

Jennifer Bazilio Bassora

**SIGNIFICADOS DA ATIVIDADE GRUPAL NO  
ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA  
PORTADORES DE HIV/AIDS**

Campinas  
2010

Jennifer Bazilio Bassora

**SIGNIFICADOS DA ATIVIDADE GRUPAL NO  
ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA  
PORTADORES DE HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração em Enfermagem e Trabalho.

Orientador: Professor Dr. Claudinei José Gomes Campos.

Campinas  
2010.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

B295s Bassora, Jennifer Bazilio  
Significados da atividade grupal no atendimento ambulatorial para portadores de HIV/AIDS / Jennifer Bazilio Bassora. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Claudinei José Gomes Campos  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Grupos. 2. Pesquisa qualitativa. 3. HIV (Vírus). I. Campos, Claudinei José Gomes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Significance of group activity in outpatient for people with HIV/Aids**

**Keywords:** • Group  
• Quality research  
• Vírus, HIV

**Titulação: Mestre em Enfermagem**

**Área de concentração: Enfermagem e trabalho**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos**

**Prof. Dr. Rosely Moralez de Figueiredo**

**Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato**

**Data da defesa: 29-07-2010**

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO**

**JENNIFER BAZILIO BASSORA (RA: 087538)**

**Orientador (a) PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS**

**Membros:**

1. PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

2. PROFA. DRA. ROSELY MORALES DE FIGUEIREDO

3. PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

**Data: 29 de julho de 2010**

## ***Dedicatória***

Aos meus filhos Pedro e Giullia, pela sua existência ser motivação a seguir sempre em frente...

Aos meus pais pela consciência profissional e incentivo na busca de novos conhecimentos...

Aos participantes do grupo estudado, por permitirem que eu adentrasse em peculiaridades tão íntimas de suas vidas, tornando assim, este estudo possível...

# ***Agradecimentos***

A Deus, sobre todas as coisas, por tornar possível cada dia.

Ao Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, pela oportunidade e credibilidade que a mim concedeu, a paciência durante tantos percalços, por compartilhar de seus conhecimentos, dedicação, competência que me conduziu durante esta pesquisa.

Aos amigos Maria Lidia, Maria Aparecida, Sandra, Álvaro, Sandra Bernardes e Barbara, que acreditaram e me apoiaram nas vezes que eu mesma desacreditei.

À equipe do Serviço Social pela receptividade, carinho e atenção com que me acolheram. E pela dedicação que dispensam a todos aqueles atendidos no ambulatório.

Ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato e aos colegas do laboratório de pesquisa clínico-qualitativa da UNICAMP/Campinas pelas colaborações na construção deste trabalho.

Á aqueles que mesmo não mais presentes, e aos não ausentes que contribuíram de alguma forma para a realização deste.

**" não importa se aventura é louca, desde que o aventureiro seja lúcido"**

**(Chesterton)**

## Sumário

<b>1. Introdução .....</b>	<b>12</b>
1.1 Apresentação e delimitação do tema .....	12
1.1.1 Uma Revisão bibliográfica.....	15
1.1.2 História, aspectos clínicos e sociais.....	15
1.2 Conceituando as modalidades grupais mais utilizadas em saúde .....	19
1.2.1 Visão do grupo estudado.....	22
1.3 Justificativa.....	23
1.4 Referencial teórico.....	25
1.5 Pressupostos Iniciais da pesquisa.....	25
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>27</b>
<b>3. Percorso Metodológico.....</b>	<b>28</b>
3.1 Metodologia Qualitativa.....	28
3.1.1 O método.....	28
3.2 Local de estudo.....	32
3.3 População.....	32
3.3.1 Constituição da amostra.....	32
3.3.2 Critérios para inclusão do sujeito.....	33
3.3.3 Critérios de exclusão do sujeito.....	33
3.4 Coleta de dados.....	33
3.4.1 Técnica e instrumentos de coleta de dados.....	34
3.4.2 Sobre as entrevistas.....	35
3.5 Análise dos dados.....	36
3.5.1 Considerações sobre a formação das unidades de análise e categorias.....	38
3.6 Validação dos dados .....	38
3.7 Ética em pesquisas com seres humanos.....	39
<b>4. Resultados.....</b>	<b>40</b>
4.1 Caracterização da amostra do estudo.....	40
4.2 Categorização do material para análise.....	41
4.3 Análise das categorias.....	42

<b>4.3.1 Categoria 1 – Significados e vivências de “ser portador” do vírus HIV.....</b>	<b>42</b>
4.3.1.1 Aceitação. Aprendendo a conviver com a doença.....	43
4.3.1.2 Autoafirmação de normalidade: “Normal como qualquer um...”.....	44
4.3.1.3 O diagnostico de HIV como sentença de morte iminente.....	47
4.3.1.4 O preconceito arraigado (preconceito interno).....	47
4.3.1.5 Vivências estigmatizantes (preconceito social).....	48
<b>4.3.2 Categoria 2 – Aspectos simbólicos envolvidos na atividade grupal.....</b>	<b>49</b>
4.3.2.1 “Abrir a mente”: Aprender, conhecer, saber.....	49
4.3.2.2 O simbolismo do sangue: “...o que tem no sangue dele, tem no meu...”..	50
<b>4.3.3 CATEGORIA 3 – A liberdade de expressão entre os iguais.....</b>	<b>52</b>
4.3.3.1 A necessidade do diálogo “...Ninguém sabe...”.....	52
4.3.3.2 A segurança alcançada no setting grupal.....	54
<b>4.3.4 CATEGORIA 4 – A catarse grupal.....</b>	<b>55</b>
4.3.4.1 Mudanças comportamentais relatadas após a vivência grupal.....	55
4.3.4.2 Adesão terapêutica.....	56
4.3.4.3 Convívio social e familiar.....	58
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>61</b>
<b>6. Considerações Finais.....</b>	<b>63</b>
<b>7. Referências bibliográficas.....</b>	<b>65</b>
<b>8. Apêndice.....</b>	<b>72</b>
Apêndice 1- Termo de consentimento livre Esclarecido.....	72
Apêndice 2- Identificação do Entrevistado.....	74
Apêndice 3- Roteiro de entrevista.....	75
<b>9. Anexos.....</b>	<b>76</b>

**Resumo:** A sociedade se questionava, diante de uma nova doença que se disseminava rapidamente, com alta taxa de letalidade, gerava intensas emoções de pânico, medo e de contágio. Aids era uma doença que estava associada a grupos considerados discriminados e marginalizados, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e as prostitutas. Essa forma de representá-la mobilizou sentimentos e preconceitos. Esta pesquisa estudou o significado da utilização de grupos no contexto ambulatorial, para pessoas que vivem com HIV/Aids, sob a ótica do portador, sendo este um recurso para ajudar e assistir as pessoas em suas necessidades. A população de estudo foi constituída por pacientes do ambulatório de DST/ Aids , envolvidos no processo de grupo junto ao serviço social do HC da Unicamp. Teve como objetivos: Analisar o significado atribuído desta utilização para a vida social do portador, analisar a motivação do portador em relação a sua permanência no grupo pelos depoimentos dos usuários. Para este fim utilizamos a metodologia de pesquisa qualitativa, priorizado o método clínico-qualitativo a fim de abordar a opinião e os valores dos atores. Realizou-se entrevista semi-estruturada com perguntas previamente formuladas e associadas à abordagem livre sobre o tema. Para análise, interpretamos a reprodução da fala dos sujeitos, relacionando-as com as estruturas sociológicas dos enunciados das mensagens presentes, fazendo a análise de conteúdo, articulando os objetivos da pesquisa e a base teórica adotada. Os resultados demonstraram que segundo os entrevistados, a atividade grupal traz reais mudanças para a vida do portador em um âmbito pessoal, psicológico e social.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Palavras-chave: grupos, pesquisa qualitativa, HIV.

**Abstract:** The society was questioned before a new disease that was spreading rapidly, with high fatality rate, generated intense emotions of panic and fear of contagion. Aids was a disease that was linked to groups considered discriminated and marginalized groups such as homosexuals, intravenous drug users and prostitutes. This way of representing it mobilized feelings and prejudices. This research studied the meaning of the use of groups in the outpatient context, for people living with HIV / Aids from the perspective of the bearer, being a resource to help and assist people in their needs. The study population consisted of outpatients from the DST/ Aids, involved in social service group with the HC Unicamp. Aimed to assess the meaning assigned to that use to the social life of the bearer, to analyze the patients motivation for staying in the group by testimonials from users. To this end we use the qualitative research methodology, prioritized clinical-qualitative method in order to address the beliefs and values of the actors. Held semi-structured interview with questions related to the previously formulated and free approach on the issue. For analysis, we interpret the speech reproduction of subjects, relating them to the sociological structures of the utterances of these posts, making the content analysis, linking the research objectives and theoretical basis. The results showed that according to those interviewed, the group activity offers real change for the life of a carrier in the personal, psychological and social.

Keywords: groups, qualitative research, HIV.

## 1. Introdução

### 1.1 Apresentação e delimitação do tema

Nosso primeiro contato com pacientes portadores de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) se deu durante os estágios curriculares realizados em unidades hospitalares, principalmente na disciplina de infectologia. Porém, como o foco desses estágios era voltado à assistência e ao cuidado dos pacientes, não tivemos nenhum outro tipo de envolvimento com eles.

Concluída a fase de formação profissional, demos início a um trabalho na área de saúde pública, em uma unidade de atendimento aos portadores de moléstias infecciosas do município. A complexidade deste serviço dificilmente poderia ser classificada como básica, já que a equipe contava apenas com um médico, assistente social e técnico de enfermagem.

Ao observar o trabalho destes profissionais, ficamos intrigados com a ligação que eles haviam desenvolvido com os pacientes. Havia uma espécie de vínculo entre eles, que muitas vezes adquiria tons paternalistas, divergindo, em certo sentido, do objetivo primordial de um serviço de saúde pública, qual seja o de estimular o autocuidado, a participação popular e a tomada de decisão pessoal em relação à saúde.

Os pacientes atendidos neste local não se assemelhavam àqueles que havíamos tratado e cuidado sete anos atrás, durante o período de estágio. Eram mais fortes fisicamente, vigorosos, ativos, tinham uma profissão, casavam-se e constituíam família. Mesmo assim, quando procuravam o serviço, tinham um comportamento bastante arredo. Evitavam os horários mais movimentados e permaneciam no local apenas o tempo mínimo necessário, às vezes nem isso. Exigiam atendimento preferencial para a coleta de sangue, não se envolviam em conversas e deixavam o local rapidamente, sempre com um olhar desconfiado.

A curiosidade diante de uma doença relativamente nova e ao mesmo tempo tão alarmante contribuiu para que aceitássemos o convite do médico responsável pelo serviço para que assumíssemos a função de enfermeira de referência do ambulatório.

Até então, sabíamos muito pouco não só sobre os aspectos patológicos da doença, como em relação às questões psicológicas e sociais que afetam essa clientela tão especial.

A convivência com os portadores do vírus HIV levou-nos a participar de suas vidas e conhecer suas histórias. Descobrimos assim que a última década foi particularmente difícil para os portadores do HIV que já conheciam o fator discriminatório, como homossexuais, bissexuais, travestis, simpatizantes, dependentes químicos e profissionais do sexo. Apesar de acreditarem que fizeram a escolha certa, essas pessoas ainda carregam os pesados fardos que acompanham essa escolha.

Ao recebermos mais informações sobre esta população excluída de muitas rodas de conversa, durante os anos de colégio, nossa concepção sobre suas atitudes passou a ser diferente. Como membros da equipe de saúde, nossas ações agora seriam voltadas à assistência e ao tratamento dos pacientes com HIV, buscando apoiá-los em suas necessidades sociais, emocionais e jurídicas. Entretanto, sentíamos que ainda faltava alguma coisa, que poderíamos fazer mais.

Foi quando recebemos o convite para participarmos de uma reunião juntamente com os membros da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNPVHA). Essas reuniões, de modo geral, são restritas aos portadores do HIV, mas esse encontro, excepcionalmente, contou com a presença de profissionais da área de saúde. Ao ouvi-los relatar suas experiências profissionais tomamos conhecimento de algumas alternativas de socialização voltadas para os pacientes, entre elas os grupos de ajuda mútua.

A proposta de realizarmos grupos específicos para esta população parecia-nos uma incógnita, pois não sabíamos ao certo se esses pacientes iriam aderir às reuniões e com qual demanda estaríamos lidando no caso de surgirem conflitos internos durante o seu desenvolvimento. Apesar de tantas dúvidas e receios, decidimos tentar.

As reuniões começaram de maneira singela, com um pequeno número de participantes. Porém, a quantidade de pessoas foi aumentando até alcançar um contingente presencial de grande valor. Durante as reuniões os pacientes falaram de suas angústias e mágoas e do peso dos estigmas que carregavam e que aos poucos foram se acostumando a tomar sobre si.

Nos meses seguintes, esses pacientes foram se socializando e apresentando melhoras, tanto no aspecto clínico como na adesão aos medicamentos. Constatou-se também uma mudança de comportamento dentro do serviço, colaborando para que a convivência entre os pacientes se tornasse menos complexa.

Porém, nossa inquietação era grande quanto ao verdadeiro motivo desses pacientes se isolarem, vivenciando uma situação penosa que os mantinha presos. Como ajudá-los a reconhecer que eram portadores de um vírus como tantos outros, afastando assim a culpa, o medo e a incerteza? Quais os elementos que estavam envolvidos em tais transformações? Uma medida simples — a convivência em grupo por apenas algumas horas, uma vez por mês — poderia mudar as atitudes desses pacientes?

Essas observações suscitaram em nós as seguintes indagações:

- Esse grupo poderia trazer mudanças para o portador do HIV ao proporcionar a socialização com outras pessoas que vivenciam a mesma problemática?
- Dispor de um local protegido para expor suas angústias poderia trazer benefícios ao portador do HIV?

Como pesquisadora, a única maneira de respondermos a estas questões seria por meio de uma pesquisa científica, o que nos motivou a procurar o programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Durante o processo de amadurecimento do tema que norteou este trabalho, tivemos a oportunidade de conhecer outros grupos e conversar com outros profissionais envolvidos no mesmo tipo de trabalho. Tornou-se claro que a mudança ocorrida nos pacientes era evidente, independentemente da dinâmica utilizada ou do profissional que a realizava.

Ao buscarmos o programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, tomamos conhecimento de que o serviço social do Hospital das Clínicas (HC) mantém há cerca de seis anos vários grupos para portadores de HIV. Por se tratar de grupos muito bem estruturados, entendemos que este seria o campo ideal para os nossos estudos.

Assim, nessa trajetória voltada ao cuidado com os portadores de HIV/Aids, pudemos observar as mudanças ocorridas nos pacientes que participaram de grupos empenhados em melhorar a qualidade de vida e a adesão dos pacientes ao tratamento. Buscou-se focalizar também a importância e o interesse na utilização do grupo como um recurso para ajudar e proporcionar assistência às pessoas em suas necessidades.

Assim, a delimitação do tema deste projeto de pesquisa vincula-se ao significado apresentado pelo portador de HIV/Aids quanto à utilização de grupos, no contexto ambulatorial, como “instrumento ou atividade” capaz de ajudá-lo a melhorar seu relacionamento social, sua autoestima e, sobretudo, a trabalhar seus próprios conceitos relativos à doença.

### **1.1.1 Uma revisão bibliográfica**

#### **1.1.2 História, aspectos clínicos e sociais**

Homossexualidade, prostituição, maldição? Esta era a reação da sociedade diante da nova doença que se disseminava rapidamente, gerando pânico e medo de contágio, por apresentar uma alta taxa de letalidade. A situação exigia uma rápida intervenção dos órgãos de controle de doenças. Comentava-se que a nova “peste” assolaria a humanidade por seus pecados ligados à luxúria<sup>1</sup>.

Entre o final da década de 70 e o início dos anos 80 foi constatado que alguns grupos eram mais vulneráveis à nova doença, como os homossexuais. Diante disso, a sociedade passou a questionar o estilo de vida e o padrão sexual das pessoas, colocando em cheque seus valores morais.

A situação desses grupos chamou a atenção do *Centers for Disease Control* (CDC) que passou a estudá-los, sendo este um dos primeiros órgãos públicos a reconhecer a real existência de uma doença de ordem imunossupressora, com deficiência de imunidade celular e humoral<sup>2</sup>.

A partir daí, surgiram inúmeras denominações para a nova doença, todas estigmatizantes, como “doença da imunodeficiência *gay* (GRID)” ou “peste *gay*”, tornando-a detentora dos mais diversos níveis de intolerância dentro da população

mundial, o que estimulou os órgãos governamentais a se posicionarem em busca de respostas<sup>2</sup>.

