

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Avaliação e acompanhamento de um programa de orientação e
suporte psicossocial ao atendimento em atividades físicas para
portadores de HIV/Aids*

Alexandre Vinicius da Silva Pereira

*Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia.*

RIBEIRÃO PRETO – SP

2009

ALEXANDRE VINICIUS DA SILVA PEREIRA

*Avaliação e acompanhamento de um programa de orientação e
suporte psicossocial ao atendimento em atividades físicas para
portadores de HIV/Aids*

*Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Filosofia Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Ciências Área de concentração:
Psicologia.*

*Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio
de Castro Figueiredo*

RIBEIRÃO PRETO - SP

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Pereira, Alexandre Vinicius da Silva

Avaliação e acompanhamento de um programa de orientação e suporte psicossocial ao atendimento em atividades físicas para portadores de HIV/AIDS. Ribeirão Preto, 2009.

159 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Figueiredo, Marco Antonio de Castro.

1.HIV/Aids. 2.Humanização. 3.Equipes multidisciplinares.

AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E
SUPORTE PSICOSSOCIAL AO ATENDIMENTO EM ATIVIDADES FÍSICAS PARA
PORTADORES DE HIV/AIDS

ALEXANDRE VINICIUS DA SILVA PEREIRA

BANCA EXAMINADORA

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

Tese defendida e aprovada em ___/___/___

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha filha Luísa, nascida durante a realização dos trabalhos, que com um simples sorriso, me dava energia para continuar;

À minha esposa Josi, que me ajudou a suportar as dificuldades no caminho;

Ao meu pai, Acrísio pelo incentivo, e até insistência, para que eu fizesse o doutorado;

À minha mãe, Ilze, pelo apoio, troca de idéias e textos, pelas sugestões e revisão do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marco Antonio de castro Figueiredo pela oportunidade de desenvolver esse trabalho, pela orientação, pelo exemplo e sobretudo pela amizade;

Ao Mestre, professor Tadeu Paccagnella, idealizador e executor do projeto da academia e companheiro em toda essa jornada;

Aos profissionais que trabalharam na academia, por quem sempre terei um carinho especial e aprendi muitas coisas: Marília, Felipe, Gabriela, Fernando, Eduardo, Iara, Luzânia;

Ao Prof. Dr. Sérgio César da Fonseca pelas sugestões no exame de qualificação;

Ao Prof. Dr. Sinval Avelino dos Santos, pelo incentivo e consideração no exame de qualificação;

Ao grupo de pesquisa formado pelos orientandos do Prof. Marco Antonio, espaço para troca de informações e experiências;

À Márcia R. Silva, pela revisão da bibliografia e normas científicas;

Ao Grupo Humanitário de Incentivo a Vida (GHIV) e usuários da academia;

PEREIRA, Alexandre Vinicius da Silva. **Avaliação e acompanhamento de um programa de orientação e suporte psicossocial ao atendimento em atividades físicas para portadores de HIV/AIDS**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, 2009.

RESUMO

O trabalho voltado à saúde tem recebido uma atenção especial em dois enfoques: a humanização do atendimento e a formação de equipes multidisciplinares. A primeira propõe a valorização da dimensão psicossocial do atendimento, processo amplo, complexo, que passa pela quebra de protocolos, como a relação de autoridade entre profissional e paciente; a formação de equipes multidisciplinares encontra dificuldades inerentes ao caráter racional das ciências especializadas, que fragmenta o saber, perdendo a visão de totalidade. Promover a humanização e o trabalho multidisciplinar, foi a proposta de uma equipe atuando em uma academia de ginástica, criada para atender portadores de HIV/Aids. Formada por alunos e profissionais da Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, a equipe reunia-se para discutir aspectos técnicos e psicossociais referentes ao atendimento. O presente estudo teve como objetivo identificar elementos relacionados à apropriação do trabalho, produção de conhecimento derivado do atendimento prestado, e seus desdobramentos para a formação do profissional envolvido. Entrevistas individuais, realizadas junto aos participantes da equipe, permitiram a identificação de conteúdos referentes à avaliação do trabalho realizado, cujos significados foram, posteriormente, agrupados em categorias temáticas: a) *Integração*, cujos conteúdos se referiam à interação na equipe e desta com as pessoas atendidas; b) *Produção do Conhecimento*, envolvendo elementos para a construção do saber dentro da equipe, enquanto produto da apropriação da experiência informal ou acadêmica; c) *Avaliação*, enquanto crítica e autocrítica sobre o trabalho realizado, em função de metas não atingidas ou relacionadas ao trabalho multidisciplinar; d) *Perspectivas*, ou propensões para a continuidade das atividades, sejam no programa ou na carreira profissional. Tais categorias temáticas, enquanto elementos subsidiários à criação de um *background* para o atendimento humanizado em saúde, apontam para necessidades de mudanças importantes nos processos de formação em saúde, envolvendo formas de apropriação do trabalho no interior das equipes multidisciplinares.

Palavras Chave: 1.HIV/Aids. 2.Humanização. 3.Equipes multidisciplinares

ABSTRACT

The work directed to health has received special attention in two approaches: the humanization of health service and the formation of multidisciplinary teams. The first one is considered to add value to the *psychosocial* service, a wide and complex process which goes through protocol breaks, such as, the relation between professionals and patients; the formation of multidisciplinary teams finds difficulties inherent to the rational aspect of specialized sciences, that breaks up knowledge, losing the global vision. To promote the humanization and multidisciplinary approach was the proposal of a team working in a health club, established to take care of HIV/Aids patients. Created by students and professionals from Physical Education, Physiotherapy, Nutrition and Psychology, the team congregated itself to discuss technical and *psychosocial* aspects referring to the service.

The present study had as a purpose, to identify elements related to the appropriation of work, knowledge production derived from the service, and its developments to the formation of involved professionals. Individual interviews, carried through the team's participants, allowed the identification of contents referred to the evaluation of work covered, whose meanings were, later, grouped in thematic categories: a) Integration, whose contents related to the team's interaction and its interaction with the people taken care of; b) Knowledge production, involving elements to the construction of knowledge in the team, while a result of the appropriation of informal academic experience; c) Evaluation, while critical and self-critical on the carried work, either as a matter of unreached goals or not related to multidisciplinary work; d) Perspectives, or propensities for the continuity of the activities, either in the program or in the professional career. Such thematic categories, while subsidiary elements to the creation of a humanized service background in health, point to necessary and important changes in the process of health formation, involving forms of appropriation work inside the multidisciplinary teams.

Key Words: 1.HIV/Aids. 2. Humanization. 3. Multidisciplinary teams.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Categorias temáticas definidas a partir das entrevistas	63
Figura 2. Subcategorias dentro de “integração”	64
Figura 3. Subcategorias relacionadas à produção do conhecimento	73
Figura 4. Subcategorias relacionadas à avaliação	80
Figura 5. Subcategorias relacionadas às perspectivas dos participantes	84

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
2 INTRODUÇÃO	21
2.1 A desvitalização do atendimento em saúde	22
2.2 O processo de humanização da saúde.....	24
2.3 A Universidade e a formação profissional	28
2.4 A formação profissional em saúde	35
2.5 Epidemia de HIV/Aids: histórico	43
2.6 Atividade física e aids	45
2.7 Lipodistrofia e emaciação.....	47
2.8 O trabalho em equipes multidisciplinares no tratamento da aids	49
2.9 Núcleo de atividades físicas PAPsi/Ghiv	52
3 OBJETIVOS	55
3.1 Gerais.....	55
3.2 Específicos.....	55
4. MÉTODO	57
4.1 Referencial teórico-metodológico	57
4.2 Participantes	58
4.3 Procedimento	58
4.4 Análise de conteúdo e tratamento dos dados.....	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1 Integração	64
5.2 Produção do conhecimento.....	72
5.3 Avaliação do projeto.....	80
5.4 Perspectivas	84
6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	103
ANEXO.....	155

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As atividades que resultaram na elaboração desta tese são parte do projeto de pesquisa *“Orientação e suporte psicossocial ao cuidado doméstico de pessoas que vivem com o HIV/Aids. Um estudo com base na tríade paciente/profissional/familiar”* (FIGUEIREDO, 2004), subsidiado pelo CNPq (processo nº 308087-2006-2)

A equipe de pesquisadores buscou identificar, na tríade paciente-profissional-familiar, alguns processos de apropriação de elementos subsidiários ao enfrentamento ao HIV/aids e ao atendimento recebido/exercido. Uma visão mais detalhada do referido projeto poderá ser ensejada ao longo do trabalho, onde a relação com o portador do HIV/Aids permitiu a ampliação de uma rede de atuação, criando várias frentes de atendimento. Uma delas foi a academia de ginástica e condicionamento físico, criada exclusivamente para portadores de HIV/Aids, sob a supervisão de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de várias especialidades: Educação Física, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Medicina sendo que, esta última, se limitou ao início das atividades. Para compensar essa carência, era solicitado ao usuário da academia que trouxesse uma autorização do seu médico, liberando a prática de atividades físicas.

Nosso trabalho foi desenvolvido ao longo dos anos de 2005 e 2006, realizado a partir do acompanhamento e avaliação da equipe multidisciplinar responsável pelo projeto. Nomeado *“Programa de Orientação e Suporte Psicossocial ao Atendimento em Atividades Físicas para Portadores de HIV/Aids”*, o serviço foi implementado em Ribeirão Preto, SP, mantido por parcerias e participação voluntária dos profissionais envolvidos.

Dada sua inserção no Projeto original, este Programa viabilizou processos de interação ensino/pesquisa/extensão, contribuindo diretamente na construção conjunta de conhecimentos inerentes ao atendimento psicossocial a pessoas com HIV/Aids, sustentando uma formação voltada à participação ativa dos profissionais envolvidos. O tema proposto por esta pesquisa nos remete às constantes mudanças ocorridas no contexto do trabalho e à subjetividade inerente ao mundo da Saúde, em especial os processos de desvitalização do atendimento especializado. Está em sintonia com as transformações ocorridas nas últimas décadas, sejam relativas ao atendimento em saúde, sejam no âmbito da sociedade civil, destacando os processos de humanização, indicado pelo Ministério da Saúde como uma diretriz para os serviços públicos disponibilizados na área.

2 INTRODUÇÃO

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há uma acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil. Fábula de Higino (sec. I dC)

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver... O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade.

(BOFF, 1999, p.46).

O desenvolvimento das forças produtivas da sociedade tem como marca, a partir do século XIX, a ruptura entre concepção e execução do trabalho, cabendo ao trabalhador o papel de obedecer a regras pré-definidas, com tarefas simples, divididas e repetitivas. (BRAVERMAN, 1987). Com isso, é retirado do trabalhador o caráter conceptual do trabalho, que segundo Gorz (1974) faz com que se perca a visão da totalidade. A consequência é a perda da identidade no trabalho, onde a fragmentação do objeto de produção é também a fragmentação de seu sujeito (LUKÁCS, 1974).

Esse processo manifesta-se no desenvolvimento da ciência, que faz a realidade em pedaços para estudá-la, perdendo a visão do todo. A fragmentação do conhecimento reflete nas diversas especialidades dos profissionais em saúde, muitas vezes limitados a seu campo do saber, distantes do pessoa doente e dos profissionais. Segundo Camargo Jr. (1994) a dicotomia entre conhecimento e competência social é presente já na formação profissional, e tem, como exemplo, a supervalorização da prática do diagnóstico, na tentativa de enquadrar a pessoa no processo saúde-doença.

O desafio aos profissionais de saúde é desenvolver competência social, desprezada nos bancos escolares, apesar de fundamental para superar os limites da compartimentalização do

conhecimento, desenvolvendo equipes *realmente* interdisciplinares. O desafio proposto nesse estudo, é que os profissionais envolvidos possam entender o trabalho em saúde de forma mais ampla com base na apropriação do trabalho, superando barreiras impostas pela especialização, compreendendo o paciente como humano onde a doença, de foco, passa a ser contingência.

2.1 A desvitalização do atendimento em saúde

O atendimento em saúde busca alternativas para superar o modelo da racionalidade médica, onde o conhecimento é fragmentado em especialidades e reproduz algumas relações de poder presentes na sociedade como, por exemplo, a valorização de uma especialidade em detrimento de outra. Buscar as origens do paradigma que sustenta tal racionalidade nos leva ao século XVII, com a emergência do pensamento cartesiano e sua visão de que o maior valor humano está na capacidade de raciocínio lógico e de controle sobre as emoções. Este modo de pensar contribui para o modelo de razão científica em saúde marcada pela separação entre: corpo e mente, razão e emoção, objetividade e subjetividade. Dentro dessa divisão, as ciências deveriam focar aspectos objetivos, plausíveis de mensuração e sobretudo marcados por tal dicotomia.

Embora extremamente útil para o desenvolvimento da ciência naquele determinado contexto histórico, esse modelo chegou ao final do século XX mostrando muitas limitações, sobretudo pelo fato da relação entre o profissional de saúde e o paciente ter sido orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados. Alguns autores desenvolveram nomenclaturas para descrever esse processo. Entre eles podemos destacar "objetualização do paciente" (TESTA, 1992), "excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções" (AYRES, 2006) e "coisificação" do corpo biológico (CAMPOS, 1997). Em comum esses autores criticam a idéia de certa autonomia da doença sobre o humano, da supervalorização do corpo biológico e desatenção às experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado.

Segundo Luz (1986), o binômio saúde-doença reduz a leitura do processo vital a categorias como normalidade e patologia. Tais categorias fundamentam a clínica moderna, cujo modelo obedece a uma ordem que tem, na doença, seu centro, reduzindo o doente a um mero figurante. Esse modelo fragmentado do processo de saúde gerou um campo de disputas por competências, restrições ao acesso e predomínio do conhecimento sobre a realidade.

Outra marca do modelo de saúde construído no século XX é a superespecialização, fragmentando o corpo entre as diversas áreas do saber científico especializado. Desta forma a doença é separada de seu caráter de experiência humana, passível de significação orientando a intervenção clínica dos profissionais para a objetividade e não-envolvimento afetivo.

O cotidiano do trabalho em saúde submete o profissional a tensões provenientes de várias fontes: contato freqüente com a dor, sofrimento e pacientes terminais, medo de errar, dificuldade de relacionamento com pacientes e seus familiares.

A reflexão e o suporte psicológico são fundamentais para enfrentar o desafio da humanização e lidar com a frustração dos inevitáveis fracassos e o sentimento de impotência quando a realidade se impõe, para poder se identificar com a pessoa doente e, com ela, desenvolver laços afetivos. Cuidar de quem cuida é primordial para **retomar** o real comprometimento com a humanização na saúde onde, não apenas o paciente é o sujeito, mas todas as pessoas envolvidas no processo, sobretudo os profissionais. Segundo Rios (2008, p. 160),

Ser bom profissional é também ser capaz de suportar esses sofrimentos inerentes à profissão e continuar desejando cuidar, num constante recomeçar. Diante da crueldade trágica da doença, o cuidador é aquele que tem capacidade de amparar e sabedoria de compreender que não lhe cabe o poder da vida, a todo o momento, dada e tirada.

Várias são as formas de abordar o processo de desumanização no trabalho de profissionais em saúde. Foram citados aspectos relativos ao cotidiano desses profissionais, aos mecanismos de autopreservação utilizados e também explicações com origem na filosofia e estruturação do modelo científico. Outra é sob a perspectiva de estruturação dos meios de produção: o processo de desvitalização tem origem no modelo liberal-privatista de atendimento, considerado como:

Responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, ou qualquer outro inclusive os próprios trabalhadores entre si - de uma maneira impessoal, objetivizante e descompromissada. (MERHY, 1997, p. 118).

O trabalhador da saúde se torna mero depositário do saber que o comanda. As mudanças no modelo de atuação devem passar pela alteração na relação do profissional com o

saber instituído e com os outros trabalhadores, especialmente os usuários atendidos. O desafio é retomar o caráter subjetivo do trabalho, seu aspecto conceitual, banido com a divisão técnica que marca o trabalho no processo de desenvolvimento das forças produtivas (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004). Um dos princípios que sustenta a mudança de paradigma necessária para uma real humanização do atendimento, é uma nova relação entre profissional e paciente: reconhecer o saber empírico trazido pelo paciente no processo de atendimento, conjugando-o com o do profissional de saúde.

È importante notar que, embora os argumentos acima propostos tenham abordado diferentes perspectivas para explicar os motivos da desvitalização no atendimento (psicológicos, filosóficos e sociológicos), todos são interdependentes. Tal constatação reafirma a dificuldade em mudar essa realidade e justifica que os esforços empregados nas diversas áreas do saber tenham pontos de convergência.

