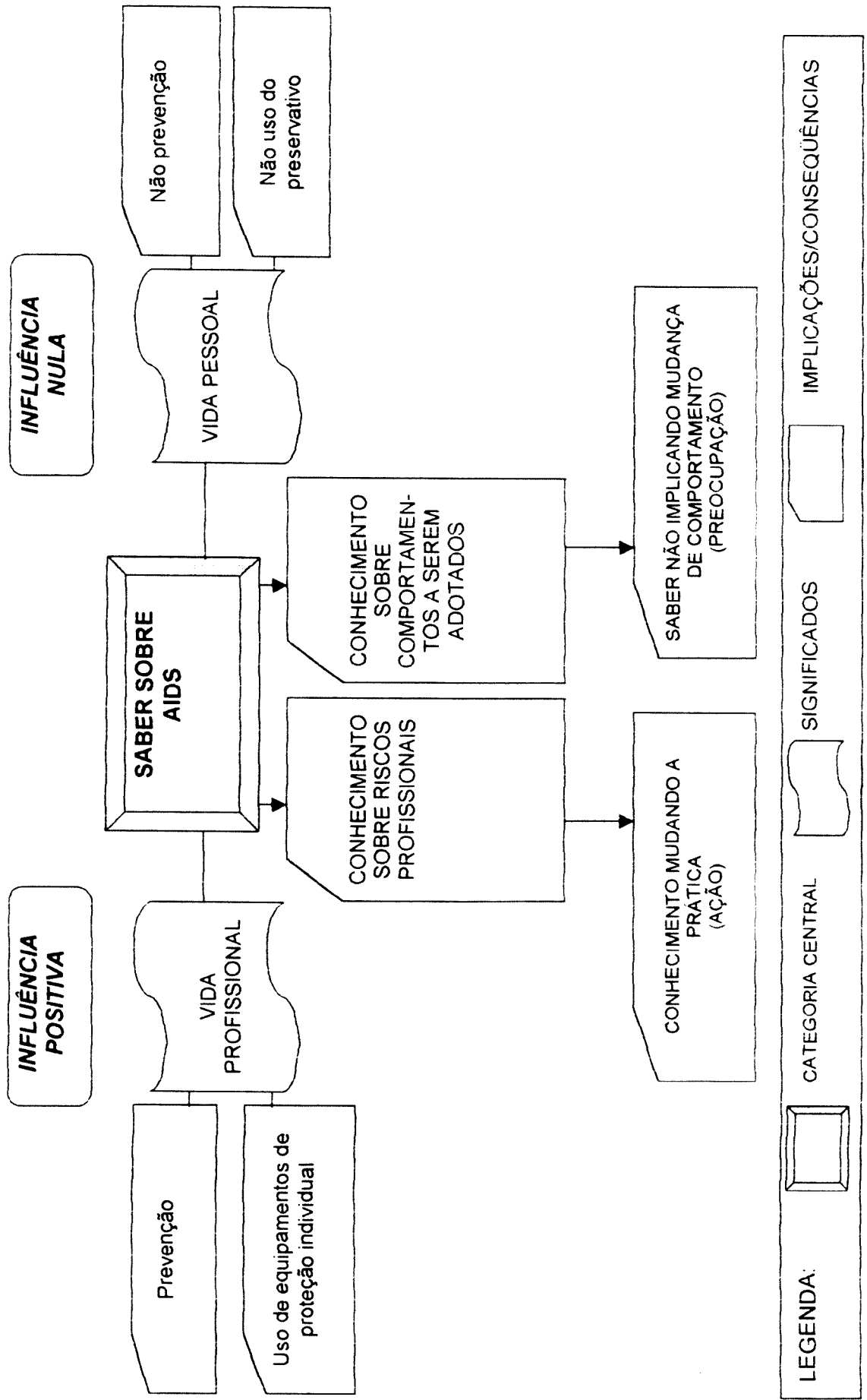
expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - PROFISSIONAIS  
O TRABALHO NO SAE

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
PROF. 3	<p>Todos precisamos do outro. Aqui não tem ninguém onipotente, não. (Tudo aqui é positivo?) Não, também tem coisas ruins. O negativo é que a gente tem que se doar muito. Atividade dentro e fora do SAE; suga muito (?)</p> <p>No início fiquei meio assustada. (?)</p> <p>Trabalhar com Aids tem algo de paixão; não há racionalidade que explique (?) É um privilégio. É um privilégio mas não dá para esquecer o lado negativo. Trabalhar com as questões de vida e morte(?) A gente trabalha com uma melhor qualidade de vida mas não pode oferecer esperanças. (?)</p> <p>Trabalhar com Aids é um aprendizado. É preciso viver bem a vida, diante de uma morte imprevisível. Isso é verdade para todos nós(?)</p>	<p>É muito bom porque você vê a pessoa renascer e isso só é possível porque o trabalho é conjunto, é feito em equipe.</p> <p>Até psicologicamente a gente fica vulnerável, devido ao envolvimento com a problemática do paciente.</p> <p>Trabalhar no serviço público é um desafio e a Aids é um desafio.</p> <p>Paixão porque há o estímulo de trabalhar em equipe e o contato e convivência com o paciente.</p> <p>Com a Aids a sensação é de que a morte vai acontecer mais rápido. O pior não é perder o paciente: é acompanhar o sofrimento da família.</p> <p>Não se pode dar falsas esperanças que não são reais.</p> <p>A esperança do paciente com Aids é uma esperança refletida no espelho.</p> <p>Não se muda o destino dos pacientes.</p>	<p>A ambivalência de sentimentos, positivos e negativos são a marca do trabalho com Aids.</p> <p>Ao mesmo tempo em que se vive a experiência positiva de ver a melhoria da qualidade de vida e o aumento da sobrevida do paciente, convive-se com o desmoronamento do que foi construído no processo de tratamento, quando o paciente apresenta sintomas da fase terminal. O significado negativo da morte impacta menos quando se busca ver o impacto que a assistência oferecida teve na vida do paciente e da família.</p> <p>O investimento na melhoria da qualidade de vida é a tônica da assistência.</p> <p>A onipotência é minimizada e cada paciente é visto em sua singularidade.</p> <p>Apesar de profissional, a relação com o paciente não é mais pessoal. Ser útil ao paciente, fazendo um atendimento com impacto positivo tem valor de recompensa.</p>
PROF. 4	<p>Trabalhar com Aids, no SAE, é uma lição de vida. (?)</p> <p>Com cada paciente que se consegue isso, é uma lição de vida pessoal.</p> <p>O trabalho no SAE oferece a oportunidade de a gente crescer como pessoa quando se convive com as experiências do paciente. (?)</p> <p>O reconhecimento do paciente, saber que ele conta com a gente, já gratifica.</p> <p>Só que trabalhar com Aids não é só uma maravilha. Existem alguns pontos negativos.</p> <p>Cada perda é um aprendizado. (?)</p>	<p>Lição de vida em todos os sentidos. O investimento no paciente não tem como fim a cura; é mais a qualidade de vida.</p> <p>Cada paciente é diferente; as experiências são únicas. Isso é gratificante.</p> <p>Um só que vou mencionar já é suficiente. Todos os dias a gente lida com a morte e parece que a gente lida com a própria morte.</p> <p>A perda do paciente é um desses aspectos negativos do trabalho.</p> <p>Se aprende a lidar com situações onde as expectativas são pequenas e as chances de cura não existem.</p>	<p>O investimento na melhoria da qualidade de vida é a tônica da assistência.</p> <p>A onipotência é minimizada e cada paciente é visto em sua singularidade.</p> <p>Apesar de profissional, a relação com o paciente não é mais pessoal. Ser útil ao paciente, fazendo um atendimento com impacto positivo tem valor de recompensa.</p>



ÁRVORE DE ASSOCIAÇÃO E DE SIGNIFICADOS DO SUJEITO COLETIVO – CATEGORIAS TEMÁTICAS  
 TEMA 2 – PROFISSIONAIS - SABER SOBRE AIDS



MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS – PROFISSIONAIS

CONHECIMENTO SOBRE AIDS X MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	VERBALIZAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
PROF. 1	<p>... Os pacientes são informados, sabem o que leva à prevenção, mesmo assim, não tornam os cuidados necessários. É muito complicado(?)</p> <p>Eu estava em uma reunião com médicos que atendem DST e um falou assim "engraçado, como parece que está tão longe a questão da Aids. A gente atende um paciente aqui, faz uma cirurgia lá; a questão da Aids é com o paciente; a gente nem está pensando nisso.(?)</p> <p>Ter certeza do que poderia ser feito e não fazer. Comigo não é diferente. Aqui no SAE parece que eu me sinto mais perto, não sei. Mas não totalmente perto. (?)</p> <p>Eu não acho que isso é correto. Até porque eu conheço a questão mais profundamente que outras pessoas e além de ter aprendido na teoria, tenho a vivência. É aquela história: muda só a consciência (?)</p>	<p>Ter a teoria, o conhecimento, a consciência e não fazer uso daquilo, na prática.</p> <p>Eu vou explicar. Parece uma contradição, né? A gente sente a presença do problema, sente que ele tem a ver com a gente, sabe da complexidade, sabe do avanço afetando as pessoas em geral, porque não existe mais grupo de risco, mas ainda não muda do jeito que deveria mudar.</p> <p>Eu sei exatamente de tudo, dos riscos, de tudo. Isso é estar consciente. E eu estou consciente. Só que entro nessa de cabeça porque tenho uma confiança muito grande no parceiro. Agora, dizer que eu não estou consciente do que estou fazendo, não é verdade</p>	<p>O conhecimento sobre Aids exerce influência no sentido da mudança de comportamento quando se considera o âmbito do SAE.</p> <p>Conhecer a doença, saber sobre transmissão, ter ciência dos riscos favorece a adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual e o atendimento às normas de biossegurança.</p> <p>Quando se trata de relacionar o saber, o conhecimento à vida pessoal, ao relacionamento sexual, o impacto do saber não se dá no sentido da ação e sim da preocupação.. A consciência a respeito dos riscos, com relação à vida sexual, não implica mudança.</p>
PROF. 2	<p>O profissional conhece, sabe, mas nem todos conseguem pôr em prática o conhecimento. (Quer dizer que o conhecimento não faz diferença no comportamento?)</p> <p>Antes não pensava em preservativo. Depois que comecei a trabalhar com Aids... (?)</p> <p>(Preocupar ou usar?) Preocupar e se angustiar (?)</p> <p>Para a Aids, sentimento é um problema. (E onde fica todo o saber que se tem e se passa para os pacientes (?)</p> <p>Esgota-se tudo no trabalho (?)</p>	<p>Faz... quer dizer... Acho que melhorou bastante.</p> <p>Comecei a me preocupar mais, mas é muito difícil É difícil conviver com uma preocupação que nem sempre se resolve na prática. De repente não dá para mudar um jeito de ser que dura uma vida.</p> <p>Aquele pensamento que a gente tanto trabalha em palestras, ocorre com cada um de nós.</p>	<p>O profissional tem o dever e a responsabilidade de usar o conhecimento com os pacientes, familiares.</p> <p>O profissional sente-se distante da Aids, assim como o resto da população, ou seja, eles não se percebem como vulneráveis, mesmo que sob a perspectiva "técnica, racional" eles o sejam.</p> <p>O uso da camisinha não se sustenta no conhecimento racional. Não usar se relaciona com valores e estes não têm sustentação racional.</p>

LEGENDA ( ? ) Pedido de esclarecimento significado

(xxxx ) Perguntas do entrevistador

*Palestras em itálico e sublinhadas* metáforas ou metonímias

Palavras em negrito expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS – PROFISSIONAIS

CONHECIMENTO SOBRE AIDS X MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
PROF. 3	<p>(Como se poderia fazer para mudar?) Mudar é complicado. (?)</p> <p>(Como fica a discrepância entre o que você diz, em suas atividades educativas e o que você faz? Isso é o que a gente diz para os outros. Às vezes para nós mesmos. (?)</p> <p>(Como é lidar com "não fazer o que sabe"?) Com muito afeto. (?)</p> <p>(Saber faz diferença?) Faz no serviço. Na vida não. (?) Não tem diferença nenhuma entre o profissional e as outras pessoas (?)</p> <p>As pessoas que se infectam com o parceiro fixo são mulheres, não são? Então (?)</p> <p>Conhecimento? É só no discurso; na vida, não.</p>	<p>Acho que isso ocorre porque somos profissionais de saúde, lidamos com isso o dia inteiro no ambiente de trabalho. Talvez o movimento interno seja esse. <b>Muda no serviço e não muda na vida.</b> É um movimento difícil e não sei se é o profissional de saúde que vai dar essas respostas.</p> <p><b>Na vida</b>, o profissional parece esquecer de tudo e aí acontece de pegar Aids de um jeito tão banal, que é transar sem camisinha.</p> <p>Sentimento não combina com preservativo. Fica aquilo: eu confio em você e você confia em mim.</p> <p>A gente fica nessa de relação só com o marido, na confiança e isso não protege. A gente sabe que não protege.</p> <p>É isso mesmo. Coisa de gente que não pensa e é mesmo. <b>Vai pelo coração.</b> É ninguém faz questão de ouvir a Aids batendo na porta. Ninguém quer ouvir.</p>	<p>Usar o saber profissional na relação a dois é difícil porque o saber, sobre prevenção serve para quem está vulnerável. Para a vida pessoal, usam-se as próprias convicções como forma de auto-convencimento sobre estar infenso aos riscos da Aids. Em síntese, saber faz diferença na vida profissional; na vida pessoal, não.</p>
PROF. 4			