Ao prosseguir em suas investigações, o CDC descobriu que um dos participantes do grupo de homossexuais estudado havia se relacionado sexualmente com boa parte do grupo. A pessoa em questão era um comissário de bordo, que passou a ser conhecido posteriormente como “cliente zero”<sup>3</sup>.

Logo depois, começaram a surgir casos semelhantes em outros grupos: homossexuais, recém-nascidos, haitianos, hemofílicos, usuários de drogas intravenosas, prisioneiros, transfundidos e outros. Todos apresentavam profundas alterações na capacidade imunológica, evoluindo para infecções incomuns e sarcoma de Kaposi. Chamada inicialmente de GRID, a doença foi rebatizada de AIDS, palavra formada pelas letras iniciais da doença, em inglês: *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)<sup>4</sup>.

Os pacientes contaminados apresentavam sintomas semelhantes e sofriam uma rápida deterioração física em consequência do emagrecimento severo, com perda de até 10% do peso corporal, diarreias profusas, alopecia, infecções fúngicas, desnutrição, destruição rápida das unhas, sudorese noturna, anorexia, febre prolongada, astenia e infecções oportunistas<sup>5</sup>.

Até pouco tempo atrás, a Aids estava associada a grupos socialmente discriminados e marginalizados, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas, entre outros. A associação da doença a esses grupos trouxe à tona sentimentos e preconceitos arraigados, evocando comportamentos e políticas discriminatórias<sup>6</sup>.

Em 1982, foram notificados pela Vigilância Epidemiológica da cidade de São Paulo sete casos de homossexuais portadores do HIV, devido ao curso clínico típico da doença. Observou-se que eles haviam sido contaminados já há algum tempo, pois o vírus apresentava um período de latência antigo, o que permite concluir que o vírus foi introduzido no país na década de 1970<sup>3</sup>. Ao explicar a ocorrência da doença em determinada população ocorreu uma situação interessante, com a união entre o senso comum e as afirmações científicas.

Ainda no ano de 1982, a Aids passou a ser conhecida como “doença dos 5 Hs” — homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo) — afirmando mais uma vez seu caráter discriminatório e estigmatizante. Foi também nesse ano que se confirmou como fatores de possível transmissão o contato sexual, o uso de drogas e a exposição a sangue e derivados<sup>7</sup>.

Em 1983 foi identificado como responsável pela epidemia um retrovírus mutante, capaz de se transformar conforme o meio em que vive. Este retrovírus recebeu o nome de Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Nesse mesmo ano foi notificado o primeiro caso de Aids em criança e relatado um caso de possível transmissão heterossexual, em que homossexuais usuários de drogas foram considerados difusores do vírus entre os heterossexuais que participavam do grupo.

Para uma sociedade preconceituosa, a ocorrência de casos em profissionais de saúde e mulheres produziu a ideia de uma doença contagiosa, incurável e mortal, que surgia como uma ameaça à sociedade, porém passível de ser evitada por aqueles que a portavam. Isso fez com que todo portador recebesse o estigma de maldição e fosse julgado e condenado pelas massas.<sup>3</sup> As primeiras citações e críticas ao termo “grupos de risco” surgiram a partir daí, referindo-se a pessoas que seriam mais susceptíveis de se tornarem portadoras devido ao estilo de vida adotado<sup>7</sup>.

Nos anos seguintes, entre 1984 e 1986, foram criados os primeiros programas de apoio aos portadores do HIV, visando oferecer prevenção, assistência e controle da doença. Em 1985 foi desenvolvido um teste sorológico para diagnosticar a doença, servindo para identificar os doentes e qualificar sangue para transfusão<sup>2</sup>.

Em 1987, surgiu a zidovudina, conhecida mundialmente como AZT, primeiro fármaco capaz de atuar diretamente contra o agente viral, embora ainda incapaz de suprimir a infecção. Outro avanço foi obtido com o melhor uso de medicamentos capazes de tratar infecções aparentemente menos comuns, que emergiam devido à queda nas defesas imunológicas<sup>4</sup>.

Em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiram políticas de saúde voltadas aos portadores do HIV. Uma portaria assinada pelo Ministro da Saúde adotou o dia 1º de dezembro como Dia Mundial de Luta Contra a Aids. O Ministério da Saúde passou a fornecer os medicamentos para o tratamento das

infecções oportunistas, recusando-se, porém, a distribuir o AZT. A pressão de ativistas sobre os fabricantes do AZT levou-os a reduzir em 20% o preço do medicamento, porém a aquisição e o fornecimento do remédio pelo governo só se deu a partir do ano de 1991<sup>7</sup>.

Em 1990, surgiu um grupo de novos medicamentos. Constatou-se que o uso combinado de agentes antirretrovirais, conhecidos como “coquetel de drogas” ou HAART (*highly active antiretroviral treatment*), realmente modificava o decurso da infecção por inibir a formação de cepas virais resistentes. Sem medicação, o paciente podia produzir 10 bilhões de vírus por dia. Com o uso desses medicamentos a quantidade de vírus no sangue diminuía sensivelmente, impedindo a entrada de infecções oportunistas. Outras drogas começaram a ser estudadas, entre elas o Videx (DDL) que, como o AZT, faz parte de um grupo de drogas que atuam como inibidores de transcriptase reversa.

Em 1992, foi realizado o primeiro estudo sobre o uso de várias drogas combinadas contra o HIV. No ano seguinte, os casos de Aids passaram a ser notificados pelo Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN) e o AZT passou a ser produzido no Brasil<sup>7</sup>.

Em meados do ano de 1994, foi fechado um acordo com o Banco Mundial para impulsionar as ações de controle e prevenção às DST e Aids previstas pelo Ministério da Saúde. Foram realizados estudos voltados para a prevenção da contaminação do HIV em gestantes, demonstrando que o uso do AZT ajudava a evitar a transmissão do vírus HIV de mãe para filho.

Em 1995 foram consolidados novos medicamentos para o tratamento do HIV. Foi aprovado o uso de uma nova classe de drogas conhecidas como inibidores da protease, juntamente com os inibidores da transcriptase reversa. A combinação dessas drogas reduziu a progressão da doença em 42%. A sociedade se tornou mais complacente em relação aos portadores do HIV e estes se tornaram mais ativos na busca pelos seus direitos<sup>7</sup> Parecia que o mundo estava começando a mudar sua concepção sobre os portadores do HIV.

As taxas de mortalidade por Aids passaram a ser diferenciadas por região. A quantidade de mulheres infectada aumentou (feminização), os municípios do interior

dos estados brasileiros passaram a ser mais atingidos (interiorização) e houve um aumento significativo de casos entre a população de baixa escolaridade e baixa renda (pauperização), levando à criação de um novo estereótipo para as populações mais susceptíveis.

O medo da morte e o sentimento de culpa, além do contexto discriminatório, reforçam os hábitos e expectativas profundamente arraigados numa sociedade preconceituosa. O doente se sente fragilizado e permeado de sofrimento ao vivenciar situações de ameaça à sua integridade física, emocional e social<sup>1,8</sup>.

O crescente desenvolvimento científico e as novas pesquisas sobre o HIV têm contribuído para aumentar a expectativa de vida dos portadores do vírus. Inicialmente, ao serem apresentados a esta realidade, os portadores se viam aprisionados em suas angústias, dominados pelo medo e pela iminência da morte. O HIV era visto como uma punição, uma maneira de pagar pelos seus atos.

## **1.2 Conceituação das modalidades grupais mais utilizadas em saúde**

Para entendermos o significado das experiências e sentimentos vivenciados pelos portadores de HIV/Aids dentro das modalidades grupais, precisamos antes conceituar de forma clara e concisa as ideologias de alguns pesquisadores.

Esta aproximação teórica é necessária para a contextualização do grupo estudado, além de fornecer subsídios para a análise.

A compreensão do princípio de formação grupal nos leva a refletir sobre a importância desta prática no dia a dia, em nossa vida profissional. A partir do nascimento, o homem passa a fazer parte de seu primeiro grupo, o grupo familiar. Conforme vai crescendo, ele sente necessidade do convívio com outras pessoas, como os amigos de infância, que também constituem outro grupo. Assim, as pessoas estão inseridas em grupos durante toda a vida: grupos de amigos na escola, nas atividades de lazer, ao viajar, nas igrejas e comunidades, enfim, na sociedade<sup>9</sup>.

Grupo é um conjunto restrito de pessoas ligadas por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação de uma tarefa que constitui sua

finalidade, e que interagem para isso através de complexos mecanismos de adjunção e assunção de papéis<sup>9</sup>.

Pode-se afirmar que o ser humano só existe em função de seus relacionamentos grupais, como ser gregário, na busca constante de sua identidade individual, grupal e social<sup>10,11</sup>.

A intervenção e recuperação do corpo biológico não respondem de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam por uma atenção que deve levar em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde. Os profissionais são levados cada vez mais a buscar novas alternativas de assistência.

O ser humano vivencia a atividade grupal em seu cotidiano. A participação em atividades grupais é algo corriqueiro, que inclui uma grande variedade de aplicações e proporciona benefícios que demonstram sua necessidade e importância. Vários profissionais desenvolvem seu trabalho em grupo, tanto na assistência aos doentes como nas atividades profissionais e multiprofissionais, sendo esta prática muito utilizada na Saúde Pública, tanto no âmbito hospitalar como ambulatorial<sup>11</sup>.

As práticas grupais devem ser consideradas num processo educativo em saúde com ênfase na estruturação dos grupos e em sua natureza interativa e relacional, valorizando a concepção de educação em saúde. É necessário conhecer os conceitos sobre saúde e educação, os preceitos teóricos do grupo, sua gênese e as diferentes fases de desenvolvimento, de modo a facilitar a interação dos profissionais a esta prática<sup>12,13</sup>.

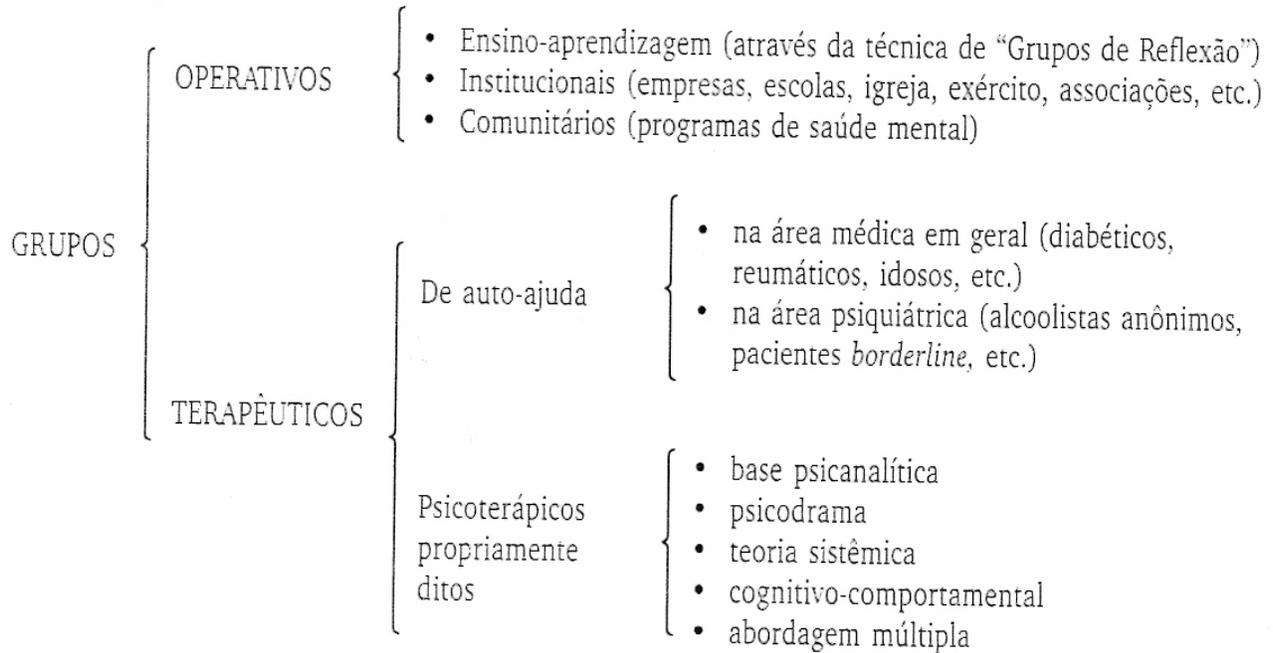
Assim, um novo modelo assistencial vem se delineando. Estas transformações colocam novos desafios para os pesquisadores da saúde que buscam uma articulação entre o progresso técnico e as organizações sociais que sustentam a vida cotidiana. Dentro desta realidade, a inserção de profissionais multidisciplinares na assistência apóia-se na prática de ações voltadas à sua reabilitação psicológica e social, como meio comum de restabelecer os eixos entre saúde/doença, ou ao menos torná-los mais harmônicos<sup>9</sup>. O conhecimento desta alternativa é necessário para a prática cotidiana.

Muitas são as denominações para a técnica empregada. Existe um tipo de grupo para cada letra do abecedário, o que leva a uma confusão conceitual, mesmo

que haja uma finalidade em comum. Uma das formas mais utilizadas para se catalogar grupos é através da definição da técnica empregada pelo coordenador para promover a integração do grupo ou a forma de interagir dos participantes.<sup>10</sup> As cinco formas mais conhecidas são:

- **Pelo grupo:** a dinâmica do grupo é centrada no coordenador. Os demais orbitam em volta dele. Todo o seu empenho é exercido em favor do grupo, isto é, “pelo grupo”.
- **Em grupo:** os participantes se reúnem em grupo, mas são escutados e analisados de forma individual pelo coordenador, que expõe suas considerações “em grupo”.
- **De grupo:** os participantes se reúnem e são escutados e analisados em conjunto, partindo do individual e do individual para o geral. O grupo assimila as características do coordenador, que expõe suas considerações em análise “de grupo”.
- **Do grupo:** o enfoque é dirigido de maneira grupal, ou seja, todas as considerações realizadas pelo coordenador são feitas em nome “do grupo”.
- **Com o grupo:** ocorre uma interação grupal entre os membros do grupo e o coordenador; cada participante faz a leitura de seu relato e expõe sua análise, com liberdade interpretativa.

Há também uma classificação baseada no critério de finalidade dos grupos. Essa classificação é restrita a dois ramos, grupos operativos e grupos terapêuticos, que incluem outras ramificações<sup>10</sup>.



Fonte<sup>(1)</sup>

Autores estudiosos em grupos concordam que toda formação grupal deve ser conceituada para que o funcionamento dos grupos alcance os objetivos propostos pelos profissionais, pois saber conceituar é compreender a gênese do grupo.

### 1.3 Visão do grupo estudado

Ao estabelecermos contato com o grupo para portadores de HIV, este já se encontrava solidificado. Cada membro havia conquistado seu lugar e firmado sua posição dentro do grupo.

Duas características marcantes dos grupos operativos que poderíamos empregar na presente abordagem grupal seriam o fato de a técnica de grupos operativos centrar-se na mobilização de estruturas estereotipadas e as dificuldades de aprendizagem e comunicação produzidas pela ansiedade, causadora de toda mudança<sup>14,15</sup>.

---

(1) Zimerman DE, Ozório LC (org). Modalidades Grupais. In: Zimerman DE. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas;1997 p90.

Os grupos operativos se dividem em quatro ramos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Os grupos de aprendizagem têm como ideologia principal “aprender a aprender”, que aplicada ao ensino-aprendizagem também significa aprender a conhecer<sup>16</sup>. O objetivo aqui é conhecer o mundo à nossa volta, para que possamos viver uma vida digna e desenvolver nossas habilidades. A finalidade é ter prazer em compreender, em descobrir ou “se descobrir”<sup>17</sup>. Esses grupos procuram auxiliar as pessoas a resolverem seus problemas decorrentes de eventos traumáticos de natureza aguda ou, em especial, crônica, como incapacitações, situações de crises existenciais e traumas<sup>18</sup>.

Essas características estariam de acordo com o objetivo da equipe para a formação do grupo, mas na prática o grupo demonstrou tomar um caminho próprio, que poderia ser enquadrado nas teorias de Bion sobre grupos terapêuticos que trabalham a observação de um fenômeno análogo ao da associação livre.

Como parte das teorias de grupo, este seguiu sua própria maneira de se conduzir de forma a encontrar um padrão de funcionalidade dentro de suas necessidades, onde caberiam ações de cunho informativo, terapêutico e de ajuda mútua<sup>19-21</sup>.