2.2 O processo de humanização da saúde

Atualmente o tema “humanização” vem ganhando destaque em vários campos do saber. Na Administração, está relacionado aos novos métodos de gestão, como administração participativa, novo perfil de liderança e valorização do trabalho em equipe considerando as individualidades. Há mudanças inclusive na terminologia; “Recursos Humanos” é redefinido como “Gestão de Pessoas”, onde o ser humano não é mero apêndice da organização. A busca por satisfação no trabalho, qualidade de vida e cidadania organizacional são outros processos de humanização na administração. Na área de serviços o conceito de humanização é associado a ganhos em qualidade, redução de espera, respeito para com idosos, gestantes e deficientes, investimento em sinalizações, acesso, conforto e, principalmente, atendimento personalizado. No Brasil, a humanização tornou-se uma diretriz do ministério da saúde:

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e o respeito às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município. (BRASIL, 2004)

A humanização da saúde ganha destaque a partir de 2000 quando, motivado pelo significativo número de queixas por usuários sobre maus tratos nos hospitais, o ministério da saúde elaborou uma proposta voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos. Foi elaborado, por profissionais da área da saúde mental, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover mudanças na cultura da atenção em saúde no Brasil. A primeira etapa foi um projeto piloto realizado em dez hospitais com tamanhos, modelos de gestão e serviços distintos, inseridos em diversas realidades socioculturais. Os principais objetivos do Projeto-Piloto foram assim estabelecidos:

a) deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais;

b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil. (BRASIL, 2001, p.9).

O PNHAH surge como uma proposta bastante desafiadora, pois se destina a promover nova cultura de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2000), reformulando as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital/comunidade. A partir de 2003, após a humanização ter se estendido a outras instâncias do SUS, o *Programa* se transforma em *Política* Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH). Neste caso, o conceito “humanização” foi estabelecido partindo dos seguintes critérios:

- Valorização dos usuários, trabalhadores e gestores;
- Incentivo à co-responsabilidade na produção de saúde, potencializando a autonomia
- Criação de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas;
- Alteração nos modelos de atenção/gestão, com foco nas necessidades dos cidadãos; na produção de saúde; no próprio processo de trabalho, valorizando trabalhadores e relações sociais no trabalho;
- Melhores condições de trabalho e de atendimento.

Em 2004, o Programa foi direcionado para uma perspectiva transversal, constituindo uma *política de assistência*, não mais um programa específico. Passa atuar, além do sistema de saúde, na educação (formação profissional) e na sociedade civil. Segundo o ministério da saúde a humanização do atendimento

Refere-se à necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. (BRASIL, 2004, p. 7).

Destaca-se sobretudo o caráter transversal da humanização, no sentido de desconstruir barreiras historicamente levantadas entre especialidades. Se o desenvolvimento tecnológico partiu do todo para estudar as partes, a proposta de humanização propõe um caminho inverso, partindo das partes para o todo. È a partir da integração do conhecimento especializado com a realidade social e as novas formas de ensino/aprendizagem, que será possível resgatar o valor das interações e vínculos afetivos no processo de cuidado e atenção à saúde.

O significado do termo “humanização” é tema de reflexão entre pesquisadores na área de saúde. Para Pessini (2002) a humanização se constitui, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade. O mesmo autor, (PESSINI; BERTACHINI, 2004), amplia a discussão sobre o tema para uma visão macro. O problema não se restringe à saúde, mas à crise de humanismo, contextualizada em uma sociedade moderna e desumanizada. A humanização das instituições passa pela humanização da sociedade. Os problemas sociais (entre eles a exclusão, a violência e a iniquidade) contribuem para um rebaixamento da solidariedade, da tolerância e da compaixão, na população como um todo e conseqüentemente com impacto nas instituições de saúde.

Segundo Martins (2001), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, caminho pelo qual surgem fortes resistências, já que envolve mudanças de comportamento, e estas sempre despertam insegurança. Contribui para tal insegurança o fato de que estes novos modelos de atendimento ainda estejam sendo construídos, e cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Ainda sobre os desafios a serem vencidos para uma saúde humanizada, Kunkel (2002) a humanização é relacionada à cidadania. Entre os aspectos que desumanizam as relações na saúde, além da especialização, que fragmenta o usuário, a autora cita a falta de garantia de acesso e compromisso para com os usuários como seres humanos; a assimetria entre usuário e profissional, marcada pelo status de inferioridade do primeiro ante o segundo, negligenciando todo o saber e os modos de vida das pessoas, estando o profissional como detentor de todo o conhecimento; e por último, uma lógica pautada na doença, e não na sua identidade de ser humano integral. A autora defende que a humanização, o cuidado em saúde, é combater as perspectivas que enganam o usuário e o destituem de informações importantes sobre a sua saúde, desrespeitando sua cultura e seus costumes. Conclui que a saúde precisa estar referida ao modo de viver das pessoas, contextualizada na sociedade para então comprometer-se com um processo de mudança.

Outro entrave no processo de humanização é a questão do poder. O tema é amplo e com várias definições. Segundo Neira (1991) o poder é uma capacidade de indivíduos ou grupos para fazer prevalecer seu próprio interesse, apesar da resistência que possam encontrar. É também um fato social onde existem os que mandam e os que obedecem.

Rivero e Erdmann (2007) investigando as relações de poder em saúde, revisaram algumas concepções tradicionais e encontraram como pontos em comum colocar-se por sobre os demais, dominar, estar ou chegar primeiro, ainda que a predominância de um sobre o outro seja sutil. Essa concepção do poder não condiz com as propostas de humanização que buscam um clima de compreensão, respeito e transparência. Uma teoria que vai ao encontro a estes princípios é a de Parker (1994), propondo abandonar o “poder sobre” para adotar o “poder com”. Esse poder seria a habilidade para fazer que as coisas aconteçam, desenvolvida de forma ativa e participativa, conjunta e não coercitiva sendo o poder visto como uma ação social integral, surgindo do trabalho em conjunto com outras pessoas, e não como imposição de vontades. Uma vantagem dessa concepção de poder é que vai ao encontro dos anseios dos indivíduos na sociedade atual, que rejeitam serem dirigidos e dominados, desejando serem vistos como partes dos processos em que atuam. O conceito de “*poder com*” também está em harmonia com a tendência atual de horizontalidade nas relações, que não é possível usando o poder de dominação coercitivo.

As estruturas de poder estão presentes na organização do trabalho e no modelo de gestão utilizado para administrar as instituições de atendimento à saúde. Diversos autores (LACAZ; SATO, 2006; ARAÚJO et al., 2003) apontam os modelos de gestão e organização

do trabalho como os principais responsáveis pelos fatores psicossociais que provocam o adoecimento dos trabalhadores da saúde. A implantação da Política Nacional de Humanização determinou os processos de trabalho e gestão como principais alvos das ações humanizadoras. Entre os princípios norteadores do PNH destacam-se três, que sustentam as necessárias mudanças na organização do trabalho e gestão na saúde:

1.fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade;

2.compromisso com a democratização das relações de trabalho;

3.valorização dos profissionais da rede, estimulando processos de educação permanente. (BRASIL, 2004, p.17)

Entretanto, tais direcionamentos estão no sentido contrário à realidade atual da maioria dos serviços de saúde (Hennington, 2008), caracterizados pela pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços. Segundo (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006) não haverá humanização se não houver profundas mudanças na gestão e organização do trabalho, o que resgataria o protagonismo, a dignidade, o respeito e a sensibilidade dos trabalhadores, e obrigatoriamente aplicados no cuidado aos pacientes.

2.3 A Universidade e a formação profissional

Tal revisão sobre a humanização na saúde não pode deixar de lado um dos pilares de sustentação desse modelo de atuação: a formação profissional. Há décadas são publicados artigos mostrando a importância da quebra de paradigmas de nosso modelo de educação, passando, da valorização de acúmulo de conhecimento, para uma educação mais reflexiva e sistêmica, considerando as relações de interdependência dos diversos campos do saber.

Para entender o processo de formação do profissional de saúde, é preciso compreender o papel histórico da Universidade enquanto elemento formador. Num primeiro momento, uma questão se apresenta: o conceito de Universidade. A diversidade de concepções filosóficas, políticas e ideológicas, implica na diversidade de paradigmas explicativos para os fenômenos que busca definir. Na obra de Wanderley (1983), podem-se destacar três visões distintas sobre o papel da Universidade:

Uma resposta seria que deveria atender às exigências estabelecidas pela ordem social vigente, pela criação e divulgação do saber, desenvolvendo a ciência, formando profissionais de nível superior e articulando processos de ensino, pesquisa e extensão, segundo a política educacional do país.

Outra visão apresenta a universidade enquanto superestrutura no modo de produção capitalista: legitima as condições de desigualdade social e seria um dos aparelhos ideológicos privilegiados para garantir a manutenção dos grupos e classes dominantes.

Uma terceira, seria a educação como mola propulsora de mudanças sociais. O saber da universidade, baseado em conhecimentos produzidos e acumulados, constitui um poder que, perseverando em momentos críticos, poderia direcionar mudanças dentro da sociedade civil.

O autor apresenta uma síntese, partindo das várias concepções apontadas:

A universidade é um lugar – mas não só ela – privilegiado para conhecer a cultura universal e as várias ciências, para criar e divulgar o saber, mas deve buscar uma identidade própria e uma adequação à realidade nacional. Suas finalidades básicas são o ensino, a pesquisa e a extensão. Ela é a instituição social que forma, de maneira sistemática e organizada, os profissionais, técnicos e intelectuais de nível superior que as sociedades necessitam. Situa-se na esfera da superestrutura, dentro da Sociedade Civil, mantendo vínculos com a Sociedade Política e a base econômica. Serve normalmente à manutenção do sistema dominante, mas pode também servir à transformação social. Deve ter ampla autonomia para cumprir as suas finalidade, garantindo o pluralismo de idéias e a liberdade de pensamento. Em alguns países cumpre papel destacado na formulação da política científica e tecnológica, na crítica das teorias que informam o desenvolvimento e no fornecimento de subsídios para a sua implementação e execução. Em todas as sociedades, mas principalmente nas dependentes, cabe-lhe exercer tarefas urgentes de compromisso social. (WANDERLEY, 1983, p.11).

Tais posições passam pelo questionamento de quanto à universidade pode ser mera peça no processo de manutenção da ordem vigente ou assumir um papel de transformadora dessa realidade, em direção a uma sociedade mais igualitária, justa e democrática.

Para entender o papel da Universidade é importante resgatar as transformações pelas quais passou desde sua origem na Europa do século XII, sob a proteção da Igreja romana, até os dias de hoje. No século XV, em decorrência das mudanças promovidas pelo capitalismo incipiente, houve um maior número de investimentos, tanto nas universidades como nas artes. Tais investimentos propiciaram as descobertas científicas em várias áreas do saber ocorridas

durante o século XVII, e por sua vez, o avanço do modelo científico da época culmina com o Iluminismo no século XVIII, valorizando a razão e institucionalizando a ciência nos moldes positivistas.

Na medida em que a ciência moderna foi gradativamente produzindo um conhecimento capaz de interferir no mundo e transformá-lo, a Universidade foi assumindo a função de produzir conhecimentos que tivessem aplicações práticas (GOERGEN,1998). Como a capacidade de produzir conhecimento é um dos fatores determinantes da distribuição do poder econômico mundial as Universidades, enquanto instituições produtoras desse conhecimento, passam a ser alvos das disputas sociais. Ao mesmo tempo, foram conquistando legitimidade, através:

[...] da conquista da idéia de autonomia do saber em face da religião e do Estado, portanto, na idéia de um conhecimento guiado por sua própria lógica, por necessidades imanentes a ele, tanto do ponto de vista de sua invenção ou descoberta como de sua transmissão. Por isso mesmo, a universidade européia tornou-se inseparável das idéias de formação, reflexão, criação e crítica. Com as lutas sociais e políticas dos últimos séculos, com a conquista da educação e da cultura como direitos, a universidade tornou-se uma instituição social inseparável da idéia de democracia e de democratização do saber [...] (CHAUÍ, 2001, p.36).

No Brasil, o início do ensino em nível superior se restringia a alguns cursos isolados, implantados por Dom João VI na sua passagem pelo país. Eram todas escolas técnicas, vindas da tradição francesa, voltadas exclusivamente ao atendimento da necessidade da corte recém chegada. A universidade, como definição de uma instituição que trabalha o conhecimento de forma global e integrada, surge apenas na década de 20 do século passado, com o advento da Universidade de São Paulo (USP) em 1934. O país passou a viver o modelo de Universidade contemporânea, como instituição capaz de produzir, divulgar e integrar o conhecimento das diversas áreas do saber.

A partir da década de sessenta, diante de novas pressões sociais, houve uma explosão de novas funções, e isso correspondeu a uma explosão da própria Universidade, representada pelo aumento da população estudantil e do corpo docente, pela proliferação das universidades particulares e pela expansão do ensino e da investigação universitária a novas áreas do saber. Ela deixa de ser um centro de produção de conhecimento (ainda incipiente como modelo de universidade), para ser reprodutora de uma mão-de-obra mais qualificada.

A partir dos anos 80, no entanto, com a crise do taylorismo-fordismo e em decorrência das profundas mudanças técnicas ocorridas na produção, surge a demanda por um novo perfil na formação do trabalhador. É a partir desse momento que se começa a formar, segundo Ferretti:

[...] um novo perfil para o trabalhador (agora supostamente autônomo, criativo, responsável portador de alto poder de abstração e de resolução de problemas) pareceriam aproximar, finalmente, segundo muitos educadores, os interesses da produção daquelas condições necessárias ao pleno desenvolvimento humano. (FERRETTI et ali, 2003, p.162).

O autor destaca que, apesar dessa aproximação ser, ainda hoje, objeto de várias pesquisas, estudos e debates, parece não haver dúvida de que a formação do profissional, com esse novo perfil, decorre muito mais do atendimento das necessidades das empresas em relação à mão de obra do que a preocupação com a formação de sujeitos autônomos e críticos.

Fazendo uma análise desse processo, Chauí (1999) afirma que ocorreram três etapas sucessivas de mudança social, decorrentes das novas formas do capital, acarretando mudanças no perfil e finalidades da universidade. A primeira, chamada de *Universidade Funcional*, nos anos 70, correspondente ao período do “milagre econômico”, quando adaptando-se às exigências do mercado, coube à universidade garantir a inserção profissional dos estudantes no mercado de trabalho. A segunda, a *Universidade de Resultados*, nos anos 80, teve duas características novas em relação ao período anterior: a expansão do ensino superior privado e a parceria das universidades públicas com as empresas privadas. Nesse período os resultados das universidades seriam medidos pelo emprego e pela utilidade imediata das pesquisas. Já a *Universidade Operacional* dos anos 90, apresentou características distintas das anteriores, de escassez de recursos para o ensino público, de disputa de mercado no ensino privado, a valorização de informações quantificáveis e a descaracterização da universidade, que se assemelha a empresas:

Regida por contratos de gestão, avaliada por índices de produtividade, calculada para ser flexível, a universidade operacional está estruturada por estratégias e programas de eficácia organizacional e, portanto, pela particularidade e instabilidade dos meios e dos objetivos. Definida e estruturada por normas e padrões inteiramente alheios ao conhecimento e à formação intelectual, está pulverizada em micro-organizações que ocupam seus docentes e curvam seus estudantes a exigências exteriores ao trabalho intelectual A universidade operacional opera e por isso mesmo não age.(CHAUÍ,1999, p. 220).

Uma forma de conceber a universidade é que ela produza indivíduos capazes de ingressar no mercado de trabalho e reproduzir valores sociais que garantam a manutenção do *status quo*. Aplica-se à educação toda uma terminologia reveladora do pensamento neoliberal e globalizado da atividade econômica dominante: competências, qualidade total, sucesso individual, avaliação por resultados são alguns exemplos.

Essa idéia recebe, de alguns setores da universidade, firme oposição. (SILVA 2007) a escola deve colaborar para formação de seres humanos críticos, capazes de analisar, questionar e criar novas formas de organização e consciência social. Espera-se que a universidade, além dessa dupla e contraditória tarefa de formação profissional e consciência crítica, produza condições para gerar conhecimento, resolver problemas sociais e responder pelo progresso do país.

Tantas são as exigências que ... “Duplamente desafiada pela sociedade e pelo Estado, a universidade não parece preparada para defrontar os desafios, tanto mais que estes apontam para transformações profundas e não simples reformas parcelares.” (SANTOS, 2001, p.187).

O autor afirma que a universidade possui como uma de suas maiores dificuldades um caráter de resistência às mudanças, desenvolvido ao longo de sua história. Outro desafio é que hoje seus fins principais, o ensino, a pesquisa e a extensão criam funções muitas vezes contraditórias, muito diferente de tempos anteriores, quando cabia à universidade a investigação livre e desinteressada e a unidade do saber.

Portanto, é necessário compreender a universidade como uma construção social e histórica, que tem funções educativas formais e sistemáticas, uma rede de significações históricas e contraditórias que refletem forças sociais e ideológicas distintas.

Santos (2001) indica a existência de uma tripla crise da universidade. A primeira e a mais significativa, porque dela decorrem as demais, seria uma crise de hegemonia.