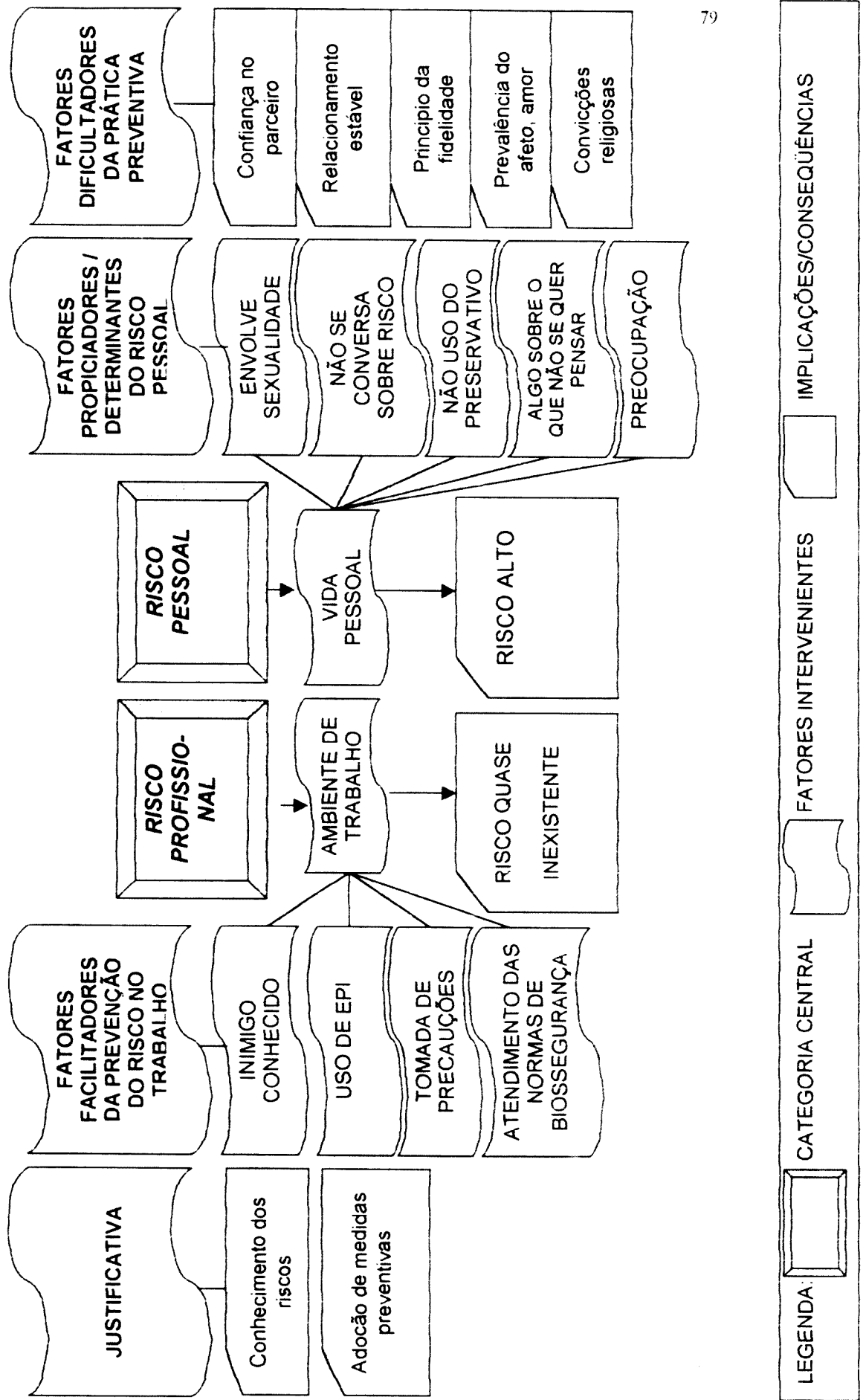
LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado

(Xxxx) Perguntas do entrevistador

Palavras em itálico e sublinhadas metáforas ou metonímias

**Palavras em negrito** expressões-chave

ÁRVORE DE ASSOCIAÇÃO DE SIGNIFICADOS DO SUJEITO COLETIVO - CATEGORIAS TEMÁTICAS  
 TEMA 3 PROFISSIONAIS - PERCEÇÃO DE RISCO



MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - PROFISSIONAIS

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
PROF. 1	<p>(Onde você corre mais riscos? Na vida profissional ou na vida pessoal?)</p> <p>Como pessoa, sem dúvida. Aqui no serviço a gente se protege, atende às normas de segurança. Aqui a gente conhece o <i>inimigo</i>. (?)</p> <p>Já na vida pessoal... Você está me colocando na <i>parede</i>. (?) Ter que falar de uma coisa e eu não gosto nem de pensar nisso. Não só não gosto como evito pensar nisso. (?)</p> <p>(Como é viver essa experiência de falar e não fazer?)</p> <p>É tranquilo. Ninguém usa. Todos sabem o que leva à prevenção e mesmo assim não se toma os cuidados. É muito complicado (?)</p> <p>Muda só a consciência. (?)</p> <p>Eu não tenho nada contra a camisinha, só que é muito difícil colocar isso em prática no relacionamento. (?)</p> <p>Eu tenho um relacionamento muito aberto. Eu acredito nisso. Se a gente tiver que se relacionar com outra pessoa, primeiro a gente rompe a relação. A gente não fala de camisinha. (?)</p> <p>No relacionamento a prioridade deixa de ser o outro e passa a ser os dois. (?)</p>	<p>Inimigo é algo ameaçador que precisa ser constantemente enfrentado e eliminado. Como se conhecem os riscos, cada procedimento é cercado de cuidados necessários.</p> <p>Falar de algo de que se gosta nem de pensar. Não faço o que digo para os outros fazerem. Não uso preservativo.</p> <p>Um vizinho da minha mãe morreu de Aids e fiquei sem acreditar. Estou assim até agora. Comigo não é diferente porque não mudei do jeito que deveria mudar.</p> <p>Eu entro de cabeça na relação porque tenho uma confiança muito grande no meu parceiro.</p> <p>Eu tenho certeza de mim e faço questão de pensar a mesma coisa sobre meu marido.</p> <p>O que faz a gente não falar em camisinha é a confiança. Confiança no relacionamento mais do que no parceiro. Fidelidade tem a ver com bom relacionamento. Talvez eu use este tipo de argumento para me proteger porque, no fundo, isso não me isenta dos riscos</p> <p>Valorizar mais o relacionamento, o amor, do que a si mesmo não é ser irresponsável. Eu me preocupo, mas não tenho conflitos.</p>	<p>A tranquilidade dos profissionais do SAE quanto aos riscos profissionais é ilustrada pelo fato de nunca ter ocorrido nenhum acidente.</p> <p>Lidar com a incoerência entre o falar e o fazer não é incômodo pois quando há situação em que, por uma história semelhante à sua, há o confronto com a própria vulnerabilidade, utiliza-se o não pensar como mecanismo para proteger-se psiquicamente. A fuga do confronto com uma possível verdade faz parte do cotidiano.</p> <p>Não se usa camisinha, não se conversa sobre prevenção porque não se está convencido de que há motivos que poderiam levar à contaminação. Não se fala sobre camisinha para não se falar sobre infidelidade. Acredita-se que a relação estável protege. Valoriza-se o relacionamento pela utilização do silêncio sobre o preservativo; preservativo é incompatível com confiança e não há relacionamento de qualidade sem confiança.</p>
PROF. 2	<p>(Onde o profissional de saúde corre mais riscos? Na atividade profissional ou na vida pessoal?)</p> <p>Eu acho que é na vida pessoal (?)</p>	<p>Tudo o que envolve <b>sexualidade</b> e mais difícil para o ser humano. <b>Não falamos sobre preservativo</b>, nunca conversamos sobre <b>sexo</b> e sobre <b>risco</b>, pelo menos como deveríamos conversar.</p>	<p>A grande dificuldade apontada pelos profissionais de saúde para a prevenção na vida pessoal é o falar sobre sexualidade.</p>

LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado

(xxxx ) Perguntas do entrevistador

Palavras em itálico e sublinhadas

metáforas ou metonímias

Palavras em negrito

expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - PROFISSIONAIS  
RISCO PROFISSIONAL X RISCO PESSOAL

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
PROF. 3	<p>Com toda a liberdade sexual, a juventude vai pelo mesmo caminho, porque nós educamos a turma e passamos para eles nossos preconceitos e convicções.</p> <p>No SAE, não. Você sabendo que o paciente está infectado, você sabe exatamente como se prevenir e faz. Na vida pessoal é diferente: a gente sabe que preservativo é só o que pode prevenir. Mas as pessoas acham que não pode acontecer com eles na vida pessoal.</p> <p>A gente cresce com isso. Não se tem o hábito de usar preservativo(?) Após 15, 20 anos de casamento, não tem como pedir para o marido usar preservativo. Por mais que ela não tenha confiança nele, ela não pede. (Mulher?)</p> <p>Com o homem não é assim. Ele faz sexo mais é por prazer, mesmo. (?)</p> <p>Onde o profissional de saúde corre mais riscos? No SAE ou na vida pessoal?</p> <p>Na vida pessoal, lógico. (?)</p> <p>Todo mundo quer viver a vida da melhor maneira e intensamente. (?)</p> <p>Eu quero viver intensamente e com qualidade a minha relação. (?)</p> <p>(Como é viver essa falta de garantia?)</p> <p>Prefiro gastar meu tempo pensando em outras coisas do que nessa ameaça. (?)</p> <p>(Situação estável isenta do perigo?)</p> <p>Não, mas eu quero continuar me convencendo da garantia da religião. (?)</p>	<p>Os jovens carregam preservativo no bolso, usam umas vezes, depois, adeus preservativo. Os casos de Aids surgem assim: com a pessoa que a gente ama. Estabilizou a relação, não usa.</p> <p>É. A mulher deveria tomar a iniciativa de pedir par o marido usar preservativo, Mas com a mulher o sexo vem acompanhado de sentimento. Com amor, não exigem preservativo.</p> <p>Mulher faz por prazer, mas com quem tem relacionamento.</p> <p>Com um casamento antigo, eu e meu marido com convicções religiosas, não há espaço para se falar em preservativo.</p> <p>A fidelidade é um princípio do qual não abro mão. Isso não garante muita coisa.</p> <p>Na minha opinião e no meu desejo a Aids está longe, muito longe. Será que se eu não estivesse nessa situação estável eu teria noção de perigo?</p>	<p>Existem conversas sobre o desempenho sexual, sobre as oportunidades para a expressão sexual. Fala-se sobre a sexualidade de um modo geral: aborda-se a prática sexual como fenômeno coletivo, sem se expor como pessoa.</p> <p>No âmbito do SAE o conhecimento favorece a adoção de medidas preventivas.</p> <p>Fora do SAE, não se fala de preservativo. Pode ser instrumento de exibição mas não de uso.</p> <p>Quando se introduz o preservativo na relação, a confiança fica abalada.</p> <p>Se há afeto, amor, não há espaço para "traição", logo, não há risco. Pensar em camisinha é pensar em infidelidade e isso ninguém quer.</p> <p>Apesar do reconhecimento da fragilidade dos fundamentos da não prevenção, foge-se do confronto com a possível verdade.</p> <p>A moralidade da religião serve como um reforço para a "moralidade" do casamento, sendo algo que, apesar de questionável na prática, não se questiona como princípio.</p> <p>A prática da infidelidade se dá num espaço (geográfico e afetivo) longe do espaço do lar.</p> <p>O mundo fora do lar é o lugar onde a infidelidade se dá num espaço de espaço para o preservativo. Só o espaço da infidelidade comporta a camisinha.</p>

LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado

(X-xxx ) Perguntas do entrevistador

*Palavras em itálico e sublinhadas* metáforas ou metonímias

Palavras em negrito expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - PROFISSIONAIS  
RISCO PROFISSIONAL X RISCO PESSOAL

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
PROF. 4	<p>Eu também tenho a fantasia, a ilusão de que o casamento protege.</p> <p>Isso sem falar no medo que tínhamos, no começo, de contaminação, de não saber exatamente tudo sobre transmissão da Aids. Isso já foi superado e não há mais riscos. (?)</p> <p>(Onde o profissional de saúde corre mais riscos? No SAE ou na vida privada?)</p> <p>Eu, na prática profissional, porque trabalho com outros pacientes, no plantão e posso me descuidar das medidas de biossegurança.</p> <p>Mas não era bem isso que você perguntou {Repeto a pergunta}</p> <p>Puxa a vida... (Pensa). Quer que eu fale por mim ou pelos outros? (É diferente?)</p> <p>É e não é. Ultimamente não corre risco nenhum. Rompi com o casamento. Tinha outra pessoa na história. Fiquei apavorada.(?)</p> <p>Veja o meu caso. O meu caso é o de praticamente todas as mulheres. O risco está ali, (?)</p> <p>Não dá para pedir ao marido para usar camisinha depois de 18 anos de casada. (?)</p> <p>Não sei se, como diz a música, entre perdas e ganhos, faz a gente ser mais feliz um outro jeito de ser. (?)</p>	<p>Fidelidade é fundamental na relação, de acordo com a minha religião. Ou pelo menos um pacto de fidelidade. Se alguém não é fiel, ele que se cuide.</p> <p>Quase nenhum. Há muito cuidado.</p> <p>É terrível. Tratei de fazer um exame porque isso ficou martelando e me incomodando mais do que o resto. É na vida pessoal que se corre riscos.</p> <p>O risco está na sua vida. E a gente não ouve.</p> <p>Você está dando espaço para a desconfiança. E <b>desconfiança é o avesso da boa relação.</b> É isso que faz o homem diferente dos outros animais.</p>	<p>Mulheres confiam no parceiro e essa confiança não é correspondida. O afetivo, para a mulher, supera o racional. Não pensar sobre tais questões, é uma decisão racional.</p> <p>O risco mais importante não é o da Aids e sim o de mudar a relação, para pior.</p> <p>Viver em possível risco compensa porque não ameaça a relação, cujo valor pessoal é indiscutível.</p>

### 5.1.2 Discurso dos usuários

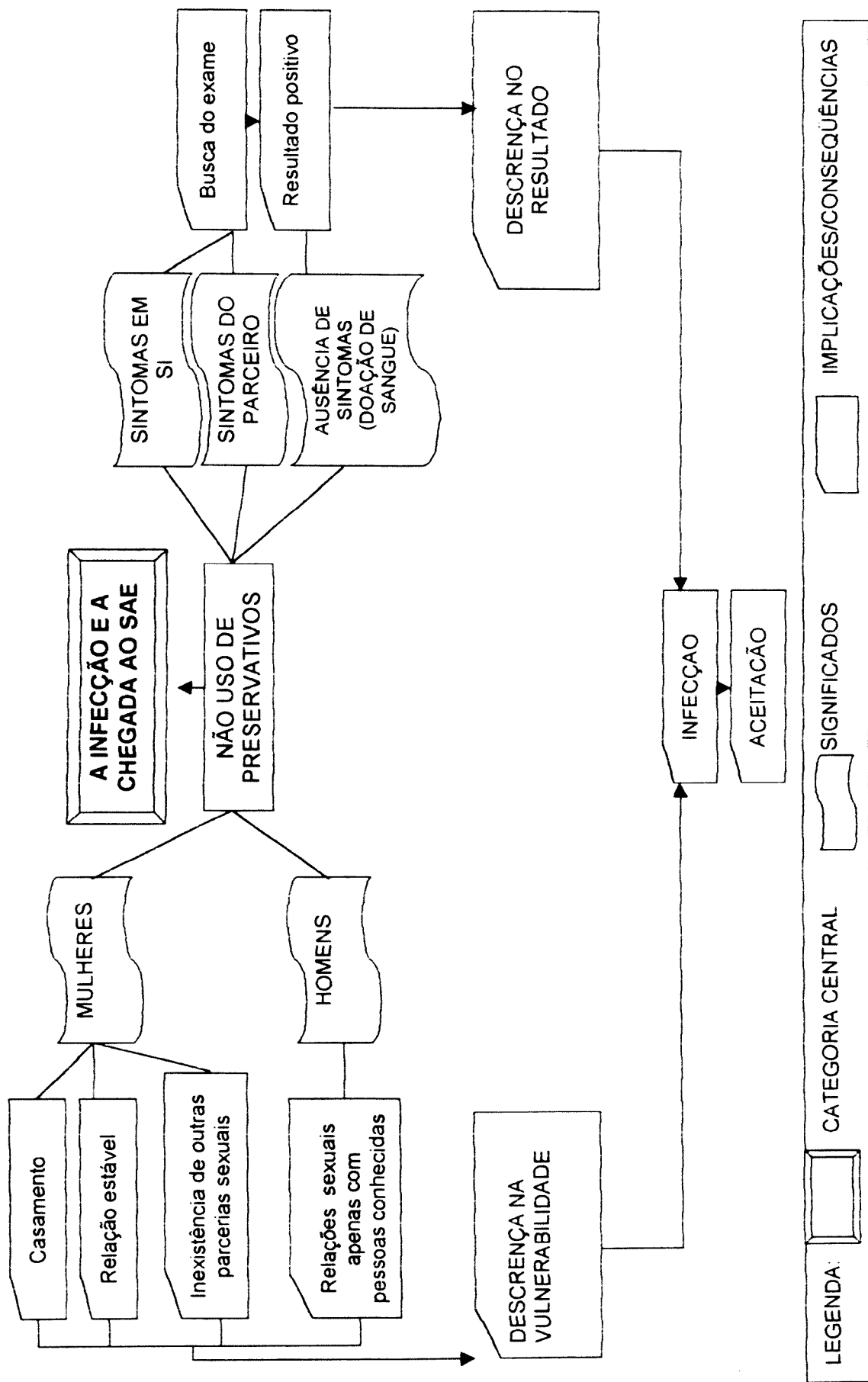
As árvores de associação de significados dos discursos dos usuários, à semelhança das árvores dos discursos dos profissionais, foram organizadas a partir dos mapas de verbalização, explicação e atribuição de significados.