Entendemos que as marcas que carregamos por toda a vida são aquelas que trazemos da convivência com nosso primeiro grupo, a saber, o grupo familiar. Entender a natureza deste contato de profundo significado é fundamental, tanto para o desenvolvimento como para a compreensão mais profunda do nosso “eu” interior. Durante a vida adulta esses contatos tendem a se expandir, buscando uma aproximação com as experiências emocionais de outros grupos, aos quais estão integrados.

#### **1.4 Justificativa**

As pesquisas relacionadas à Aids promoveram uma revolução na velocidade dos avanços científicos e farmacológicos. Há muitos motivos que justificam a ocorrência de pesquisas relacionadas à Aids: a gravidade da infecção viral, a inexistência de cura, o caráter epidêmico da doença e a mobilização da população afetada através de

movimentos comunitários e ações de grupos de combate à doença. Os números de prevalência, morbidade e comorbidade da doença explicam as frequentes ações de controle e prevenção. Os dados apresentados a seguir servem como exemplo.

No Brasil, durante a década de 80, foram notificados 6.295 casos de Aids; na década seguinte esse número passou para 22.102 e até o ano de 2007 foram registrados 474.273 casos, ou seja, desde a identificação do primeiro caso de Aids até junho de 2007, foram notificados aproximadamente 470 mil casos, sendo que em junho de 2008 esse número subiu para 506 mil<sup>7</sup>. A taxa de incidência da doença no Brasil tem se mantido elevada, com 19,5 casos em cada grupo de 100 mil habitantes. Até junho de 2007 ocorreram aproximadamente 205 mil óbitos. As taxas de mortalidade continuaram a crescer, estabilizando-se em torno de 11 mil óbitos anuais a partir de 1998.<sup>7</sup> Até meados da década de 1990, os coeficientes de mortalidade ainda eram crescentes. Atualmente, os índices têm se mantido estáveis, registrando cerca de 11 mil óbitos anuais<sup>7</sup>.

O crescimento da proporção de óbitos por Aids nas categorias de raça/cor “preta” e “parda”, em ambos os sexos, persistiu no período de 1998 a 2004, expondo a iniquidade no acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento das populações menos favorecidas social e economicamente<sup>22</sup>.

Apesar do número elevado de casos, apenas metade desta população adere ao tratamento com antirretrovirais, uma medicação fundamental, pois permite que os portadores do vírus se mantenham saudáveis. Não foram encontradas evidências científicas relacionando a adesão ao tratamento do HIV<sup>23</sup> a uma determinada classe socioeconômica.

Os dados numéricos revelam a gravidade da doença em comparação à população do país e apontam para a necessidade de se desenvolver novas pesquisas, buscando obter melhores resultados. Estudos relacionados ao HIV são as únicas formas confiáveis de se obter novos avanços e descobertas, especialmente quando se trata de entender mais sobre a evolução e o tratamento de doenças oportunistas, o que implica uma melhora da qualidade de vida das pessoas portadoras do vírus. A adesão dos portadores do HIV ao tratamento é outro tema que tem sido muito pesquisado.

No campo da prevenção, as intervenções comportamentais, os estudos relacionados à sexualidade e ao consumo de drogas e os fatores que levam à mudanças de comportamento, integram a rotina de estudiosos e pesquisadores nas mais diversas áreas do conhecimento.

Alguns temas, no entanto, são pouco explorados, mostrando a dificuldade de encontrar trabalhos que demonstrem as reais expectativas dos pacientes que participam desta alternativa. Esta contribuição é de grande valia para outros profissionais ao fornecer subsídios para a elaboração ou implementação de grupos para esta população.

### **1.5 Referencial teórico**

Buscou-se, como referencial teórico principal na discussão dos resultados, autores cujas obras abordam teorias relativas ao estigma vivenciado pelas pessoas no seu cotidiano, com destaque para o trabalho de Erving Goffman.

Em sua obra, *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, o autor reexamina conceitos relacionados a estigma e identidade social, alinhamento grupal, eu e o outro, de forma a explorar conceitos e posturas, partindo de sua visão como membro social, baseada nos conceitos da antropologia social.

Sua obra foi usada durante a análise para reforçar comportamentos e posturas dos sujeitos da pesquisa, através de conceitos como “comportamento desviado”. Essa linha mostrou ser a mais adequada para codificar e discutir o material coletado.

### **1.6 Pressupostos da pesquisa**

A busca do caráter compreensivo é uma das características fundamentais da pesquisa qualitativa, ocupando-se com um nível de realidade que não pode ser expresso por números. Desta maneira, por se tratar de um estudo exploratório descritivo, o termo “hipótese” foi substituído por “pressupostos”, expressão mais adequada a esta pesquisa. Hipóteses são afirmações de caráter provisório, passíveis

de solução durante a pesquisa, suscetíveis de serem declaradas verdadeiras ou falsas. Pressupostos são ideias, pensamentos, que demonstram e justificam o pensamento do autor, estabelecendo uma associação entre as ideias expostas no texto<sup>23-25</sup>.

Assim, esta pesquisa admitiu os seguintes pressupostos:

- Pertencer a um grupo traz reais mudanças para o portador do HIV, por facilitar sua socialização com outras pessoas que vivenciam a mesma problemática e por lhe oferecer um local protegido, onde ele possa se sentir confortável ao lado de pessoas que apresentam condições biopsicossociais semelhantes para expor sua problemática e se solidarizar com as vivências de outros participantes.
- A exposição das angústias pelo portador do HIV dentro de um espaço protegido pelos contratos de grupo traz benefícios sociais e psicológicos e promove a socialização das dificuldades e soluções compartilhadas, agindo como elemento catalisador ao favorecer sua permanência e participação no grupo.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo geral**

Estudar o significado da utilização de grupos no contexto ambulatorial para pessoas que vivem com HIV/Aids, sob a ótica do portador.

### **Objetivos específicos**

- Analisar o significado atribuído à utilização da atividade grupal para o portador de HIV/Aids.
- Analisar a motivação do portador quanto à sua permanência no grupo.

### 3. Percurso metodológico

#### 3.1 Metodologia qualitativa

Este é um estudo descritivo, qualitativo, que pretende abranger portadores de HIV, buscando compreender a riqueza e a pluralidade desse contato, em seus variados aspectos, de modo a permitir a análise, por meio da exploração das diversas variáveis em questão.<sup>24</sup> O método qualitativo, nas ciências sociais, se ocupa de um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes<sup>25</sup>.

A metodologia qualitativa não está preocupada em estudar o fenômeno em si, mas o significado deste fenômeno para o indivíduo e para a comunidade, ou seja, a significação do fenômeno para aqueles que o vivenciam<sup>25</sup>.

O foco da pesquisa qualitativa é o homem, inserido em um universo de razões e emoções; um ser subjetivo, particular, em meio à complexidade envolvida na compreensão de suas experiências. Tais estudos tornam-se ricos em seu aspecto êmico, ou seja, segundo o ponto de vista de quem vivencia o fenômeno<sup>26</sup>.

A necessidade de compreender e comprovar a existência de fenômenos que cercam o processo entre saúde e doença, vivenciados pelos pacientes/clientes em sua completa significância torna tal método bastante eficaz, pois consegue trazer para a realidade contextual da ciência o que antes era subjetivo.

A abordagem qualitativa diz respeito aos estudos que buscam os significados, as representações, as simbolizações, as percepções e o ponto de vista do sujeito estudado. Trata-se de uma abordagem livre dos paradigmas quantitativos, sem preocupação com os resultados, mas com o significado do contexto extraído.

Para atingir a essência do método, precisamos ter em vista alguns pressupostos, necessários para nortear o desenvolvimento dos trabalhos deste âmbito<sup>27</sup>:

- **Ambiente natural como fonte direta de dados e pesquisador como instrumento.** O método qualitativo busca a compreensão do fenômeno em seu meio natural, após longo contato do pesquisador com o objeto de sua pesquisa. O pesquisador é valorizado como instrumento e objeto essencial para a pesquisa, sendo responsável pela observação, seleção, análise e interpretação dos dados.
- **A pesquisa qualitativa é predominantemente descritiva.** A reprodução do conhecimento é realizada pelo pesquisador por meio da palavra. Gráficos, tabelas, quadros, entrevistas, vídeos, desenhos, fotos e transcrições são instrumentos úteis para permitir uma compreensão mais ampla do fenômeno. O pesquisador qualitativo tenta analisar os dados em toda sua riqueza, respeitando, na medida do possível, a forma de registro ou transcrição. Na abordagem investigativa de âmbito qualitativo nada é trivial, toda manifestação tem potencial para fornecer pistas importantes na construção e compreensão do fenômeno estudado, bem como as descrições impregnadas de significado impostas pelo ambiente, produto de uma visão subjetiva. Desta forma, a interpretação dos resultados tem como base a percepção de um fenômeno a partir de seu contexto<sup>28</sup>.
- **O significado atribuído pelas pessoas em suas representações como preocupação principal.** A maneira como as pessoas vivenciam e informam as experiências vividas são essenciais e únicas para cada indivíduo. A pesquisa qualitativa focaliza o significado ou sentido atribuído pelas pessoas aos fenômenos vivenciados. A compreensão destes fenômenos se dá a partir da perspectiva dos participantes, cabendo ao pesquisador representá-los de forma verdadeira. Para que isso aconteça, é preciso levar em conta o ponto de vista de outros pesquisadores ou até mesmo dos participantes.
- **Enfoque indutivo na análise dos dados.** A busca de comprovação das hipóteses é uma atitude primária. Seu propósito não é procurar dados que

evidenciem tais suposições. Dessa forma, o objetivo da argumentação indutiva é apresentar conclusões com um conteúdo mais amplo do que as premissas nas quais se baseiam, constituídas ou formadas a partir da análise dos dados<sup>29</sup>.

### 3.1.1 Método

Ao optar por um determinado método, o pesquisador deve estar certo quanto ao caminho que pretende trilhar e se a natureza de sua pesquisa será contemplada pelo método escolhido. A natureza do problema a ser estudado deve ser determinante para a escolha do melhor método a ser usado na pesquisa<sup>26</sup>.

Tendo em vista a importância da escolha do método na elaboração do trabalho a ser realizado, consideramos que a escolha da abordagem metodológica qualitativa seria a mais apropriada para esta pesquisa. Outra razão de nossa escolha está no fato de poder retratar significados de situações vividas no dia a dia, verificando as representações trazidas pela abordagem em grupo e avaliando o impacto social tanto para o portador como para aqueles que estão à sua volta.

O emprego do método clínico-qualitativo nesta pesquisa difere dos outros métodos por se sustentar em pilares que valorizam atitudes e significados, coligando pesquisador e pesquisado a partir de uma atitude existencialista, clínica e psicanalítica.

O método clínico-qualitativo pode ser definido como:

... o estudo da construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em *settings* da saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos a este campo<sup>30</sup>.

O mesmo autor se refere a este método como um meio para conhecer e interpretar as significações da natureza dos indivíduos, podendo ser utilizado em pesquisas envolvendo pacientes, parentes e membros da equipe profissional ou da comunidade<sup>30</sup>.

A metodologia clínico-qualitativa utiliza as angústias e ansiedades do pesquisador, no sentido existencialista, como força motriz que dá origem ao questionamento frente aos fenômenos. Como se trata de uma luta interior na busca pela compreensão das questões humanas, o pesquisador inerente ao objeto de estudo acolhe as angústias e ansiedades produzidas pela relação saúde-doença ou clínica<sup>30</sup>.

O método clínico-qualitativo apresenta algumas características específicas<sup>30</sup> utilizadas nesta pesquisa:

- **A preocupação com significados.** A vivência de um processo qualquer de saúde/doença pode trazer ao indivíduo enfermo toda uma gama de reações. O indivíduo pode atribuir à essa experiência significados muitas vezes diferentes do esperado, se é que podemos esperar reações idênticas. O sentido consciente ou inconsciente de saúde ou doença com suas respectivas repercussões e a valorização atribuída pelo indivíduo a esse processo em sua vida, formam um veio a ser explorado como elemento essencial para a compreensão do fenômeno.
- **Importância da valorização das angústias e ansiedades.** O acolhimento do indivíduo no *setting* de cuidados à saúde e a valorização das angústias e ansiedades da pessoa entrevistada pelo pesquisador, dentro de uma atitude clínica durante a coleta de dados, é um elemento fundamental para a mobilização do interesse do entrevistador.
- **Natureza teórica e prática como pontos simultâneos de partida.** O pesquisador deve apresentar de antemão conhecimentos teóricos e práticos, ou seja, de vivência no campo e de possíveis teorias que possam ser aplicadas ao desenvolvimento do estudo. No caso de pesquisa realizada em ambiente de cuidados com a saúde, o pesquisador deve fazer um contato inicial e outro posterior, com o local e com o objeto de estudo, tentando apreender evidências que possam ajudá-lo, associadas a uma base teórica pertinente, a alcançar os objetivos propostos pelo estudo.

- **Validade dos dados como fortalecimento do método.** Esse método difere dos estudos quantitativos que trabalham com a noção de fidedignidade como ponto forte do método (confiabilidade, reprodutibilidade), ou seja, com a possibilidade de se obter resultados iguais por meio de “retestes” realizados por outros pesquisadores<sup>31</sup> dentro das mesmas condições. O método qualitativo tem seu fortalecimento na validade dos dados, ou seja, na medida em que um procedimento gera um resultado correto e representativo da realidade empírica<sup>32</sup> aceitável pela comunidade científica.

### **3.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado no serviço social do Hospital de Clínicas da Unicamp, em Campinas, SP. Trata-se de um hospital público de grande porte, ligado à uma universidade.

Durante a busca pelo campo de pesquisa procuramos o serviço social e apresentamos nosso projeto de pesquisa, solicitando o uso daquele local como campo de trabalho. Para isso, apresentamos uma solicitação formal para pesquisa em campo (ANEXOII), no que fomos prontamente atendidos. Concluídos os procedimentos junto ao comitê de ética, demos início à pesquisa.

### **3.3 População**

A população deste estudo foi constituída pelos pacientes do ambulatório de DST/Aids, envolvidos no processo de grupo junto ao serviço social.

#### **3.3.1 Constituição da amostra**

Os sujeitos foram incluídos na amostra pelo critério de intencionalidade. A amostra intencional ou proposital é formada pela escolha deliberada dos sujeitos, ou seja, são selecionados aqueles indivíduos que apresentem características e

experiências pessoais específicas e que tragam informações substanciais para o estudo.<sup>30</sup> A amostra final foi composta por dez indivíduos.

### **3.3.2 Critérios de inclusão dos sujeitos**

Foram inclusos pacientes portadores do HIV, de ambos os sexos, com maioria atingida e que estiveram presentes em, no mínimo, cinco encontros dos grupos, tempo entendido como necessário para podermos avaliar as mudanças ocorridas com o sujeito da pesquisa.

### **3.3.3 Critérios de exclusão do sujeito**

Foram excluídos desta pesquisa os pacientes que se desvincularam do ambulatório devido à mudança no local de segmento e os pacientes que abandonaram o grupo por um período superior a seis meses.

## **3.4 Coleta de dados**

Antes de dar início à coleta de dados, o pesquisador precisa passar por um processo de ambientação com o local e com a população de estudo.

Depois de nos apresentarmos no local de estudo, tivemos um primeiro encontro onde apresentamos a proposta do projeto de pesquisa aos participantes. O grupo foi bastante receptivo e alguns se ofereceram voluntariamente para participar da pesquisa.

Os membros do grupo foram consultados para saber se aceitariam ou não a presença de um profissional ou pesquisador não envolvido no processo grupal. Depois de aceitos pelo grupo, passamos a participar dos encontros, procurando adotar uma postura de pesquisador ao observar o comportamento dos participantes, suas colocações, pontos de vista e reações diante de algumas questões. Fomos questionados algumas vezes sobre a relevância dessa pesquisa para o grupo, e em todas as vezes procuramos explicar a utilidade e a importância desse estudo, colocando-nos à disposição para novos esclarecimentos.

### 3.4.1 Técnicas e instrumentos para a coleta de dados

Após a escolha da amostra por intencionalidade, utilizamos a técnica de entrevista para a coleta de dados, a partir de um questionário previamente estruturado, com perguntas aplicadas aos sujeitos da pesquisa. Esse questionário foi formulado e aplicado pelo pesquisador (Apêndice II), que articulou perguntas previamente formuladas e associadas à abordagem livre sobre o tema, procurando dar abertura para que os sujeitos da pesquisa se manifestassem. Esse procedimento é o mais usual no trabalho de campo, pois permite ao pesquisador obter informações contidas nas falas dos atores por meio de uma conversa com propósitos bem definidos.

A entrevista pode ser explicada como uma conversa entre o entrevistador e o entrevistado, visando fornecer informações referentes ao objeto de pesquisa e inserir temas pertinentes ao foco do entrevistador<sup>33</sup>.