Esta crise de hegemonia se revelaria nas seguintes dicotomias: alta cultura – cultura popular; educação – trabalho e teoria – prática. Essas dicotomias sugerem algumas questões: como relacionar o saber acadêmico com o saber popular? Como atender às exigências do mercado de trabalho e garantir as condições de produção do conhecimento? E ainda: qual a relevância social do saber construído e transmitido na universidade?

A segunda crise, identificada como crise de legitimidade, resulta da contradição entre hierarquização e democratização

Há uma crise de legitimidade sempre que uma dada condição social deixa de ser consensualmente aceita. A universidade sofre uma crise de legitimidade na medida em que se torna socialmente visível a falência dos objetivos coletivamente assumidos. (SANTOS, 2001, p. 211).

Com o avanço das lutas pelos direitos econômicos e sociais e com novas exigências do desenvolvimento tecnológico, o acesso à universidade passou a ser ampliado. As aspirações das novas camadas sociais forçaram a ampliação do número de vagas no ensino superior e consolidaram o ideal de sua democratização. Paradoxalmente, essa ampliação não contribuiu significativamente para a diminuição das desigualdades sociais, surgindo categorias de universidades distintas, atendendo a públicos diferenciados. A crise de legitimidade se evidencia nas várias discussões acadêmicas a respeito de quanto deve o Estado ou a própria universidade garantir o acesso dos grupos sociais desprivilegiados ao ensino superior público.

Finalmente, a terceira seria uma crise institucional, resultante da contradição entre autonomia institucional e produtividade social.

Há uma crise institucional sempre que uma dada condição social estável e auto-sustentada deixa de poder garantir os pressupostos que asseguram a sua reprodução. A universidade sofre uma crise institucional na medida em que a sua especificidade organizativa é posta em causa e se lhe pretende impor modelos organizativos vigentes noutras instituições tidas por mais eficientes. (SANTOS, 2001, p. 214).

Sendo assim, as Universidades atualmente enfrentam o desafio de conviver com funções contraditórias: formar cidadãos autônomos e críticos e formar o profissional que o mercado e sociedade exigem. Dias Sobrinho (2000) indica que é necessário superar o maniqueísmo com a aceitação da pluralidade e da diversidade. Ampliar e aceitar as incertezas, o que exige o desenvolvimento de uma razão atenta à multiplicidade e aos movimentos. “O cotidiano da Universidade se produz na dialética de guardar o passado e construir o novo, de reunir e ampliar, de consolidar e criticar. É trabalho de solidão e de esforço singular, mas é sobretudo socialização e construção plural.” (DIAS SOBRINHO, 2000, p. 96).

Segundo Demo (2002), outro desafio é formar profissionais e cidadãos que “saibam pensar”. Saber pensar se inicia com a habilidade de autocrítica, reconhecendo o quão pouco se sabe, os limites do conhecimento, avaliar sua construção histórica. O segundo passo é desenvolver a habilidade de questionamento crítico, enxergando além das aparências,

ideologias. Por fim, com base na crítica e na autocrítica, o saber pensar precisa incluir habilidades como saber cuidar, inovar, acreditar e comunicar.

Morin (2001, p. 11) aponta a missão do ensino educativo como “A missão desse ensino é transmitir não o mero saber, mas uma cultura que permita compreender nossa condição e nos ajude a viver, e que favoreça, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre”.

O autor critica a inadequação do modelo em que os saberes são separados em disciplinas quando a realidade apresenta problemas cada vez mais globais, mais interligados com as diversas áreas. Desses desafios decorre a necessidade de aproximação entre a cultura das humanidades e a cultura científica, de revalorização da informação, do conhecimento e do pensamento, e ainda de recuperação do senso de responsabilidade e solidariedade. Para isso, seria necessária uma reforma do pensamento, não programática, mas paradigmática, pois modificaria a nossa forma de organizar o conhecimento. O título de sua obra já traz essa idéia: “cabeça bem feita”, pois mais vale uma cabeça bem feita que bem cheia. Uma cabeça bem feita significa que, em vez de acumular o saber, é mais importante dispor, ao mesmo tempo, de aptidão geral para colocar e tratar os problemas e princípios organizadores que permitam ligar os saberes e lhes dar sentido.

O princípio de redução leva naturalmente a restringir o complexo ao simples. Assim, procura explicar complexidades vivas e humanas partindo de uma lógica mecânica e determinista, conduzindo à exclusão de tudo aquilo que não seja quantificável e mensurável.

Atualmente a produção/disseminação do conhecimento deve resgatar a complexidade. “Complexus” significa o que foi tecido junto. Compreender a complexidade é perceber que elementos que formam o todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo), estão ligados por um tecido interdependente, que une o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes ao todo, o todo às partes, e as partes entre si. Conseqüentemente, a educação deve promover a “inteligência geral”, apta a referir-se ao complexo, ao contexto, de modo multidimensional compreendendo essas relações.

O complexo requer um pensamento que capte relações, inter-relações, implicações míticas, fenômenos multidimensionais, realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas (como a própria democracia que é o sistema que se nutre de antagonismos e, que, simultaneamente os regula), que respeite a diversidade, ao mesmo tempo em que a unidade, um pensamento organizador, que conceba a relação recíproca entre todas as partes (MORIN; ALMEIDA; CARVALHO, 2002, p.18).

Segundo o autor, a maior contribuição do conhecimento do século XX foi o descobrir os limites do conhecimento, e a partir de então, podermos assumir e enfrentar as incertezas de um destino incerto de cada indivíduo e de toda a humanidade. A educação deve mostrar que não há conhecimento que não esteja, em algum grau, ameaçado pelo erro e pela ilusão, provocados por erros metodológicos ou ideológicos. Como proposta para o ensino nas Universidades, Morin (2001, p. 84) sugere um “dízimo epistemológico ou transdisciplinar, que retiraria 10% da duração dos cursos para um ensino comum, orientado para os pressupostos dos diferentes saberes e para as possibilidades de torná-los comunicantes”.

2.4 A formação profissional em saúde

O foco dado à doença e aos procedimentos necessários para a cura, muitas vezes leva à priorização do sintoma em detrimento da pessoa, desvitalizando o atendimento. Nesse sentido, o processo de humanização em saúde envolve a qualificação dos profissionais, que começa ainda nas universidades, bem como no contexto da educação continuada.

Analisando a história do ensino da medicina no Brasil, Pereira e Almeida (2005) relatam três períodos, fundamentados em três conjuntos de elementos explicativos propostos pelo esquema analítico de Ferreira (1988): a tríade “quantitativo-qualitativo-relevância”. Na década de 1960, devido à carência de médicos, houve um enfoque **quantitativo** na formação, a preocupação era com o número de escolas, proporção professor-aluno, cargas horárias curriculares e disciplinares, número de leitos hospitalares por aluno, número de alunos por cadáver ou por microscópio.

Entre as décadas de 1970 e 1980, com a busca da excelência técnica, o foco estava na dimensão **qualitativa** da educação, com ênfase em ações pedagógicas voltadas à melhoria da qualidade do ensino e nas ações direcionadas ao aprendizado prático nos serviços hospitalares e ambulatoriais, provocando novos critérios de convivência entre os sujeitos e variadas articulações entre ensino, serviços e comunidade.

Recentemente foi introduzido o item **relevância** modificando a concepção de qualidade. Ela passa a ser considerada como fator que responde globalmente às necessidades da população, deixando de ser sinônimo de excelência técnica. Desloca-se assim o foco da sofisticação científico-tecnológica, passando a considerar critérios de acessibilidade e cobertura populacional. É nesse ponto que, segundo as autoras, encontram-se as mudanças

que propõem uma nova ordem na formação médica e suas relações com a superestrutura socioeconômica, valorizando o contexto, os determinantes histórico-sociais, o sentido social da produção do conhecimento e à diversidade de paradigma.

Foi principalmente neste sentido que as atividades realizadas durante as reuniões do Grupo de Atividades Físicas para Portadores de HIV/Aids foram direcionadas. As ações serviram tanto no processo de formação acadêmica (como estágio profissionalizante) como continuidade no processo de formação dos profissionais já graduados. Relatos dos participantes mostram que muitos perceberam sua participação no grupo como forma de complementar a formação acadêmica, justamente pela oportunidade de interação e construção de um conhecimento compartilhado e uma nova visão da relação saúde-doença.

Em consonância com as premissas do presente trabalho, Almeida, Feuerwerker e Lanos (1999) apontam que o modelo tradicional de formação dos profissionais em saúde na América Latina está preso a uma visão que reduz o processo de saúde doença à sua dimensão biológica, preocupando-se apenas com protocolos e medidas terapêuticas. São subtraídas do processo de formação profissional as dimensões que caracterizam a prática profissional como algo socialmente construído, comportando visões de mundo, contradições e individualidades. Os estudantes ficam presos ao referencial que preconiza o pensamento científico, supostamente neutro e objetivo.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.1402) afirmam que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada:

O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional.

Segundo os autores, o ensino na educação superior na área da saúde desconhece novos métodos, como a problematização ou modos de ensinar construtivistas, com protagonismo ativo dos estudantes, focando não apenas o acúmulo de conhecimento, mas sobretudo, a produção e circulação de saberes na área médica.

Para que o profissional chegue a ser sujeito e agente de mudança do modelo vigente, deverá desenvolver o que Paulo Freire (1993) chamou de processo da “ação-reflexão” sobre sua realidade concreta. Quanto mais refletir sobre a sua realidade subjetiva, mais se torna consciente e capaz de intervir na realidade objetiva e, dessa forma, transformá-la. O ser humano passa a ser agente de mudança através da reflexão sobre seu ambiente e sua situação concreta, permitindo seu próprio desenvolvimento e crescimento. No caso do profissional em saúde, a reflexão começa pelas condições e relações de trabalho e o seu modo de agir. Esta reflexão leva à inserção, de maneira crítica e consciente, numa realidade que permita problematizar a temática da humanização, implicando numa reflexão dialógica e crítica sobre os princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, no sentido de torná-los sujeitos e agentes de transformação.

Uma alternativa colocada em prática no início dos anos 90 foi o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade). Este programa defendia que a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade deveriam ser as bases sobre as quais os processos de transformação na educação dos profissionais e dos sistemas de saúde deveriam estar fundamentados. Desta forma as relações bilaterais existentes até então seriam substituídas por um sistema mais complexo e orientado para a inovação das práticas de saúde e da formação profissional. Esse projeto foi desenvolvido em 23 estudos espalhados em 11 países da América Latina, envolvendo 103 cursos de graduação de 23 universidades e 23 secretarias municipais. Uma marca do projeto foi assumir que o processo como construção e desconstrução permanente, sendo que entre as vantagens citadas estavam a construção de espaços democráticos, com a presença de atores anteriormente excluídos do processo e o resgate de valores como solidariedade e a responsabilidade compartilhada. Um ponto negativo apontado foi o fato de que as diversas iniciativas requeriam uma melhor compreensão e análise da heterogeneidade dos cenários locais. Outra, o fato de que na elaboração do conceito de parceria foi ignorado o estabelecimento das relações de poder entre os envolvidos e seus papéis historicamente determinados. A consequência foi subestimar a reprodução da hegemonia da Universidade, aparentemente anulada pela representação

igualitária de todos os envolvidos nos espaços de negociação, mas que na prática resultou em conflitos nos grupos de trabalho.

A proposta central do projeto mostrou-se em sintonia com as mudanças ocorridas no sistema de saúde, como articulação dos diversos serviços de saúde, municipalização, as concepções de trabalho com a comunidade sob as perspectivas da gestão e parceria, e os desafios na formação e desenvolvimento dos profissionais que trabalham em saúde.

Nos relatos, os idealizadores do projeto perceberam a complexidade da mudança do modelo ideológico do processo de saúde, transferindo o foco direcionado à doença para as relações e vínculos envolvidos, a realidade social da população e a percepção do paciente dentro de uma perspectiva biopsicossocial. Comentando sobre as conquistas do projeto UNI, Ribeiro (2002, p. 142) faz a seguinte consideração:

Anima-nos a destacar a enorme importância que a ruptura das certezas e o reconhecimento do desconhecido e da natureza dinâmica das transformações têm para a análise dessas experiências sob a perspectiva de seus sujeitos. Ao fazê-lo, os atores que trabalham por mudanças na formação profissional no campo da saúde - preponderantemente biologicista, mecanicista, ahistórica - podem perceber como ela própria, ao eliminar a dimensão social de sua natureza, obstaculiza a sua compreensão e, ao mesmo tempo, o potencial que cada sujeito tem de transformá-la.

No Brasil, uma das participantes do projeto UNI foi a Universidade Estadual de Londrina (UEL), que a partir de 1992 introduziu novos conceitos nas discussões acadêmicas, como a interdisciplinaridade, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a educação multiprofissional e o trabalho em rede. A partir de 1998, iniciou-se a implantação do novo currículo médico da UEL, no qual a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) foi adotada como estratégia para em Medicina.(<http://www.ccs.uel.br/medicina/informacoes.php>)

A metodologia da ABP (ou PBL, em inglês) foi desenvolvida inicialmente na Universidade de McMaster, no Canadá, no final dos anos 60, e se expandiu para muitas escolas de Medicina em todo o mundo. É baseada no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que os alunos busquem respostas às questões inerentes a sua futura área de atuação, tendo um grupo tutorial como apoio para os estudos, geralmente formado por um tutor e 8 a 10 alunos. A Escola de Medicina de Harvard em 1984, implantou um programa paralelo ao currículo tradicional, voluntário para estudantes de Medicina e professores, com uma proposta curricular baseada em ABP. Passados os primeiros anos, foi

feita uma avaliação comparativa entre os processos, sendo que Harvard passou a desenvolver um currículo único que "tinha como estratégias a ABP, o processo ensino-aprendizagem centrado no estudante e o resgate da relação médico-paciente como elemento agregador de conteúdos biopsicossociais" (AGUIAR, 2001, p. 164)

Segundo documento disponível no site da UEL (<http://www.uel.br/uel/pbl/>), o método é dividido em sete etapas:

1. Leitura do problema, através da qual é feita a identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;
2. Identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
3. Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior (os alunos se utilizam nesta fase dos conhecimentos de que dispõem sobre o assunto);
4. Resumo das hipóteses;
5. Formulação dos objetivos de aprendizado (identificar o conteúdo que deverá ser estudado para aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses explicativas);
6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado;
7. Retorno ao grupo tutorial para discussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior.

Paralelamente à resolução dos problemas são desenvolvidas habilidades psicomotoras através de treinamentos, assim como estágios de várias complexidades, principalmente nos dois últimos anos. Segundo Gordon (2001), na UEL, a introdução da aprendizagem baseada em problemas buscou romper com a dicotomia entre os ciclos básico e clínico, permitindo ao estudante assumir uma postura mais ativa na construção do seu conhecimento.

A Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) é uma instituição pública mantida pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs/SES/GDF), que adota o modelo de ABP para estruturar seu curso de medicina. Segundo Pereira e Almeida (2005), o método ABP é aplicado da seguinte forma: oito estudantes são reunidos em um grupo tutorial, coordenado por um tutor (que mantém necessariamente um vínculo profissional com a rede pública de saúde), que estimula os alunos a criar hipóteses de diagnósticos com base em problemas apresentados. São diversas formas que os alunos têm para buscar informações, como conversas com professores/profissionais, pesquisas bibliográficas, uso de laboratórios,

ambulatórios, grupos multiprofissionais e experiência em hospitais e comunidades, já que são inseridos em diversas atividades de saúde a partir do seu ingresso no curso.

Concomitante, são capacitados sobre comunicação e procedimentos médicos. As práticas profissionais são desenvolvidas junto aos serviços da rede pública de saúde do Distrito Federal, possibilitando aos alunos compreender a realidade da saúde através da interação cotidiana com a população atendida pelo serviço de saúde.

Algumas dificuldades encontradas para a implementação desses princípios foram as resistências por parte dos grupos tutoriais quanto às reflexões advindas das Ciências Humanas, questionando a relação do corpo com a cultura, com a sociedade e com trajetórias individuais. O discurso recaía sobre a visão tradicional do corpo e a relação saúde/doença, onde os aspectos psicossociais eram vistos como menos importantes do que o conhecimento médico. Percebe-se aqui o poder do imaginário social sobre a atribuição do saber tradicional, presente na formação dos tutores/facilitadores.

A opção pela ABP requer comprometimento de todo corpo docente, administrativo e acadêmico, visto que as ações afetam a todos> envolve o modo de ensinar, aprender, administrar, apoiar, organizar materiais, exigindo participação de todos os envolvidos no processo.