Foram elaboradas segundo os temas que organizam as entrevistas dos usuários, quais sejam: o que aconteceu na vida do entrevistado que fez com que chegasse ao SAE; a importância do saber sobre Aids no contexto da vida privada e o significado da experiência de se infectar numa relação sem uso do preservativo.

Embora a seqüência da fase de construção seja a elaboração dos mapas, a construção das árvores e sua descrição, para melhor compreensão dos elementos são apresentados a partir da estrutura da árvore e, posteriormente, os mapas de verbalização, explicação e atribuição de significados que lhes deram origem. (p. 84-94)



ÁRVORE DE ASSOCIAÇÃO DE SIGNIFICADOS DO SUJEITO COLETIVO – CATEGORIAS TEMÁTICAS  
TEMA 1 USUÁRIOS – A CHEGADA AO SAE



## MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS A CHEGADA AO SAE

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
USUÁRIO 1	<p>A gente tinha vida normal, como a de todo casal. (?)</p> <p>Comecei a emagrecer, pensei que estava com diabetes. Fiz exame e, enquanto esperava o resultado tive febre, fiquei debilitada. No retorno, a médica disse que era estafa. (Você concordou com esse diagnóstico?)</p> <p>Eu até queria que só fosse isso.</p> <p>(Você suspeitava de mais alguma coisa?)</p> <p>Aproveitei a oportunidade porque fazia tempo que queria fazer o exame mas tinha vergonha de procurar. (?)</p> <p>(Suspeito?)</p> <p>Eu criei coragem e perguntei se ela não dava requisição para eu fazer o exame para Aids. (Criar coragem?)</p> <p>(Por que vontade de fazer o exame?)</p> <p>A médica me perguntou por que eu queria fazer um exame desses e eu contei para ela que eu estava com umas feridas na boca e ela me deu a requisição. Fiz o exame e fiquei na esperança de não dar positivo.</p> <p>Mas na hora que a médica me deu o resultado, aí eu fiquei sabendo e <i>morri</i> ali. (?)</p>	<p>Casada há 12 anos, sem relação sexual com ninguém que não fosse o marido.</p> <p>Vergonha porque eu não conseguia me ver nem queria que me vissem como alguém suspeito.</p> <p>Quem tem dúvida sobre Aids, alguma coisa de errado fez. Pelo menos é isso que passa na cabeça de todo mundo.</p> <p>É. Depois do exame, tem que ter coragem para receber o resultado. E só tem dois resultados. É preciso ter coragem até para dizer porque quer fazer o exame. Coragem para ficar esperando o resultado.</p> <p>Morri mesmo. A médica foi muito legal quanto me deu o resultado, mas aquilo acabou comigo. Tudo acabou. O meu marido é viciado em tudo: jogo, bebida, mulher. Todo mundo me dizia: “abre o olho” e eu nem ligava. Até que aconteceu comigo. E eu sendo casada, toda certinha.</p>	<p>A condição de ter parceria fixa é percebida como condição que isenta dos riscos.</p> <p>O comportamento do parceiro, apesar de reconhecido como de risco, não é levado em consideração porque a garantia está na relação, no fato de “ser casada, certinha”</p> <p>Diante de possibilidade de estar desenvolvendo a Aids, outras doenças são estabelecidas como causa provável da condição mórbida, numa negação da possível realidade.</p> <p>Diante da suspeita de se estar infectado, a esperança é nutrida no sentido de a Aids ser apenas uma possibilidade, o que é destruído pelo resultado positivo do exame.</p> <p>Na seqüência do recebimento da notícia, a percepção do fim imutável.</p>

LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado

(Xxxx) Perguntas do entrevistador

*Palavras em itálico e sublinhadas*

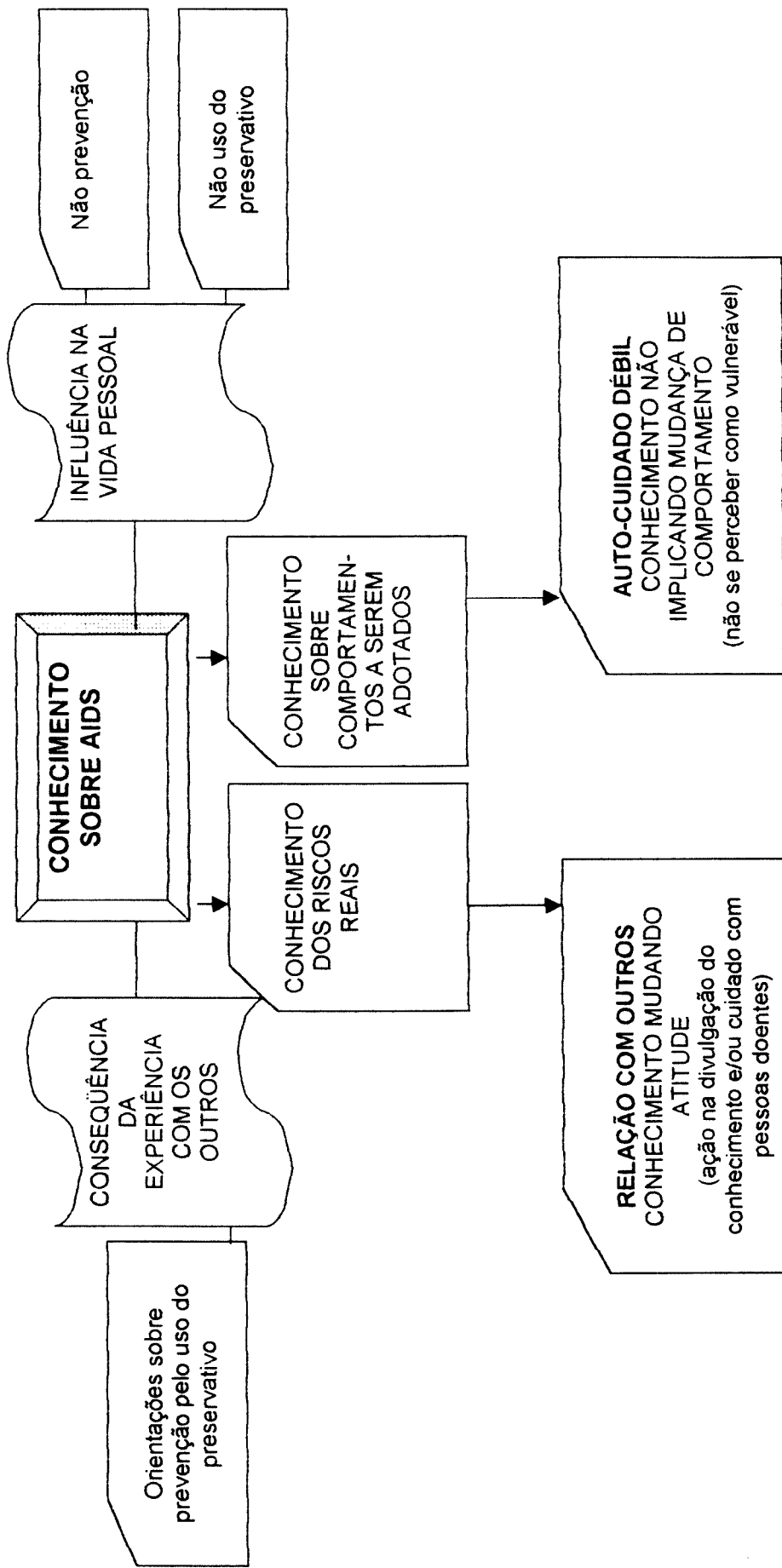
metáforas ou metonímias

Palavras em negrito · expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS A CHEGADA AO SAE

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
USUÁRIO 2	<p>Em 1995 um amigo sofreu um acidente de carro e toda a turma foi doar sangue. Fui chamado no HEMOSUL por uma conversa e me disseram que o meu exame de Aids tinha dado positivo. Não acreditei naquela história e continuei levando a vida de antes por mais de um ano. (?)</p> <p>Aí, tive uma pneumonia que me deixou internado por 32 dias. Os médicos desconfiaram, conversaram comigo e a infectologista me encaminhou para cá.</p>	<p><b>Ninguém acredita</b> numa notícia dessa, por mais que leve a vida sem se prevenir. Comigo não foi diferente.</p>	<p>A parceria variável, não é vista como fator que predispõe ao risco de se infectar. Daí o descrédito a respeito da condição de ser soropositivo. E tentar levar a vida como antes.</p> <p>O surgimento dos sintomas são o indicativo para a tomada de consciência e início do tratamento.</p>
USUÁRIO 3	<p>Casada há 6 anos e há 4 o marido começou a ter problema de herpes, com tratamento por um ano, sem resultado.</p> <p>Com a piora do quadro, procurou o posto médico, pensando tratar-se de queimadura. Foi encaminhado para o Hospital Universitários (referência para tratamento de Aids). Após consulta, foram encaminhados ao SAE.</p> <p>Quando a gente chegou, já foi para conversar com a médica.</p> <p>(Como foi a conversa?)</p> <p>A conversa foi fácil. Difícil foi depois da conversa. (Como assim?)</p>	<p><b>Difícil</b> porque que conversando com a médica a gente ficou sabendo que deveria fazer exame para saber se tinha Aids. Eu até ri na hora, sem acreditar. (?)</p> <p>Imagine! Aids!</p>	<p>A parceria fixa é considerada como o grande fator de proteção contra a Aids (casamento).</p> <p>O cuidado de si não é necessário e o fato de ter um só parceiro é garantia suficiente.</p> <p>Desconsidera-se o modo de viver sexual do outro.</p>
			<p>Não acreditar, apesar da vulnerabilidade depois reconhecida, é reação coletiva.</p>

ÁRVORE DE ASSOCIAÇÃO DE SIGNIFICADOS DO SUJEITO COLETIVO – CATEGORIAS TEMÁTICAS  
TEMA 2 – USUÁRIOS – CONHECIMENTO SOBRE AIDS



MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS

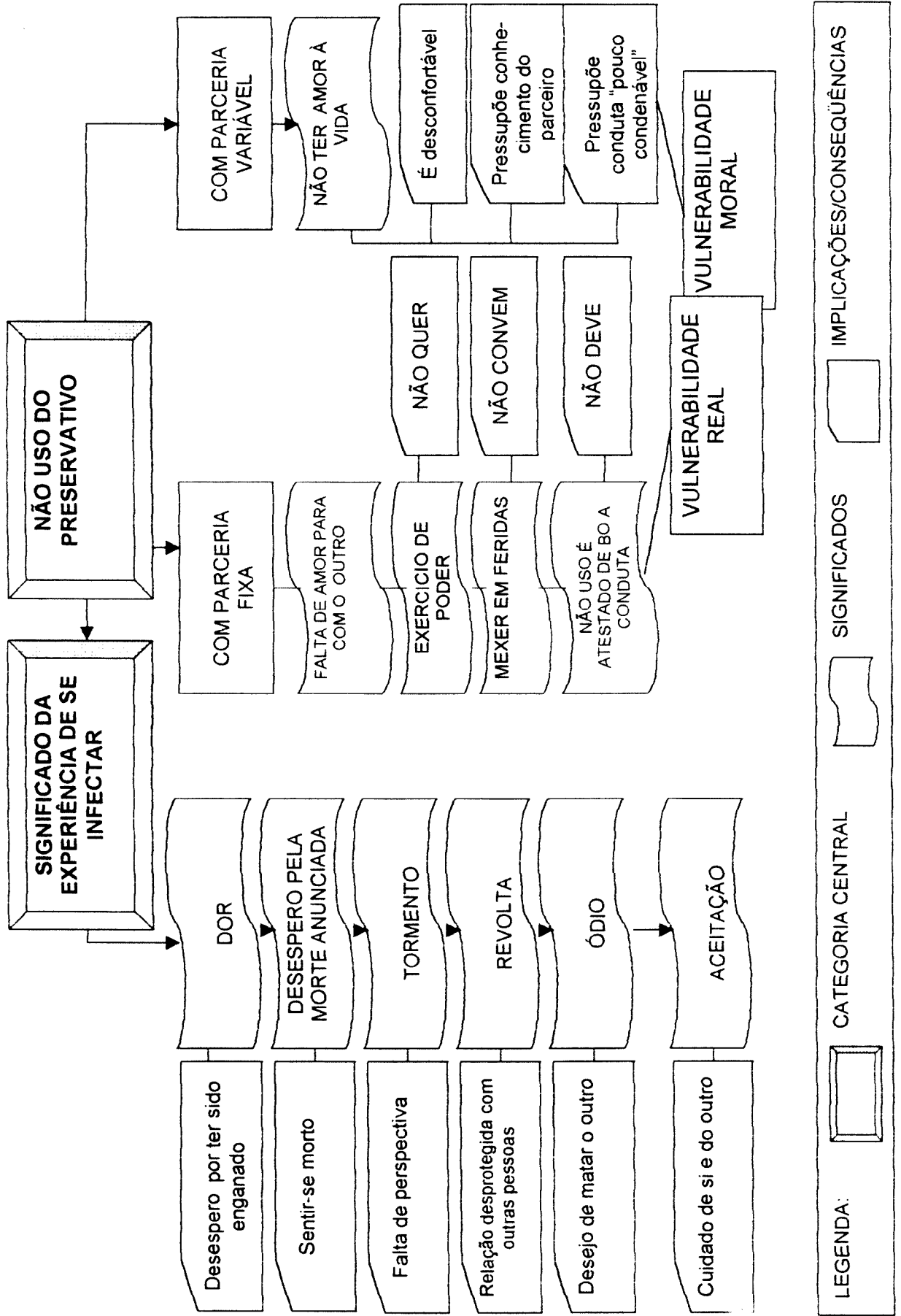
SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
USUÁRIO 1	(É verdade que você tinha um bom conhecimento sobre Aids, antes disso?) É. Desde que uma pessoa conhecida morreu, eu me impressionei. (?) Comecei a ler, fazer serviço voluntário no hospital, ajudando e convivendo com pessoas doentes e fui me interessando pelo assunto. Talvez fosse uma <u>premonição</u> . (?)	Acho que eu já tinha o medo em mim, de acontecer comigo.  Acho que lá dentro de mim eu tinha essa <b>desconfiança</b> de que um dia eu pudesse estar nessa. Desconfiança mas sem acreditar.	A ocorrência de Aids em pessoa próxima, impacta no sentido de se pensar que a condição é semelhante e os riscos, também. Busca-se o conhecimento como estratégia par se informar dos riscos, numa tentativa de se excluir como vulnerável e não para mudar.  Saber leva à desconfiança, e a desconfiança causa incômodo, mas não mobiliza no sentido de se prevenir dos riscos, pois se espera haver engano na causa da desconfiança, mesmo quando é improvável.
USUÁRIO 2	(Você disse que tinha um conhecimento muito bom sobre Aids, antes de se infectar.) E tinha mesmo. Me formei em enfermagem e exerci a profissão lá em Porto Alegre por cinco anos. Fiz alguns trabalhos junto com o pessoal do GAPA e era bom no assunto. (Bom no assunto?)  Conhecimento não muda comportamento? Não. Muda depois que você está aqui. Antes, é chover no molhado.	É saber, inclusive, falar para os outros tudo sobre a doença e o que pode ser feito para não entrar nessa. Sabendo ou não sabendo tudo sobre Aids, ninguém pensa em camisinha.	O conhecimento serve como subsídio para as atividades direcionadas a outras pessoas e não a si mesmo.
USUÁRIO 3	Eu tenho um primo que é homossexual e tinha Aids. Ele já morreu e eu era como irmã dele e li muito sobre a doença; até vim com ele muitas vezes para internar. Eu sabia como isso se pega e sabia que não tinha chance de eu estar com isso. (?)  Como eu tinha certeza que não era, nem falei nada. E aí você já sabe, né? (?)	Nunca imaginei. Eu nunca fiz nada que pudesse me deixar com Aids. Nem meu marido, que conheço muito bem.  Ele fez o resultado e deu positivo. Eu e meu marido.	Conhecimento levando à despreocupação por se considerar isenta de riscos.

LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado

(Xxxx) Perguntas do entrevistador

Palavras em itálico e sublinhadas - metáforas e metonímias Palavras em negrito - expressões-chave

ÁRVORE DE ASSOCIAÇÃO DE SIGNIFICADOS DO SUJEITO COLETIVO – CATEGORIAS TEMÁTICAS  
TEMA 3 USUÁRIOS – NÃO USO DO PRESERVATIVO E EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR



MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS  
O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
USUÁRIO 1	<p>(Quer dizer que você sabia da Aids, tinha algumas desconfianças de que pudesse estar correndo o risco e mesmo assim se infectou. Como é viver essa experiência?)</p> <p>Acho que só não entrei em parafuso de vez porque o pessoal daqui foi muito competente.</p> <p>O que mais eu disse? A revolta... Essa é a pior! Odiei o meu marido profundamente naquela hora. Como ele pode fazer aquilo comigo. (?)</p> <p>Eu era bonita e saudável, de repente emagreci a ponto de não ter força para andar. Depois que descobri a doença, nem tive coragem de contar para o meu marido. Nem eu mesmo entendi a minha reação.</p> <p>Quando eu falei para ele, ele disse que eu devia ter amante. Falou para os meus filhos: a menina com 10 e o menino com 8 e eles não aceitavam de jeito nenhum. Olha, o <u>inferno</u> é isso. (?)</p> <p>Procurei a psicóloga e ela fez reunião com meus filhos e depois disso melhorou bastante. (?)</p> <p>A revolta tem a ver comigo mesmo. Eu não sabia de tudo, não desconfiava? E fiz o quê? (Não dava para se prevenir?) Olha, usar camisinha é muito, muito ruim. (Ruim?) Imagine você que o meu marido até hoje se recusa a fazer exame e fica me procurando para ter relação sexual. (?)</p>	<p>É uma dor, um desespero, um tormento, uma revolta. (?) É tudo junto. É e não é. É como se a gente passasse por umas fases, sabe? Dor porque é como levar uma punhalada na <u>alma</u> (?) Desespero porque na sua cabeça parece que passa um filme, rápido, rápido, e eu via meus filhos, lembrava do conhecido que morreu, me via como o povo do hospital.</p> <p>Revolta e ódio. Dentro de mim ele <u>morreu</u> e não foi morte natural. <u>Matei</u> ele naquela hora e depois também.</p>	<p>Ao receber a notícia, é como se ao rever o passado se antecipasse o futuro.</p> <p>Há o sentimento de ser vítima de uma situação, havendo a atribuição da responsabilidade pela infecção para outra pessoa.</p> <p>Destrói-se, centro de si mesmo, a causa da dor e da morte anunciada. Já que não se toma a iniciativa de preservar a vida, toma-se a iniciativa de eliminar, internamente, o que lhe originou a morte.</p> <p>A imutabilidade da situação implica viver a experiência do próprio luto que se caracteriza por um misto de tristeza, culpa, raiva, impotência, desesperança.</p> <p>Cabe ao homem a decisão do uso, ou não, do preservativo e a mulher fica na posição de acatar a decisão do marido, sem discutir.</p> <p>O incômodo físico do preservativo é o argumento utilizado para evitar o incômodo psicológico e o desgaste afetivo que é discutir as razões para o seu uso.</p>

LEGENDA ( ? ) Pedido de esclarecimento significado

( Xxxx ) Perguntas do entrevistador

Palavras em itálico e sublinhadas

metáforas ou metonímias **Palavras em negrito** ... expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS  
O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR

<p>(Antes de se infectar você não usava camisinha por que era ruim?) Nunca usei.</p>	<p>Hoje eu sei que é ruim. Antes, mesmo que eu tivesse minhas desconfianças, nunca pensei em usar. (?) Primeiro porque homem não usa e não usa porque não gosta. Não tem o mesmo prazer com camisinha.</p>	<p>A condição feminina não habilita a mulher a mudar a situação. Há o reconhecimento de que, na relação, existem pelo menos duas pessoas, que são co-responsáveis. Há o reconhecimento da própria acomodação diante de uma possibilidade não tão remota.</p>
<p>(E como você sabia que era ruim?) (E quanto a você?) Eu mesmo sabendo do risco, nunca usei. (?)</p>	<p>A gente fica esperando que o marido se cuide e aí que a Aids te pega. Pura burrice. O meu marido não tem amor à vida, nem à dele nem à minha. Mas e eu?</p>	<p>Para ficarem mais juntos naquilo que chamam amor, as mulheres optam por ficarem sos e desarmadas na guerra contra o medo, só na doença e, quem sabe, só na morte.</p>
<p>E você não acha que também não fiquei revoltada comigo mesmo por causa disso. <u>Milhões de vezes.</u> (?)</p>	<p>Se eu pudesse voltar tudo como era antes, talvez ficasse na mesma situação. Me expondo, achando que nada ia acontecer. No final das contas, mudando o ditado popular, quando o marido não quer não entra camisinha na relação. E isso é uma coisa que, para mim não se discute.</p>	<p>Coloca-se como vítima. inocentemente infectado.</p>
<p>Será que é por falta de consciência? Nada (?)</p>	<p>Se entrar nesse assunto, vai ter que entrar em muitos outros. Falar de coisas que ninguém quer saber ou dizer. Não vale a pena. E, para não mexer em fendas, eu mesma decretei minha sentença de morte. E juro para você; se eu pudesse voltar ao que era antes, eu não ia te peito para tomar tudo diferente.</p>	<p>Revolta na mão e contramão. Acho que quem tem HIV e não usa camisinha, passando o vírus, é porque sente revolta. Eu passei por isso</p>
<p>(Não dá para discutir?) É mais cômodo não discutir. (?)</p>	<p>(Como é viver a experiência de se infectar sabendo tuco o que poderia saber sobre o assunto?) Revoltante. É isso mesmo, revoltante. E revolta na mão e contra-mão. (?)</p>	<p>USUÁRIO 2</p>

LEGENDA (?) Pedido de esclarecimento significado (Xxxx) Perguntas do entrevistador *Palavras em itálico e sublinhadas* metáforas ou metonímias **Palavras em negrito** expressões-chave



MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS  
O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
	<p>Para você ter idéia: eu fiquei casado cinco anos e quando me separei dei uma reviravolta na minha vida. Voltei para a casa dos meus pais e loque que cheguei procurei os amigos da minha idade e já fiz uma turma . A turma dos boa-via. E tinha solteiro e separado. Já viu. Vidinha de solteiro. Nesse um ano que eu fiquei aqui, eu só transei com mulher. Eu só transei com quatro mulheres e eu conhecia todas elas. E tinha uma outra, no Sul, com quem sai algumas vezes nas crises do casamento, já perto da separação. No começo eu fiquei revoltado, revoltado mesmo. Dei até umas vaciladas. (?)</p>	<p>É... Transei sem camisinha com uma pessoa, depois de saber que estava com o vírus. De raiva E não era nenhuma das quatro.</p>	<p>Quem infecta o outro é porque sente revolta. Fugir da verdade e reagir com raiva contra os outros. Vingando-se do resto do mundo por algo de que se sente vítima.</p>
	<p>Fiquei mais revoltado quando pensei que podia ter infectado minha ex-mulher. Ela fez os exames e não tem nada. Até hoje não sei de quem peguei essa doença. Nem vou atrás. Já que me ferraram.... (Mas você não sabia tudo de Aids? Não deu para se prevenir?) Isso é piada. não? (?)</p>	<p>Piada, sim. Ninguém usa camisinha, não. Pensando em Aids, nunca</p>	<p>O prazer sexual é muito importante e deve ser buscado.</p>
	<p>Aquela história de chupar bala com papel é verdade. Camisinha é uma carga. (?)</p>	<p>Eu nem vou perguntar para você, para não ser indiscreto. Mas transar com camisinha é ruim, tira a virilidade, tira o prazer. Carga porque numa transa que não é com sua mulher, você não usa porque você não pega qualquer pessoa, só pega pessoa que conhece. Outra vacilada. (?). Isso não garante nada. Mas quando você transa com uma pessoa, você nem pensa nessa possibilidade. Se você transa com a sua mulher, sua esposa, aí então nem pensar.</p>	<p>Para o outro, não usar camisinha pressupõe fidelidade, monogamia.</p>

LEGENDA ( ? ) Pedido de esclarecimento significado

( Xxxx ) Perguntas do entrevistador

*Palavras em itálico e sublinhadas*

metáforas ou metonímias Palavras em negrito expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS  
O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR

SUJEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
USUÁRIO 3	<p>(Por que não se usa camisinha com a esposa?) Camisinha? Ai tem. (?)</p> <p>(Se denunciando?)</p> <p>É Usar camisinha significa admitir para a mulher que você está pulando a cerca. (?)</p> <p>(E o conhecimento não influencia?)</p> <p>Antes eu não usava camisinha porque era inocente ou porque queria ser ingênuo. Hoje, se eu não usar, sou irresponsável.</p> <p>(Como é viver a experiência de saber bem o que é Aids e como se pega e depois receber um resultado positivo?)</p> <p>É ficar com raiva da gente mesmo.(?)</p> <p>Tem mais gente na história e parece que a gente esquece disso. (?)</p> <p>A gente sente que foi traído com uma traição que não dá para explicar. (E como é sentir essa traição?)</p> <p>(E como é sentir isso?)</p> <p>A gente não tem prazer para nada, vontade de nada. (?)</p> <p>Hoje eu já tive apoio de tomo mundo daqui e isso foi muito importante porque agora eu já estou bem. Mas só de pensar no que foi aquele tempo, parece que volta tudo outra vez. (?)</p>	<p>Usar a camisinha pode denunciar alguma coisa. Ninguém usa camisinha no casamento para não ter que ser questionado e acabar se denunciando.</p> <p>Não usar camisinha é o melhor atestado de boa conduta que existe.</p> <p>Não. É aquilo mesmo: isso nunca vai acontecer comigo. É por causa disso que tenho tantos colegas aqui no SAE</p> <p>Ficar com raiva da gente mesmo porque parece que não adianta nada a gente saber tudo e não se cuidar.</p> <p>Nem sei se é esquecer ou não querer pensar.</p> <p>Essa traição é a maior e mais doida que a traição mesmo. Não queira saber o que é a gente ter que aceitar que outra pessoa decidiu pela morte da gente. Quando a gente recebe a notícia é como se acabasse o mundo.</p> <p>A gente não tem vontade de viver.</p> <p>Sentir o desespero que é o medo da doença e a dor de ser enganada, ser usada.</p>	<p>O sexo desprotegido tem valor simbólico positivo: além da manutenção do prazer sexual, há a exibição de compromisso, amor, confiança, "permanência" do relacionamento.</p> <p>O sexo sem camisinha tem um valor simbólico negativo porque denuncia comportamentos "condenáveis". A vulnerabilidade moral se impõe sobre homens e mulheres.</p> <p>As relações sexuais são relações de poder e o poder, nos encontros sexuais, não é igualmente distribuído.</p> <p>Os homens não se protegem da ameaça da Aids, nem as mulheres, principalmente mulheres heterossexuais com relações conjugais estáveis. As moralidades conjugais pressupõem fidelidade, monogamia. As mulheres desconhecem e, raras vezes, desconfiam da "moralidade" da noite anterior do marido e sentem-se protegidas pela alcova.</p>

LEGENDA ( ? ) Pedido de esclarecimento significado (xxxx) Perguntas do entrevistador

*Palavras em itálico e sublinhadas*

metáforas ou metonímias Palavras em negrito – expressões-chave

MAPA DE VERBALIZAÇÕES E DE ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – CATEGORIAS TEMÁTICAS - USUÁRIOS  
O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR

SUIEITO	VERBALIZAÇÕES	ATRIBUIÇÃO DO SIGNIFICADO	PROBLEMATIZAÇÃO
	<p>(Como é sentir isso?)</p> <p>Não tem como explicar o que é essa dor de morrer desse jeito. Eu estava aqui pensando no que podia dizer para dar uma idéia do que é isso. (?)</p> <p>(Marionete?) Isso mesmo. A gente é aquilo. Se sente daquele jeito. (?)</p> <p>Quanto a gente recebe uma notícia dessa, a gente já sabe que a vida não vai ser mais tão comprida como a gente imaginava. (Fale sobre como é sentir isso)</p> <p>Você se arrepende de ter acreditado no marido. (?)</p> <p>Olha, não tem palavra que eu possa dizer que represente o que a gente sente. .....</p> <p>Hoje já não tenho muito do que reclamar.. Não tem como voltar ao passado. (Se pudesse voltar ao passado, mudaria alguma coisa?)</p> <p>Pra falar a verdade, eu acho que ia ser tudo do mesmo jeito. (?)</p> <p>Eu tenho até esperança que descubram a vacina ou a cura para a doença enquanto eu estou viva. E isso.</p>	<p>É uma <b>decepção</b> tão grande; uma coisa sem volta. A morte, para mim, não era só a doença que ia me acabar o corpo. Eu sentia que já estava morta por dentro.</p> <p>Sabe aqueles bonecos , que fica uma pessoa atrás do papelão mexendo um monte de cordão e parece que os bonecos têm vida?</p> <p>Uma <b>carcaça sem vida</b>. A vida que a gente não vai viver e a vida que perdeu para trás.</p> <p>É <b>ver a vida que você perdeu quando acreditou que nunca tinha chance de ter uma doença dessa</b>.</p> <p>Dá um ódio, uma vontade de sumir. Sumir com ele, também.</p> <p>Dá para mudar a sua cabeça, mas a cabeça do outro.... Eu nunca quis saber direito como foi que ele pegou isso, para não sofrer mais. Agora é um cuidar do outro e se cuidar.</p>	<p>Os comportamentos que são habituais (os da relação estável) não demandam avaliações ou cálculo de risco para que sejam realizados: simplesmente ocorrem.</p> <p>A sensação de conformidade com a situação, tanto no sentido da aceitação como do esquecimento dos motivos que levaram à infecção, apenas minimiza a questão da morte: a morte real que está por vir antecipadamente e a morte interior pela sensação de ter seus sentimentos lesados e confiscados por alguém, sem permissão.</p>

## **6 Contextualização: interpretação e compreensão do fenômeno**

A interpretação, na perspectiva interacionista, busca desvendar o significado, nem sempre explícito, de uma experiência e tem por objetivo descobrir os fundamentos que estruturam essas vivências e as suas conseqüências na vida de quem as vive ou viveu.