O uso de entrevistas oferece algumas vantagens: permite a captação imediata e coerente da informação desejada e possibilita correções nas falas, esclarecimentos e adaptações. Isso torna a entrevista um instrumento bastante eficaz para se obter as informações desejadas<sup>34</sup>.

Nossa escolha por este instrumento baseou-se na intenção de se obter a fala dos sujeitos e captar assim o máximo de informação.

A entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito objeto da pesquisa que vivenciam em uma determinada realidade que está sendo enfocada<sup>35</sup>.

As entrevistas foram canceladas assim que se obteve a saturação dos dados. A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual bastante usada nos relatórios de investigações qualitativas de diversas áreas, entre elas, a área da saúde, e útil para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes<sup>36</sup>.

Esse método é utilizado quando, no decorrer da entrevista, o pesquisador se depara com uma grande quantidade de repetições no conteúdo das falas dos sujeitos. Neste momento, o pesquisador compreende que não há necessidade de novas entrevistas, pois estas pouco acrescentariam aos objetivos propostos na pesquisa<sup>30</sup>. Esse material, posteriormente, é transcrito na íntegra para que se possa proceder à análise dos dados.

### **3.4.2 Sobre as entrevistas**

A abordagem dos sujeitos da pesquisa transcorreu de acordo com a disponibilidade de cada um. Procurou-se aproveitar os períodos de espera para coleta de sangue, retirada de medicamentos, consultas médicas etc. As entrevistas aconteceram em horário diverso da reunião do grupo, para que os sujeitos não fossem impedidos de participar da sessão. A maior parte das entrevistas aconteceu imediatamente após a sessão grupal.

As entrevistas ocorreram em uma sala previamente escolhida, dentro do serviço social, em um *setting* protegido, livre de interrupções, em um ambiente já familiar aos sujeitos. A segurança do local colaborou positivamente para o bom andamento das entrevistas. Como pesquisadora, participamos de todos os encontros grupais, observando o comportamento dos entrevistados dentro do grupo, como membros efetivos, as diversas formas de interação grupal e as atitudes frente à problemática levantada naquele momento.

É de conhecimento geral que o ser humano se expressa não apenas pela fala, mas também de um modo não verbal, por meio de gestos, ruídos e olhares. Durante a entrevista estas expressões foram documentadas pelo pesquisador em um diário de campo. A grande quantidade de material coletado contribuiu para tornar a análise mais rica, porém optou-se por retirar parte das observações diárias. Alguns relatos foram mantidos no diário de campo, outros ficaram registrados na memória e foram ressurgindo no decorrer da análise, sendo utilizados junto à transcrição das respostas.

As entrevistas duraram, em média, de 15 a 45 minutos. Alguns dos participantes, por serem mais comunicativos, descreviam as situações com riqueza de detalhes,

enquanto outros se limitaram a dar respostas curtas, mas repletas de sentimento e significado. Não houve uma preocupação quanto ao tempo de duração das entrevistas, e sim com a disponibilidade dos entrevistados em relatar o que lhes parecia importante.

Como pesquisador, procuramos manter a linha de pesquisa e ao mesmo tempo explorar o conteúdo surgido nos relatos, sem extrapolar os assuntos que provavelmente nos desviariam do roteiro. Durante as entrevistas, o entrevistado foi direcionado e redirecionado ao foco, o que tornou algumas entrevistas extremamente curtas e outras um pouco longas. Isso não afetou a riqueza dos dados obtidos, pois muito se expressou mesmo em pequenas frases.

Para impedir a perda desses dados tão importantes quanto os expostos através da fala, as entrevistas foram gravadas e arquivadas em fita cassete e MP3. O acesso às gravações se restringiu aos pesquisadores envolvidos no projeto.

### **3.5 Análise dos dados**

De acordo com o método de análise de conteúdo<sup>37</sup> as estruturas explicitadoras do sistema gerador dos significados do conjunto de expressões verbais ou não verbais, devem ser analisadas em cada discurso, relato ou sonho do mesmo ator, além das mensagens implícitas na reprodução da fala.

A totalidade dos dados coletados (*corpus*) deve ser lida exhaustivamente até ser completamente assimilada pelo ator. Após a leitura deve-se partir para o segundo plano que trata das seguintes etapas: (a) visão de conjunto; (b) apreensão das particularidades do conjunto; (c) elaboração dos pressupostos; (d) escolha das formas de classificação iniciais; (e) determinação dos conceitos que orientarão a análise<sup>38</sup>.

A análise de conteúdo pode recuperar, dentro das falas do ator, toda a sua demonstração psicológica e avaliar o conteúdo verbal, não verbal e as representações captadas pelo pesquisador. Trata-se de uma técnica de pesquisa que busca compreender o sentido do documento e o significado exato das mensagens<sup>37</sup> através de técnicas precisas e objetivas, que garantam a descoberta do significado real<sup>39</sup>.

É uma simples ferramenta capaz de retirar o véu de linguagem que encobre o que realmente se pretende descobrir: a significação profunda que pré-existe à pergunta. Assim, manifesta-se “essa crença de que o dito equivale a uma informação com valor de verdade”.

No presente trabalho, utilizamos especificamente a técnica da análise temática ligada à afirmação de determinado assunto, que pode ser graficamente representado por uma palavra, frase ou resumo. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e como a frequência ou presença de alguns temas pode determinar certos comportamentos no discurso.

A análise de conteúdo temático é feita em três etapas<sup>37,40</sup>:

**1. Pré-análise.** Consiste na retomada das hipóteses e dos planos de elaboração visando atingir os indicativos finais. Para isso é necessário seguir alguns passos:

- **Leitura flutuante:** o pesquisador mantém um contato exaustivo com o material coletado, deixando-se impregnar pelo conteúdo. Nesta etapa, as hipóteses iniciais e finais, as teorias relacionadas e emergentes surgem aos olhos do pesquisador fora do caos inicial.
- **Constituição do *corpus*:** é a organização do material de forma correspondente às normas de validade, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.
- **Formulação de hipóteses e objetivos:** durante a fase exploratória, é provável que surjam novas e velhas hipóteses. Portanto, os pressupostos devem ser flexíveis, de modo a permitir novas descobertas, privilegiando os procedimentos exploratórios e, ao mesmo tempo, reafirmando os objetivos.

**2. Exploração do material.** É a codificação ou transformação dos dados brutos. Para facilitar a compreensão desses dados, partes do texto são recortadas em unidades de registro, que por sua vez são contadas segundo o número de sua ocorrência para serem quantificadas e, em seguida, classificadas e agrupadas, estabelecendo uma categoria teórica ou empírica dos temas.

**3. Tratamento e interpretação dos resultados obtidos.** Os resultados brutos são trabalhados de modo a tornar as informações obtidas mais refinadas e apresentar novas sugestões.

Após este processo, tem início a síntese interpretativa dos dados coletados, articulando os objetivos da pesquisa e a base teórica adotada.

### **3.6.1 Considerações sobre a formação das unidades de análise e categorias**

As entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando a maneira de se expressar do entrevistado, os erros de linguagem e as expressões não usuais. Para a análise dos dados e composição das categorias, de forma a tornar a transcrição das entrevistas mais legível, alguns vícios de linguagem como “né”, “tá” e erros de pronúncia foram corrigidos ortograficamente, dentro dos padrões gramaticais, sem perda de conteúdo da fala dos sujeitos.

As falas utilizadas na análise foram demarcadas com a letra “E” para entrevista, ou “P” para pergunta, de modo que a numeração subsequente de cada letra se refere ao número da entrevista e ao número do questionamento dentro do nosso roteiro de entrevistas.

Para construção das categorias, a codificação dos dados foi feita pela repetição das unidades de análise e pela sua relevância implícita. Ao final do levantamento as unidades de análise foram separadas de acordo com sua temática, perfazendo um total de dez categorias. Após o início da análise temática, essas categorias foram reagrupadas em quatro categorias, contendo em média de duas a quatro subcategorias.

## **3.6 Validação dos dados**

A validação dos dados nas pesquisas qualitativas ocorre de forma a configurar rigores para a apresentação do fenômeno de atributos da verdade que estejam em conformidade com o real.

Este trabalho passou primeiramente pelo processo de validação externa, que consiste em apresentar o material para ser analisado por outros pesquisadores. O primeiro a analisar o material foi o orientador da pesquisa, que o analisou dentro da montagem das categorias de análise. Posteriormente, o material foi analisado por um grupo de pesquisadores ligado ao Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Unicamp, que refletiu sobre o conteúdo da pesquisa, trocando ideias sobre os resultados preliminares em outros eventos científicos.

### **3.7 Ética em pesquisas com seres humanos**

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>41</sup> incluso o termo para o consentimento livre e informado (Apêndice I) .

Primeiramente, entramos em contato com os assistentes sociais responsáveis pela execução do grupo. Nesta oportunidade, apresentamos o projeto e deixamos uma cópia para apreciação da equipe, formalizando verbalmente nosso interesse por este campo de pesquisa. Os profissionais concordaram e levaram o assunto para ser discutido com o grupo de pacientes, pois este procedimento faz parte do contrato estabelecido entre os participantes do grupo. Mediante impresso próprio, assinado pelo responsável do setor, obtivemos a autorização para atuar em campo. Posteriormente, este documento seguiu anexo ao processo de solicitação de aprovação do projeto de pesquisa, e foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa junto ao pedido de autorização para a utilização desta unidade como local de pesquisa. O termo de aprovação encontra-se anexo (Anexo III).

## 4. Resultados

### 4.1 Caracterização da amostra do estudo

A caracterização da população de estudo foi feita a partir de dados coletados no momento da entrevista, com o roteiro de perguntas abertas. Esta caracterização nos deu um panorama geral da população estudada em relação aos dados socioeconômicos e demográficos, investigados na época de participação no grupo e diagnóstico destes.

O número final da amostra selecionada para este estudo mostrou a predominância de pessoas do sexo feminino, dentro da faixa etária entre 30 e 61 anos de idade.

Em relação à escolaridade, a maioria dos sujeitos possui formação primária, vindo em seguida o grupo com segundo grau completo. Grande parte dos sujeitos estudados não possui uma profissão ou ocupação regular, dedicando-se apenas aos afazeres domésticos.

O tempo de diagnóstico dos sujeitos da nossa amostra (que não corresponde necessariamente ao tempo de contaminação com o vírus) variou de 3 a 18 anos e a participação no referido grupo variou de 3 a 7 anos. A participação na pesquisa obedeceu ao critério de inclusão que estabelecia a presença do sujeito em, no mínimo, cinco sessões durante a realização dos trabalhos.

No quadro 1 abaixo, estaremos demonstrando como se caracteriza a amostra estudada:

<b>QUADRO 1 - Caracterização da amostra do estudo.</b>								
<b>Nº</b>	<b>Codínome</b>	<b>Escolar.</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Religião</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>T.diagnost.</b>	<b>T. Grupo</b>
001	Rosa	1º grau	Do lar	Adventista	F	40 anos	12 anos	06 anos
002	Erika	2º grau	Do lar	Católica	F	51 anos	03 anos	02 anos
003	Hortênsia	2ª série	Do lar	Católica	F	46 anos	09 anos	05 anos
004	Orquídea	2º grau	Do lar	Católica	F	31 anos	04 anos	02 anos
005	Girassol	7ª série	Do lar	Evangélica	F	30 anos	05 anos	03 anos
006	Violeta	4ª série	Do lar	Evangélica	F	43 anos	07 anos	05 anos
007	Tulipa	5ª série	Do lar	Católica	F	46 anos	18 anos	05 anos
008	Jacarandá	4ª série	Aposentado	Católico	M	62 anos	09 anos	07 anos
009	Jatobá	4ª série	Pintor	Católico	M	49 anos	08 anos	07 anos

## 4.2 Categorização do material para análise

Após as entrevistas, chegamos ao resultado de quatro categorias, com as respectivas subcategorias.

A primeira categoria diz respeito aos sentimentos vivenciados após o diagnóstico de HIV, enquanto que as demais categorias estão diretamente ligadas às experiências ocorridas durante as reuniões do grupo.

<b>CATEGORIA 1 – Significados e vivências de “ser portador” do vírus HIV</b>
1.1 Aceitação. Aprendendo a conviver com a doença
1.2 Autoafirmação de normalidade: “Normal como qualquer um...”
1.3 Diagnóstico de HIV como sentença de morte iminente
1.4 O preconceito arraigado (preconceito interno)
1.5 Vivências estigmatizantes (preconceito social)

<b>CATEGORIA 2 – Aspectos simbólicos envolvidos na atividade grupal</b>
---

2.1 “Abrir a mente”: aprender, conhecer, saber
--

2.2 O simbolismo do sangue: “O que tem no seu sangue tem no meu...”
---

<b>CATEGORIA 3 – Liberdade de expressão entre iguais</b>
--

3.1 A necessidade de diálogo: “Ninguém sabe...”
---

3.2 A segurança alcançada no <i>setting</i> grupal
--

<b>CATEGORIA 4 – Catarse grupal</b>
-------------------------------------

4.1 Mudanças comportamentais
------------------------------

4.2 Adesão terapêutica
------------------------

4.3 Convívio social e familiar
--------------------------------

### 4.3 Análise das categorias

#### 4.3.1 Categoria 1 – Significados e vivências de “ser portador” do vírus HIV

Os significados de ser portador compreendem uma extensa gama de sentimentos e representações, agravados pelo potencial estigmatizante e discriminatório vivenciado pelo portador.

Ao analisar os dados coletados, observamos a ocorrência de fenômenos relacionados à prática e que nos remetem a significados de vivências cotidianas provindas do pós-diagnóstico. Esta pesquisa ajudou-nos a compreender a utilidade do trabalho em grupo para portadores do HIV, no contexto ambulatorial. Deixar de atentar na riqueza desses dados para a análise e o entendimento da complexidade de uma situação em que o indivíduo se encontra desabilitado de sua condição social plena,

seria uma negligência para com o leitor e para o nosso crescimento como pesquisador, frente a tal pluralidade de conhecimentos.

Todo o processo de desenvolvimento de nosso objeto de estudo é demonstrado nesta categoria, o que nos permite demonstrar e conhecer em que momento de sua vivência pessoal este portador se encontra diretamente ligado, em seu âmago, ao fato de “ser portador”.

#### **4.3.1.1 Aceitação. Aprendendo a conviver com a doença**

*“Com o tempo a gente vai se adaptando, vai se conformando.” E7-P2*

*“Foi um choque, depois eu aceitei normal.” E6-P2*

A aceitação se confunde muitas vezes com o processo de adaptação, de tornar comum, pôr em harmonia, tornar apto, combinar, encaixar, justapor. Significa receber de boa vontade (ou a contragosto) algo que nos é oferecido; um sentimento de resignação em experimentar uma situação sem a intenção de mudá-la ou por ela não permitir mudanças possíveis ou concebíveis. Deste modo, a situação desejada ou aprovada por aqueles que a aceitam pode ser tanto ruim quanto imutável, ou ainda, uma tentativa comportamental decorrente da falta de iniciativa para mudar ou se opor à situação, contendo elementos de pensamentos e sentimentos passados.

Este processo demonstrou ser essencial para as futuras vivências referentes ao comportamento dos portadores, já que durante o processo de aceitação os portadores se colocam de forma amadurecida e realista diante da doença e das dificuldades que poderão ocorrer.

O fato de não aceitar a doença provoca angústia no paciente, que só poderá ser trabalhada depois que ele desenvolver mecanismos internos de defesa.

Neste estudo não foi possível acompanhar todo o mecanismo de aceitação construído por nossos sujeitos de estudo. Como as entrevistas foram realizadas num corte temporal, pudemos evidenciar apenas a existência de diferentes formas de encarar a doença, dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontravam os

entrevistados. O que pudemos perceber é que a convivência diária com a doença preparou-os para vários enfrentamentos corriqueiros, proporcionando uma sensação de conformidade, construída a partir do tempo de convívio com o diagnóstico.

Observamos também que a primeira reação do portador ao tomar conhecimento do diagnóstico é de choque, seguida por um processo de negação da doença. Durante essa fase, o paciente se recusa a acreditar no diagnóstico, fato que algumas vezes pode impedi-lo de seguir com o tratamento<sup>42</sup>.

#### **4.3.1.2 Autoafirmação de normalidade: “Normal como qualquer um...”**

*“Não sinto nada. Me sinto uma pessoa normal, como todas as outras.” E6-P2*

*“Não sinto nada. Eu me sinto normal.” E3-P2*

*“Normal como qualquer outra pessoa.” E4-P8*

Nessa fase, o portador acredita que a doença não irá causar alterações de ordem psíquica ou pessoal em seu comportamento. Ao descrever sua relação com a doença, ele afirma não se sentir diferente das pessoas soronegativas.