Além da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), outra metodologia utilizada para superar os limites da formação em saúde é a “Problematização”. Segundo Berbel (1998), embora com princípios semelhantes, pois a aprendizagem ocorre a partir de problemas, as duas propostas apresentam perspectivas diferentes. Na Metodologia da Problematização, as situações/problemas são extraídas da realidade pela observação dos alunos, enquanto que na Aprendizagem Baseada em Problemas, os problemas são elaborados por uma equipe de especialistas com objetivo de cobrir todos os conhecimentos essenciais do currículo. Como proposta pedagógica para um curso de graduação, pela própria responsabilidade em garantir os conhecimentos mínimos exigidos pelo Currículo, a ABP é mais indicada, pois os objetivos cognitivos são previamente estabelecidos e ordenados. Para ações pontuais, a problematização apresenta como vantagem a maior autonomia e envolvimento do grupo, além de desenvolver visão crítica da realidade. Embora não tenha sido adotada a metodologia de problematização como referencial para os trabalhos no Grupo de Atividades Físicas para Portadores de HIV/Aids, muitas ações nesse sentido foram realizadas, como a apropriação do trabalho por parte dos profissionais que resultou na construção de um saber originado na práxis.

Analisando as propostas em seus princípios, apresentam diferenças significativas, pois a problematização tem como objetivo fundamental mobilizar o potencial social, político e ético dos alunos, propondo-se a desvendar a realidade para transformá-la. Exige uma mudança de mentalidade, reavaliando os papéis e resignificando coletivamente o processo de ensino-aprendizagem. A ABP volta-se para a apropriação do processo de construção de conceitos e dos mecanismos básicos da ciência, propõe-se a preparar cognitivamente os alunos para resolver problemas relativos a temas específicos da profissão.

A proposta da problematização apropria-se dos conceitos desenvolvidos por Paulo Freire, defendendo a educação como prática de liberdade, em oposição a uma estratégia dominadora. A educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdos, baseada na concepção de homens como seres vazios, mas surgir da problematização dos homens em suas relações com o mundo, fundamentada por uma relação dialógica entre educador e educando, possibilitando que aprendam juntos.

A problematização tem como referência o Método do Arco, de Charles Maguerz, apresentado por Bordenave e Pereira (1982), onde são realizadas cinco etapas: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução/aplicação à realidade. Tem como meta exercitar o ciclo ação/reflexão/ação, contextualizando o processo ensino/aprendizagem.

Na *observação da realidade* os alunos são orientados a olhar atentamente e registrar sistematicamente o que percebem sobre o tema que está sendo vivido ou acontecendo. Nesta fase identificam dificuldades, carências e discrepâncias de várias ordens. Com base nas discussões do grupo e com o professor, é redigido um problema, que serve como síntese desta etapa e que servirá como referência para todo trabalho a seguir.

A segunda etapa refere-se aos *Pontos-Chaves*, levando os alunos à reflexão sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo. Neste momento percebem que os problemas de ordem social (educação, atenção à saúde, da cultura, das relações sociais etc.) são complexos e geralmente multideterminados. Continuando a reflexão, os alunos percebem que existem variáveis menos diretas e evidentes, mas que interferem na existência do problema. Baseado nessa análise é feita uma nova síntese ressaltando pontos essenciais do problema, fundamentais para compreendê-lo em um nível maior de profundidade e encontrar formas de solucioná-lo, ou desencadear passos nessa direção.

A *Teorização* é caracterizada pela investigação, onde os alunos buscam informações necessárias sobre o problema, dentro de cada *ponto - chave* definido. As pesquisas são feitas

em bibliotecas, sites, consultas a especialistas sobre o assunto, observações *in loco*, questionários (quantitativos ou qualitativos), palestras etc. As informações obtidas são analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema.

A fase de *Hipóteses de Solução* ocorre quando, a partir do conhecimento produzido, o grupo elabora possíveis soluções para o problema, investigando-o por todos os ângulos possíveis.

O processo termina com a *Aplicação à Realidade*. Esta etapa passa do exercício intelectual para a ação, executando as decisões tomadas. Segundo Berbel (1998) é neste momento que o componente sociopolítico está mais presente, pois implica num compromisso dos alunos com o seu meio, onde observaram os problemas e para o qual levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau.

Acima de tudo, a mudança do paradigma da educação médica vem se tornando um pré-requisito para elevar o nível de saúde das comunidades. A educação centrada no estudante, a aprendizagem baseada em problemas e a educação orientada à comunidade deverão fazer parte de todos os currículos médicos do Século XXI. Des Marchais (1993 apud ALMEIDA, 1999).

Nas reuniões de acompanhamento do Programa de Orientação e Suporte Psicossocial ao Atendimento em Atividades Físicas para Portadores de HIV/Aids os fundamentos desse método eram por vezes associados às dinâmicas de grupo, que ajudavam na fase de *teorização*. Muitas reuniões foram dedicadas à fase de *Hipóteses de Solução* como, por exemplo, quando procuramos meios para aumentar o número de usuários da academia.

Embora novas metodologias tentem melhorar o processo de formação profissional, são vários os obstáculos para uma mudança mais profunda. Há mais de duas décadas, Langaná (1986) sinalizava que um dos principais entraves para a interação ensino-serviço, era a utilização de metodologias baseadas na transmissão de conhecimentos, dando ênfase maior ao ensino do que na aprendizagem, tendo a concepção de que a universidade não deve ter outro papel ou compromisso com a sociedade, a não ser o de criar, preservar ou transmitir o saber, relegando a sociedade a um papel passivo nesse processo.

Segundo Olschowsky (1995), outros fatores que dificultam as mudanças no sentido de uma formação mais ampla e humanista são as políticas e estruturas dos serviços de saúde e de

ensino, já que muitas vezes impossibilitam a participação mais efetiva tanto dos profissionais assistenciais como dos docentes na integração ensino-serviço.

Um aspecto que Feuerwerker (1998) aponta como responsável pelo insucesso na formação de profissionais em saúde com uma visão mais ampla, foi a super-valorização de novas metodologias com mudanças apenas no cenário de aprendizagem. Ela relata que experiências mostraram não ter sido suficiente expor o estudante à realidade, à miséria e à maneira de operar dos serviços para que houvesse alterações na essência de seu processo de formação. A introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais mas, para isso, devem ocorrer mudanças nas práticas de saúde. Em outra publicação, a autora (FEUERWERKER, 2002), afirma que as principais tentativas de mudanças curriculares na educação médica brasileira esbarraram em concepções limitadas sobre o que seria a mudança; baixa capacidade do núcleo coordenador da mudança para romper a lógica formal das disciplinas; falta de capacitação pedagógica do corpo docente e limitações graves decorrentes das relações de poder.

No caso de profissionais que atendem portadores de HIV/Aids é fundamental o aspecto psicossocial inerente ao atendimento. Em um estudo realizado com profissionais que atendem pessoas com HIV/Aids, Figueiredo (2002) aponta para alguns problemas específicos dessa população, como dificuldades para interação, julgamentos morais, desconforto e perplexidade frente à realidade dos portadores.

2.5 Epidemia de HIV/Aids: histórico

A aids foi diagnosticada, como uma nova doença, em 1981 nos Estados Unidos, atingindo jovens homossexuais masculinos. O aumento da ocorrência neste segmento, sugeriu uma possível ligação entre a nova patologia e as práticas sexuais. Entre o fim de 1982 e o início de 1983 foram acumuladas evidências de que se tratava de uma doença transmitida pelo sangue e relações sexuais. A associação da doença à homossexualidade masculina ensejou diversos erros de avaliação sobre sua disseminação, contribuindo para a difusão da aids a outros segmentos sociais. (SANCHES, 1999). Outra *versão*, observada no início da epidemia, foi a concepção de "grupos de risco" para designar um conjunto de pessoas "susceptíveis à infecção". Baseados no diagnóstico de novos casos foram inseridos nestes grupos usuários de

drogas injetáveis, hemofílicos (DAVIS et al., 1983; POON et al., 1983) e pessoas que passaram por transfusão sanguínea (DEVITA; HELLMAN; ROSEMBERG, 1988).

No Brasil, os primeiros casos foram identificados em 1982 e, durante o início dos anos 80, houve uma concentração de casos no eixo Rio de Janeiro - São Paulo e outras metrópoles nas regiões Sul e Sudeste. Os casos diagnosticados se caracterizaram pela inserção em certos segmentos sociais: homo e bissexuais masculinos, hemofílicos ou pessoas submetidas à transfusão de sangue, a maioria do sexo masculino e com alto nível socioeconômico (RODRIGUES-JÚNIOR; CASTILHO, 2004; CASTILHO; CHEQUER, 1997). A partir de 1990, houve uma interiorização da epidemia, que se expandiu para todos estados do Brasil, atingindo basicamente as cidades de porte médio (200 a 500 mil habitantes), sobretudo nas regiões Sul e Centro-Oeste. Outra característica desse período foi o aumento em número de casos entre usuários de drogas injetáveis e por transmissão heterossexual, segundo dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde em 2000.

Atualmente, três processos dentro da epidemia merecem destaque: 1) a “feminilização” da doença onde a proporção de casos, de 25 homens para cada mulher em 1991, reduziu para 2 homens por mulher, em 2000; 2) a “interiorização”, considerando o aumento do número de cidades com registro da doença em todo o país, atingindo municípios de pequeno porte, com 59% dos municípios com casos diagnosticados (SZWARCOWALD; CARVALHO, 2001); 3) prevalência de casos em pessoas com baixo grau de escolaridade (FONSECA et al., 2000). A baixa escolaridade é reflexo de outra característica da maioria das pessoas com HIV: a pauperização, pois assim como em escolaridade, esse segmento é excluído dos demais serviços da sociedade, carentes de recursos e informação.

Segundo o Boletim Epidemiológico da Aids (2007), o número de casos acumulados entre 1980 e junho de 2007 foi de 474.273 portadores, sendo que até 2006, o total de óbitos chegou a 192.709 pessoas. Tais números mostram também uma estabilização na taxa de infecções por ano, que se mantém estável desde 2000. Em Ribeirão Preto, São Paulo, os indicadores epidemiológicos do Programa Municipal de DST/Aids apresentam 4.592 casos no período entre 1986 e 2006. Desse total, 2.510 casos foram a óbito.

A aids tem sido estudada desde sua identificação em 1981. Em 1986 a zidovudina (AZT), primeira droga anti-retroviral, foi aprovada pelo governo norte-americano. Em resposta à epidemia, o governo brasileiro iniciou, em 1991, a distribuição gratuita do AZT para as milhares de pessoas vivendo com HIV/aids. No início, o AZT se mostrou eficiente só em alguns casos particulares, não possibilitando redução significativa nos óbitos por HIV. O

combate à aids passou a ter um desenvolvimento efetivo na segunda metade dos anos 90, dado o desenvolvimento dos inibidores de protease, um novo grupo de anti-retrovirais. Como exemplo, os anti-retrovirais altamente ativos impedem a multiplicação do vírus e fazem parte do coquetel anti-aids. A distribuição de medicamentos associados, os “coquetéis”, ensejou uma redução imediata na mortalidade além de melhores indicadores de imunidade (LIGNANI JUNIOR; GRECO; CARNEIRO, 2001).

Tais resultados ensejaram uma forte adesão na sociedade civil e nas organizações de pessoas portadoras do HIV/Aids. Após 1996, o Ministério da Saúde ampliou a distribuição de anti-retrovirais, chegando, hoje, à disponibilização de quinze tipos, atendendo cerca de quinze mil pessoas com aids em todo o país, segundo dados do Ministério da Saúde.

Além das implicações de ordem biológica, a pessoa com HIV/aids apresenta dificuldades no convívio social, como o preconceito e estigmatização, acarretando manifestações de origem psicológica como depressão, ansiedade, insônia, doença do pânico. Segundo Figueiredo (2004), a AIDS é uma doença social e como tal deve ser combatida, principalmente as manifestações de rejeição, isolamento, segregação e preconceito impostas pela sociedade.

2.6 Atividade física e aids

Vários autores (ALLSEN; HARRISON; VANCE, 1997; NIEMAN, 1999; WEINECK, 2003) discutem uma relação direta entre saúde e atividade física, afirmando que a prática de exercícios auxilia a saúde física, psicológica e social, sendo importante em todos os estágios da vida. Além disso, Pitanga (2002) afirma a existência de evidências bastante significativas sobre a influência da atividade física para a eficiência do sistema imunológico.

Na Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde, alguns pontos destacam a relação existente entre atividade física, promoção da saúde e qualidade de vida.

[...] A atividade física representa, uma arma eficaz para a promoção da saúde, uma vez que o aumento da atividade física tende a reduzir em 1/3 os casos de doenças arteriais e coronarianas, bem como para controle dos fatores de risco e um poderoso caminho para a melhoria da qualidade de vida. Constata-se dessa forma ser praticamente consensual no seio da comunidade, que a prevenção de grande parte dos males da modernidade passa pela prática de atividades físicas, prática essa responsabilmente orientada visando à melhoria da qualidade de vida da sociedade, proporcionando ao indivíduo adotar um estilo de vida que seja

suficientemente ativo, permitindo-lhe condições de viver e conviver livremente com suas necessidades, desejos, demais pessoas e meio-ambiente, podendo dessa forma exercer todos os seus direitos e capacidades de cidadania. (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, [2005]).

Antoni et al. (1990) e Perna, Schneiderman e Laperriere (1997) afirmam que o stress psicológico exerce um impacto negativo sobre a imunidade, propondo um modelo baseado na psiconeuroimunologia (PNI). Segundo essa teoria, fatores de estresse psicológico ativam o sistema nervoso autônomo e neuroendócrino, potencializando seus efeitos imunossupressivos. Dessa forma, quanto maior o estresse psicológico, como a ansiedade, depressão, baixa auto-estima, maior a probabilidade da queda da resistência imunológica e conseqüente avanço de infecções oportunistas. Complementando essa visão, Laperriere et al. (1994), baseados na possibilidade de redução da ansiedade e do estresse por meio da atividade física, afirmam que os efeitos do sistema nervoso autônomo e neuroendócrino poderiam ser contidos ou pelo menos diminuídos, permitindo ao sistema imune um retorno ao seu estado normal.

MacKinnon (1994) afirma que o exercício, o estresse e a doença podem ser vistos como vértices de um mesmo triângulo. Desta forma, são fatores interdependentes interagindo em conjunto: enquanto o estresse é um fator contribuinte para o desenvolvimento de doenças, o exercício pode modular o estresse e evitar o adoecimento.

A prática de atividades e exercícios físicos por pessoas que vivem com HIV/aids era pouco estudada até o início do século XXI. Embora indicada por alguns especialistas, seus resultados em longo prazo ainda não eram conhecidos, pois pouquíssimos estudos sobre o tema haviam sido, até então, publicados. Cofrancesco (2001) defendia a necessidade de estudos concretos para que respostas definitivas fossem encontradas. O pensamento vigente era que a prática de exercícios, supervisionada adequadamente, se não trouxesse benefícios, também não afetaria de forma negativa os portadores de HIV/Aids.

Um aspecto importante citado por Nieman (1999) é que a atividade física também era recomendada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a cooperação psicológica dos indivíduos infectados pelo HIV.

A partir de tais estudos, o interesse pelo tema aumentou o número de publicações na área (CLINGERMAN, 2004; MELONI, 2004; NEIDIG; SMITH; BRASHERS, 2003). Pesquisas realizadas no Colégio Americano de Medicina Desportiva mostram um número crescente de profissionais da área da saúde que recomendam a prática de atividades físicas

para pessoas com HIV/aids, fato diretamente ligado ao aumento do conhecimento produzido pelas pesquisas na área.

Um estudo realizado por Paccagnella (2008) envolvendo a atividade física realizada por portadores de HIV apontam os seguintes benefícios:

- ✓ Melhora da massa, força e resistência muscular.
- ✓ Melhora da resistência cardíaca e pulmonar.
- ✓ Melhora do nível de energia proporcionando menor cansaço.
- ✓ Redução do Estresse.
- ✓ Aumento da sensação de bem-estar.
- ✓ Aumento da força e resistência óssea.
- ✓ Redução dos níveis de colesterol e triglicérides.
- ✓ Redução da gordura abdominal.
- ✓ Melhora do apetite.
- ✓ Melhora do sono.

2.7 Lipodistrofia e emaciação

O desenvolvimento farmacológico no combate a Aids vem exigindo, ultimamente, a participação ativa de pessoas em tratamento médico, considerando a posologia, a combinação de medicamentos, os horários para administração e as recomendações especiais relacionadas aos remédios administrados. Um estudo feito por Lignani Junior, Greco e Carneiro (2001), identificou, como motivos para o abandono do tratamento, o uso incorreto dos medicamentos e os efeitos colaterais causados pela medicação. Um destes efeitos, a lipodistrofia, caracterizada por uma má distribuição da gordura corporal, lipoatrofia e lipoacúmulo.

A lipoatrofia caracteriza-se por uma perda de gordura nos braços, pernas e face, ficando as veias dos braços e pernas proeminentes (SHMITZ; LAYNE; ROUBENOFF, 2004). O lipoacúmulo caracteriza-se por um aumento de gordura abdominal, aumento das mamas nas mulheres e maior concentração de gordura na região dorso cervical, conhecida como “corcunda de búfalo” (PACCAGNELLA, 2008).