A partir das experiências marcantes na vida de profissionais e usuários, destacadas nas fases de isolamento e construção, serão apresentados os significados com base na descrição dos mesmos, a partir das palavras dos indivíduos.

Nesta fase, são apresentadas as experiências que contêm fatores essenciais para a compreensão das práticas de risco frente à Aids, levando-se em conta o conhecimento desses indivíduos sobre as formas de transmissão e prevenção.

Em síntese, a partir das expressões dos sujeitos, tenta-se estruturar o processo de interpretação, conhecimento e entendimento do que é sentido, pretendido e expresso pelo outro.

O passo da contextualização, assim, se fundamenta na matéria-prima da pesquisa interpretativa, as epifanias, consideradas como experiências de vida que radicalmente alteram e moldam o significado que as pessoas dão a si mesmas e à sua vida.

As epifanias que se destacam e que constituem o fio condutor para a compreensão da repercussão do saber sobre Aids na mudança de comportamento são:

- o trabalho no SAE, para os profissionais;
- a infecção pelo HIV, para os usuários do SAE.

A partir dessas epifanias, segue-se o estabelecimento das relações entre estas, o saber e as repercussões nas atitudes e comportamento frente à vida, no contexto da Aids.

## 6.1 A perspectiva dos profissionais – epifania cumulativa

O **TRABALHO NO SAE** é uma epifania considerada como cumulativa, pois ocorre como resultado de uma série de eventos na vida da pessoa.

O início do trabalho no SAE é marcado pelo medo, dúvida e preconceito, constituindo-se em um desafio.

O medo não se refere aos riscos e sim ao desconhecido, ficando patente a dúvida que sentem esses profissionais de não serem competentes o suficiente para lidarem com algo que lhes é novo. O novo aqui se refere ao trabalho e ao tipo de paciente e sua trajetória.

*No começo fica aquela coisa da dúvida, da apreensão. Será que esse trabalho vai ser bem realizado? Tínhamos aquele medo e a dúvida por ser um trabalho novo e porque é deprimente o modo como os pacientes morrem.*

Chama a atenção a inexistência de medo de infecção, mesmo no início das atividades no SAE, havendo uma tranquilidade quanto aos riscos profissionais.

*Aqui no SAE a gente se protege, atende às normas de biossegurança. Aqui a gente conhece o inimigo.*

O conhecimento dos riscos faz com que os profissionais tornem o auto-cuidado rotineiro. O uso de equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, etc.), não é visto como impeditivo da aproximação e do contato com o paciente, visto que estes aspectos são trabalhados com o paciente de forma intensiva, desde que chegam ao SAE.

O preconceito é algo que marca o início do trabalho no SAE, tanto dos profissionais para os pacientes, como dos outros profissionais com os que trabalham no SAE.

*Tinha o preconceito dos próprios companheiros, tanto com os pacientes como com a gente que trabalha com Aids.*

A discriminação em relação aos profissionais se dá em vista das percepções relacionadas às possibilidades mais elevadas de contaminação, enquanto o preconceito voltado para os pacientes se fundamenta na relação que se estabelece entre o diagnóstico da Aids e comportamentos condenáveis, sendo que este estigma atinge, igualmente, homens e mulheres.

Inexiste a possibilidade de rejeição e distanciamento do paciente em decorrência de sua condição, e o medo do desconhecimento se desfaz no processo do próprio trabalho.

A angústia é algo presente na atividade profissional de quem trabalha no SAE e as situações que a originam são aquelas que, geralmente extrapolam as competências do SAE.

*Amo o que faço, mas dá muita angústia não podermos atender todas as necessidades do paciente.*

O fato de o paciente ter restrições econômicas, que dificultam o seguimento das orientações que lhe são preconizadas, é algo que faz parte do cotidiano do SAE, principalmente no que diz respeito ao transporte e alimentação.

A palavra desgaste surge nas conversas com os profissionais, como algo inerente a quem trabalha com Aids.

*O que é desgastante é que a gente passa muito tempo convivendo com o mesmo problema, se envolvendo com os pacientes de modo muito intenso. O grande problema é conviver muito tempo com o mesmo problema, um problema sem solução.*

*É desgastante porque, no fundo, a gente vive a situação do paciente, da família, a cada momento.*

Não se evidencia, em nenhum momento, a utilização da palavra desgaste no sentido da sobrecarga pela quantidade de trabalho e sim relacionada ao "peso" em se conviver com a decadência do paciente e o sofrimento da família.

Os profissionais, em sua totalidade, expressam dolorosos sentimentos de impotência ligados ao caráter imutável do percurso da Aids na vida das pessoas, cujo significado é expresso pela palavra sofrimento.

*Não dá para esquecer o lado negativo. Trabalhar com as questões de vida e morte. A perda do paciente é um desses aspectos negativos do trabalho.*

*Com a Aids, a sensação é a de que a morte vai acontecer mais rápido. Mas o pior é acompanhar o sofrimento da família*

*Sabe que a perda do paciente não é o pior? O pior é o sofrimento. Sofrimento do paciente, da família e nosso. Nessa fase, tudo o que a gente sabe sobre Aids, que não é pouco, de nada adianta.*

Este é um aspecto bastante difícil de administrar; a proximidade com o sofrimento e com a morte é algo que faz parte do cotidiano dos profissionais: cotidiano doloroso e silencioso.

*Não se pode priorizar a morte, mas não se pode dar falsas esperanças, esperanças que não são reais. Não se muda o destino dos pacientes.*

Para os profissionais o desgaste e a impotência têm o significado de ser penoso psicologicamente. Eles sentem-se "esvaziados" na assistência ao outro.

*Até psicologicamente a gente fica vulnerável, devido ao envolvimento com a problemática do paciente.*

Se ressentem da ausência de um apoio psicológico para si, como se a presença de uma assistência de tal tipo fosse suficiente para acabar a angústia. O mecanismo de defesa adotado é o princípio do prazer, cujo objetivo é a redução rápida das tensões internas e tem como consequência a negociação e a adaptação à realidade.

*Aos poucos a gente vai abraçando a causa e aí não tem mais volta. O profissional que trabalha aqui no SAE tem amor pelo que faz, o mesmo ideal. Tem algo mais: amor, paixão, doação.*

Surge a palavra gratificante na fala dos profissionais, relacionada à repercussão do trabalho para si e na direção do outro.

*O trabalho é gratificante porque o tempo todo estou estudando, aprendendo. Isso é bom para qualquer profissional porque qualifica o trabalho.*

Os cursos e treinamentos, as reuniões específicas e os congressos de que participam, possuem significado importante para os profissionais pois os qualifica para as atividades assistenciais e preventivas intra e extra-SAE.

A melhoria da qualidade de vida dos usuários do SAE passam a ter um significado tal que substitui os sentimentos de apreensão e desconforto experimentados no início do trabalho. Estes sentimentos geradores de sofrimento são substituídos por sentimentos positivos resultantes do fato de se tornarem tecnicamente mais competentes e decorrentes de maior envolvimento afetivo com o paciente e com a família

A assistência médica, farmacêutica, odontológica, alivia as manifestações clínicas da Aids, mas a compreensão, a solidariedade e a vinculação afetiva são apoios profissionais decisivos para que pessoas soropositivas para o HIV substituam a perspectiva da morte pela perspectiva de viver, mesmo com o HIV.

*Sabe o que gratifica? É a gente ver o paciente antes e depois do início do tratamento aqui no SAE, acompanhar a diferença na parte psicológica, na parte física, na parte familiar.*

*A Aids trouxe até isso: a humanização do tratamento, a ênfase na qualidade do que resta de vida, a busca da melhoria da qualidade de vida do paciente e no aumento da sobrevida.*

Um demarcador diferencial que torna o trabalho no SAE uma experiência que molda definitivamente a vida dos profissionais que nele trabalham é a perda da onipotência.

*Trabalhar no SAE é uma lição de vida, em todos os sentidos. O investimento no paciente não tem como fim a cura; é mais a qualidade de vida.*



A ilusão implícita no exercício profissional dos que trabalham na área da saúde, de propiciar a cura, é desfeita. A realidade aponta para a finitude do poder do profissional em mudar o destino dos outros diante da Aids e da morte anunciada. A mudança de atitude diante de uma causa "perdida" é o mecanismo utilizado pelos profissionais para minimizar a angústia.

Prioriza-se e valoriza-se a vida e investe-se na busca da melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevivência, resultante da adesão aos serviços e às ações preconizadas. As relações com os usuários do SAE, que no início eram de medo e desafiadoras, passam a ter um lastro afetivo muito importante tanto para quem cuida quanto para quem recebe o cuidado.

São estabelecidos laços afetivos entre profissionais, usuários e familiares, o que dá uma conotação absolutamente nova e gratificante à prática profissional.

A intensidade emocional e o envolvimento afetivo explica por que os profissionais se sentem invadidos por um sentimento de fracasso e impotência e experimentam angústia ligada à situação vivida pelos usuários e familiares, ao longo do que resta da vida de quem se infectou.

Em síntese, o trabalho no SAE, intenso e diferente, constitui-se privilégio: possibilita uma atitude de acolhimento que se impregna no jeito de ser profissional de todos e implica não trabalhar em um serviço público como os outros, notadamente no que oferece de oportunidade para a aquisição de um diferenciado **saber sobre Aids**, diferenciado.

Esse novo jeito de ser e de conhecer repercute na prevenção diante dos **riscos profissionais**, visto que a Aids muda a prática profissional no sentido de se dar mais atenção aos riscos.

A profissão e o tipo de cuidado oferecido aos pacientes (contato físico - médicos e enfermeiros ou contato verbal - psicólogo e assistente social), não implicam variações na percepção dos riscos profissionais.

*Aqui no serviço a gente se protege, atende as normas de biossegurança. Aqui a gente conhece o inimigo.*

*Como se conhecem os riscos, cada procedimento é cercado dos cuidados necessários.*

O saber sobre Aids tem uma relação direta com o conhecimento sobre os comportamentos preventivos a serem adotados, o que leva a uma ação efetiva nas atividades educativas direcionadas aos outros.

Se o conhecimento sobre Aids, para os profissionais, implica ação no que se refere aos outros, isso não ocorre quando se toma por referencial a própria vida.

*A gente tem a teoria, o conhecimento e a consciência, mas não faz uso disso, na prática.*

*O profissional conhece, sabe, mas nem todos conseguem por em prática o conhecimento.*

*Depois que comecei a trabalhar com Aids, comecei a me preocupar mais, mas mudar é muito difícil. E é difícil conviver com uma preocupação que nem sempre se resolve na prática.*

*De repente, não dá para mudar um jeito de ser que dura uma vida.*

*Muda no serviço mas não muda na vida.*

Aqueles que sabem "tudo" sobre HIV e sobre a necessidade do sexo seguro, não tomam as precauções necessárias. Oferecem orientações sobre o uso do preservativo mas acham difícil, quando se auto-analisam, negociar o sexo seguro.

Ao se conversar sobre os **riscos pessoais**, há uma unanimidade que se expressa na fala dos profissionais:

*É na vida pessoal que a gente corre mais riscos.*

A busca pela obtenção do significado do fato na vida dos profissionais levou a que eles fizessem uma avaliação da sua própria relação e dos riscos e conseqüências implícitos no fato de usar ou não usar o preservativo.

Ocorre que o comportamento preventivo é produto de intercâmbio entre pessoas, ações de outros indivíduos e implica uma variedade de fatores individuais e sociais interagindo conjuntamente. Os *scripts* culturais

esperados ou convenções influenciam na decisão de se prevenir. Como é, para os profissionais, viver a experiência de saber, falar e não fazer?

*É tranqüilo. Ninguém usa. Todos sabemos o que leva à prevenção e, mesmo assim, não tomamos os cuidados. É muito complicado Muda só a consciência. Não faço o que digo para os outros fazerem. Não uso o preservativo.*

Quando confrontados com os números das estatísticas que apontam para o aumento de casos de Aids em heterossexuais e de mulheres que se contaminaram através de relações sexuais com seus parceiros fixos, os profissionais percebem que se encontram diante de um permanente desafio à morte e ao confronto com o risco. Eles se expõem ao risco:

- estando conscientes disso:

*A gente sabe que preservativo é só o que pode prevenir mas a gente acha que não pode acontecer, na vida pessoal*

- dizendo acreditar, sem de fato crer nisso:

*A gente sente a presença do problema, sente que ele tem a ver com a gente, sabe da complexidade, sabe do avanço afetando as pessoas, porque não existe mais grupo de risco, mas ainda não muda do jeito que deveria mudar.*

Ou, ainda, assumindo o risco:

*Eu sei exatamente de tudo, dos riscos, de tudo. Isso é estar consciente. E eu estou consciente. Só que entro nessa de cabeça porque tenho uma confiança muito grande no parceiro. Agora, dizer que não estou consciente, não é verdade.*

Para o profissional, considerando a sua própria vida, o risco é avaliado em função do modo de vida. Os que vivem uma união estável, não se sentem ameaçados pelo risco de contaminação pela via sexual. O fato de ter um único parceiro lhes parece uma garantia contra os riscos, apesar de contradizer todo o conhecimento que possuem.

*Eu tenho certeza de mim e faço questão de pensar a mesma coisa sobre meu marido.*

*Com um casamento antigo, não há espaço para o preservativo.*

*Casamento significa sentimento e sentimento não combina com preservativo. Fica aquilo: eu confio em você e você confia em mim.*

Nos casais estáveis, a regra é a confiança mútua, o que se configura como proteção contra a doença e contra as implicações ansiogênicas decorrentes do pensar na possibilidade de estar vulnerável ao HIV.

*Eu não gosto nem de pensar nisso. Não gosto e não quero pensar nisso.*

O fato de viver uma relação estável e confiar no parceiro habitual aparece como o recurso mais utilizado para não se falar em prevenção e, conseqüentemente, viver a angústia da possibilidade de contaminação.

Essa angústia surge, recorrentemente, quando os profissionais se identificam com as histórias dos pacientes e/ou de pessoas conhecidas.

*Um vizinho da minha mãe morreu de Aids e fiquei sem acreditar. Estou assim até agora. Comigo não é diferente porque não mudei do jeito que deveria mudar.*

*O paciente começa a falar da sua história e vejo que poderia ser a minha história.*

Há a rememoração de possíveis situações de risco e a decisão de viver como casal bloqueia as condutas preventivas, notadamente, as que incluem o uso do preservativo.

O fato de não se questionar a respeito da vida íntima do parceiro e de confiar nele, mais do que encarar que ele tenha práticas sexuais com outras pessoas, constitui processo defensivo contra o medo da contaminação. O risco é reconhecido mas é negado, para não deixar a angústia emergir.