Por serem usuários de antirretrovirais (ARV) os entrevistados consideravam que seu estilo de vida encaixava-se num padrão de normalidade. Esse sentimento indica uma introjeção do modelo biológico da patologia, ou seja, a ideia de que o processo de adoecer se liga, quase que exclusivamente, aos sintomas físicos. O uso dos ARV proporciona uma sensação de vigor e bem-estar, entretanto, a interrupção do tratamento provoca o retorno dos sintomas causados pelo HIV e faz com que a sensação de se sentir diferente, fora dos padrões da normalidade volte a ser uma lembrança diária.

O doente se reconhece como doente a partir de sua aparência física, da sensação de mal-estar, enfim, da imagem que projeta para a sociedade. A doença torna-o vulnerável, projetando a imagem de alguém carente, desprovido, que necessita de ajuda. As ligações psicológicas fazem com que ele volte a ser um portador do HIV,

merecedor de sua condição e de todo o contingente discriminatório envolvido na situação<sup>43</sup>.

Isto leva a um questionamento do sentimento de normalidade, já que a possível interrupção da medicação traz de volta a sensação de mal-estar. Quando a doença vem acompanhada de modificações fisiológicas mais visíveis, mais nítidas, causa mais estranhamento, levando o doente a negar seu estado de saúde<sup>43</sup> como revela a frase a seguir:

*“O importante é que eu sou feliz e ajo como se não tivesse nada...” E5-P4*

Muitos entrevistados apresentavam esta discordância de sentimentos – demonstravam o desejo ou mesmo a necessidade de se sentir e agir como soronegativos, mas não estavam bem certos de suas afirmações. Isso revela uma ambivalência entre o ser social, que atua na condição da ação dita como normal perante seus círculos de convivência, e o ser portador, que conhece seu campo de atuação e se sente feliz com seu desempenho.

A presença simultânea de sentimentos conflitantes, motivações incompatíveis, pensamentos e emoções ambivalentes, ora positivos, como amor, e ora negativos, como ódio, é psicologicamente desagradável para ser mantida na mente durante um longo tempo<sup>43,44</sup>.

*“Eu me sinto igual, só que eu não esqueço, sabe, eu tento esquecer o que eu sou, mas não esqueço...”*

A análise desta fala revela uma tentativa de equiparação social, de um pensar igualitário e inclusivo que, colocado frente a uma dificuldade de autopercepção humanista, demonstra que sua condição patológica o impede de aceitar-se dentro de uma perspectiva ontológica. O questionamento sobre “quem eu sou” e “o que sou” denota uma visão distorcida do “eu”, que passa a questionar, mesmo que de forma inconsciente, sua humanidade, seu próprio ser. O esforço para esquecer sua condição

de soropositivo e alcançar uma condição igualitária de participação na sociedade pode causar frustrações e levar a situação geradora de conflitos e angústias.

*“No início eu não queria admitir não.” E5-P1*

*“No começo foi muito difícil, né? Quando eu descobri [...] mas agora sou como qualquer outra pessoa, sabe?” E4-P1*

A capacidade de se sentir diferente dos demais sobrepõe a de normalidade, já que o conceito de “normalidade” é questionável, formado dentro de padrões e estereótipos sociais armazenados na memória, que podem influenciar as percepções e os comportamentos subsequentes em relação ao grupo e ao fato de pertencer a ele.

[...] Um estigma, é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito, em parte porque há importantes atributos que em quase toda a nossa sociedade levam ao descrédito<sup>43:13</sup>.

*“Eu me olho no espelho e me sinto a mesma pessoa de quando nasci.”*

Esta última frase revela a necessidade e o grande esforço do entrevistado em ignorar sua soropositividade e a se enquadrar dentro dos padrões de normalidade.

Esses relatos demonstram o despreparo das pessoas em condição soropositiva para aceitar a doença, seja pela falta de maturidade ou de conhecimentos necessários para enfrentar a situação. Ao se deparar com sua própria imagem, o portador sofre um estranhamento em relação à percepção de si mesmo, levando-o a procurar se esconder. Ao demonstrar um lado que não pode ser questionado, ele mostra uma face pura, como a de um ser imaculado (“a mesma pessoa de quando nasci”), que, *a priori*, não pode ser “condenado ou estigmatizado”. Essa é a maneira que ele encontrou para se proteger das normas que induzem ao estigma.

#### 4.3.1.3 O diagnóstico de HIV como sentença de morte iminente

*“No momento que recebi a notícia fiquei em desespero, achei que no dia seguinte eu já tava morrendo, foi um choque muito grande.” E1-P3*

*“Para mim eu já iria morrer logo e estava com 18 anos, mas eu achei que dentro daqueles dois anos eu já ia morrer, então fiquei muito desesperada.” E7-P2*

*“Hoje eu vivo sem futuro, hoje não faço planos...” E2-P2*

O HIV, inicialmente, era visto como uma doença fulminante, que não dava ao seu portador o direito de escolha. Ser portador do HIV significava romper com a vida, receber uma sentença de morte. Dentro desta visão, o tratamento muitas vezes era considerado desnecessário, uma forma de prolongar o sofrimento, porém sem garantia quanto ao futuro.

Tais distúrbios decorrem de duas fontes: o “desabamento” de todo um projeto de vida, ou seja, de tudo aquilo que a pessoa sonha em realizar, e o medo da morte precoce, embutida no processo da doença, imposta a um adulto que tem consciência dos longos projetos que poderia realizar<sup>45</sup>.

#### 4.3.1.4 O preconceito arraigado (preconceito interno)

*“Eu acho, eu queria tirar esse pensamento da minha cabeça, porque eu acho que tenho preconceito de mim mesma, de não aceitar que eu tenho, eu não aceito que eu tenho [Aids].” E4-P8*

*“Eu não consigo me ver soropositiva. Eu não me aceito assim, sabe [...] Sou preconceituosa de mim mesmo.” E2-P1*

A formação e a constituição de ideias no homem surgem a partir das experiências, das representações destas experiências e, principalmente, da reprodução de experiências exteriores, dentro de uma relação dialética entre o sujeito e a sociedade à sua volta<sup>46</sup>.

Somos condicionados a ideias e padrões morais instituídos pela sociedade; todos os comportamentos que se apartam deste padrão são vistos como comportamentos desviantes<sup>43</sup>.

Como participantes desta sociedade, os portadores do HIV estão sujeitos a seguir as regras impostas por ela, visando sua integração e adaptação à vida social. Quando nos deparamos com uma realidade diferente do padrão esperado, surgem processos internos geradores de sentimentos tais como culpa, medo e angústia. Os processos sociais também suscitados por esta diferenciação entram em conflito com as ideias já constituídas pelo pensamento ético e moral e pelas pré-concepções sobre o que é certo e errado, aceitável e inaceitável<sup>43</sup>.

Diante do diagnóstico de HIV o portador se depara com o fato de que a origem de sua crença discriminatória está em si mesmo. O conceito de discriminação formulado em seu inconsciente a partir de determinados padrões, faz com que o portador se perceba como igual dentro deste processo intenso de não aceitação de sua condição sorológica.

A dificuldade em se aceitar como portador está ligada à imagem construída por ele mesmo sobre o que realmente representa ser um portador de HIV, podendo acarretar diversas dificuldades em seus mecanismos de aceitação<sup>42</sup>. É necessário que o portador faça uma reconstrução de sua verdadeira identidade, que não negue sua composição humanista e seu potencial como participante de um grupo social.

#### **4.3.1.5 Vivências estigmatizantes (preconceito social)**

*“Eu já fui discriminada. Eu conheci no meu serviço a discriminação.” E5-P6*

*“Lava bem essa caneca que a Aids está solta, a Aids está pegando...” E2-P7*

*“Aquele ali tem HIV, nem fala HIV, já fala assim: aquela ali é aidética, a fulana ali é aidética.” E7-P8*

Os recortes separados para análise permitem observar a dificuldade dos portadores em se relacionarem com a sociedade pela maneira ríspida como são tratadas as populações estigmatizadas. Ao se deparar com tal agressividade, as vivências destes pacientes se transformam, acionando os mecanismos que auxiliam no enfrentamento desta condição, sendo o isolamento social o mais forte. O portador, receoso de que as pessoas desconfiem de sua condição sorológica, afasta-se de vários grupos sociais, buscando se proteger das manifestações discriminatórias.

O indivíduo estigmatizado não se considera diferente dos demais, mas mesmo assim se sente discriminado. Essa contradição básica torna compreensível todo o seu esforço em descobrir uma doutrina capaz de dar um sentido consistente à sua situação<sup>43</sup>.

Em outros recortes é possível perceber o quanto é incômodo o fato de ser reconhecido ou taxado como aidético, devido ao sentido pejorativo atribuído a essa palavra na época em que a doença foi descoberta. Vários ativistas e órgãos responsáveis pelos direitos dos portadores repudiam esse termo. Chamar uma pessoa de aidética ou declarar que alguém é aidético significa identificar a pessoa à própria doença. É dar a ela uma nova identidade relacionada ao HIV. É como destituir o cidadão de seus direitos individuais e passar a tratá-lo como alguém que está à espera da morte<sup>47</sup>.

#### **4.3.2 Categoria 2 – Aspectos simbólicos envolvidos na atividade grupal**

##### **4.3.2.1 “Abrir a mente”: aprender, conhecer, saber**

*“Me instruiu, me ajudando abrir a mente...”*

*“Eu trago muita coisa, vou aprendendo com eles [...] tirando lições pra minha vida...” E1-P4*

*“As pessoas não têm a mente aberta...” E6-P6*

*“Me ajudou porque eu tenho a minha mente aberta”. E6-P7*

O relato do conhecimento da doença em relação aos aspectos epidemiológico, virológico e infeccioso leva ao surgimento de um fenômeno conhecido como “abrir a mente”, ou seja, algo que até aquele momento não era compreendido passa a fazer parte do todo como uma constante em si. É como abrir uma caixa fechada e colocar um novo conteúdo dentro dela. É trazer para dentro de si todas as informações possíveis.

Esse novo conhecimento penetra de forma consciente e internalizada no pensamento e se agrega às partes do todo, tornando-se aceitável devido à compreensão fatídica que o envolve. Sendo o conhecimento um conjunto de todas as informações que descrevem o mundo, ele prediz, explica e esmiúça a realidade, facilitando seu metabolismo.

*“O grupo ajuda a gente a abrir a mente, explicar, a contar para outras pessoas...” E6-P7*

Abrir a mente, conhecer mais sobre a doença denota certa conformidade causada pela aproximação com a realidade descrita pela ciência e pelo conhecimento de seus verdadeiros limites, descartando os mitos criados por um contato discriminatório autoimposto pela sociedade. O portador reconhece que foi modificado pelo conhecimento e pelo crescimento ocorrido em seu “ser”, e passa a reproduzir esse conhecimento nas atitudes do dia a dia<sup>48</sup>.

#### **4.3.2.2 O simbolismo do sangue: “O que tem no seu sangue tem no meu...”**

*“O que tem no sangue dele tem no meu.” E5-P4*

Esta fala foi reproduzida na análise por sua relevância em relação ao tema estudado. Ocorreram outras falas semelhantes, mas a representatividade desta frase mostrou-se mais útil ao nosso propósito e enriqueceu a discussão.

O sangue que corre nas veias de cada um de nós pode parecer algo comum ou corriqueiro, mas é um líquido essencial, extremamente precioso para a manutenção da vida. O simbolismo associado ao sangue possui um vínculo bastante estreito com o afeto e com a relação de irmandade, sendo usado com esse propósito em alguns rituais como forma de estabelecer contato.

O sangue que surge quando nos ferimos simboliza não apenas a parte emocional da alma humana. É também usado para firmar pactos entre os indivíduos. O sangue é empregado em inúmeras representações nas esferas psicológica, social e fisiológica<sup>49</sup>.

A partir de uma visão antropológica, é possível afirmar que os vínculos consanguíneos se estendem de pai para filho e entre irmãos, ou seja, pessoas que descendem do mesmo tronco ancestral possuem um vínculo natural ou consanguíneo por estarem ligadas pelo mesmo sangue<sup>49</sup>.

Para os portadores de HIV as ligações consanguíneas são ultrapassadas; as semelhanças atribuídas pelo sangue reforçam os vínculos de confiança e igualdade. Em um ambiente onde os problemas são repartidos e as diferenças eliminadas, o portador se sente protegido. O sentimento de pertencer a um lugar não decorre do fato de ser um portador de HIV, mas da busca de autoafirmação como condição de igualdade primordial, no sentido de condição humana inerente de vida, saúde e dinamismo. Cada portador vê a si mesmo refletido no outro, a partir de sua noção de igualdade, de modo que, no íntimo, ele se torna visível ao outro, ocorrendo trocas simbólicas entre ambos<sup>50</sup>.

*“Quando eu tenho um problema o grupo todo tem, a gente tenta solucionar tudo junto.” E5-P5*

Estas trocas se evidenciam quando, no discurso, a experiência de vida de cada um é assimilada, absorvida, tomada e incorporada pelo outro. A responsabilidade

parcial pela resolução da problemática é assumida pelo outro, dentro de um complexo de igualdade de difícil aferição, simplificado ou possibilitado por esta equidade.

### **4.3.3 Categoria 3 – Liberdade de expressão entre iguais**

#### **4.3.3.1 A necessidade de diálogo: “Ninguém sabe...”**

*“O grupo é fechado, ninguém vai sair aí falando para os outros lá fora que eu tenho ou que eu deixo de ter.” E5-P4*

*“Aqui sim eu posso me abrir...” E7-P4*

Para os portadores de HIV, a condição sorológica é uma espécie de segredo inviolável, que os mantém prisioneiros de um mundo interior, cercado e fechado pelos muros do preconceito. Esse muro pode cair sobre eles a qualquer momento, deixando-os vulneráveis e abertos à estigmatização atribuída pela sociedade. Deste modo, a convivência grupal acaba se tornando uma espécie de proteção.

Nas falas seguintes, observamos que o fator representativo do estigma está ligado à sociedade em geral, e não aos pequenos grupos sociais constituídos pelas pessoas mais próximas, familiares e amigos.

*“Eu não comento com ninguém, eu faço o possível para não descobrirem [...] porque eu acho que existe muito preconceito ainda.” E7-P4*

*“Aqui eu converso o que eu não converso na rua...” E4-P5*

O portador partilha seu segredo apenas com as pessoas escolhidas por ele e merecedoras de sua confiança. São pessoas com as quais ele se identifica de alguma forma, seja pelo estilo de vida, seja pela condição social. Essas pessoas nem sempre estão ligadas a ele por vínculos familiares ou de amizade. Goffman<sup>43</sup> descreve-as como:

... um conjunto de indivíduos dos quais o estigmatizado pode esperar algum apoio: aqueles que compartilham seu estigma e, em virtude disto, são definidos e se definem como seus iguais.

Essas pessoas são vistas como “normais” ou “iguais”, mas por alguma razão conquistaram a simpatia do estigmatizado, levando-o a partilhar com elas seu segredo e a se sentir aceito como portador de HIV.

Há outras pessoas que, apesar de não participarem do círculo de amigos mais chegados, também partilham desse segredo. Essas pessoas fazem parte do grupo dos “informados”.<sup>43</sup> Diante delas o portador não precisa ficar envergonhado nem manter as aparências, pois sabe que elas o consideram uma pessoa comum. As informações recebidas por essas pessoas são obtidas por meio de suas atividades profissionais. Esse grupo inclui os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiras, terapeutas, assistentes sociais e outros, pessoas com as quais o portador mantém fortes vínculos. Às vezes, esses vínculos se tornam tão densos que chegam a ultrapassar as barreiras institucionais<sup>43</sup>. Isso explica por que a empatia com os profissionais de saúde é tão marcante e evidente.

*“Converso com meu marido, mas é difícil às vezes conversar porque ele não tem [HIV], então é difícil.” E4-P5*

*“Aqui eu comecei a conversar porque eu ficava calada, eu não falava pra ninguém [...] eu guardei durante um ano só pra mim, um ano! Só pra mim, sabe?” E4-P4*

*“Meu problema ninguém sabe.” E7-P4*

O portador geralmente teme ser “descoberto” e ter seu segredo revelado. Alguns evitam tocar no assunto, mesmo quando sua condição sorológica é conhecida pelos que o cercam, acreditando que ao deixar de falar sobre a doença, ela não mais

seria vista como uma ameaça real. Porém, essa é uma atitude ilusória, que pode causar ainda mais angústia.

Os entrevistados demonstraram ter grande necessidade de expressar suas angústias por guardarem esse segredo até de sua própria consciência. Falar sobre sua condição sorológica fez com que eles alcançassem um nível terapêutico caracterizado como uma sensação de bem-estar.