O aumento da gordura central causa preocupações a longo prazo, por estar relacionado a possíveis causas de doenças vasculares, cardiopatias e acidentes vasculares cerebrais (RACHID; SCHECHTER, 2000). Além disso, essas alterações fisionômicas provocam a queda da auto-estima, potencializando exclusão social e dificuldades no relacionamento familiar, contribuindo para o abandono do tratamento. Sanches e Gutteras (2004) referem que as alterações corpóreas decorrentes da lipodistrofia podem trazer conseqüências marcantes para a saúde afetivo-emocional e para a vida sexual de indivíduos portadores de HIV. Tais alterações parecem reduzir a auto-estima e a auto-imagem, interferindo, diretamente, na sexualidade. Ainda segundo o autor essa forma do corpo (com lipodistrofia) acaba por revelar a soropositividade, trazendo novamente uma “cara da Aids”, como no início da doença, que era caracterizada pela pele escurecida (causada pelo AZT) e lesões de pele causadas pelo sarcoma de Kaposi.

Segundo Cofrancesco (2001), as alterações morfológicas associadas às alterações metabólicas podem levar os pacientes ao abandono do tratamento, principalmente, em decorrência da percepção negativa de sua auto-imagem, relacionada ao uso dos anti-retrovirais. Com isso, a lipodistrofia nos remete às questões psicossociais, pois seus efeitos potencializam angústias: o medo da estigmatização, o isolamento social e as perdas no relacionamento social.

Confirmando a preocupação com o impacto da lipodistrofia no tratamento da Aids, em 2004 o Ministério da Saúde incluiu na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) cirurgias estéticas e reparadoras, de pequeno e médio porte para correção da lipodistrofia aos portadores do HIV (BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2005).

Outra manifestação decorrente da aids é a síndrome da emaciação (desgaste), definida como uma perda involuntária de peso em cerca de 10% do original, acompanhada de diarreia persistente, fadiga grave e/ou febre sem etiologia evidente. Com a emaciação aumenta o risco de outras infecções, uma perda superior a 10% do peso aumenta em cerca de 4 a 6 vezes o risco de mortalidade quando comparado aos doentes com peso estável (O'BRIEN et al., 2004)

Segundo Grispoon e Mulligan (2003) o diagnóstico da síndrome de emaciação são complexas, pois é necessário a exclusão ou tratamento das infecções oportunistas. Caso não haja sinais de outras razões para as alterações metabólicas, a má nutrição e as síndromes de má absorção podem contribuir para o aparecimento da síndrome de emaciação. Outros

estudos mostram que cerca de 14% dos soropositivos apresentam perda de mais de 10% do seu peso original, sendo o índice de incidências superior em toxicodependentes endovenosos.

2.8 O trabalho em equipes multidisciplinares no tratamento da aids

Rachid e Schchter (2000) destacam que é possível buscar melhores alternativas para a solução dos problemas conseqüentes do desgaste e da lipodistrofia, problemas que merecem um tratamento de maior eficácia. Dada sua complexidade, o paciente precisa contar com a ajuda de médicos de diversas especialidades, psicólogos, nutricionistas, profissionais de educação física e fisioterapeutas

Dois aspectos podem contribuir para a aderência do paciente ao tratamento: a redução da lipodistrofia e o vínculo com os profissionais de saúde. Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Para que esse vínculo seja efetivo, é preciso a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, que se reconhecem na condição de sujeito, que fala, julga e participa.

A eficiência dos medicamentos, e conseqüente aumento da expectativa de vida ensejaram, tanto ao portador do HIV/Aids quanto ao profissional da saúde, redimensionar as conseqüências do contágio, considerando outras questões a serem enfrentadas, como o preconceito, a manutenção das relações sociais, a adesão ao tratamento anti-retroviral, as mudanças no estilo de vida e as preocupações com aspectos preventivos, entre outras. (FRIEDLAND, 1996; LIGNANI JUNIOR; GRECO; CARNEIRO, 2001; FIGUEIREDO; RISSI, 1999).

Frente ao contexto atual da epidemia, o Programa de Atendimento Psicossocial da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP (PAPsi), iniciou em 1988, um projeto de estudos sobre atitudes e propensões de profissionais de saúde frente ao atendimento às pessoas que vivem com HIV/aids. Até o momento foi realizada uma série de pesquisas com pessoas que vivem com HIV/aids, seus familiares e profissionais envolvidos no atendimento (FIGUEIREDO, 2004).

Quando investigado *o ponto de vista da pessoa atendida* (FIGUEIREDO et al., 1999), foram identificadas percepções sobre dificuldades dos profissionais e o seu despreparo para

ouvir as queixas da pessoa atendida, além de uma dificuldade para o estabelecimento de um vínculo profissional, devido à descontinuidade do atendimento, imposta pela alternância dos membros da equipe. Outro fato, relatado pelos pacientes com HIV/Aids foi que as estratégias de abordagem à pessoa eram determinadas pelas características individuais do profissional, e não pela adequação ao momento em que o atendimento era realizado. Tais resultados demonstraram a necessidade de *um trabalho com os profissionais* (FIGUEIREDO, 2002), o que sinalizou a existência de situações emergenciais, onde os recursos técnicos nem sempre eram viáveis, exigindo outros elementos, além da informação. Nestes casos, os recursos da aprendizagem informal e as regras implícitas ao trabalho grupal seriam fundamentais para a atuação junto aos pacientes. A *perda da autonomia profissional frente às regras formais* foi outra constatação. Ainda que a manutenção de protocolos, para nortear os procedimentos técnicos, facilite a intervenção, há situações emergenciais onde os recursos técnicos nem sempre são possíveis e tais impedimentos exigem outros elementos, além da informação. Nestes casos, a experiência acumulada poderia prevalecer, oferecendo os recursos da aprendizagem informal e das regras implícitas ao trabalho, sendo que o próprio grupo poderia constituir um fórum importante para gerar este conhecimento.

A criação de uma equipe multidisciplinar para o atendimento a pessoas com HIV requer cuidados especiais, considerando os aspectos psicossociais do trabalho e por se tratar de um grupo de características peculiares, marcados pelo preconceito. A divulgação pela mídia, desde o início da epidemia, que a doença estava relacionada a homossexualidade e ao uso de drogas contribuiu para que o preconceito se instalasse na sociedade civil. Assim, a sociedade brasileira tem construído, ao longo da epidemia, focos de resistência social às pessoas com HIV/aids, provocando discriminação, medo, preconceito e exclusão social (DANIEL; PARKER, 1991).

A busca de orientação, e suporte técnico e psicológico para a manutenção do equilíbrio psicoativo no trabalho também foi citada como fundamental no tratamento às pessoas que vivem com HIV/aids. Apesar da importância instrumental das questões técnicas e operacionalizadas do atendimento clínico, com protocolos bem definidos de procedimentos, a relação terapêutica exige, do profissional, competências psicossociais que ultrapassam as barreiras das especialidades e da fragmentação do trabalho, na área de saúde.

A formação em saúde, na atualidade, é marcada pela fragmentação do trabalho, que é decomposto em seus elementos mais simples, com a eliminação do seu caráter subjetivo. Esta decomposição se reflete nas ciências, que fazem em pedaços a realidade, perdendo o sentido

da totalidade. Na atuação em Saúde, esta decomposição se manifesta na desvitalização da relação profissional-paciente. A ênfase dada à formação técnica nas escolas e faculdades (MAZOTTI, 1979), diminui a competência social do profissional de saúde, formando profissionais que racionalizam totalmente o processo de cura, transformando o paciente numa questão técnica a ser resolvida.

Algumas pesquisas (FIGUEIREDO, 2000; LOPES; FIGUEIREDO; TURATO, 1996) mostraram que a qualificação parece tornar os profissionais mais críticos e menos sensíveis quanto ao trato psicossocial da aids. Tem sido constatada uma maior valorização da necessidade de suporte ao paciente, entre profissionais menos qualificados, que apresentam também maior rejeição quanto ao caráter paliativo do tratamento. Esses dados confirmam uma prevalência da competência técnica, sendo mais importante *informação* do que *afiliação social* para os profissionais com maior nível de qualificação. Não que a informação seja insignificante no tratamento, muito pelo contrário. O conhecimento instrumental, apesar de essencial para a superação de questões estruturadas da ação imediata, mascara a falta de uma competência social que permite ultrapassar os limites da compartimentalização do conhecimento.

Kranisck (1990) e Wallack (1989) afirmam que os profissionais de saúde que atendem pacientes com HIV/aids constantemente apresentam sentimentos ambivalentes, despertados por situações adversas e por dificuldades na interação com o paciente. Outro fato apontado por esses autores, é que na maioria das vezes os profissionais não dispõem de espaço para explicitar e discutir essas dificuldades. Com isso não encontram meios para dar vazão às expectativas e sentimentos depositados neles, aumentando o desgaste no trabalho. Outros estudos (FIGUEIREDO, 2002) mostram uma necessidade, por parte dos pacientes, da recuperação da prática informal no atendimento. Entretanto tal processo não é simples, devido à própria natureza da doença, onde muitas vezes os recursos da competência técnica e dos procedimentos clínicos não são suficientes para a “cura do paciente”. As dificuldades psicológicas encontradas pelos profissionais estão relacionadas à interação, o que pode envolver sentimentos de antipatia, desconforto e perplexidade, frente às condições físicas e emocionais em que a pessoa em atendimento se encontra. Sem exceção, são relatos que identificam a necessidade de orientação e suporte ao próprio profissional, e que representam uma grande barreira à realização de vínculos significantes para um atendimento equilibrado.

A busca pela superação dessas dificuldades deve ser algo construído junto com outros, sejam profissionais, cuidadores ou mesmo as pessoas atendidas, a partir de suas vivências.

2.9 Núcleo de atividades físicas PAPsi/Ghiv

A partir das atividades do Programa de Atendimento Psicossocial à Aids da FFCLRP USP, em 2002 foi fundado, na cidade de Ribeirão Preto, o Grupo Humanitário de Incentivo à Vida - GHIV, criado por um grupo de portadores do HIV e profissionais da saúde, tendo como objetivo dar voz às pessoas que vivem com o HIV/Aids em nossa região, num contexto de liberdade para discutir sua vida em seus próprios termos, dentro do próprio referencial (GOMES et al., 2003) Ao longo de suas atividades, o GHIV desenvolveu condições para ampliar e comportar outras formas de atividades, motivadas pelas necessidades dos seus usuários (SOUZA et al., 2003). Dentre elas surgiu, a partir da parceria com profissionais de educação física da UNAERP, um programa de exercícios físicos para portadores de HIV/Aids visando, principalmente, minimizar os efeitos da lipodistrofia, com reflexos sobre a auto-estima dos usuários do GHIV. Inicialmente, em uma academia de ginástica de Ribeirão Preto, o projeto foi instalado, atendendo oito usuários. Destes, três completaram o programa, relatando, ao final, uma melhora nas avaliações físicas, ganhos em sua auto-estima e socialização. Como justificativa para as desistências na participação do programa, a perda do emprego e conseqüente falta de recursos econômicos foi a principal causa. (PACCAGNELLA, 2002).

Após um período de reestruturação das atividades e considerando as dificuldades apontadas pelos usuários, em 2005 foi inaugurada uma pequena academia de ginástica, com equipamentos doados pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Nesse período a equipe de profissionais foi ampliada passando a contar, além dos educadores físicos, com nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos.

A academia funcionava às segundas, quartas e sextas feiras, das 8h às 10 h e das 17h às 19:00h. O atendimento, gratuito, era acompanhado por educadores físicos; nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas faziam avaliação periódica, com agenda marcada.

Os processos grupais foram conduzidos através de atividades quinzenais, ao longo do projeto de extensão no qual a pesquisa está inserida. As reuniões tinham duração aproximada de 90 minutos. Os grupos eram conduzidos por um coordenador e um auxiliar, que definiam antes de cada sessão alguns critérios para a direcionar as discussões.

Os encontros tiveram condução não diretiva, incentivando a participação conjunta de todos os presentes, focalizando a socialização das experiências vivenciadas, sendo uma forma

de avaliar os meios de apropriação do conhecimento informal derivado do trabalho realizado e da vivência subjetiva aprendida neste processo por cada indivíduo em suas atividades junto aos usuários do programa de atividade física. Um resumo dos conteúdos desenvolvidos em cada reunião encontra-se no apêndice A.

As atividades realizadas dentro da Academia foram encerradas em março de 2008. Um dos desdobramentos foi o ganho em conhecimento produzido, abrindo novas perspectivas de trabalho na área, tanto para a continuidade ao atendimento aos usuários do programa, como para a renovação e re-estruturação da Equipe Profissional que administrou o serviço prestado.

3 OBJETIVOS

3.1 Gerais

Avaliar processos de Orientação e Suporte Psicossocial dentro de um Programa de Condicionamento Físico dirigido a pessoas com HIV/aids, e seus desdobramentos para a formação do profissional envolvido.

3.2 Específicos

- Identificar, na produção do grupo, elementos relacionados à concepção do trabalho via conhecimento informal derivado do atendimento prestado;
- Avaliar os processos de interação ocorridos na equipe de trabalho;
- Levantar informações subsidiárias à concepção e reorientação de novos projetos;
- Avaliar, dentro da equipe, o investimento dos profissionais considerando as diversas especialidades;
- A partir do conhecimento produzido, criar um *background* para o atendimento aos portadores de HIV/Aids, estendendo a formação para o plano de organização dos profissionais que atendem as pessoas com HIV/aids.

4. MÉTODO

4.1 Referencial teórico-metodológico

Discutindo a metodologia quantitativa/qualitativa aplicadas às ciências sociais, Minayo e Sanches (1993, p. 245) concluem:

A primeira (abordagem quantitativa) tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

A segunda (qualitativa) adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

O método qualitativo de investigação foi escolhido dado o caráter delimitado do grupo estudado, investigando os processos internos ao trabalho, no caso, os profissionais da Equipe responsável pela atividade física para portadores de HIV/Aids. Ainda segundo os autores acima citados, a investigação qualitativa é mais indicada para abordar temas como valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, justamente o foco do presente trabalho.

Para trabalhar com aspectos simbólicos e sociais envolvidos, foi adotado um referencial teórico-metodológico como o enfoque de representações sociais proposto por Moscovici (1978), que associa as representações sociais ao saber informal originado no cotidiano para tratar de um assunto, pessoa ou objeto que é estranho a fim de torná-lo familiar, possibilitando a interação com outros indivíduos ou grupos. Minayo e Sanches (1993) apontam ainda que representações sociais não são necessariamente conscientes, se reproduzindo e modificando a partir de relações coletivas. Tal perspectiva é considerada a mais adequada ao presente projeto, que visa investigar as práticas informais utilizadas no cotidiano no atendimento prestado na academia para portadores de HIV/Aids para a construção de um background a ser compartilhado.

4.2 Participantes

Participaram da pesquisa oito profissionais de saúde, atuantes no Programa de Atividade Física para pessoas com HIV/Aids, junto ao GHIV. A equipe era constituída por 1 psicólogo, 2 graduandos em Fisioterapia na USP-RP, 2 graduandos em nutrição na USP-RP, 1 educador físico e 3 graduandos em Educação Física na Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP. O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP e aprovado, conforme processo número **226/2005-2005.1.1707.59.7**. (Anexo A)

As entrevistas foram realizadas após os participantes terem firmado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme Resolução n° 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Nesse termo foi garantido, aos participantes, o sigilo sobre as informações e sua identidade (Apêndice B).

4.3 Procedimento

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais e gravadas com a autorização dos sujeitos. As entrevistas seguiram procedimento semi-estruturado, de acordo com processos de evocação de enunciados proposto por Ribeiro e Figueiredo (1996). O método compreende três etapas:

1. Evocação: Após o rapport com o entrevistado, foram discutidas questões relativas à participação, consentimento informado e as informações relevantes sobre a entrevista, como a adesão espontânea, o sigilo, a devolução dos resultados e a resolução das dúvidas. Em seguida, pedia-se à pessoa entrevistada que refletisse, em um tempo determinado, sobre o que considera mais importante na sua participação no projeto. Ao entrevistado, era dada a seguinte orientação:

*“Vamos começar, agora, nossa entrevista. Antes, porém, eu gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, **sobre como está sendo a experiência de participar no Programa de Atividade Física**. Procure pensar em tudo o que é importante para você, tanto coisas que podem ser negativas como positivas. Vou lhe*

dar alguns minutos para você pensar em silêncio, sobre isso. Quando você já tiver terminado me avise, certo?”.

2. Enunciação: Após o sujeito ter pensado a respeito do que lhe foi solicitado, o entrevistador, lhe entregando caneta e uma folha de papel em branco, instruía:

“Escreva agora, com suas próprias palavras, o que de mais importante você pensou sobre o que lhe pedi. Procure escrever da forma mais simples que puder. Se achar mais fácil, faça uma lista das coisas, como se fosse uma lista de compras”.