*O que faz a gente não falar em camisinha é a confiança. Confiança mais no relacionamento do que no parceiro. Fidelidade e confiança têm a ver com bom relacionamento. Talvez eu use este tipo de argumento para me proteger porque, no fundo, isso não me isenta dos riscos.*

Ninguém descarta que o "risco" de infidelidade está presente nas suas relações conjugais.

*A fidelidade é um princípio do qual não abro mão. Isso não garante muita coisa.*

*Fidelidade é fundamental na relação. Ou pelo menos um pacto de fidelidade. Se alguém não é fiel, que se cuide.*

O diálogo sobre o uso do preservativo é, assim, substituído por ações e sentimentos que reforcem a estabilidade da relação, isso porque a introdução do preservativo pode levar à ruptura da aliança e a dificuldades afetivas e sociais conseqüentes a ela.

*No relacionamento, a prioridade deixa de ser o outro e passa a ser os dois. Valorizar mais o relacionamento, o amor, do que a si mesmo não é ser irresponsável.*

*Tudo o que envolve sexualidade é mais difícil. Não falamos sobre preservativo, nunca conversamos sobre sexo e sobre risco, pelo menos como deveríamos conversar.*

*A gente cresce com isso. Não tem o hábito de usar preservativo. Após 15, 20 anos de casamento, não tem como pedir para o marido usar, por mais que ela não tenha confiança nele.*

*Não dá para pedir ao marido para usar camisinha depois de 18 anos de casamento, se fizer, está dando espaço para a desconfiança. E desconfiança é o avesso da boa relação.*

Em toda a relação estável, o nível de comunicação sobre sexo e sexualidade, assim como a prática sexual em si, não é definido individualmente e sim culturalmente. O significado do casamento e outras formas de relacionamento socialmente aceito, é marcado pela cultura.

Não se pode esquecer das vantagens sociais do casamento, notadamente, para as mulheres que adquirem prestígio e respeitabilidade social.

Uma estratégia utilizada pelos profissionais para justificar a pouca preocupação com a mudança do próprio comportamento, é a de se desligar da vida profissional, no ambiente doméstico.

*Acho que isso ocorre porque somos profissionais de saúde, lidamos com isso o dia inteiro no ambiente de trabalho. Às vezes o movimento interno seja esse. Muda no serviço mas não muda na vida.*

Em síntese, mesmo considerando o fato de trabalhar no SAE como algo que lhes marca definitivamente a vida, os profissionais não priorizam para si o que tanto enfatizam para os usuários do serviço e para a comunidade: a prevenção pelo uso do preservativo.

Os profissionais priorizam o casamento, a vida em comum e a relação afetiva. De certa maneira, encontram justificativa para explicar a situação de desacordo entre o que sabem, o que dizem para os outros e o que fazem.

## 6.2 A perspectiva dos usuários – epifania principal

A infecção pelo HIV assume a configuração de uma epifania principal, considerada como aquela que perturba, despedaça a vida da pessoa e faz com que ela nunca mais seja a mesma.

O **SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR** é expresso pelos usuários como algo que realmente marca, definitivamente, suas vidas.

A **chegada ao SAE** é um demarcador do início de uma nova etapa da vida ou de uma vida nova.

Com os usuários, antes da infecção pelo HIV, a história de vida relacional é similar a dos profissionais: as mulheres entrevistadas tinham relação conjugal estável e não havia outras parcerias sexuais e o usuário homem entrevistado tinha relações sexuais *...apenas com pessoas conhecidas*.

O fato de ter um parceiro fixo tem o significado de condição que isenta a pessoa dos riscos do HIV. Quando a parceria é variável, o fato de se dar com pessoas que fazem parte do cotidiano social, implica não ver esse

tipo de relação sexual como de risco o que, conseqüentemente, leva ao não uso do preservativo.

A crença na impossibilidade de se infectar se esvai com o surgimento dos sintomas no parceiro ou em si.

*A gente tinha vida normal como a de todo casal, aí comecei a emagrecer.*

*O marido tinha um problema de herpes, tratando por um ano, sem resultado. Com a piora do quadro, foi encaminhado ao SAE e quando a gente chegou, já foi para conversar com a medica. A conversa foi fácil; difícil foi depois da conversa.*

*Fui doar sangue e me disseram que meu exame tinha dado positivo.*

Não acreditar no resultado positivo, apesar da consciência da condição de risco depois reconhecida, é uma reação coletiva. A descrença na possibilidade de estar sob risco é substituída pela descrença no resultado.

*Não acreditei naquela história (do resultado ser positivo) e continuei levando a vida de antes, por mais um ano.*

*Ninguém acredita numa notícia dessa, por mais que leve a vida sem se prevenir. Comigo não foi diferente.*

*Eu até ri, na hora, sem acreditar. Imagine! Aids!*

O fato de não se ver como pessoa vulnerável antes do resultado, não se relaciona com o **conhecimento sobre Aids**. Todos os usuários tinham um saber diferenciado o que repercutia numa ação voltada aos outros.

*Desde que uma pessoa conhecida minha morreu, comecei a ler, fazer serviço voluntário no hospital e conviver com pessoas doentes. Fui me interessando pelo assunto.*

*Me formei em enfermagem, exercia a profissão e desenvolvia trabalho voluntário em uma ONG.*

*Eu tenho um primo que tinha Aids e li muito sobre a doença*

O conhecimento, tanto no caso dos usuários como no caso dos profissionais, muda o comportamento no sentido da ação em direção ao

outro, mas não com respeito a sua própria vida. Nas palavras de um usuário, *muda depois que você está aqui. Antes é chover no molhado.*

Apesar de se considerarem não vulneráveis ao HIV, as desconfianças não assumiam um caráter de preocupação consciente. Todos tinham conhecimento suficiente para admitir que poderiam estar correndo algum risco, mas não pensam sobre isso.

*O meu interesse pelo assunto talvez fosse premonição. Acho que lá dentro de mim eu tinha essa desconfiança de que um dia pudesse estar nessa. Desconfiança mas sem acreditar.*

*Sabendo ou não sabendo tudo sobre Aids, ninguém pensa em camisinha.*

*Eu sabia como isso se pega e sabia que não tinha chance de eu estar com isso.*

O recebimento da notícia é exatamente o momento demarcador da epifania. O **significado da experiência de se infectar pelo não uso do preservativo** é tido pelos entrevistados como sendo o da experiência mais definitiva da sua vida, no sentido negativo.

O **não uso do preservativo** tem um significado que extrapola um descuido com a própria saúde. Saber da eficácia do preservativo não é condição para o uso ou intenção de usá-lo.

As mulheres com parceiros regulares, mesmo sem ter certeza de que seu parceiro é "fiel" ou que não se envolvem em comportamento de risco, acham que seus maridos não estão infectados ou que não correm risco para o HIV, considerando desnecessário o uso do preservativo.

A relação sexual ocasional é mencionada como a que merece o cuidado no sentido do uso do preservativo. Mesmo pessoas que insistem em fazer sexo seguro no início de uma relação, acham difícil sustentar tal decisão ao longo do tempo. Isso significa que o período em que o preservativo é utilizado corresponde à fase da incerteza inicial quanto ao futuro da relação. Uma vez que a relação se "estabiliza" o preservativo é abandonado.



Quando se trata de parcerias ocasionais, o não uso do preservativo possui uma implicação:

- **física**

*Eu nem vou perguntar para você, para não ser indiscreto. Mas transar com camisinha é ruim, tira a virilidade, tira o prazer.*

- **moral**, que associa o preservativo com comportamentos promíscuos e "condenáveis". O argumento adorado para fugir desse estigma é não se relacionar com pessoas desconhecidas, evitando, assim o uso do preservativo e, por outro lado, liberando seu uso no caso de pessoas conhecidas.

*Numa transa que não é com sua mulher, você não usa porque você não pega qualquer pessoa; só pega pessoa que conhece. Se você transa com a sua mulher, ou com seu marido, aí então nem pensar.*

Quando se trata de parceria fixa, há implicações:

- **físicas**

*Olha, usar camisinha é muito, muito ruim. A gente não se sente muito bem; faz uma diferença muito grande. Hoje eu sei que é ruim. Nunca pensei em usar.*

Existem expressões tradicionais justificadoras do não uso da camisinha como "chupar bala com papel" ou "tomar banho de chuveiro com capa de chuva", relacionando o uso ao desconforto e à perda da sensibilidade e do prazer.

- **morais**

*Eu nunca fiz nada que pudesse me deixar com Aids, logo não uso camisinha.*

*Não usar camisinha é o melhor atestado de boa conduta que existe.*

Historicamente o uso do preservativo esteve associado à promiscuidade, prostituição, relações extra-conjugais, acarretando má-reputação para quem usa ou aceita usar.

### **- de exercício de poder**

*Quando o marido não quer, não entra camisinha na relação. E isso é uma coisa que, para mim, não se discute.*

O homem toma a iniciativa da relação sexual, decidindo sobre quando e como fazer sexo. Os homens, predominantemente, se opõem ao uso da camisinha, pelos motivos envolvidos no fato de aceitar inseri-la nas relações sexuais.

### **- afetivas**

*Se entrar nesse assunto, vai ter que entrar em muitos outros. Falar de coisas que ninguém quer saber ou dizer. E, para não mexer em feridas, não se fala nisso .*

Numa relação duradoura, a adoção do preservativo pode ameaçar a confiança implícita na relação, quer ela exista ou não; uma vez que o preservativo é símbolo de atividade sexual extra-conjugal, chegar a um acordo sobre o uso da camisinha em um relacionamento estável, significa ver o parceiro ou a si mesmo como infiel e, assim, ter que arcar com as conseqüências.

Fazer sexo com pessoa conhecida e, principalmente, com a pessoa que se ama (geralmente o parceiro fixo), transmite uma sensação de segurança, "falsa sensação de segurança".

A relação sexual sem proteção é o única atividade de risco praticada por este grupo de entrevistados. Sabem disso mas é como se não a percebessem como um fato que os torna vulneráveis.

*A gente fica esperando que o marido se cuide e é aí que a Aids te pega. Pura burrice.*

*Esperando pelo outro, eu mesma decretei minha sentença de morte.*

Há o reconhecimento de que, na relação, existem, pelo menos, duas pessoas que são co-responsáveis, bem como da própria acomodação diante de uma possibilidade não tão remota. O significado do não uso do preservativo, quando se trata de relação estável, se relaciona com o não reconhecimento de uma condição de risco real.

O **significado de se infectar** se expressa por palavras cujo sentido é claro e indiscutível, na vida se expressa carregada de sentimentos intensos, mas de forma silenciosa na vida de quem as diz. Ao conversar sobre a questão, é como se cada um revivesse a epifania, sendo perceptível o sentir outra vez aquilo que já se havia experimentado, dolorosamente, outra vez.

*Viver a experiência de se infectar é uma dor, um desespero, um tormento, uma revolta.*

*É tudo junto. Dor porque é como levar uma punhalada na alma. Desespero porque na sua cabeça parece que passa um filme rápido, rápido.*

*A gente fica com raiva da gente mesmo porque parece que não adianta nada a gente saber tudo e não se cuidar. Tem mais gente na história e parece que a gente se esquece disso.*

A experiência de se infectar tem um significado novo porque conjuga vários sentimentos, experimentados ao mesmo tempo.

Todos, homens e mulheres, sentem-se vítimas e atribuem a culpa pela sua condição a outra pessoa.

*A gente sente a dor de ser enganada, usada.*

*Transei sem camisinha com uma pessoa, depois de saber que estava com o vírus, de raiva. E não era nenhuma das pessoas que imagino tenham o vírus que foi passado para mim”.*

Diferentemente do entrevistado do sexo masculino que, devido sua revolta, tentou destruir, pelo menos simbolicamente, alguém por ter sido infectado, as mulheres, por acharem-se vítimas da situação, não buscam vingar-se dos culpados. As mulheres experimentam a mesma revolta mas não se vingam do resto do mundo. A revolta tem a ver consigo mesmo.

*Revolta e ódio. Odiei o meu marido profundamente naquela hora. Como ele pode fazer aquilo comigo. Fiquei revoltada comigo mesmo por causa disso.*

*Acho que quem tem HIV e não usa camisinha, passando o vírus, é porque sente revolta. Eu passei por isso.*

*O meu marido não tem amor à vida. Nem a dela nem à minha. A gente sente que foi traído com uma traição que não dá para explicar. É maior e mais doída que a traição mesmo. Não queira saber o que [e a gente ter que aceitar que outra pessoa decidiu pela morte da gente.*

A palavra morte significa algo que cada um sente e, também, algo que se deseja para o outro, o culpado pela situação.

*Quando a gente recebe a notícia é como se acabasse o mundo; a gente não tem mais vontade de viver.*

*Eu não fiz nada, fiquei lá esperando a morte chegar. Mas dentro de mim ele morreu e não foi morte natural. Dentro de mim, matei ele naquela hora e depois, também.*

*Não tem como explicar o que é essa dor de morrer desse jeito. A gente se sente uma carcaça sem vida. A vida que não vai viver e a vida que perdeu para trás.*

*A morte, para mim, não era só a doença que ia me acabar o corpo. Eu sentia que já estava morta por dentro.*

Tornar-se soropositivo para o HIV significa viver um tipo de morte social. Existe o sentimento de desgraça, a vergonha, o medo do adoecimento e morte. A morte física é precedida pela morte sexual, considerando-se as restrições impostas nas orientações recebidas no serviço.

Há uma mudança que implica inversão de polaridade dos sentimentos. As mulheres que descobrem ter se infectado por meio de relações com o parceiro fixo, passam do ódio e revolta para a aceitação, acomodação e cuidado de si e do outro. Não há nenhuma menção ao desejo de romper o relacionamento.

Agem assim e justificam sua atitude porque consideram que, apesar de terem sido infectadas pelo parceiro fixo, ele não agiu propositadamente.

*Se eu pudesse voltar tudo como era antes, talvez ficasse na mesma situação. Me expondo, achando que nada ia acontecer.*

*Hoje não tenho muito do que reclamar. Não tem como voltar ao passado. Pra falar a verdade, eu acho que se pudesse voltar ao passado, ia ser tudo do mesmo jeito.*

*Agora é um cuidar do outro e se cuidar. Eu tenho até esperança que descubram a vacina ou a cura para a doença enquanto eu estou viva. É isso.*

Apesar do choque inicial, as pessoas acabam se acostumando ao fato de serem portadoras do vírus. Passam a se cuidar, e buscam evitar doenças, procurando viver o maior tempo possível, mesmo tendo consciência da fatalidade de conviver com a doença.

As mulheres admitem que romper o relacionamento não vai resolver o problema e, para imprimir uma melhor qualidade a ele, passam a valorizar os aspectos positivos, notadamente os afetivos e emocionais.

## **7 Epifania, saber e repercussão na vida em tempos de Aids – considerações finais**

### 7.1 Sobre os profissionais

#### *O TRABALHO NO SAE*

A trajetória dos profissionais de saúde que trabalham no SAE é similar no sentido de que todos foram convidados e aceitaram o trabalho por ser desafiador.

O desafio envolve os sentimentos prévios que incorporam o preconceito com relação aos doentes, o medo com relação à doença e a dúvida quanto à competência para lidar com algo novo.

A ambivalência de sentimentos, positivos e negativos, são a marca do período que sucede o início do trabalho com Aids e os termos utilizados para indicar o significado de trabalhar com Aids revelam a coexistência de sentimentos conflitantes, geradores de situações de desagrado.