Todos os participantes da pesquisa concordaram que o grupo é o local ideal para tratar de assuntos relacionados ao HIV. Eles atribuem isso à certeza de que estão em um local protegido, ao lado de seus iguais<sup>15,43</sup>.

#### 4.3.3.2 A segurança alcançada no *setting* grupal

*“No grupo é liberado, o grupo tem o que eu tenho.” E5-P4*

*“Aqui sim eu posso me abrir!” E7-P4*

*“Aqui eu sei que todas tem [Aids], me sinto segura.” E4-P4*

Dispor de um lugar seguro para poder falar, dialogar e contar histórias, sem ter que se sujeitar aos limites impostos pela sociedade, com seus conceitos éticos e morais, junto a um grupo de pessoas também estigmatizadas, conforta e reanima os participantes do grupo.

O vínculo criado pelo diagnóstico comum reforça a noção de *habitat* natural. A confiança nos membros do grupo e a segurança são características marcantes do grupo. A noção de segurança pode ser comparada aos conceitos relacionados com confiança, já que ambos expressam a ideia de proteção contra riscos, perigos e perdas<sup>15</sup>.

*“Aqui eu me acho aberta para conversar como se eu fosse uma psicóloga, como se fosse uma assistente social, ou o ginecologista que a gente pode falar...” E5-P4*

Para o portador de HIV, o grupo é um lugar onde ele pode se expressar livremente, mesmo sobre assuntos que pouco conhece. É onde ele se sente seguro para poder se expressar sem inibições e sem medo de errar, afirmando sua confiança nos participantes do grupo.

A percepção que ele tem de si mesmo se transforma e passa a adquirir uma posição equiparada a de um profissional, devido à visibilidade deste perante o grupo e à confiança em seus conhecimentos, o que demonstra novamente uma percepção grupal sem grau de hierarquia frente ao profissional de saúde dentro do grupo.

#### **4.3.4 Categoria 4 – A catarse grupal**

Os entrevistados relataram vários benefícios obtidos com a participação nos grupos. Mudanças significativas foram mencionadas e percebidas durante a análise.

A percepção do entrevistado como pessoa e como participante de um grupo social torna-se mais evidente à medida que ele compreende que o fato de ser portador de HIV não o exclui do convívio social.

O apoio do grupo é fundamental para a aceitação de si mesmo como portador e ao mesmo tempo participante de um grupo social.

##### **4.3.4.1 Mudanças comportamentais relatadas após a vivência grupal**

Durante as reuniões do grupo, os sujeitos se apropriavam dos relatos pessoais de outros membros do grupo sobre suas experiências de vida, reproduzindo a experiência alheia em seu cotidiano e reformulando-a como parte do seu aprendizado sobre como lidar com situações relacionadas à doença e tudo que diz respeito a ela. Em outras palavras, o sujeito assimilava essas experiências e as utilizava repetidas vezes como meio de reproduzir conhecimento. É como lidar com algo novo, ainda desconhecido, que toda a sua experiência de vida não foi suficiente para responder, após o seu acometimento pelo HIV.

É possível perceber algumas mudanças durante a fala que não podem ser explicadas apenas pela formulação do pensamento consciente. Trata-se de uma mudança de todo o comportamento e colocação corporal, abrangendo a percepção do ser em si, construída por várias reformulações internas, levando ao rompimento do “eu”:

*“Eu me sentia uma menina, gostava de tudo, tinha vaidade, usava roupa curta, pensava em viver, viajar, trabalhar muito, depois que eu descobri eu morri, eu estou assim um isopor, então é horrível sentir essa sensação que você não é mais aquela pessoa...” E2-P1*

Durante a fala, essa separação entre seres distintos é eloqüente. De um lado, uma pessoa saudável, nascida em um berço familiar, liberta de males, longe dos males carnis e mundanos, porém soronegativa. De outro, um ser soropositivo, merecedor dos castigos divinos e malignidades devido à sua condição de soropositivo.

#### **4.3.4.2 Adesão terapêutica**

O conceito de "adesão à terapêutica" conta com uma vasta literatura, voltada principalmente à adesão ao tratamento de algumas enfermidades específicas. Compreende a utilização de, no mínimo, 80% dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos, observando-se horários, doses e duração do tratamento<sup>51</sup>.

Uma definição mais ampla e abrangente assinala que a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas. Trata-se de uma negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, em que são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada uma das partes. Mais do que a simples ingestão de medicamentos, a adesão terapêutica inclui o restabelecimento do paciente, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial e a adequação aos hábitos e necessidades individuais e compartilhadas<sup>51</sup>.

Esses conceitos permitem concluir que a adesão terapêutica é mais um processo introspectivo do que uma ação de saúde. A participação em um grupo faz

parte de processo de adesão terapêutica, mas torna-se um veículo que conduz o portador de forma diretamente proporcional à adesão.

Observou-se que quando um paciente reluta em aceitar a medicação, os participantes do grupo são remetidos à doença propriamente dita. A cada comprimido administrado a negação é marcante ao processo de adesão.

Ao aderir ao tratamento, o portador está afirmando, mesmo que inconscientemente, sua condição sorológica. Aceitar o fato de ser portador de uma doença crônica significa reconhecer a condição de doente, o que é passível de aceitação. Porém, o uso contínuo de antirretrovirais torna-o portador de HIV. E há uma grande diferença entre ser um doente crônico e ser um portador de HIV.

*“Eu não me via assim, eu me via portadora, mas não me via tomando o remédio, não admitia tomar o remédio.” E5-P4*

No decorrer dos encontros, o paciente passa a dissociar o uso de medicação à sua condição sorológica, aceitando-a como condição necessária para manter-se vivo. A adesão ao tratamento está diretamente ligada à aceitação da positividade, e é obtida através da convivência com os participantes do grupo.

*“Hoje eu tomo o remédio e aceito por causa do grupo.” E5-P4*

*“Aprendi como tomar os remédios, como conviver com o esposo, como não perder as consultas, não perder o horário dos remédios, tudo ficou mais fácil...” E3-P4*

Podemos observar, pela frase transcrita acima, que a convivência com o grupo faz com que o processo de aceitação do tratamento medicamentoso comece a se firmar entre os sujeitos estudados. Torna-se perceptível para o próprio indivíduo que este processo de transformação é obtido pela troca de informações e pelas vivências de outros participantes que já estabeleceram sua adesão. Estas experiências são, reconhecidamente, o principal fator para levar a uma mudança de comportamento frente à utilização do medicamento.

A troca de informações entre os participantes do grupo, tanto de suas experiências pessoais como aquelas prestadas pelos profissionais envolvidos na dinâmica grupal, denota um estágio diferenciado do anterior. No início, o uso de antirretrovirais os remetia à doença, agora eles passaram a ser o caminho para a manutenção da vida e parte inseparável do seu cotidiano, completando o conceito de adesão medicamentosa.

#### **4.3.4.3 Convívio social e familiar**

*“Eu comecei a se soltar mais, a brincar mais [...] com meus filhos, com meu marido, daí comecei a me soltar...” E4-P4*

*“Agora não normal, tenho um relacionamento normal com meu esposo como qualquer outra pessoa, como uma pessoa normal.” E4-P1*

O convívio familiar tem grande importância na vida das pessoas. São os vínculos familiares que estabelecem o primeiro espaço de convivência do ser humano e servem como referência fundamental para a incorporação de valores éticos. É no convívio familiar que as pessoas vivenciam situações de afetividade e constroem suas representações, juízos e expectativas.

A convivência entre os cônjuges adquire um sentido especial em alguns casos, à medida que o casamento serve como instrumento de construção, com a função social de criar uma determinada ordem, capaz de dar novo sentido à vida<sup>52</sup>.

O registro das falas dos entrevistados demonstra que o diagnóstico de HIV altera o conceito de como se colocar diante do próximo, levando o portador a procurar se adaptar à sua nova condição ou a buscar se recolocar junto à família, já que sua posição agora é diferente daquela que ocupava antes do diagnóstico de HIV. Tal consideração pode estar ligada à culpa que assume para si diante de sua visão discriminatória. As relações familiares são abaladas e reestruturadas em um processo

contínuo até a sua aceitação, revelando no decorrer deste processo, novos ressignificados<sup>53</sup>.

A sexualidade é uma das formas de se obter e expressar prazer ou satisfação. Na visão biológica, é uma maneira de manter a continuidade da espécie através do processo reprodutivo. Seja como for, a sexualidade faz parte da vida de qualquer indivíduo, soropositivo ou não.

Todos estes conceitos fazem parte da formação moral de cada pessoa. No caso do portador de HIV esses conceitos podem ser rompidos por causa do medo da contaminação, principalmente no caso de sorodiscordantes (quando apenas um dos parceiros é soropositivo). No início, pode ocorrer um distanciamento entre os cônjuges, seguido por um período de maior proximidade, ligado à cumplicidade em partilharem de um “mundo secreto”. Com isso, pode ocorrer um estreitamento dos vínculos conjugais com o fortalecimento dos laços matrimoniais, contribuindo para solidificar ainda mais o casamento. Ao participar do grupo, o portador descobre que o ato sexual propriamente dito ainda pode ser prazeroso e seguro. Atualmente há vários meios de se evitar a concepção e impedir que os futuros filhos sejam contaminados pelo HIV.

*“Mudou tudo! Mudou tudo, me ensinou como conviver com a sociedade e a voltar para a sociedade...” E5-P7*

*“Você vê como as outras pessoas reagem sobre a sociedade...” E5-P7*

O isolamento social surge nas falas como consequência do rompimento de vínculos. A doença leva a pessoa a se afastar da família e do convívio social<sup>54</sup> Mesmo que o portador não apresente sintomas da doença, o fato de ser soropositivo parece visível, levando-o a se afastar do convívio familiar e social, evitando assim o julgamento e a condenação moral, já que esta é uma doença estigmatizante, que cristaliza no imaginário social simbolizações acerca da transmissão do HIV<sup>55</sup>.

A sensação de inércia que surge logo após o diagnóstico vai desaparecendo com o decorrer do tempo por meio da participação no grupo. As angústias e incertezas existenciais iniciam um processo de amadurecimento, atenuando todo o seu potencial

estigmatizante. A pessoa passa a se sentir livre; suas estruturas e mecanismos internos estão preparados para enfrentar todo o contingente discriminatório ligado ao HIV e outros enfrentamentos ao tentar se recolocar socialmente. As trocas de experiências que ocorrem no ambiente grupal fortalecem e fundamentam esta condição, e permitem o retorno às atividades normais e ao convívio familiar sem as resignações existentes no início do diagnóstico. Ao sentir-se mais preparado, o portador estabelece novos rumos e arranjos para sua recolocação social.

Como os portadores que participam do grupo se encontram em fase de aceitação individualizada, as experiências referentes a enfrentamentos sociais são diferenciadas, favorecendo a troca de experiências enriquecedoras que posteriormente irão propiciar a reprodução destes enfrentamentos nas mais diversas situações durante o convívio social.

## 5. Conclusão

Observamos durante este trabalho que os pacientes envolvidos em atividades grupais atribuem significados e representações semelhantes, em comparação aos estudos realizados com pacientes não envolvidos em atividades grupais. Estes ainda estão sujeitos a atitudes preconceituosas advindas da sociedade e sofrem por não aceitarem o diagnóstico de HIV e pela imagem como portador. O significado de ser portador de HIV se mantém idealizado. Apesar do avanço médico ocorrido nas últimas décadas a doença ainda é considerada fulminante. O diferencial desta população é marcado pelas ressignificações ocorridas durante o processo de aceitação da doença, condição sorológica e enfrentamentos pessoais alcançados durante o tempo de sua participação no grupo.

Estes mencionaram ter recebido mais apoio para sua posição como membro familiar e de desfrutarem de uma relação interpessoal mais próxima com seus familiares, como filhos, cônjuge, mãe e netos. Foi constatada a ocorrência de processos de reabilitação, recolocação social, enfrentamentos e mudanças de atitude em determinadas situações onde foi necessário que a pessoa se colocasse como portadora de HIV.

Estes portadores assumiram e se tornaram responsáveis pelo seu tratamento e pela sua saúde, aderindo de forma plena ao tratamento proposto pela equipe de saúde.

A experiência de vivenciar tais mudanças de comportamento em um grupo, cuja atividade não demanda grandes recursos financeiros ou físicos, mas dedicação, demonstrou que a atividade grupal pode ser realizada por qualquer profissional da saúde que seja habilitado para exercer essa função, independente de sua formação ser voltada para as áreas de saúde mental ou psiquiatria, pois o efeito terapêutico desta atividade se dá pelo convívio entre os iguais e pelo suporte realizado pelos próprios membros do grupo. Os profissionais envolvidos são secundários, mas de grande importância, pois tanto a idealização como a função mantenedora do grupo principalmente na fase inicial, é devida a eles.

Entendemos também que o conhecimento na área de saúde mental oferece melhor suporte, no caso de surgirem conflitos durante as discussões levantadas pelos membros do grupo. O profissional capacitado e habituado a vivências grupais certamente é capaz de acolher tal demanda.

## 6. Considerações Finais

Os significados de ser portador de HIV compreendem uma extensa gama de sentimentos e representações, agravados pelo potencial estigmatizante e discriminatório da doença.

Diante do que foi exposto nesse trabalho, sugerimos aos profissionais de saúde que ousem criar novos grupos, junto aos já existentes, para que pessoas portadoras do HIV pertencentes a diferentes categorias profissionais e vindas de diferentes lugares possam ser alcançadas, onde quer que estejam. E que paralelo a esses grupos, surjam outras modalidades grupais, dispostas a oferecer suporte terapêutico e social de forma interdisciplinar, que permitam ao portador obter verdadeiros ganhos em qualidade de vida e volte a ser uma pessoa socialmente ativa.

Além do que foi proposto acima, apresentamos a seguir alguns pontos levantados pelos portadores, durante as entrevistas, que devem ser levados em consideração e servir de motivação para que o grupo se mantenha. São estes os verdadeiros pontos de interesse, que acrescentam novos conhecimentos e estimulam os portadores a mudar de comportamento e a buscar se reintegrar à sociedade. São eles:

- Informações técnicas (mecanismo de ação dos medicamentos, fisiopatologia da doença, necessidade do controle de CD4, carga viral e modos de transmissão), transmitidas por profissionais de áreas específicas, relacionadas ao HIV (ginecologistas, infectologistas, enfermeiros, dentistas).
- Informações jurídicas e de cidadania relacionadas ao HIV.
- Distribuição de material informativo nos grupos (em sua maioria folhetos informativos ilustrados e de fácil compreensão).
- Manter o grupo atualizado sobre o surgimento de novas pesquisas sobre o HIV, incluindo as pesquisas sobre novos medicamentos, vacinas, e métodos favoráveis à concepção.

- Ações de promoção social visando à reabilitação social (contato com portadores de outros grupos, ativistas, participação em eventos vinculados ou não ao HIV).

## 7. Referências bibliográficas

1. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc. sci. med. 2003: (57) 13-15.
2. INFO AIDS PROFISSIONAL. BMS. Ano III. Nº 13, p.3.
3. Dantas, CC. Atualização de enfermagem na epidemia de HIV/Aids. In: Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Difusão de Enfermagem, 2008.
4. Aligieri P. Entendendo a AIDS. São Paulo: 2005; 32(50)1-6. Nº1.
5. Aoki, F H. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: epidemia e evolução do tratamento. In: Colombrini MRC, Figueiredo RM, Paiva CP. Leito Dia em Aids. São Paulo: Atheneu, 2001.
6. Daniel H, Parker R, (org). AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.
7. Brasil. Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. [online] 2007 [acesso em 28 mar 2009];(13)2. Disponível em:  
<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS232EC481PTBRIE.htm>
8. Pádua IM. SIDA, Doença estigmatizante: uma leitura antropológica do problema. An. Fac. Med. Univ. Fed. Minas Gerais. 1986; 35(1):22-7.
9. Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. Nº1.

10. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
11. Zimerman DE. A importância de grupos na saúde: cultura e diversidade. Vínculo. [online] 2007 [acesso em 5 jan 2009] ; (4)4:1-16. Disponível na World Wide Web: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1806-2490.
12. Zampiere AMF. Sociodrama construtivista da AIDS: método de construção grupal na educação preventiva da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. São Paulo: Psy, 1996.
13. Alonso ILK. O Processo educativo em saúde na dimensão grupal. Texto & Contexto, enferm.1999; 8(1): 203-21.
14. Simões FVN, Stipp, MAC. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2006 abr; 10 (1): 139-44.
15. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1982. 180p.
16. Saidon OI. Grupo operativo de Pichon-Rivière: guia terminológico para construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In: Barembly G. Grupos: teorias e técnicas. 2ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
17. Zimerman DE. Classificação geral dos grupos. In: Zimerman DE et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
18. Barros CASM. Grupos de Auto-ajuda. In: Zimerman DE et al. Como trabalhamos com Grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

19. Sampaio JR. A "Dinâmica de Grupos" de Bion e as Organizações de Trabalho. *Psicol. USP* [online] 2002 [acesso em 15 abr 2009] ;(13)2:227-91. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000200015&script=sci_abstract&tlng=pt)
20. Bion WR. *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
21. Zimerman DE. A Dinâmica de grupos. In: Zimerman DE. *Bion: Da teoria à prática: uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
22. *Boletim Epidemiológico*. Governo do Estado de São Paulo. CVE. Nº1. Ano XXVI, dez. 2007.
23. Falagas M, Zarkadoulia EA, Pliatsika PA, Panos G. Socioeconomic status (SES) as a determinant of adherence to treatment in HIV infected patients: a systematic review of the literature. *Retrovirology*: [online] 2008 [acesso em 09 nov 2008]; (5)13:1-12. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2267456>
24. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
25. Minayo MC. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
26. Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. 2. ed., London: Sage Publication, 1995.
27. Bogdan R, Biklen S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.

28. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, 175p.
29. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 4.ed., São Paulo: Atlas, 2001, 288p.
30. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.
31. Turato, ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. Revista Portuguesa de Psicossomática 2000; 2(1):93-108.
32. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ 1995; 311(6996):42-51.
33. Kahn RL, Cannell CF. The dynamics of interviewing: theory, technique and cases. New York, London: John Wiley, 1961.
34. Luck E, Menga; André Marli; Eliza D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
35. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1992.
36. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. [online] 2008. [acesso em 11 out 2008]; 24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

37. Minayo MCS, (org). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
38. Rocha D, Deusdara B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximação e afastamento na (re)construção de uma trajetória. Alea. [online] 2008 [acesso em 05 out 2008]; 7(2):29-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-106X2005000200010&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-106X2005000200010&script=sci_arttext&lng=en)
39. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. Enferm, set. 2004;57(5):611-4.
40. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora 70,1977.
41. Brasil. Ministério da Saúde - Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
42. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.43.
43. Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Koogan, 1988.
44. Laplanche J. Vocabulário da psicanálise: Laplanche e Pontalis. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
45. Morgado, A; Lovisi G. AIDS: hipótese do excesso "aidético" sobre seus distúrbios emocionais. Cad. Saúde Pública [online]. 1991, vol.7, n.3, pp. 426-429. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1991000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1991000300012&script=sci_arttext)
46. Oliveira MK. Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. 2 ed. São Paulo: Scipione, 1995.

47. Ministério da Saúde. Aids - leia antes de escrever. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e Aids. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/leia.htm>.
48. Heller A. O cotidiano e a história. São Paulo: Paz e Terra, 1970.
49. Balandier G. A desordem: elogio do movimento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
50. Lopes CHAF , Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2005, vol.39, n.1 Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/52.pdf>
51. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.3. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci_arttext&lng=pt)
52. Feres-Carneiro T. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 1998, vol.11, n.2. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721998000200014&lng=pt&nrm=iso&tl](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000200014&lng=pt&nrm=iso&tl)
53. Andrade LS, Nóbrega-Therrien SM. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/aids. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(2):121-126. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista17-2-2005/6-a%20sexualidade%20masculina.pdf>
54. Reis, RK ; Gir, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a06.pdf>

55. Pereira MID , Chaves, EC. Ser mãe e estar com AIDS: revivescimento do pecado original. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 1999, vol.33, n.4. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/476.pdf>

**Universidade Estadual de Campinas- Faculdade de Ciências Médicas**

**Departamento de Enfermagem**

**Termo de consentimento livre Esclarecido**

**Titulo da pesquisa:** A atividade grupal no atendimento ambulatorial para portadores de HIV/Aids

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que compreendo que o propósito desta pesquisa é procurar compreender como as pessoas vivenciam certos problemas em suas vidas, em questão a sentimentos e significados relativos a sua doença. Para isso é necessário ser feito entrevistas, que são perguntas sobre as questões que envolvem minha doença e como me comporto frente a ela.

Sei que toda a entrevista será gravada através de um aparelho que apenas gravará minha voz. Estas entrevistas podem durar de 40 minutos á duas horas, ao término de todas as entrevistas, estas informações serão passadas para o papel.

Minhas informações gravadas não serão divulgadas para qualquer pessoa que não esteja envolvida neste trabalho, meu nome não será usado apenas o codinome que escolhi, em um relatório final, ao termino de toda a pesquisa, onde estes dados estarão disponíveis para quem quiser ter acesso, inclusive em apresentações, encontros científicos, revistas de saúde ou livros.

Estou ciente que ao término da pesquisa um técnico poderá fazer a transcrição de minhas falas para um texto em computados e que alguns pesquisadores poderão conhecer o conteúdo deste para discussão do trabalho, mas apenas conhecerão meu codinome, pois meu nome não estará associado.

Estou ciente que esta pesquisa poderá não trazer benefícios diretos a mim, mas poderá trazer benefícios a outras pessoas com problemas iguais aos meus. Estou ciente que esta pesquisa não acarretara riscos para minha saúde.

Estou ciente que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões abordadas na entrevista, bem como retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo em meu atendimento. Sou livre também para recusar participar deste.

Por fim terei o direito de questionar quando eu desejar o pesquisador e todas minhas duvidas deverão ser respondidas.

Assim sendo este termo, em duas vias, é para certificar que eu concordei em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste dou permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas nas condições referidas neste termo.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências médicas da Unicamp, na Cidade de Campinas, em abril de 2009.

Pesquisador:

---

Entrevistado:

---

Testemunha:

---

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

Entrevista Nº \_\_\_\_\_

**Pesquisador:** Jennifer Bazilio Bassora, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem

**Fone:** 3521-9087

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências médicas da Unicamp

**Fone:** 3521-8936

## Apêndice 2 – Identificação do Entrevistado

---

**Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas**  
**Departamento de Enfermagem**

**A atividade grupal no atendimento ambulatorial para portadores de HIV/Aids**

**Pesquisador:** Jennifer Bazilio Bassora – Enfermeira - Mestranda em Enfermagem

### 1. Identificação

Entrevista nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ ASS: \_\_\_\_\_

### 2. Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tempo no grupo: \_\_\_\_\_

Codinome: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Idade: \_\_\_\_\_

### 3. Entrevista – Roteiro de entrevista

- 1) Qual o sentido de ser portador do HIV para você?
- 2) Como foi para você descobrir seu diagnóstico de HIV/aids?
- 3) Como foi para você participar de um grupo com outros portadores?
- 4) O que significou este grupo no momento que estava vivendo?
- 5) O que o leva a continuar a participar deste grupo hoje?
- 6) O que você percebe, em relação a forma que as pessoas e a sociedade encaram o HIV/AIDS e seus portadores?
- 7) Em relação a sua participação neste grupo, como você a classificaria no tocante a sua relação como as pessoas com os quais convive na comunidade/sociedade.
- 8) Relate alguma situação vivenciada por você ou por alguma pessoa conhecida sua, que você consideraria estigmatizante (ou preconceituosa) ou em outro extremo acolhedora, em relação ao convívio com as pessoas de sua família ou comunidade.



CEP, 07/05/09.  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 094/2009 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0069.0.146.000-09

## I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** “ATIVIDADE GRUPAL NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA PORTADORES DE HIV/AIDS: UM ESTUDO CLINICO-QUALITATIVO”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Jennifer Bazílio Bassora.

**INSTITUIÇÃO:** Hospital das Clínicas/UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 11/02/2009

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 07/05/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

## II - OBJETIVOS

Estudar o significado na utilização de grupos no contexto ambulatorial, sob a ótica do portador de HIV/AIDS.

## III - SUMÁRIO

Pesquisa com a finalidade de mestrado. Trata-se de estudo descritivo e qualitativo a ser desenvolvido em Ambulatório de DST/Aids em determinado hospital de grande porte do município de Campinas-SP, de caráter público e universitário. A população do estudo será constituída pelos pacientes do Ambulatório de DST/Aids envolvidos no processo de grupo. A amostra será definida por intencionalidade. Será realizada entrevista semidirigida.

## IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.



## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VI I- DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de fevereiro de 2009.

*Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo*  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM/UNICAMP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
**SERVIÇO SOCIAL**

Cidade Universitária "Zeferino Vaz", S/Nº - Caixa Postal 6142 -  
13083-970 - Campinas - SP  
☎ (19) 3521-8015 - (019) 3521-7460  
e-mail: [vcst@hc.unicamp.br](mailto:vcst@hc.unicamp.br)

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a aluna Jennifer Bazilio Bassora, está autorizada a participar das reuniões do Grupo de Adesão de Pacientes do Ambulatório de MI / HC organizada pelo Serviço Social - DST para realizar pesquisa com os pacientes , em função de sua tese de Mestrado - A atividade grupal no atendimento ambulatorial para portadores de HIV/AIDS .

Campinas, 29 de abril de 2009-04-29

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Rita Fraga".

SERVIÇO SOCIAL – HC / UNICAMP

**Maria Rita Fraga**  
Diretora Técnica  
Serviço Social HC Unicamp  
CRESS 18661 - 9ª Região

[RGE] Agradecimento pela Submissão

Quinta-feira, 19 de Agosto de 2010 3:56

De:

"Comissão de Editoração" <comissao.rge@gmail.com>

[Adicionar remetente à lista de contatos](#)

Para:

"Jennifer Bazílio" <jenniferbazilio@yahoo.com.br>

Jennifer Bazílio,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "ASPECTOS SIMBÓLICOS ENVOLVIDOS EM ATIVIDADE GRUPAL PARA PESSOAS QUE CONVIVEM COM HIV." para Revista Gaúcha de Enfermagem. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/autor/submission/15688>

Login: jennifer

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Comissão de Editoração  
Revista Gaúcha de Enfermagem

---

Revista Gaúcha de Enfermagem

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem>

## **ASPECTOS SIMBÓLICOS ENVOLVIDOS EM ATIVIDADE GRUPAL PARA PESSOAS QUE CONVIVEM COM HIV.**

**RESUMO:** Trata-se de um trabalho qualitativo, descritivo, que se utilizou do método clínico-qualitativo. A amostra do estudo foi composta por 9 pacientes que vivem com HIV. Utilizamos a técnica de entrevista para coleta de dados, com roteiro de perguntas semi-estruturadas. Os dados foram analisados, segundo o método de análise de conteúdo. Sendo este avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Teve como objetivo verificar as representações simbólicas emergentes durante a atividade de grupo, atribuídas por pacientes portadores de HIV/Aids. Concluindo assim que o simbólico ainda é muito forte e representativo na vida desta população. O mito que cerca o HIV pode ser rompido pelo conhecimento adquirido durante os encontros grupais. Alternativas em saúde que ofereçam atenção dirigida a populações com tendência a isolamento e exclusão social devem ser incentivadas por parte de profissionais da saúde seus dirigentes.

**Descritores:** HIV. Simbolismo. Pesquisa qualitativa.

***ABSTRACT:** One is about a qualitative, descriptive work, that it was used of the clinical-qualitative method. The sample of the study was composed for 9 patients who live with HIV. We use the technique of interview for collection of data, with script of structured interview. The data had been analyzed, according to method of content analysis. Being this evaluated and approved by the Committee of Ethics and Research of the College of Medical Sciences of the Unicamp. It had as objective to verify the emergent symbolic representations during the activity of group, attributed for carrying patients of HIV/Aids. Concluding as soon as the symbolic one still he is very strong and representative in the life of this population. The myth that surrounds the HIV can*

*be breached by the knowledge acquired during the group meeting. Alternatives in health that offer to directed attention the populations with trend the isolation and social exclusion must be stimulated on the part of professionals of the health its controllers.*

**Descriptors:** *HIV. Symbolism .Qualitative Research.*

**Title:** *Symbolic aspects involved in group activity for people living with HIV.*

**RESUMEN:** *Este es un estudio cualitativo, descriptivo, que utiliza el método clínico-cualitativo. La muestra del estudio consistió en 9 pacientes que viven con el VIH. Se utilizó la técnica de la entrevista para la recolección de datos, entrevista estructurada, semi-estructurada. Los datos se analizaron por el método de análisis de contenido. Este ser evaluados y aprobados por la Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp. Dirigido a la verificación de las representaciones simbólicas en las actividades de pandillas emergentes, asignado por los pacientes con VIH/SIDA. Por lo tanto la conclusión de que lo simbólico es aún muy fuerte y representativa en este grupo. El mito que rodea al VIH puede ser roto por los conocimientos adquiridos durante las reuniones del grupo. Otros tipos de cuidados de salud tendentes a dotar a las personas con una tendencia hacia el aislamiento y la exclusión social debe ser alentado por los dirigentes profesionales de la salud.*

**Descritores:** *VIH. Simbolismo. Investigación Cualitativa.*

**Título:** *Aspectos simbólicos que participan en actividades de grupo para personas que viven con el VIH.*

## **INTRODUÇÃO**

O surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em uma sociedade calcada em estereótipos culturais suscitou em seu âmago uma série de questionamentos morais e reorganização das condutas sexuais.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tornou-se uma doença que levava à deformação física e associava-se a grupos considerados discriminados e marginalizados, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e as prostitutas. Essa forma de representá-la mobilizou sentimentos e preconceitos arraigados, evocando comportamentos e políticas discriminatórias<sup>(1)</sup>.

O portador de HIV vivência um conjunto de anseios e sentimentos como medo, morte e culpa, além de todo o contexto discriminatório que carrega consigo pelo real convívio com a sociedade, que reforça os hábitos e as expectativas, que estão profundamente enraizados numa sociedade preconceituosa. O indivíduo portador fica fragilizado, permeado de sofrimento, pois experimenta situações de ameaça à sua integralidade física, emocional e social, tal situação exige respostas e a necessidade premente de criação de recursos econômicos, políticos, sociais e psicológicos que dê conta de uma problemática com tal magnitude<sup>(2,3,4)</sup>.

Os reflexos do HIV na sociedade incitaram novas formas em lidar com uma doença repleta de símbolos, significados, imagens imprecisas, capciosas e que estimulam atitudes descomedidas de pânico, negação e intolerância às pessoas atingidas por ela. Algumas ações de desmistificação da doença vão sendo implantadas, respostas vão surgindo, mitos vão sendo esclarecidos e novas tecnologias acabam por serem desenvolvidas e empregadas no tratamento da doença.

Embora estejamos na terceira década de epidemia da Aids, a descoberta do diagnóstico positivo para o HIV continua provocando reações semelhantes àsquelas do início da epidemia, onde seus portadores exprimem sentimentos de tristeza, medo e sensação de finitude. Surge o

receio de revelar esta nova condição à família, rede de relações e dos julgamentos aos quais será submetido. Estes passam a viver com a sua sentença de morte determinada o levando a questionamentos pessoais sobre sua existência e planos familiares<sup>(5,6)</sup>.

Ainda hoje, mitos são criados, fantasias fortalecidas, em um contexto social discriminatório e preconceituoso, que gera estigmas a esta população. Tais questões fazem com que estas pessoas se isolem socialmente, tornando seu caminho solitário, silencioso e sem acesso a informações que possibilitem o melhor entendimento da doença e mecanismos que ofereçam preparo frente a esta problemática<sup>(7)</sup>.

A pessoa que vive com HIV, e convive diretamente com o estigma assume considerações simbólicas para si, passando a ser este um dos grandes obstáculos que a impedem de revelar sua condição sorológica, pelo medo do abandono, do julgamento e de reações hostis ou negativas por parte dos outros, não tendo livre acesso aos serviços de saúde, e por conseguinte, melhorar a qualidade de suas vidas<sup>(4)</sup>.

A contaminação, o conviver com a soropositividade, é visto como ameaça a integridade física do ser humano causando operações mentais de memória, códigos, signos, símbolos abstratos e a formação de conceitos individualizados. Esta atividade resulta em uma resposta afetiva expressa pelo medo do desconhecido, um gerador de valores individuais e crenças da população, evidenciando os significados simbólicos da doença.

Este simbolismo é evidenciado em vários estudos dirigidos à população soropositiva<sup>(8,9)</sup>. Mesmo antes da linguagem verbal, o homem já dispunha de meios simbólicos de construção, interação e interpretação da realidade. A própria alteridade sempre foi, aos olhos do ser humano, a primeira representação, imagem-signo tomada como extensão de si, o sujeito está em si e está no outro em interação, construindo a realidade<sup>(10)</sup>.

Sendo o modelo social baseado nas interações contínuas entre os indivíduos, as relações simbólicas se sustentam em um processo aberto para reafirmações ou mudanças dentro da interpretação individual de cada ser, ou seja, o simbolismo somente é constituído através da relação direta de duas ou mais pessoas, fundamentando suas ações naquilo que o coletivo constitui<sup>(10)</sup>.