3. Averiguação: Uma vez recolhidos os enunciados, o entrevistador inicia a entrevista propriamente dita, que consiste na verificação e discussão dos conteúdos evocados na primeira fase. A instrução para essa fase foi a seguinte :

“Iremos, agora, conversar sobre o que está escrito no papel. Como já havíamos combinado, esta parte da conversa será gravada, de forma que fique mais fácil e eu não esqueça alguns detalhes importantes do que você me disser. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave, pode me avisar, que eu interrompo a gravação, até que você me autorize a continuar a gravando. Se você deixar, eu gostaria de fazer anotações, nos momentos em que não estivermos gravando, logicamente lhe mostrando o que foi escrito para ver se você concorda. Podemos começar?”.

Ao final da entrevista, o pesquisador se colocava à disposição para responder questões remanescentes.

4.4 Análise de conteúdo e tratamento dos dados

Esta fase se baseou em estudos qualitativos, considerando as entrevistas. Dado o enfoque pontual que caracteriza as avaliações tradicionais, a análise de conteúdo foi procedida considerando *categorias a posteriori*, identificadas *no processo em que cada subgrupo está mergulhado*, devendo se referir a mudanças, necessidades, formação de background, geração e apropriação de conhecimentos, manejo de tensões ao longo do Projeto de Intervenção.

As transcrições das entrevistas gravadas, foram complementadas pelas anotações realizadas durante as sessões. A análise de conteúdo foi processada com base no destaque dos conteúdos temáticos emergentes identificados e fundamentada a partir de análises sucessivas, realizadas em diferentes etapas, conforme ilustrado no **Quadro 1:**

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE (sessões / sujeitos)	A – Leitura Inicial
	B – Marcação
	C – Corte
	D – Primeira Junção *
	E – Notação
	F - Organização e Primeira Síntese
SEGUNDA JUNÇÃO**	
SEGUNDA FASE (conteúdos)	G - Leitura Inicial
	H - Organização
	I - Notação
	J - Redação Final

Quadro 1. Procedimento de Análise de Conteúdo do material transcrito nas entrevistas

*Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

**Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Primeira Fase: Realizada a partir das transcrições das entrevistas. Nesta fase, a junção para síntese foi feita *partindo de conteúdos comuns dentro de uma mesma entrevista ou sessão em Grupo*. Para isso, envolveu:

A. Leitura Inicial: Compreende uma série de leituras em profundidade, onde foram identificados alguns trechos preliminares, relativos às Categorias Temáticas tratadas nas entrevistas.

B: Marcação: Nesta etapa, alguns trechos das transcrições foram selecionados, destacando os conteúdos correspondentes às Categorias Temáticas, além de outros conteúdos julgados significantes.

C. Corte: Os trechos selecionados foram retirados e dispostos em protocolos especiais, que permitem notações e observações marginais, para a análise de conteúdos.

D. Notação: Observações marginais foram realizadas sobre cada um dos trechos, comentando-os e localizando-os na literatura e no contexto das entrevistas.

E. Primeira Junção: Os trechos recortados e suas respectivas notações foram agrupados *por sujeito*, visando à primeira síntese. *Os conteúdos e locuções de cada sujeito são apresentados no Apêndice C.*

F. Primeira síntese: As observações marginais serviram de referencial para a organização dos dados em uma *segunda junção*, onde foram agrupados os trechos dos sujeitos/grupos, incluindo-os em Categorias Temáticas *a posteriori*.

Segunda Fase: Realizada sobre a Segunda Junção, se referindo aos conteúdos comuns às várias sessões de entrevistas. Compreendeu as seguintes etapas:

G. Leitura Inicial: Da mesma forma que a fase anterior, envolveu uma série de leituras em profundidade , onde foram identificados alguns trechos para as análises preliminares, agora por *Categorias Temáticas*.

H. Organização: Os trechos selecionados foram agrupados, classificando-os em subcategorias, ou seja, segundo conteúdos específicos de uma das Categorias Temáticas, em particular.

I. Notação: Tomando um protocolo de notação semelhante ao utilizado durante a primeira fase, as notações anteriores foram ampliadas e relacionadas entre si, dentro de uma mesma Categoria Temática.

J. Segunda síntese: Finalmente, de posse dos resultados da segunda notação, uma segunda síntese foi realizada, considerando os processos conjugados, de todos os subgrupos estudados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na análise de conteúdos, foram definidas categorias temáticas, apresentadas na Figura 1. A definição de cada categoria é apresentada no quadro 2:

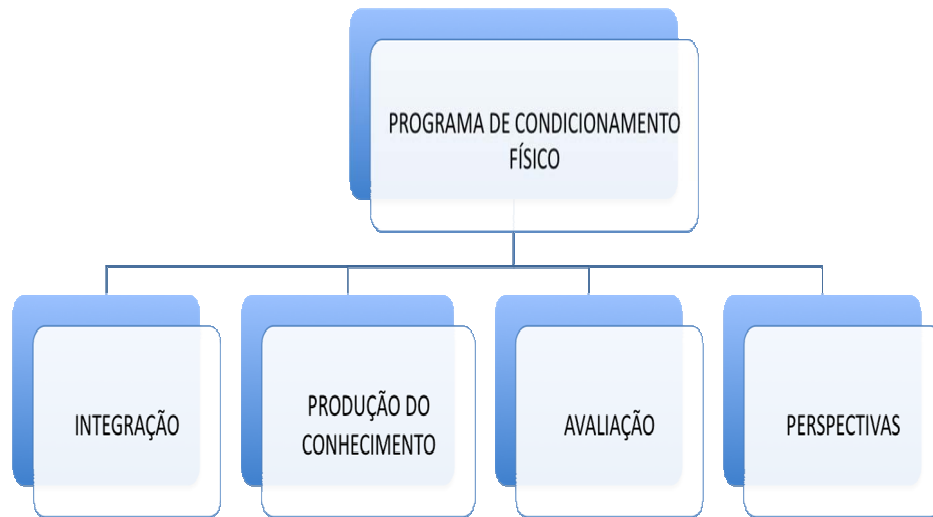


Figura 1. Categorias temáticas definidas a partir das entrevistas

CATEGORIAS TEMÁTICAS	DEFINIÇÕES
INTEGRAÇÃO	<i>Processos derivados da síntese das atividades do grupo, envolvendo seus elementos de regulação e facilitação</i>
PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	<i>Conteúdos relacionados com os elementos de construção do saber no âmbito do trabalho socializado, produto da apropriação da experiência informal ou acadêmica</i>
AVALIAÇÃO	<i>Processo de crítica e autocrítica sobre o trabalho realizado, tanto em função de metas não atingidas como em relação ao trabalho multidisciplinar</i>
PERSPECTIVAS	<i>Propensões para a continuidade das atividades, tanto do programa como na perspectiva individual dos profissionais</i>

Quadro 2. Definições das categorias temáticas centrais

Como “*integração*”, foram agrupados processos derivados da síntese das atividades do grupo, envolvendo seus elementos de regulação e facilitação, em outras palavras, seus aspectos lógicos e psicológicos. Na categoria “*produção do conhecimento*”, estão os

conteúdos que possibilitaram a apropriação do conhecimento informal produzido nas atividades do grupo. Na categoria “*avaliação*”, foram identificadas locuções que avaliam os resultados da equipe, além de fatores que dificultaram melhores resultados. A última categoria definida foi “*perspectivas*”, abrangendo aspectos referentes a preparação para o mercado, desenvolvidos durante o projeto, e também perspectivas para a continuidade das atividades do grupo. Dentro de cada categoria foram criadas subcategorias, que serão detalhadas a seguir.

5.1 Integração

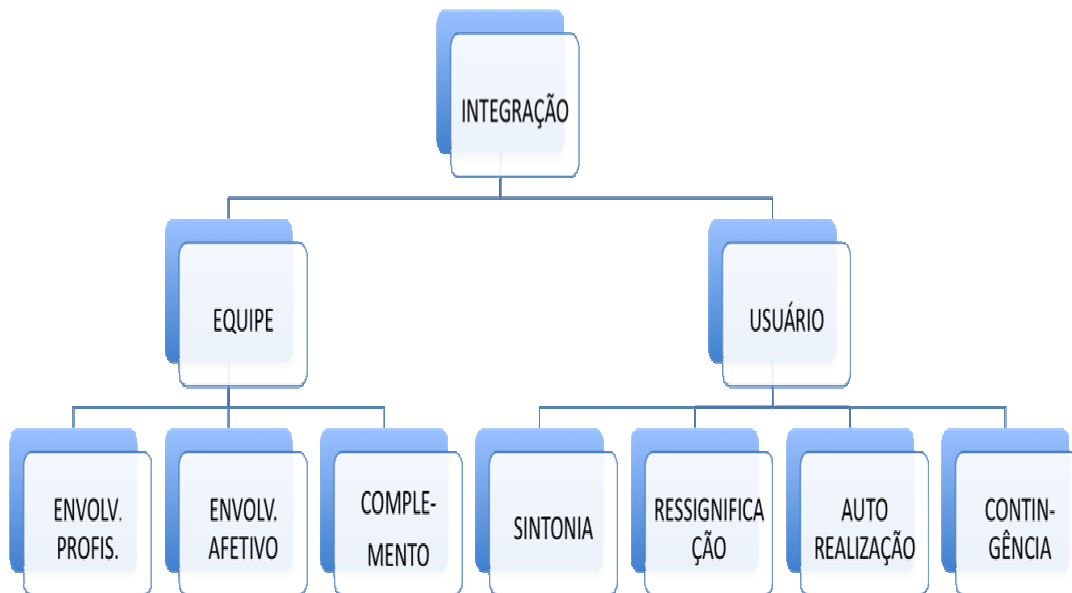


Figura 2. Subcategorias dentro de “*integração*”

As locuções referentes a cada subcategoria são apresentadas em quadros, adotando como critério o primeiro número referindo-se a identificação do participante e o segundo a ordem que a frase foi pronunciada. Por exemplo: *Locução 1.2* significa que é a segunda locução do sujeito 1. A seguir são apresentadas as locuções relativas à categoria **Integração** e suas subcategorias.

INTEGRAÇÃO
1 - EQUIPE: fatores inerentes à interação do grupo, manifestando as diversas formas de envolvimento e apropriação do trabalho
1.1 ENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: reflete o envolvimento dos participantes, manifestando responsabilidade, capacitação e profissionalismo
Locução 1.2 <i>mesmo sendo um trabalho voluntário, eu acho que não deixa de ser um trabalho, com as mesmas responsabilidades que eu teria ganhando ou não</i>
Locução 2.5 <i>Bom, a melhor integração foi em relação aos profissionais que trabalharam com a gente, tanto psicólogo, tanto médico, que gente tem uma integração, gente via que a informação corria entre os grupos, eu achei muito importante porque possibilita a gente ter novos trabalhos com grupos que vê que dá certo, o negócio é por aí.</i>
Locução 3.3 <i>pensando mais nas nossas reuniões de como fazer pra melhorar o projeto, como a gente pode ajudar, como a gente pode, ali no caso melhorar..</i>
Locução 4.1 <i>trabalho voluntário, eu escolhi porque foi por isso que eu entrei no projeto, porque era uma coisa voluntária, eu nunca tinha feito e eu tinha interesse de fazer.</i>
Locução 7.3 <i>Cooperação em função do trabalho multidisciplinar, todos tão buscando um objetivo em comum que é a promoção de saúde, que é o auxílio, que é a otimização da saúde desses pacientes, né,</i>
1.2 ENVOLVIMENTO AFETIVO; Vínculos psicológicos entre profissionais e usuários do programa
Locução 1.4 <i>e força porque a gente lida com muitas dificuldades lá dentro né, a queda do sistema imune, algumas perdas que ocorreram, pessoas que se foram.</i>
Locução 5.3 <i>eu acho que também teve um resgate um daquilo que eu acho que é dever da nossa profissão, né, na verdade, profissões distintas aí, resgatar um pouquinho você trabalhar pelo outro, às vezes sem necessariamente buscar só o retorno financeiro, resgatar um pouquinho mais, daquela, sabe, da coisa, não se meio humanístico, né, mas desse lado também</i>
Locução 6.4 <i>cuidado, tanto de se cuidar, das pessoas que iam lá, e o cuidado das pessoas que estavam trabalhando ali, com as aquelas pessoas, isso na minha monografia foi algo que foi extremamente valorizado, porque eu vi os portadores, eu vi o lado deles, e a questão das pessoas que faziam a orientação ali dos exercícios, foi super valorizado, o cuidado que eles tinham em passar as informações..</i>
1.3 COMPLEMENTO: interação dos profissionais para cobrir lacunas das atividades especializadas
Locução 1.7 <i>foi muito bacana porque eram outros olhares, e cada um com uma opinião diferente sempre a acrescentar, não a menosprezar uma ou outra área ali dentro</i>
Locução 4.6 <i>a gente ia lendo, ia tentando ver a interação da droga, do coquetel com o que a gente podia fazer na nutrição, o que já tinha na literatura até hoje, os resultados que tinham, e o que a gente via mesmo era que era necessário o trabalho em equipe, a pessoa tem que fazer exercícios, tem que ter uma alimentação balanceada, isso que a gente tentava passar</i>
Locução 5.8 <i>saía de lá falava “puxa vida, olha que negócio legal a gente tá fazendo, né”, que cada um, sabe, devagarzinho eu acho que cada sabe até onde pode ir sem invadir o do outro, sabe, devagarzinho parece que cada um, ocupa o seu lugar, divide isso, não é aquele negócio “isso aqui é o meu”, não, eu vou dividir o que é meu com todo mundo e de repente você vê uma coisa que eu não consigo enxergar.</i>
Locução 6.6 <i>Eu chegava , até algumas orientações de eles não sabiam quem procurar para algumas coisas, então eles chegavam em mim....Isso era muito legal, sabe... Por eu já estar no projeto há algum tempo, já sabia algumas coisas para explicar, para passar algumas informações , às vezes ficava, eu ouvia... gente falar...: “isso é coisa de assistente social”... mas não tinha assistente social... eu ia deixar as pessoas sem informação?! Parece que fica restrito né? Não tem ninguém lá! Eu vou ficar muda?</i>
Locução 7.7 <i>mesmo com essas dificuldades tem que ser buscar a tentativa de fazer com que essa interação acontecesse, de quebrar essas barreiras, de mostrar que todo mundo tinha seu valor ali, ninguém tava querendo invadir a área de ninguém.... dar oportunidade das pessoas verbalizarem, falarem a respeito, não só ficarem dentro da área delas, mas darem uma circulada, uma transitada geral, assim, tentarem entender o contexto de todo mundo, para cada um se conhecesse melhor as dificuldades que cada um tinha</i>

Quadro 3. Subcategoria “equipe” dentro de “integração”

A categoria referente à **Integração** concentra conteúdos sobre as formas como os membros do grupo se relacionavam, *entre si e com os usuários*. Dentro dela, foi identificada uma subcategoria, *equipe*, concentrando vários significados. Uma revisão na literatura sobre trabalho em equipe, realizada por Fortuna et al. (2005), identificou três concepções distintas: a primeira enfatiza os resultados do trabalho em equipe, que é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. A segunda vertente destaca as relações, tomando como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos envolvidos. A terceira vertente coloca o foco na interdisciplinaridade, discutindo a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Dentro das categorias identificadas no presente trabalho, pode-se identificar essas três concepções, pois existem referências ao trabalho em si, a produtividade, aos relacionamentos e a interação entre as especialidades.

Lewin (1973) observou que a integração de um grupo só se dará quando as relações interpessoais estiverem baseadas na autenticidade de suas comunicações e que essa autenticidade é uma atitude passível de aprendizado no e pelo grupo. Partindo desse pressuposto, na preparação das primeiras reuniões procuramos desenvolver a comunicação, incentivando os participantes a participarem ativamente através de dinâmicas e discussões. As seções iniciais tiveram também o objetivo de promover o processo que Lewin denomina como *descristalização*, ou seja, abertura para novas idéias através de explicações, informações e sensibilização. Nesta fase tivemos a desconstrução de estereótipos sobre o portador de HIV/Aids e ampliação da percepção sobre as especialidades. Na sequência, a partir do deslocamento das resistências e redução das tensões, ocorre a *mudança*, já que o grupo internalizou novos valores e desenvolveu sentimento de cooperação. A fase final é chamada *recristalização*, caracterizada pela criação de um novo estado de equilíbrio satisfatório para todos os membros do grupo, permitindo a consolidação desse estado. Percebemos essa fase nas locuções, manifestando a satisfação com as interações pessoais e profissionais.

Peduzzi (2001) apresenta uma distinção quanto ao trabalho em equipe, que podem ser caracterizadas como *equipe agrupamento*, marcada pela justaposição das ações e o agrupamento dos agentes; e *equipe integração*, marcada pela articulação das ações e a interação dos agentes. Na estrutura de funcionamento da equipe, quanto maior a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da *equipe-integração*; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da *equipe-agrupamento*.