Ao mesmo tempo em que se vive a experiência positiva de ver a melhora da qualidade de vida e o aumento da sobrevida do paciente, convive-se com o desmoronamento do que foi construído no processo de tratamento, quando o paciente apresenta sintomas típicos da fase terminal.

O significado da morte muda ao longo do tempo, visto que se busca considerar o impacto positivo que a assistência oferecida teve na vida do paciente e da família, ou seja, a vida de boa qualidade, diante da impossibilidade de cura, é mais importante do que a vida longa.

Há o entendimento de que trabalhar no SAE é uma lição de vida tanto do ponto de vista profissional, quanto do ponto de vista pessoal. A humanização do tratamento, a perda da onipotência, a valorização do trabalho em equipe e a constante capacitação profissional são os destaques dados para a atuação no SAE. Aprender a valorizar a qualidade de vida, relacionar-se afetivamente com os outros, priorizar a qualidade ao invés da

quantidade são pontos considerados pelos profissionais como sendo marcos diferenciais na vida pessoal de quem convive com o paciente com Aids.

Sentir-se valorizado como profissional, pelo paciente e pela equipe, e identificar-se com histórias e trajetórias dos usuários do SAE são significados que tipificam o trabalho desses profissionais: trabalho mediado pelo prazer.

### *O SABER SOBRE AIDS*

A repercussão do conhecimento, do saber sobre Aids no comportamento, surge linearmente para todos os profissionais.

O saber exerce um impacto positivo na vida profissional em dois sentidos: oferece subsídios para lidar com as questões e problemas trazidos pelos pacientes, dando uma segurança que substitui paulatinamente o receio inicial que tipifica o trabalho no SAE. O outro aspecto positivo se dá na direção do conhecimento dos riscos presentes no ambiente de trabalho, fazendo com que haja uma ação efetiva no sentido da prevenção.

O saber, o conhecimento mudando a prática, é um processo claramente perceptível no desempenho das atividades profissionais. Fenômeno semelhante não ocorre quando se considera a mudança de comportamentos pessoais. Diferentemente do impacto do saber no sentido da ação, em termos profissionais, o conhecimento sobre Aids conduz não à ação e sim à preocupação, quando se trata da vida privada.

Saber e não fazer, poder se prevenir e mesmo assim se expor, é uma constante no padrão de comportamento pessoal dos profissionais, que não se percebem como vulneráveis, apesar do reconhecimento da fragilidade dos argumentos que utilizam para justificar o não uso do preservativo.

Os argumentos racionais servem para o espaço do trabalho; o valor do afeto é o diferencial para o espaço das relações sexuais.

Assim, o conhecimento sobre Aids tem duas direções: o da ação, quando o saber muda a prática profissional; o da preocupação, quando o saber muda a "consciência", mas não repercute no afeto e,

conseqüentemente, na mudança de comportamento no sentido do sexo seguro.

### *RISCO PROFISSIONAL E RISCO PESSOAL*

A percepção dos profissionais quanto à exposição aos riscos não apresenta variações. Todos os entrevistados são unânimes em afirmar que correm mais riscos na vida pessoal do que no exercício profissional.

A quase inexistência dos riscos é apontada pelos profissionais como decorrência do paulatino conhecimento sobre o que eles denominam "inimigo". A tomada de precauções pelo atendimento às normas de biossegurança, como uso de equipamentos de proteção individual, faz com que se sintam seguros para o desempenho das atividades profissionais.

A vida pessoal é considerada pelos profissionais como sendo o espaço onde o risco, com relação à Aids, existe. Diferentemente da conduta preventiva que adotam no exercício profissional, os profissionais dizem perceber-se vulneráveis em razão de a Aids: envolver a sexualidade; e por, habitualmente, não se conversar sobre essa questão. A não prevenção configura-se, apenas, como preocupação, é algo que não ocupa o pensamento e não se concretiza em ação. Assim, o não uso do preservativo se deve à confiança no parceiro, à estabilidade do relacionamento, ao princípio da fidelidade implícito na relação, às convicções religiosas e, notadamente, ao diferencial do amor e do afeto que permeia as relações entre as pessoas.

Inserir preservativo na relação implica a quebra da confiança e esta é incompatível com casamento, é o "avesso" da boa relação.

A fantasia de que a relação protege, de que no ambiente doméstico não há espaço para a Aids, é considerada como uma falsa garantia.

Apesar do reconhecimento da fragilidade dos fundamentos da não-prevenção, foge-se do confronto com a possível verdade.



A manutenção da relação estável se sobrepõe a qualquer possibilidade de proteção individual, por haver incompatibilidade entre aliança e fidelidade assim, não se usa camisinha, pois significa a presença admitida de uma outra pessoa.

## 7.2 Sobre os usuários

### *A INFECÇÃO E A CHEGADA AO SAE*

A condição de ter parceria fixa é percebida como condição que isenta dos riscos, diferentemente da percepção que se tem da parceria variável, que não é vista como fator que predispõe ao risco de infecção.

O comportamento do parceiro fixo, apesar de reconhecido como de risco, não é levado em consideração, porque a garantia está na relação. O casamento, a parceria fixa, é considerada como o grande fator de proteção contra a Aids.

O cuidar de si não é necessário e o fato de ter um só parceiro é tomado como garantia suficiente para a isenção dos riscos, desconsiderando-se o modo de viver sexual do outro.

Diante da possibilidade de estar desenvolvendo a Aids, outras doenças são estabelecidas como causa provável da condição mórbida, numa atitude de negação contra a possível realidade de estar infectado.

Diante da suspeita de estar infectado, a esperança é nutrida no sentido de a Aids ser apenas uma possibilidade, o que é destruído pelo resultado positivo do exame.

Não acreditar, apesar da condição de risco então reconhecida, é reação coletiva.

Na seqüência do recebimento da notícia, a percepção do fim imutável.

Independentemente do recebimento do resultado positivo antes ou após o surgimento dos sintomas, o adoecer é o indicativo para a tomada de consciência e início do tratamento.

## *O CONHECIMENTO SOBRE AIDS*

A ocorrência de Aids em pessoa próxima causa impacto no sentido de se pensar que a condição é semelhante e, assim, estar sujeita a riscos.

Busca-se o conhecimento como estratégia para poder informar sobre os riscos, numa tentativa de se excluir como vulnerável e não para mudar o próprio comportamento.

Saber, ter um conhecimento diferenciado, leva a um certo grau de desconfiança e esta causa incômodo, mas não o suficiente para se prevenir dos riscos, pois se espera haver engano na causa da desconfiança, mesmo quando há indícios de que este engano seja pouco provável.

O conhecimento serve como subsídio para as atividades direcionadas a outras pessoas, seja na divulgação de informações seja no cuidado a pessoas infectadas, mas não repercute na mudança de comportamento.

Assim, o fato de não ter comportamento de risco, no sentido de se relacionar com outras pessoas que não o parceiro fixo e ignorar o comportamento sexual deste, faz com que não se cogite a possibilidade de estar sob risco. Portanto, o conhecimento, apesar de existente, não é suficiente para desencadear as ações de autocuidado.

## *SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA DE SE INFECTAR PELO NÃO USO DO PRESERVATIVO.*

O infectar-se decorre da relação sexual desprotegida e isso se deve ao fato de que ao homem cabe a decisão do uso, ou não, do preservativo e a mulher fica na posição de acatar a decisão do parceiro, sem discutir.

O incômodo físico do preservativo é o argumento usado para evitar o incômodo psicológico e o desgaste afetivo implícitos em qualquer situação em que se discutam as razões para o seu uso.

O sexo desprotegido com parceria fixa tem valor simbólico positivo: além da manutenção do prazer sexual, há a exibição de compromisso, amor, confiança, "permanência" do relacionamento.

O sexo com camisinha, com parcerias ocasionais, tem um valor simbólico negativo porque denuncia comportamentos "condenáveis", implica vulnerabilidade moral que se impõe, igualmente, sobre homens e mulheres.

Os homens não se protegem da ameaça da Aids, nem as mulheres, principalmente as heterossexuais com relações conjugais estáveis. De maneira geral, a condição feminina, num mundo androcêntrico, não habilita a mulher a mudar a situação, mesmo que detenha o conhecimento sobre sua condição de risco diante da Aids e da vida.

A relação estável é permeada por moralidades conjugais que pressupõem fidelidade, monogamia e, em decorrência de tal premissa, as mulheres ignoram e, raras vezes, desconfiam da "moralidade" da noite anterior do marido. Sentem-se protegidas pela alcova.

Os comportamentos que são habituais (os da relação estável) não demandam avaliações ou cálculo de risco para que sejam realizadas; simplesmente ocorrem. Ocorrem e têm, como consequência, a infecção pelo HIV.

Ao se infectar, há o sentimento de ser vítima de uma situação, havendo a atribuição da responsabilidade pela infecção para outra pessoa. Há o colocar-se como vítima, inocentemente infectada.

A infecção é simbolizada pela revolta. Revolta por não se ter tomado a iniciativa de preservar a vida. Como consequência, busca-se destruir, internamente, o outro que lhe originou a morte. Há, ainda, a revolta que se concretiza no ato de infectar propositadamente outras pessoas. Significa vingar-se do resto do mundo por algo de que se sente vítima.

Depois da infecção há o reconhecimento de que na relação há, pelo menos, duas pessoas, que são co-responsáveis. Há o reconhecimento da própria acomodação diante de uma possibilidade, antes, tão remota.

Depois de sentir dor, revolta, ódio, vem a aceitação. A acomodação.

A sensação de conformidade com a situação, tanto no sentido da aceitação, como do esquecimento dos motivos que levaram à infecção, apenas minimiza a questão da morte: a morte real que está por vir antecipadamente e a morte interior pela sensação de ter seus sentimentos e sua vida lesados e confiscados por alguém, sem permissão.

Para preservarem a relação, que dizem ser sustentada pelo amor, as mulheres, em realidade, optam por enfrentarem, sós e desarmadas, a guerra contra o medo, a doença e a morte.

### 7.3 Conclusão: uma tentativa

As conversas com profissionais de saúde (soronegativos para o HIV) e com usuários do SAE (infectados pelo vírus) mostram que, tanto para uns como para os outros, a análise de probabilidade de contaminação é similar, isto é, existe mas é desconsiderada na prática.

Existe uma desproporção entre o risco real e a noção que cada pessoa tem de seu próprio risco de contaminação pelo HIV, ou seja, nem sempre os riscos percebidos coincidem com os riscos reais, considerando que profissionais e usuários têm atitudes complacentes ou mesmo de negação em relação aos riscos a que estão expostos.

Um dos fatores determinantes na distorção entre o risco real e o risco assumido é a existência dos sentimentos e a influência que têm sobre a auto-percepção de risco.

Sentimentos positivos como amor, afeição, fidelidade, respeito, etc., implicam uma percepção subestimada do risco, isso porque sentimentos influenciam no julgamento e no comportamento. Tais sentimentos ativam uma predisposição para minimizar os aspectos negativos, perigosos.

Nem mesmo os que têm consciência dos próprios riscos, como no caso dos usuários, conseguem traduzir essa consciência em atitude concreta de mudança de comportamento no sentido da prevenção e,

conseqüentemente, no uso do preservativo, caso pudessem voltar ao passado.

Usuários e profissionais, à exceção da condição diante do HIV, em tudo são similares.

O preservativo desencadeia significações racionais, morais e afetivas que constituem obstáculos para o seu uso e, para o homem, usá-lo em relações ocasionais, não é cogitado. O fato de se exporem aos riscos para o HIV e se infectarem, faz com que, ao infectar a parceira da relação estável, fique explicitada a sua vida fora do ambiente doméstico.

Nos scripts sociais, a infidelidade não é algo exclusivo dos homens mas, em muitas sociedades, papéis sociais preestabelecidos impõe às mulheres a obrigação de serem fiéis e facultam aos homens o direito à infidelidade.

As mulheres, nem por isso, mudam a percepção que têm do próprio risco. Elas tomam a percepção que têm de si como base para o julgamento do outro, sem considerar as relações sociais e implicações envolvidas.

A idealização do parceiro é algo tipicamente feminino e tem como conseqüências a satisfação relacional e a repercussão social positiva.

A relação estável configura-se como uma relação unitária e certos comportamentos preventivos poderiam ameaçar a relação. Ver o parceiro como mau, infiel, promíscuo, leva ao questionamento da relação e não do indivíduo.

Com o passar do tempo, o parceiro e a relação mudam, mas há dificuldade em a mulher perceber a dimensão qualitativa implícita em tais mudanças. A relação idealizada prevalece, apesar das evidências que a destroem. O mecanismo de não querer se pensar sobre o risco ou sobre a possibilidade de tornar-se vulnerável, é decorrente desse tipo de mecanismo.

Na relação estável, a mulher toma o seu próprio comportamento como parâmetro para dimensionar o risco a que está submetida e, por idealizar o comportamento do parceiro, muito do que é concebido na relação se distancia do real.

Só quando as conseqüências da liberdade do homem interferem no espaço doméstico, como o fato de terem sido infectadas, se revoltam. Com o passar do tempo, assumem uma parcela da responsabilidade pelo fato, "perdoam" o parceiro e a vida cotidiana doméstica volta a ser como antes.

Em tempos de Aids, a percepção da mulher é que tanto ela quanto o seu parceiro são vítimas de um jeito de ser do mundo.

Há os componentes culturais implicados no não uso do preservativo, há os estereótipos históricos vinculados à intenção e/ou disposição em adotá-lo. Preservativo está associado a embaraço e desconfiança e a outras crenças de valores morais.

Falar em preservativo, quando se trata de uma relação estável, significa o invariável confronto com a questão da fidelidade. É como se fosse uma armadilha cultural. Os homens não se dispõem a utilizá-lo e as mulheres não insistem na sua adoção. Caso o façam, precisam explicitar os motivos de sua solicitação e isso implica colocar-se em uma relação infiel.

Muitas mulheres sabem que seus maridos têm aventuras às escondidas, mas se recusam a admitir e discutir o fato com eles. Algumas, mesmo quando desconfiam, recusam-se a tomar conhecimento do comportamento sexual do parceiro, pois não se julgam capazes de mudar a situação. Ou seja, a mudança de situação possível, é a que implica em romper a relação, em perder o parceiro.

Perder o parceiro significa não só abrir mão de uma relação que lhe dá "status" e apoio emocional; significa abdicar de algo que lhe proporciona reconhecimento social, isso porque os casamentos ou relações estáveis, baseadas na fidelidade, constituem o fundamento da organização social formal.

Quando se consideram as interações e as normas e regras que ordenam as ações, essas experiências, HELLER (2000) oferecem uma rica fundamentação para o seu entendimento. Ela diz que quando se atua na base da confiança, está se atuando na base da cotidianidade.

Seja com relação ao que ocorre antes da infecção, seja com o que ocorre depois dela (viver com Aids), estão implícitas maneiras de enxergar o mundo, definidas no processo de socialização.

Em relação ao objetivo da pesquisa – realizar uma avaliação de comportamentos de sujeitos com experiência marcante em Aids – restam algumas pontuais evidências.

A compreensão da Aids e suas implicações envolvendo sexualidade, risco e comportamento, tão importantes para as ações preventivas, implica visão do fenômeno como tendo substrato sociocultural.