O simbolismo e as interações contínuas dos seres, também são observados em algumas atividades realizadas por profissionais da saúde. Um exemplo claro deste são as atividades grupais como ferramenta terapêutica. Grupo é um conjunto restrito de pessoas, que ligadas por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação de uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo para isso através de complexos mecanismos de adjunção e assunção de papéis, sendo a existência do homem possível devido as suas relações grupais<sup>(11,12,13)</sup>.

Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não respondem de forma plena às necessidades de saúde de pessoas vivendo com HIV na sociedade moderna, pois esta demanda vai além da divisão do ser humano em suas diversas dimensões, a qualidade de vida e a promoção da saúde, induzindo cada vez mais os profissionais a buscar novas alternativas de assistência que levem em consideração sua integralidade.

As atividades grupais podem ser utilizadas por profissionais da saúde para promoção na melhoria da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo necessário uma atenção especial aos conteúdos simbólicos que possam emergir nesta atividade.

O desenvolvimento de grupos na prática de enfermagem não constitui propriamente uma novidade. Vários profissionais desenvolvem seu trabalho em grupo tanto na assistência como em atividades junto à equipes profissionais e multiprofissionais, sendo esta prática muito utilizada na Saúde Pública e no âmbito hospitalar e ambulatorial<sup>(13)</sup>.

Observando a complexidade envolvida junto ao portador de HIV/Aids como membro social, trabalhos que ofereçam novas alternativas e constituam novos pensamentos, atuando assim diretamente nos avanços científicos são justificáveis. Este trabalho teve como objetivo verificar as representações simbólicas emergentes durante a atividade de grupo, atribuídas por pacientes portadores de HIV/Aids em seus encontros mensais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um trabalho qualitativo, descritivo, que se utilizou do método clínico-qualitativo na sua realização, tendo como local de coleta de dados o ambulatório de DST/Aids que funciona junto ao serviço social do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, na cidade de Campinas, tratando-se de um hospital de grande porte e caráter público universitário.

Para constituir a amostra do estudo, os sujeitos foram escolhidos por intencionalidade. A amostra intencional ou proposital é formada por escolha deliberada do sujeito que apresentam em sua experiência de vida ou de doença, capacidade de fornecer dados ricos e sustentáveis frente aos objetivos de pesquisa.

Foram inclusos pacientes que vivem com HIV em uso de antiretrovirais (ARV), de ambos os sexos, com maioria atingida, freqüentadores de um grupo realizado nesta instituição, com assiduidade mínima de cinco encontros nos grupos, totalizando 9 sujeitos. Na amostra houve predomínio de pessoas do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 51 anos de idade e homens de 49 á 62 anos de idade, e grau de escolaridade de formação fundamental, seguido de indivíduos que possuem ensino médio completo. Grande parte dos sujeitos estudados não tem profissão ou ocupação cuidando apenas dos afazeres domésticos. Quanto ao tempo de diagnóstico e não propriamente o tempo de contaminação com o vírus, este varia de 03 a 18 anos. O tempo de

permanência no grupo como membro, obedecendo nosso critério de inclusão, ocorre de 05 participações á 07 anos de permanência.

Utilizamos a técnica de entrevista para coleta de dados, com roteiro de perguntas semi-estruturadas que abordavam temas como a representação de ser soropositivo na sua vida e a experiência em participar de grupos voltados para sua condição. Os dados foram analisados, segundo o método de análise de conteúdo<sup>(14)</sup>, através de leituras flutuantes e codificação dos resultados para constituição das categorias temáticas.

Sendo este trabalho um recorte de uma dissertação de mestrado que envolve pesquisa com seres humanos, o projeto do mesmo foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(15)</sup>, sendo avaliado e aprovado sob o nº0069.0146.000-09.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **“Abrir a mente”: Aprender, conhecer, saber.**

*...Me instruiu, me ajudando abrir a mente... (E6-P7)*

*...eu trago muita coisa vou aprendendo com eles [...] tirando lições para sua vida...(E1-P4)*

*...as pessoas não tem a mente aberta... (E6-P6)*

*...Me ajudou porque eu tenho a minha mente aberta. (E6-P7)*

O relato do conhecimento da doença que as pessoas trazem consigo, levando-se em consideração seus aspectos epidemiológico, virológico ou infeccioso, mostraram uma dimensão de obscuridade que poder-se-ia ser iluminado por um fenômeno que foi nomeado como “abrir a mente”, ou seja, algo que não era compreendido, aquele que não se faz parte de um todo e passa a

ser uma constante em si. Uma caixa que antes fechada se abre para um novo conteúdo, se abre para todas as informações possíveis sobre um situação desconhecida ou de total dificuldade de se adentrar sem uma forma diferenciada de percebê-la.

O conhecimento que adentra de forma consciente e internalizada nos pensamentos e se agrega a partes de um todo, aquele que não estava lá, agora se insere e torna-se aceitável devido à compreensão fatídica que o envolve. Sendo o conhecimento um conjunto de todas as informações que descrevem o mundo, este prediz, explica a realidade, tornando-a esmiuçada, de fácil metabolização.

*...o grupo ajuda a gente a abrir a mente explicar, a contar para outras pessoas... (E6-P7)*

Abrir a mente, conhecer mais sobre sua doença denota certa conformidade causada por esta aproximação com a realidade descrita pela ciência, conhecendo assim seus verdadeiros limites, descartando os mitos criados através do contato discriminatório imposto por si e pelo social. O portador se reconhece modificado pelo conhecimento, por um crescimento em seu “ser”, onde reproduz este conhecimento em atitudes durante seu cotidiano<sup>(16)</sup>.

A função do grupo, enquanto componente que propicia o ato “abrir a mente”, esta ligado as informações prestadas por profissionais da saúde, e experiências vividas pelos próprios membros do grupo, onde este espaço proporciona trocas. Estas trocas somente são aceitas e aderidas pelos participantes devido aos laços fraternais criados por estes.

### **O simbolismo do sangue: “...o que tem no sangue dele, tem no meu...”**

*...o que tem no sangue dele tem no meu (E5-P4)*

Durante a análise, esta fala foi reproduzida devido a sua relevância ao tema estudado. Outras falas se assemelharam a ela, mas a sua representatividade foi de maior utilidade ao nosso propósito, enriquecendo a discussão.

O sangue que corre nas veias de todos nós pode parecer comum, mas trata-se de um líquido essencial, extremamente precioso para nossa vida e sua manutenção. Simbolicamente o sangue possui um vínculo bastante estreito com o afeto e a relação de irmandade, já usada em rituais para ligações com este fim.

Sangue, o mesmo sangue que surge ao nos ferirmos, símbolo da parte emocional da alma humana, simboliza também pactos entre os indivíduos, sendo as representações do sangue inúmeras em esferas psicológicas, sociais e fisiológicas<sup>(17)</sup>.

Em uma visão antropológica podemos afirmar que os vínculos consangüíneos se estendem de pai para filho e entre irmãos, ou seja, o vínculo natural ou consangüíneo, entre pessoas descendentes de um mesmo tronco ancestral, ligadas pelo mesmo sangue<sup>(17)</sup>.

Neste caso, as ligações consangüíneas são ultrapassadas, as semelhanças atribuídas pelo sangue reforçam os vínculos de confiança e igualdade. Onde os problemas são divididos e as diferenças são inexistentes no ambiente com esses iguais, o portador se sente protegido, pertencente a um lugar, longe de sua diferenciação em ser portador, uma busca de auto-afirmação como condição de igualdade primordial, no sentido da condição humana inerente de vida, saúde, dinamismo. Ele se reflete no outro, dentro de seu complexo de igualdade, onde seu mais íntimo, torna-se assim visível ao outro ocorrendo trocas simbólicas entre si<sup>(18)</sup>. Estas situações somente são possíveis por este indivíduo estar aderido, fazer parte deste grupo de iguais, onde os problemas são similares e as soluções são de ordem prática entre todos.

*...quando eu tenho um problema o grupo todo tem, a gente tenta solucionar tudo junto... (E5-P5)*

Estas trocas são evidentes durante o discurso e a experiência de vida de cada um é assimilada, absorvida, tomada e incorporada pelo outro, que assume responsabilidade parcial pela resolução da problemática, em um complexo de igualdade de difícil aferição, onde tudo é simplificado ou possível por esta equidade.

### **A necessidade do diálogo. “...Ninguém sabe...”**

*...o grupo é fechado ninguém vai sair ai falando para os outros lá fora que eu tenho o que eu deixo de ter... (E5-P4)*

*...aqui sim eu posso me abrir...( E7-P4)*

Os portadores se reportam a sua condição sorológica como um segredo inviolado, que os tornam prisioneiros de um mundo interior, cercado, fechado pelos muros do preconceito que podem recair sobre si, onde a convivência grupal de certa forma torna-se uma proteção.

A passagem por esta fortaleza que é constituída em sua volta os tornam vulneráveis e abertos a estigmatização atribuída pela sociedade. Nas falas seguintes podemos observar que o fator representativo do estigma se deve a sociedade de forma generalizada, não ligado a pequenos grupos sociais como a pessoas próximas, familiares e amigos.

*...eu não comento com ninguém eu faço o possível para não descobrirem...porque eu acho que existe muito preconceito ainda...( E7-P4)*

*...aqui eu converso o que eu não converso na rua... (E4-P5)*

Apenas algumas pessoas são merecedoras, escolhidas para partilhar este segredo, sendo este escolhido alguém que de certa forma é comum em seu modo de vida ou colocação social, não sendo sempre pessoas ligadas a vínculos familiares ou de amizade. Estes são definidos<sup>(19)</sup> como

um conjunto de indivíduos que o estigmatizado pode esperar apoio, são pessoas que compartilham seu estigma e em virtude disto são conhecidos e definidos como “seus iguais”.

Estas pessoas ditas como “iguais” são vistas como normais, mas cuja situação especial o levou a participar de forma íntima e secreta como portador, que fez com que o estigmatizado simpatizasse com ela, ocasionando certa aceitação.

Outra forma de definir pessoas menos intimamente ligadas, mas que partilham deste segredo são os "informados". São aqueles que conhecem o seu segredo, mas diante desta pessoa não precisa se envergonhar nem se auto-controlar, porque sabe que será considerado como uma pessoa comum. Um tipo de pessoa “informada” é aquele cuja informação vem de seu trabalho, e das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles, como enfermeiras, terapeutas, assistentes sociais. Assim a empatia com os profissionais de saúde é tão marcante e evidente, que o portador cria fortes vínculos com estes profissionais, vínculos tão densos que podem ultrapassar os muros institucionais<sup>(19)</sup>.

*...converso com meu marido mas é difícil as vezes conversar, por que ele não tem, então é difícil.  
(E4-P5)*

*...aqui eu comecei a conversar porque eu ficava calada, eu não falava pra ninguém, eu guardei um ano pra mim, um ano! Só pra mim sabe? (E4-P4)*

*...meu problema ninguém sabe (E7-P4)*

O portador demonstra medo real em ser “descoberto”, em seu segredo ser revelado, alguns passam parte de sua vida evitando tocar no assunto, mesmo quando sua condição sorológica é conhecida pelos que o cercam.

O portador se resguarda muitas vezes de sua própria consciência em aceitar-se, em se ver como soropositivo, passando muito tempo evitando a afirmação de sua condição pela audição

de sua voz ao fazer tal afirmação, passando a não ser real aquilo que somente ele sabe, como uma ilusão que não necessita de afirmações, sendo este o gerador de grande angústia.

Os entrevistados demonstraram grande necessidade de expressar suas angústias em serem portadores, em guardar este segredo, até de seu próprio consciente. Ao falar sobre sua condição sorológica alcançando um nível terapêutico caracterizado na fala com a referência de bem estar, de se sentir melhor.

De forma unânime os participantes da pesquisa dizem ser no grupo, o local eleito para falar de qualquer assunto relativo ao HIV ou não. Eles atribuem esta atitude a certeza de estarem em local protegido pela igualdade de sua classe<sup>(19-20)</sup>.

#### **A segurança alcançada no setting grupal.**

*...no grupo é liberado o grupo tem o que eu tenho (E5-P4)*

*...aqui sim eu posso me abrir... (E7-P4)*

*...aqui eu sei que todas tem [...] me sinto segura... (E4-P4)*

A segurança referida em poder falar, dialogar, contar sem medo, sem limites impostos pela sociedade, por meio de conceitos éticos e morais e a qualidade de estar em um meio, onde todos são pertencentes a uma mesma classe de estigmatizados, conforta os membros que dele participam.

O vínculo criado pelo diagnóstico, reforça noções de habitat natural. A afirmativa de confiança nos membros do grupo e a segurança como pessoa pertencente a ele é de muita força, pontual e marcante. A noção de segurança pode ser comparada a conceitos relacionados como confiança, pois ambos estão relacionados à percepção de proteção, ao estar protegido de riscos, perigos e perdas<sup>(20)</sup>.

*...aqui eu me acho aberta para conversar como se eu fosse uma psicóloga, como se fosse uma assistente social o ginecologista que a gente pode falar...( E5-P4)*

Sobre a ótica do portador este pertence a um lugar onde não há limites para sua expressão verbal ou colocação pessoal, mesmo sobre assuntos que este desconhece se expressa sem inibições, sem medo de errar e ao mesmo tempo afirmando a segurança que sente que outros membros do grupo atribuem a ele.

Sua percepção de si muda e passa a adquirir uma posição equiparada a um profissional, devido à visibilidade deste perante o grupo e a confiança em seus conhecimentos, o que demonstra novamente uma percepção grupal sem grau de hierarquia frente ao profissional de saúde dentro do grupo.

## **CONCLUSÕES**

Concluimos que as questões simbólicas permeiam de forma representativa a vida desta população. Parte de suas crenças é baseada em vivências de uma realidade passada e remota, na qual o conhecimento sobre a doença ainda era insipiente e fragmentado.

O simbólico encontrado nas vivências grupais é fundamentado pela representação coletiva de uma realidade diária e constante nesta população. O convívio permanente com o estigma e a discriminação advinda do social é o que torna presente estas formas de representação. Os mitos que cercam o HIV podem ser rompidos e esclarecidos para o portador através do conhecimento sobre a doença, adquirido durante os encontros grupais.

As representações não simbólicas em grupo são trabalhadas e resolvidas pelo processo de interação grupal, causando alívio às angústias provindas do silêncio e da solidão causada pelo contingente discriminatório experimentado.

Alternativas em saúde que ofereçam atenção dirigida às populações, com tendência a isolamento e exclusão social devem ser incentivadas por parte de profissionais da saúde e seus dirigentes, pois as atividades grupais, se tratam de uma modalidade de baixos custos e grandes benefícios.

## REFERÊNCIAS

- 1-Daniel H, Parker R, (org). AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu; 1991.
- 2-Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc. sci. med. 2003 (57):13-15.
- 3-Pádua IM. SIDA, Doença estigmatizante: uma leitura antropológica do problema. An. Fac. Med. Univ. Fed. Minas Gerais. 1986; 35(1):22-7
- 4- Almeida Maria Rita de Cassia Barreto de, Labronici Liliana Maria. The silent itinerary of people with HIV told through oral history. Ciênc. saúde coletiva. 2007 ;12(1): 263-274.
- 5- Maliska ICA, Padilha MI, Vieira M, Bastiani J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):85-91.
- 6- Moura EL, Kimura AF, Praça NS. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. Acta paul. Enferm. 2010;23(2):206-11.
- 7- Meneghin P. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. Rev. Esc. Enf. USP. 1996;30(3): 399-415.
- 8- Colosio R, Fernandes MIA, Bergamaschi DP, Scarcelli IR, Lopes IC, Hearst N. Prevenção de infecção pelo HIV por intermédio da utilização do grupo operativo entre homens que fazem sexo com homens, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(4):949-959.
- 9- Cechim Petronila Libana, Selli Lucilda. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 [cited 2010 Aug 17]; 60(2): 145-149. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200004&lng=en).
- 10- Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1969.
- 11- Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: ABIA; 2001. Nº1.

- 12- Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira, Bistafa MJ. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(2): 262-268
- 13-Zimmerman DE. A importância de grupos na saúde cultura e diversidade. Vínculo. [internet]. 2007 [citado em 5 jan 2010] ; (4)4:1-16. Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1806-2490.
- 14- Minayo MCS, (org). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde - Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- 16- Heller A. O cotidiano e a história. 9ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
- 17- Balandier G. A desordem: elogio do movimento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1997.
- 18- Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2005,[citado em 15 jun 2010] Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/52.pdf>
- 19-Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 1988.
- 20-Pichon-Rivière E. O processo grupal. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.