Os profissionais avaliados podem ser caracterizados como membros de uma *equipe integração*, devido a constante interação entre os participantes, no intuito de articular os trabalhos.

Embora tenha-se dado ênfase na interação para o trabalho em equipe, não se aboliu as especificidades dos trabalhos de cada área. As diferenças técnicas expressam a oportunidade de melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade possibilita o aprimoramento do conhecimento e desempenho técnico em determinada área de atuação. A especialização em si não é o grande problema no atendimento em saúde, mas sim a atenção excessiva dada a ela em detrimento da relação humana.

Apresentando equilíbrio na relação conhecimento técnico/social, o grupo mostra na categoria 1.2., *envolvimento afetivo*, valores convergentes com a proposta de que o ensino do cuidado não deva ser fundamentado apenas na dimensão cognitiva, mas construído no cotidiano das interações entre educadores e educandos, usuários e profissionais e também entre os membros da equipe, desenvolvendo comportamentos, habilidades e atitudes humanistas.

Segundo Silva et al. (2002) os serviços de assistência às pessoas vivendo com Aids, recorrem a equipes multidisciplinares, que no entanto, na maioria das vezes não tem garantido respostas adequadas. Não basta simplesmente a estruturação dos serviços com base na multiprofissionalidade, pois frequentemente as práticas profissionais são isoladas e concorrentes, denotando a dificuldade de interação entre as competências técnicas. Por isso as reuniões do grupo de pesquisa foram importantes, para que percebessem as múltiplas interações entre suas especialidades.

Percebe-se na sub categoria 1.3., *complemento*, algumas locuções que identificam uma interação das profissões, percebidas como complementares, e a valorização da convergência dessas especialidades, buscando objetivos comuns. Uma equipe não se constrói apenas com a convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Fortuna et al. (2005) defendem a possibilidade de crescimento e construção das equipes se forem estabelecidas formas conjuntas de pensar sobre a tarefa, em si, a finalidade do trabalho, a comunicação, a imagem do outro, a aprendizagem, a afiliação, e a distribuição do poder.

Em um estudo publicado há quase uma década, Figueiredo (2000) salientava a importância da existência de um espaço de trocas para favorecer o compartilhamento de angústias, dúvidas e dificuldades vividas, aliviando o estresse, fortalecendo a equipe,

estimulando pesquisas e discussões nas quais os profissionais de saúde pudessem resgatar o caráter conceitual do trabalho e seu papel nos processos decisórios. Para isso o grupo deve privilegiar relações horizontais, deixando sempre claro que as decisões são responsabilidade de todos. No início das reuniões entre os profissionais do Grupo de Atividades Físicas, os participantes adotavam uma postura passiva, esperando que o coordenador definisse as diretrizes. Como a condução das reuniões era feita para estimular a participação, membros do grupo passaram a adotar uma postura mais ativa, participando efetivamente do planejamento dos processos e engajados na execução.

No trabalho da equipe foi fundamental a relação dialógica estabelecida entre os participantes. Importante considerar que o diálogo não significa somente ouvir o outro, mas também desafiá-lo e problematizar as situações cotidianas, possibilitando a transformação da realidade. O diálogo exige uma sensível interação com o mundo do outro, levando em conta sua formação histórica e cultural, para compreender o movimento dinâmico que se estabelece em torno do sujeito.

Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais. O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. (FREIRE, 1987, p. 77).

O diálogo e a interação dos profissionais também foram constatados, considerando a relação entre profissionais e usuários do programa. Locuções referentes à essas relações são apresentada no quadro 4, dentro da subcategoria *usuário*.

2 – USUÁRIO: elemento para quem o planejamento do trabalho em grupo é dirigido.
2.1 SINTONIA: identificação com a realidade dos usuários por parte dos profissionais envolvidos no atendimento
Locução 1.8 <i>mas você tinha que estar bem pra poder por a pessoa pra cima , entendeu, e as vezes era difícil porque como você cria um vinculo com a pessoas, você acaba se envolvendo dentro da história, ...</i>
Locução 4.5 <i>contato que a gente teve com as pessoas, com os pacientes mesmos, com os clientes que participavam do projeto, pra gente foi uma coisa nova. A gente não tem como ignorar a doença deles, né, uma coisa que mexe, você vê a pessoa e fica pensando como é a sua vida....</i>
Locução 6.2 <i>Acho que agora companheirismo veio daí, do pessoal, tanto dos pacientes lá que eu chamo de pacientes, eles assim, não era aquela coisa assim: “Ai você vai resolver o problema pra mim”, “não ó, vamos pensar em alguma coisa juntos”</i>
Locução 7.9 <i>Geralmente pensam em prescrever as atividades, prescreveu, acabou. Não, tem que ir um pouco além, tem que colocar sensibilidade para cativar as pessoas, pra entrar um pouco no mundo delas ali, pra dar um pouco de reforço eu acho que eu poderia ter contribuído nisso</i>
2.2 RESSIGNIFICAÇÃO: Mudanças na concepção dos profissionais sobre os usuários do programa
Locução 2.4 <i>Bom, aí eu tive um aprendizado , de tá quebrando uma barreira social , né, de preconceito , ... aprender a respeitar os portadores por conta disso</i>
Locução 5.9 <i>As vezes escutamos “ah, o pessoal de Educação Física, pessoal da nutrição, pessoal da fisioterapia, olha, vai cuidar só do corpo” e ali não, nós estávamos cuidando da pessoa como um todo</i>
Locução 7.4 <i>Aprendizado mútuo sem dúvida porque não só eles aprendiam com a gente, mas a gente aprendia com eles também, né, o fato de você ter aquele contato próximo ali, de tocar nas pessoas mesmo e sentir como elas tavam respondendo esse contato, de entender que a gente tava ali tratando de seres humanos independente da situação, independente da patologia, são pessoas que precisam ter atenção</i>
2.3 AUTO REALIZAÇÃO: Satisfação em participar do projeto e ajudar os usuários
Locução 2.7 <i>O ser útil ,... foi uma parte onde eu vi que eu tava sendo útil, ... que era só de ir lá, pra tirar medida, pra conversar, eu já tava sendo útil pra outras pessoas e isso me deixou muito feliz.</i>
Locução 3.7 <i>me senti feliz, acho que o sentimento é ... me senti feliz de estar trabalhando com a população de soropositivos</i>
Locução 6.3 <i>Aí tem a parte da saúde, é que é algo que eu sempre gostei , de promover a saúde e não pensar na doença, não pensar nas outras coisas, esse trabalho pra mim foi uma valorização de saúde total, foi assim, foi o ápice né, o que a gente pode fazer?A gente pode promover a saúde, a gente pode promover o bem estar, e a gente vê que os ganhos não eram só da parte do pessoal que fazia o trabalho, de que trabalhava também...</i>
2.4 CONTINÊNCIA: Estar ao lado dos usuários para oferecer apoio emocional
Locução 1.6 <i>É de relacionamento, e sabe de lidar com uma realidade diferente, porque essas pessoas vivem com medo de se exporem, de falar, poder conversar de igual pra igual, pra poder colocar as necessidades que eles tinham, pra falar “</i>

Quadro 4. Subcategoria “usuário” dentro de “integração”

Segundo Figueiredo e Morais (1994), a complexidade do atendimento ao paciente com HIV/Aids acarreta grande desgaste psicológico, associado ao medo, à falta de informações, homofobia, crenças políticas e religiosas e dificuldades que profissionais de saúde têm com relação à AIDS. Nesta subcategoria, o grupo manifesta processos relacionados a tais dificuldades e suas formas para superá-las.

A prática na academia e as reuniões da equipe auxiliaram os participantes a desenvolver aptidões sociais para o atendimento, possibilitando a ressignificação de algumas concepções sobre o portador de HIV/Aids, desenvolvendo sentimentos de realização e ser útil, além da continência em relação aos usuários do programa. Os profissionais perceberam que o atendimento vai muito além de seu caráter técnico. Um sinal disso, eram os relatos de surpresa em relação às condições econômicas e histórico de vida dos usuários, comuns nas reuniões iniciais do grupo. A equipe passou a perceber esses fatores não mais como limitantes ao atendimento, e sim que a compreensão da realidade social e subjetiva do usuário era importante para o sucesso do atendimento, aumentando consideravelmente a adesão ao programa. A pesquisa de Paccagnella (2008) junto aos freqüentadores da academia mostrou que a interação com os profissionais foi fator determinante para a continuidade das atividades.

Segundo Sadosky (1991), para prover cuidados efetivos aos pacientes com infecção pelo HIV, são fundamentais: a necessidade de compreender seu meio sociocultural; uma boa comunicação; e oferecer apoio emocional incondicional. Uma equipe multidisciplinar deve avaliar a necessidades psicossociais dos atendidos, permitindo-lhes participar ativamente nas decisões a referentes ao tratamento e respeitando seu estilo de vida.

Tal conceito foi fundamental para o trabalho das nutricionistas da academia, pois precisaram adequar as dietas às condições de vida e particularidades de cada usuário. Não limitaram-se a entrevista de anamnese, e a partir das reuniões multidisciplinares e atendimentos individuais e coletivos, puderam fazer a ressignificação sobre os usuários e compreender que estes deveriam ser ouvidos para o planejamento das dietas.

No início da epidemia da AIDS, quando a doença estava associada a homossexualidade e drogas, o atendimento nas instituições de saúde era caracterizado por apreensão, ansiedade e, algumas vezes, quase pânico (MORRISON et al., 1989). Complementando essa visão, Moura e Jacquemin (1991) apontavam que a reação inicial de perplexidade está vinculada ao relacionamento com uma população que tem atitudes diferentes das quais estão acostumados a lidar. Hoje, apesar de tudo que se conhece sobre a doença, muitas destas reações ainda persistem. Na análise das entrevistas é possível identificar a relação entre equipe e usuários marcada por mudança nas percepções estereotipadas sobre o portador de HIV, acompanhada por um sentimento de auto realização em poder ajudar, inclusive quanto a continência dos aspectos emocionais envolvidos.

A questão da ressignificação por parte da equipe sobre o portador de HIV/Aids é abordada por Silva et al. (2002), em estudo realizado com profissionais dos centros de referência para DST/Aids do Município de São Paulo. Segundo a pesquisa, a forma de trabalhar dos profissionais estava diretamente relacionada às concepções que estes apresentavam sobre a doença. Mudando tais concepções, ocorreram alterações na forma de trabalho. No processo de mudança, os autores demarcam três grandes momentos: o impacto de lidar com um objeto desconhecido; os movimentos empreendidos na direção de dominar esse objeto; e o desenvolvimento e a utilização de tecnologias que respondessem às demandas, já melhor entendidas e acolhidas.

O primeiro momento é marcado pela dificuldade na execução dos trabalhos, provocada pelo desconhecimento tanto da doença e formas de tratamento como das necessidades dos usuários. Outro aspecto que dificulta a ação são barreiras pessoais, criadas a partir de estereótipos sobre o portadores de HIV/Aids. Para tratar esse problema os autores desenvolveram ações visando um maior conhecimento do objeto de trabalho, como treinamentos e capacitações, que tinham como foco as características clínicas da doença. Não haviam reuniões para troca de experiências, sendo as conversas informais o momento em que os profissionais puderam se apossar das dimensões interdisciplinares sobre a assistência às pessoas com Aids. Como conclusão, defendem que na formação dos profissionais é fundamental adotar estratégias não apenas enfatizando às especificidades do trabalho, mas também criar espaços para discussão e construção de projetos assistenciais comuns. São formas de construir esses espaços: discussões de casos, reuniões periódicas de supervisão e planejamento, e valorização da troca informal de experiências, favorecendo a integração dos membros da equipe.

A importância do envolvimento afetivo para o tratamento também é apresentada por Oliveira et al. (2005), afirmando que cada usuário de serviço de saúde é um “caso” a ser estudado, e devemos levar em consideração dois aspectos distintos: seu “caso de saúde”, caracterizando sua condição clínica particular, conforme categorias utilizadas pela medicina, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, etc; e também o “caso da sua saúde”, no qual a preocupação com a saúde de um indivíduo é ampliada para o âmbito de sua biografia.

Pessini e Bertichini (2004) relatam que a humanização no atendimento exige dos profissionais da saúde compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, via de regra restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades da sobrevivência. Dessa forma, cada encontro entre o profissional e paciente

reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios norteadores de suas ações, num contexto em que a relação tornar-se o foco do atendimento.

A *integração*, tanto na equipe quanto com os usuários da academia, foi um processo de grande amadurecimento e descobertas. A partir da integração e envolvimento, criou-se um caminho em direção à humanização, que privilegiou as relações de contato, afeto e valorização da pessoa enquanto sujeito histórico e social.

5.2 Produção do conhecimento

Você sabe por que eu sempre digo que o mundo é uma prisão? Porque tudo que a mente pode conceber precisa ser restringido. Tão logo você atribui palavras a uma experiência, envolve-a com o pensamento ou diz “eu sei”, algo maravilhoso e invisível escapole. Os limites são gaiolas; a realidade é um pássaro delicado que treme na sua mão. Se você o segurar por muito tempo ele morrerá. (CHOPRA, 1996, p. 104)

Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 1987, p. 63).

Dentro da categoria **Produção do conhecimento**, estão agrupados conteúdos relacionados à construção do saber, fruto do trabalho socializado, refletindo formas de apropriação desse conhecimento oriundo das práticas informais e do conhecimento acadêmico. A produção do conhecimento decorrente das atividades no grupo contribuiu para o desenvolvimento profissional dos participantes, pois o quem trabalha na saúde precisa compreender as situações em profundidade e na totalidade, para nela encontrar possibilidades de engajamento e soluções.

A *figura 3* apresenta as sub categorias referentes à Produção do Conhecimento:

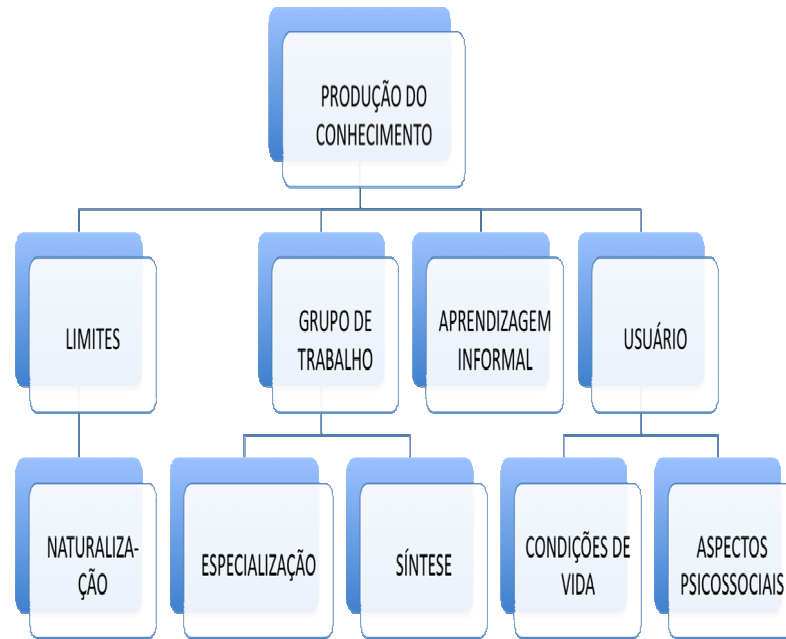


Figura 3. Subcategorias relacionadas à produção do conhecimento

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO
1- LIMITES: elementos bloqueadores da produção de informações e concepção de práticas para a apropriação do conhecimento informal, subsidiário ao serviço prestado.
1.1 NATURALIZAÇÃO: referente ao mito da especialização, engloba a dissociação do conhecimento em categorias profissionais, privilegiando a especialidade em detrimento à multidisciplinaridade.
<i>Locução 2.1 ...eu comecei a me perguntar de que forma que a gente poderia auxiliar, eu não imaginava que a gente, profissional de educação física, pudesse ter um papel tão grande.... inicialmente foi mais uma indagação nesse sentido, o que eu vou tá fazendo?</i>
<i>Locução 1.9 será que era melhor ele treinar ou ele conversar, e assim também pra não misturar papel, porque ali eu era uma educadora física, não uma psicóloga</i>

Quadro 5. Subcategoria “limites” dentro de “produção do conhecimento”

As mudanças pelas quais os profissionais de saúde estão passando devem implicar novas situações de ensino. Segundo Hartz e Camacho (2008), tão inútil e improdutivo quanto ignorar as diferenças entre o conhecimento produzido nas universidades e a prática, é hierarquizar essa diferença. Embora certo nível de separação entre serviço e academia é inevitável, devemos propor projetos colaborativos e interdisciplinares que propiciem a oportunidade de pesquisa no meio acadêmico, concomitante à experiência prática nos sistemas e serviços de saúde.