As dificuldades encontradas entre se colocar em prática aquilo que se sabe no sentido do comportamento em direção ao sexo seguro e aquilo que se vive, talvez se dê exatamente porque as relações sexuais dos indivíduos sejam a mais pessoal e íntima parte das suas vidas, mas fortemente moldadas e pautadas em valores culturais fundamentais para homens e mulheres, uma vez que o comportamento humano está enraizado nos fatores sociais e o comportamento sexual está sujeito a poderosas coerções, profundamente enraizadas.

Todas as sociedades têm, ao longo da história, gerado usos e pautas sexuais e estes têm modelado a identidade sexual dos membros de cada sociedade e têm constituído um tipo peculiar de sexualidade humana, como um modo de relacionar-se.

Nesse prisma, todas as propostas preventivas referentes à Aids, estabelecem uma relação entre a percepção que as pessoas têm do seu próprio risco e os comportamentos preventivos, ou seja, as mudanças de comportamento em direção ao sexo seguro resultariam de alterações na percepção de risco de si e do outro.

Percebe-se que não se verifica essa relação direta entre percepção de risco e mudança de comportamento, e o pressuposto de que a percepção de risco para o HIV motiva o comportamento preventivo é negado.

É possível que as pessoas mudem seu comportamento mas tais mudanças não são motivadas pela crença ou pela suspeita de estar sob

risco. Existe um elemento fundamental quando se trata de prevenção: a questão relacional e afetiva.

Os comportamentos de risco em relação a Aids, são moldados pela confluência constante entre a percepção individual e os modos nos quais essas percepções se organizam pelo processo de interação social e repercutem no cotidiano, a despeito da percepção de estar sob risco diante do HIV. Ela não é suficiente para mudar significativamente o comportamento em direção ao sexo seguro.

A mudança no sentido do sexo seguro, implica intervir no cotidiano. Implica ver que a vida cotidiana é a vida do indivíduo e esta não está fora da história e da cultura.



## **ANEXOS**

## **ANEXO A1 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE - MODELO**

**PESQUISA: A AVALIAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE SOB A  
PERSPECTIVA DO INTERACIONISMO INTERPRETATIVO: O CASO DA  
AIDS**

**PESQUISADOR: SÔNIA MARIA OLIVEIRA DE ANDRADE**

Você está convidado a participar, voluntariamente, de uma entrevista. Leia atentamente as informações a seguir, antes de dar o seu consentimento.

1. A pesquisa tem como principal compreender os motivos que levam ao distanciamento entre o que se conhece e as práticas preventivas em relação à Aids.
2. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e, mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para interromper a entrevista a qualquer momento, inclusive de ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi falado por você.
3. Se você tiver qualquer pergunta a fazer sobre a pesquisa ou sobre o pesquisador, pode fazê-lo antes do início da entrevista ou a qualquer momento.
4. Seu nome nunca será revelado e os resultados da pesquisa serão publicados sem que seja possível revelar a sua identidade ou de qualquer outro participante. O conteúdo das fitas estarão disponíveis apenas para uso da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, declaro que li e entendi todas as informações referentes a esta pesquisa e concordo em participar voluntariamente, concedendo uma entrevista.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## **ANEXO A2 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUÁRIOS - MODELO**

Assinando este documento, estou dando meu consentimento para participar de uma pesquisa sobre Aids a ser realizada no SAE de Aquidauana.

Sei que a pesquisa pretende saber por que as pessoas se arriscam, quando sabem o que deve ser feito para evitar a Aids.

Compreendo que estarei participando de uma ou mais entrevistas e que posso me recusar a continuar participando, mesmo quando a entrevista já tiver começado, e sei que posso ouvir as gravações e pedir que uma parte da entrevista ou toda a entrevista seja apagada.

Fui informada de que todo o relatório desta pesquisa jamais me identificará e que não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação.

Compreendo que os resultados desta pesquisa serão dados a mim, se eu os quiser, e que Sônia Maria Oliveira de Andrade é a pessoa a quem devo procurar, através do telefone 7251471, no caso de dúvidas sobre a pesquisa ou sobre os meus direitos como participante.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

## **ANEXO B1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE - MODELO**

Pedir para fazer uma minibiografia da vida pessoal, culminando com sua atividade profissional no SAE. Buscar, dos profissionais, o significado de trabalhar com Aids.

- Onde o profissional de saúde que trabalha exclusivamente com Aids, como você, corre mais riscos, no SAE ou fora dele?

- Ter um conhecimento privilegiado, apregoar este conhecimento e ter um comportamento diferente do preconizado, em termos do uso constante do preservativo. Como é viver esta experiência?"

## **ANEXO B2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS - MODELO**

Iniciar com uma apresentação do pesquisador e da pesquisa (falar do termo de consentimento informado).

Pedir para que façam uma síntese do que os levou a procurar o SAE, contextualizando o evento do conhecimento da sua infecção pelo HIV na sua biografia pessoal.

Saber o que fazer para se prevenir e, mesmo assim ter comportamento sexual que levou à infecção pelo HIV. Como é viver esta experiência?''.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu Garcia MT et al. SIDA: información y conducta sexual en jóvenes. **Rev Cub Salud Publica** 1993; 19(1):37-24.

Aggleton P et al. Risking everything? Risk behavior, behavior change and Aids. **Science** 1994; 265:341-345.

Andrade SMO. O que pensa, diz e faz a população heterossexual de Campo Grande, MS, sobre as práticas sexuais de risco frente à Aids. **Divulg Saúde Debate** 1997; 18:26-33.

Andrade SMO. **Avaliação dos Serviços Ambulatoriais Especializados – HIV/Aids**. Campo Grande: Relatório Final; 1998.

Andrade SMO. Opinião sobre Aids e possíveis mudanças de comportamento de heterossexuais masculinos. **Cad Saúde Pública** 1991; 2(1):45-68.

Barbier R. Pesquisa-ação [palestra] **Anu Lab Subjet e Pol** 1992; 1(2):115-32.

Bernal B et al. Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del País. **Rev Chil Obstet** 1994; 59(2):135-45.

Berquó E, Souza MR. In: **Anais do VII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**; 1990 maio 18-21; Água de São Pedro, Brasil; São Paulo: ABEP; p. 469-486.

Bruschini C. Sexualidade e sociologia (comentários sobre a exposição de Marilena Corrêa). In: Loyola MA. **A sexualidade nas ciências humanas**, Organizadora. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998; p. 257-270.

Burrell G, Morgan G. **Sociological paradigms and organizational analysis**. London : Heinemann, 1979.

Castiel LD. **Moléculas, moléstias e metáforas: o senso dos humores**. [livro on line] 1998. Disponível em <URL: <http://www.ensp.fiocruz.br/publicações>>[1998 set 9].

Castilho EA et al. Sexual behavior change of knowledge of HIV-1 test status [Apresentado à VII International Conference on Aids 1992, Amsterdã].

Cecatti JG. Sexualidade e medicina. In: Loyola MA. **A sexualidade nas ciências humanas**, Organizadora. Rio de JaneiroL EdUERJ, 1998; p. 271-276.

Chizotti A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

Cordeiro RGF et al. Conhecimentos, opiniões e conduta em relação à Aids entre estudantes de farmácia-bioquímica do Estado do Paraná, Brasil. **Rev Bras Saúde Escolar** 1994; 31(1-4):49-56.

Cordeiro RGF et al. **Conhecimentos, crenças opiniões e conduta em relação à Aids, de estudantes do segundo grau de escolas estaduais do município de São Paulo**. São Paulo; 1993. [Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP].

Culler J. **The pursuit of signs: semiotics, literature, deconstruction**. Ithaca: Cornell Univ. Press; 1981.

Denzin NK, Lincoln YS. **Collecting and interpreting qualitative materials**. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 1998. The art and politics of interpretation; p. 318-344.

Denzin NK. **Interpretive interactionism**. Newbourn Park: SAGE Publications, Inc.; 1989.

Deslandes SF. **Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde**. Rio de Janeiro : 1995. // Mimeografado.

Douglas JD. **Creative interviewing**. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.

Duarte LFD. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: Heilborn ML, organizadora. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de JaneiroL Zahar, 1999; p. 21-30.

Farr RM. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis : Vozes, 1998.

Freudenberg N. **Preventing Aids: a guide to effective education for the prevention of HIV infection**. Washington: American Public Health Association; 1989.



Giami A. Representações e sexualidade – psicologia social e pluridisciplinaridade. In: Loyola MA., Organizadora. **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998; p. 201-226.

Giles TR. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo : EDUSP, 1975.

Greene J. Qualitative program evaluation: practice and promise. In: Denzin NK, Lincoln YS. **Collecting and interpreting qualitative materials**. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 1998.

Gunther H et al. Aids E Adolescentes No Brasil: Disposição Para A prevenção [Apresentado na mesa redonda: Aids na Universidade. Instituto de psicologia da UNB; 1991; Brasília, Brasil].

Heidegger M . **Ser e tempo**. 2. Ed. Petrópolis : Vozes, 1988

Heilborn ML, organizadora. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999; p. 77-95.

Heller A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Paz e terra, 2000.

Houweling H et al. A birth cohort analysis of Aids in Europe: high incidence among young persons at risk. **AIDS** 1998; 12(1):85-93.

Husserl E. **Ideas: Introduction to pure phenomenology**. New York, Collier, 1962.

Jeannin A et al. Validity and reliability in reporting sexual partners and condom use in a Swiss population survey. **Eur J Epidemiol** 1998; 14(2):139-46.

Joas H. **Interacionismo simbólico**. In: Giddens A; Turner J. Teoria social hoje. São Paulo : UNESP, 1999. pp. 127-74.

Jorgensen DL. **New ethnographies**. Journal of contemporary ethnography. Jul, 1990.

Knauth, D. Morte masculina: homens portadores do vírus da Aids sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, LFD; LEAL, OF. Organizadores. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Lacoste J. **A filosofia no século XX**. 2 ed. Campinas : Papirus, 1992.

Lhomond B. Sexualidade e juventude na França. In: Heilborn ML, organizadora. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999; p. 77-95.

Lincoln YA, Guba EG. **Naturalistic Inquiry**. Beverly Hill: SAGE Publications, Inc.; 1985.

Loyola MA, organizadora. **Aids e sexualidade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. Aids e prevenção da Aids no Rio de Janeiro; p. 19-72.

Loyola MA. **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

Loyola MA. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: Heilborn ML, organizadora. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999; p. 31-39.

Luz, MT. **O interacionismo simbólico**: breve exposição de uma corrente acionalista em ciências sociais. Rio de Janeiro : IMS/UERJ, 1993.

Luz, MT. **Novas realidades em saúde: novos objetos em ciências sociais**. In: Canesqui AM, Organizadora. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1997. Pp.79-85.

Macedo LG. [Entrevista] **Global AIDSNEWS**. World Health Organization 1994; 1: 24

Madeira MC, Jodelet D, organizadores. **Aids e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN; 1998. A confiança afrontada: representações sociais de Aids para jovens; p. 47-72.

Malik AM, Schiesari LMC. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

Maurice N, edictor. **Phenomenology and the social sciences**. v. 1. Evanston : Northwestern University Press, 1973.

Merleau Ponty, M. **O homem e a comunicação**. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1974.

Mills CW. **A imaginação sociológica**. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar; 1969.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/Aids. **Aids Bol Epidem** 1998; 5.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/Aids. **Aids e DST: experiências que funcionam**. Brasília(DF; 1993.

Monteiro, S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: Heilborn ML, organizadora. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de JaneiroL Zahar, 1999; p. 175-199.

Moura JVC. **Discurso de jovens grávidas: uma abordagem fenomenológico-hermenêutica à luz de Heidegger**. (Tese de doutorado). São Paulo : FSP/USP, 1996.

Nunes B. **A filosofia contemporânea**. São Paulo: Ática, 1991.

Organización Mundial de la Salud. **Prevención de la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana** 1990; 27:13-14.

Ostergaard L. Sexual behaviour of adolescents before and after the advent of Aids. **Genit Med** 1997; 73(6):448-52.

Ozer EJ et al. Adolescent Aids prevention in context: the impact of peer educator aualities and classroom environments on intervention efficacy. **Am J Commun** 1997; 25(3):289-323.

Parker R, organizador. **A Aids no Brasil**. Petrópolis: Relume-Dumará; 1994. Sexo entre homens: consciência da Aids e comportamento sexual entre os homens homossexuais e bissexuais no Brasil; p. 129-49.

Parllet M, Hamilton D. **Evaluation as illumination: a new approach to the study of innovative programs**. Beverly Hill: SAGE Publications, Inc.; 1976.

Patton MQ. **Qualitative evaluation methods**. Newbury Park: SAGE Publications, Inc.; 1989.

Pierret, J. Elementos para reflexão sobre o lugar e o sentido da sexualidade na sociologia. In: Loyola MA. **A sexualidade nas ciências humanas**, Organizadora. Rio de JaneiroL EdUERJ, 1998; p. 49-68.

Pinkerton SD, Abramson PR. Evaluating the risks: a Bernoulli proces model of HIV infction and risk reduction. **Evaluation Review**, october, 1993.

Rhodes T. Risk theory in epidemic times: Sex, drugs and the social organisation of "risk behaviour". **Sociology of health & illness**, 1997; 19(2): 205-297.

Rosenthal D et al. Safe Sex or safe love: competing discourses? **Aids care**, 1998; 16(1):35-47.

Rouco JJM. Sexualidade e mudanças d ecomportamentos: uma estratégia lúdica de prevenção da Aids. In: Heilborn ML, organizadora. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999; p. 175-199.

Rudy, D. Book review: Interpretive interactionism. **Teach sociology**. 18(2): 250-251, apr. 1990.

Sá Jr. LSM. **Psicopatologia e propedêutica**. São Paulo: Atheneu, 1984.

Santos EG. **AIDS related knowledge and sexual practices among two groups of adolescents of Rio de Janeiro, Brazil: a contribution to HIV/Aids prevention programs**. Illinois; 1992 [Phd Thesis Graduate College of The University of Illinois at Urbana Champagns].

Schnitman DF, organizadora. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. Ciência, cultura e subjetividade; p. 9-21.

Scriven M. **The logic of evaluation**. Point Reyes: Edge Press; 1980.

Singly F. Sida. In: ANRS. **Sexualité et Sida**. Paris: Collection Recherches en Sciences Sociales, 1995; p. 166-172.

Smith AM et al. Australian and South African undergraduates HIV-related knowledge, attitudes and behaviors. **Arch Sex Behav** 1998; 27(3):279-94.

Souza Filho EA, Henning MG. Representações sociais da Aids, práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília, Brasil. **Cad Saúde Publica** 1992; 8(4): 428-41.

Stimson GV et al. Aids and HIV: the challenge for British drug services. **British Journal of Addiction** 1990; 86:329-39.

Tamaki EM. **L'évaluation de politiques de santé: un regard sur la France**. Paris; 1984 [Tese du docteur en Economie Publique et Gestions des Activités non Marchands; Université de Paris IX-Dauphine]

Thompson P. **Voices of the past: oral history**. Oxford: Oxford University Press, 1978.

Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1988.

Von Zuben NA. **A fenomenologia em questão:** desafios de um projeto. In: CARVALHO, M. C. M. de. Campinas: Papyrus, 1989. p. 145 –86.

Weiss CH. **Evaluation: methods for studying programs and policies.** 2<sup>nd</sup> Ed. New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1998.

White S. **Tópicos do discurso:** ensaios sobre a crítica da cultura. São Paulo : EDUSP, 1994.

Windsor R et al. **Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs.** 2<sup>nd</sup> Ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1994.