Se a formação não propiciar subsídios de integração, as "equipes" jamais terão a Indisciplinaridade, que deve caracterizar um projeto de avaliação com o enfoque da "triangulação", ou seja, o emprego de múltiplas teorias, métodos e procedimentos de coleta e análise de dados para o estudo adequado do problema. O termo "indisciplinaridade" traz um novo significado para a "(inter/trans) disciplinaridade", na qual cada disciplina isolada ainda continua com a "sua própria cegueira e sua própria arrogância", tentando definir fronteiras. (MORIN, 1990 apud HARTZ; CAMACHO, 2008)

Segundo De Sordi e Bagnato (1998) a formação em saúde apresenta uma dicotomia entre reflexão e prática, com maior valorização da última por parte dos egressos, que ao ingressarem no mercado de trabalho estão ávidos por exibir as habilidades cognitivas e psicomotoras adquiridas, além do domínio da tecnologia. Ao mesmo tempo, demonstram falta de familiaridade com questões sociais e éticas que deveriam reger as relações humanas. Na subcategoria *limites*, encontram-se frases relativas ao início das atividades do grupo, período onde a dicotomia reflexão/prática era presente. Percebia-se nas falas e atitudes dos profissionais a preocupação exclusiva quanto à suas especialidades, na forma com que cada área abordava o trabalho. Ao decorrer das atividades, esta preocupação deu lugar aos questionamentos acerca dos indivíduos, sobre seus contextos históricos e sociais, humanizando o atendimento.

Um fator limitante ao trabalho interdisciplinar, é a reprodução da estruturação e organização histórica dos serviços de saúde, centradas no atendimento médico e no trabalho fragmentado desenvolvido pelos diferentes profissionais. Nossa equipe passou a apropriar-se do trabalho a partir do momento em que superou essa fragmentação, percebendo e superando os limites da naturalização, como veremos nas categorias a seguir.

2.GRUPO DE TRABALHO: conjunto dos participantes a fim de potencializar as contribuições individuais para o bom desempenho no atendimento.
2.1 ESPECIALIZAÇÃO : busca do conhecimento específico de cada área envolvida no projeto
Locução 1.1 <i>Conhecimento e pesquisa acho que caminham juntas aí porque dentro daquele espaço era algo novo pra mim e eu realmente iniciei uma pesquisa lá em busca de novos conhecimentos</i>
Locução 2.12 <i>eu penso que educação física e fisioterapia estão bem próximas, é lógico que tem casos específicos dos dois lados que não se misturam, mas, no geral, num contexto geral as duas são bem parecidas. A psicologia , você pinçar uma coisinha que não tá aparecendo, que não é nada, mas na verdade é o que é, é o que faz ser importante.</i>
Locução 3.1 <i>Conhecimento viria mais no aspecto acadêmico, de trazer artigos, de alguém falar: “ah eu conheci um trabalho que foi mais ou menos pelo mesmo caminho” e tal</i>
Locução 4.4 <i>conhecimento, por conta desse trabalho que a gente buscou, né, conhecimento, sobre a doença, sobre o que a nutrição ia influenciar, então, a gente teve que buscar isso.</i>
Locução 7.2 <i>fazer um trabalho mesmo pra poder otimizar a saúde desse público, né, pesquisa científica, participar, fazer parte de um projeto de pesquisa,</i>
2.2 SÍNTESE: busca de processos convergentes para determinação de conteúdos relacionados ao trabalho realizado. Elementos potencializadores do conhecimento.
Locução 1.10 <i>vivências que a gente teve lá, assim, acho que elas eram significativas pra “amarrar” o povo, cada um colocando seu olhar e amarrando aquilo tudo</i>
Locução 2.2 <i>aprendi que um trabalho em grupo dava muito mais certo, que foi uma aprendizagem que não serviu só pro trabalho enquanto durou, eu acho que é um aprendizado que eu tô trazendo pra minha vida, que tá me ajudando bastante até</i>
Locução 3.5 <i>os educadores físicos, orientando ali como deveria ser o trabalho, a gente ali da Fisio dando umas orientações posturais, como é que se mantêm, vocês da psicologia dando um suporte ali, cada um na sua área dando uma orientação, formando ali um conjunto adequado né?</i>
Locução 4.3 <i>era sempre focado que lá tinha que ter um trabalho em equipe, só ia ter resultado se fosse, tivesse tudo junto, né,</i>
Locução 5.5 <i>de formação acadêmica, né, foi a pluralidade de formação de cada um mesmo, de que vem dos ideais de cada um, o que cada um pensava sobre uma coisa ou sobre outra coisa, tanto é que de repente, sabe, emergia algumas coisa lá que eu falo assim “puxa, isso nunca passou pela minha cabeça, né”, a pessoa conseguia ver um negócio que, às vezes, pra ela tava tão claro</i>
Locução 6.9 <i>Eu encontrei com o pessoal da fisio um tempo depois, e falaram: “aquelas reuniões eu tava pensando nelas esses dias”... ele tava fazendo um atendimento e lembrou de uma informação que o pessoal da educação física deu ...Acho que as reuniões tinham esse caráter...Cada pessoa teve uma contribuição e levou alguma coisa de lá</i>
Locução 7.5 <i>nas reuniões que nós fazíamos, nas discussões que eram feitas, traziam sempre à tona algum conteúdo pra ser discutido pra nós refletirmos a respeito do que a gente tava fazendo, do que a gente tava buscando ali, quais eram nossos reais interesses pra poder chegar a um estágio em comum</i>

Quadro 6. Subcategoria “grupo de trabalho” dentro de “produção do conhecimento”

A organização do trabalho no formato de equipes multidisciplinares na área da saúde é fundamental não apenas para compartilhar conhecimentos técnicos sobre as doenças, seus diagnósticos e tratamentos, mas também para a criação de um espaço onde sentimentos e emoções que envolvem todo o processo são compartilhados (FIGUEIREDO; RISSI, 1999; MENDES; VILELA, 2000). As reuniões do grupo serviam a esse propósito, sendo um espaço para manifestar e compartilhar sentimentos em relação aos doentes e ao próprio trabalho,

produzindo um conhecimento sobre como trabalhar tais aspectos. Eram discutidas além das questões técnicas, dúvidas em relação ao sentimento de ser capaz, de ser útil. Outro aspecto revelado nas entrevistas foi a interdisciplinaridade na produção do conhecimento. Os profissionais realizavam intervenções em suas áreas, mas também executam ações comuns, integrando saberes provenientes de distintos campos, como a recepção, acolhimento e grupos educativos.

Falcon, Erdmann e Meirelles (2006), discutem o conceito de “*complexidade*” proposto por Edgard Morin aplicado a formação de profissionais para o cuidado em saúde. Afirmam que nenhuma abordagem isolada pode dar conta da complexidade, principalmente na área da saúde. É recomendável o trabalho em equipes heterogêneas, pois o efeito complexo do conhecimento é mais perceptível: não apenas se soma, mas se potencializa. Sugerem também que as universidades devem rever seus processos, permitindo olhares diversificados aos alunos, que por sua vez poderão aplicar tal aprendizado nas práticas profissionais. Analisando as locuções apresentadas no *quadro 6* como os participantes do grupo estão cientes de seu papel na produção de um conhecimento sob a perspectiva de diversos olhares, abrangendo várias especialidades.

Tão importante quanto o conhecimento produzido, foi o processo de apropriação da produção deste conhecimento. Um fator importante neste processo foi a interação, pois a produção coletiva é possibilitada através de situações vivenciadas pelo grupo. Para que as mudanças efetivas, é fundamental um processo coletivo na construção do saber, pois a mudança não pode incidir apenas nas partes isoladas. Segundo Gadotti (1979, p. 21) é preciso visualizar o todo, já que suas partes se encontram em permanente interação, e estabelecer um espaço interdisciplinar “é transformando a totalidade que se transformam as partes”.

Freire (1987) defende que a aprendizagem deve estar fundada em ser ativo, criativo, dialógico e crítico, utilizando técnicas participativas e mobilizadoras, para aflorar o potencial subjetivo e transformador dos sujeitos envolvidos no processo. Com a utilização destes princípios, os participantes foram conduzidos a refletir sobre o cotidiano, partilhando experiências e expectativas, promovendo o amadurecimento da equipe e o sentimento de autovalorização.

A base para todo processo de produção do conhecimento realizado pelo grupo foi o que Freire (1987) chama de “pensar verdadeiro”: a percepção da realidade como processo e não algo estático; não dicotomizar a realidade de si mesmo. A realidade não pode ser percebida enquanto objeto pronto, estático e imutável, pois esta forma de pensar é ingênuo e

gera acomodação do sujeito. Compreender e analisar a realidade requer não apenas conhecimento e inserção na realidade, mas um compromisso com a transformação, para superação constante da alienação e do conformismo. Quanto mais o profissional reflete sobre a sua realidade subjetiva, mais se torna consciente e capaz de intervir na realidade objetiva e, dessa forma, transformá-la.

Em artigo de Backes, Lunardi e Lunardi (2005, p 434), avaliando o processo de humanização desenvolvido por uma equipe multidisciplinar em um hospital no Rio Grande do Sul, há uma frase que se encaixa perfeitamente nos resultados obtidos em nosso projeto:

“Nos encontros da equipe, existiu a certeza de termos sido sempre acrescidos de algo, mesmo que, muitas vezes, não tivéssemos suficiente consciência do que se constituía, mas sabíamos apenas que não éramos mais os mesmos. A humanização buscou, dessa maneira, sinalizar e contribuir para a promoção de novas possibilidades e práticas do ser e fazer, além de produzir sujeitos ativos e agentes de mudanças.”

3 – USUÁRIO: elemento para o qual se converge as atividades de condicionamento físico e produção de elementos subsidiários ao enfrentamento da Aids
3.1 PSICOSSOCIAL: fatores do processo de interação com os usuários que possibilitaram a compreensão de aspectos psicossociais do atendimento
Locução 1.3 <i>compreensão e força entram um pouco nesse universo do HIVAIDS, é entender uma nova realidade, compreender as necessidades daquela população</i>
Locução 3.2 <i>quando eu fui participar lá, fiz as avaliações achei legal ter contato com eles, essa conversa, como viam a minha profissão, como que eles passavam esse aspecto para mim tal..e eu deles também, né?..</i>
Locução 6.7 <i>No ano passado, fiquei no Hospital do Servidor ... quando chegava da infecto, as meninas entregavam na minha mão: “você que sabe atender esses pacientes de HIV”. Eu falava: “Meu tem alguma diferença alguém que tá com HIV, com câncer”... não tem diferença nenhuma,</i>
3.2 CONDIÇÕES DE VIDA: contato com as condições materiais dos usuários do programa, ajudando a compreender sua realidade psicossocial
Locução 2.3 <i>eu tive uma consciência melhor, sobre a doença e os portadores, que ai, ai sim eu bati com a cara na realidade, do mundo que é, que é bem assim, tudo que a gente possa imaginar superficialmente que seja ruim, na hora que a gente vai ver é bem pior mesmo, nenhum conto de fadas</i>

Quadro 7. Subcategoria “usuário” dentro de “produção do conhecimento”

Perceber o usuário do programa como indivíduo foi uma preocupação constante das atividades, pautadas pelo conceito de integralidade, definida por Machado et al. (2007, p. 335): *“a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.”*

Em estudo realizado por Saldanha, Figueiredo e Coutinho (2004) avaliando a percepção de alguns pacientes com Aids sobre o serviço público prestado, observaram que o encontro com o paciente não era utilizado para estabelecer um diálogo, e sim marcado pela repetição de preceitos normativos, por uma postura de distanciamento, pela autoridade médica dicotomizada das expectativas e vivências do paciente, agravadas pelo pouco tempo disponível para o atendimento. Estudos como este eram apresentados e discutidos com o grupo, para que fossem criadas condições de superação à tais posturas. Como os exercícios físicos eram supervisionados individualmente, havia tempo para o diálogo com o usuário enquanto este realizava suas atividades. Nesse dialogo informal, os profissionais entravam em contato com as condições de vida e aspectos psicossociais do portador de HIV/Aids. Para os profissionais de saúde, esse momento da escuta serve para buscar, na história de vida de cada paciente, a melhor forma de introduzir as orientações e prescrições, de modo que sejam adaptadas ao contexto sociocultural e à realidade de cada um. Além disso, foi fundamental para melhorar a integração entre usuários e equipe, como visto na categoria **1 - Integração**.

4 – PROCESSOS DE INTERAÇÃO: subproduto da socialização do conhecimento no grupo
4.1 APRENDIZAGEM INFORMAL: construção de um saber originado a partir das interações informais entre os participantes do grupo de trabalho
Locução 1.5 <i>aprendi principalmente dentro desse universo da AIDS, acho que o legal foi esse convívio diário, então assim, meu aprendizado foi não só acadêmico, mas assim pra vida também, humano né?</i>
Locução 3.4 <i>No final de experimento que a gente tava participando eu me senti bem mais a vontade e bem mais conhecendo o trabalho de outras pessoas do que eu conhecia antes. Então eu sabia até onde podia ir ...</i>
Locução 4.8 <i>a equipe tava bem montada né, a gente sabia o que cada um tinha que fazer, a importância de cada um, as discussões eram bem (sobre) o que cada um tava fazendo::, o que tinha que fazer e tal, o que tinha (?), eu acho que a equipe tava bem orientada, que todo mundo sabia o papel, a importância de cada um ali, cada profissional ali, então, eu acho que isso tava bem legal</i>
Locução 5.4 <i>Em relação à formação, eu acho assim, talvez o pessoal não consiga ter dado o valor que aquelas reuniões tiveram, mas eu acho que com um pouquinho mais de maturidade esse pessoal vai ver como aqueles grupos, aquelas conversas que você tinha com todo mundo uma, você dava alguns toques, assim, pra todo mundo, né, você dizia algumas coisas que eu acho que pra formação de todo mundo ali foi importante, inclusive pra minha, né.</i>
Locução 6.5 <i>Porque você fica na clínica, fechadinho, redondo, bonitinho. Quando está lá, a gente vê na hora nossa intervenção. E não é somente uma interpretação. Então foi bom pra me encorajar a falar um pouco, por que eu ficava muito na retaguarda, tinha o conhecimento pra mim.. e não, eu descobri que tinha que passar...</i>

Quadro 8. Subcategoria “processos de interação” dentro de “produção do conhecimento”

Nesta subcategoria os participantes relatam o conhecimento produzido a partir das interações informais, não relacionados às especialidades. São aspectos relativos ao amadurecimento, à autonomia, ao preparo emocional e à construção de uma visão integrada de sua profissão.

Segundo Meirelles e Erdmann (2006), a III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (2002) aponta que convivemos com o esquecimento e a marginalização de outros saberes acumulados pela humanidade ao longo de sua história, devido a prevalência do modelo hegemônico ocidental centrado nas ciência moderna. Esse modelo, aplicado à saúde, trata a doença e não o indivíduo, que passa ser dividido entre as várias especialidades médicas. Hoje percebe-se um movimento oposto à fragmentação, que cada vez mais se esforça para religar saberes, resgatar conhecimentos e restabelecer diálogos entre os profissionais de saúde.

Assim, promover a saúde na América Latina implica em superar a hegemonia de um conhecimento sobre o outro e a aceitar e incorporar outros saberes e racionalidades, em um trabalho voltado ao não-predomínio do poder de uma corporação sobre outra nas práticas de trabalho cotidianas” (ERDMANN; SCHLINDWEIN; SOUSA, 2006, p. 45).

Para a construção dessa nova forma de atuação, é necessária a apropriação do trabalho. Segundo Dejours (1987) o trabalhador precisa ser protagonista do processo produtivo, tendo direito a participar das decisões sobre o que faz, como faz, quando e até mesmo onde faz. Somente assim poderá apropriar-se de seu trabalho, que passará a produzir sentidos para sua vida. A essa conquista do trabalhador podemos chamar de autonomia, e deve caminhar junto com a responsabilidade, sendo instrumentos de gestão bem mais eficientes do que o controle e a burocratização. Tanto a autonomia como a responsabilidade não se consegue “por decreto” , a partir de um determinado momento. Deve ser um processo desenvolvido de forma gradual e consistente, privilegiando os princípios da democracia e da participação, através de processos que exijam decisões e responsabilidades compartilhadas entre todos os envolvidos.

De acordo com Figueiredo (2000) para o atendimento aos portadores do HUI/Aids, mais do que equipes técnicas, as equipes multidisciplinares devem se constituir como grupos estratégicos. Em sua reflexão deve passar a luta por melhores condições de trabalho e inserção dos profissionais nos processos de concepção e organização do atendimento. Além de questões referentes à práxis, a equipe deve trabalhar no sentido de capacitar os profissionais para sistematizar e aproveitar a aprendizagem informal, acumulada pela experiência no trato com o paciente.

Nas reuniões realizadas pelo em nossa equipe, norteadas dentro desta perspectiva, percebe-se que foi vivenciado e desenvolvido, um dos desafios propostos para promoção de saúde:

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para promoção de saúde. (BRASIL, 2004, p 8)

5.3 Avaliação do projeto

Nesta categoria foram agrupadas locuções referentes à avaliação que os participantes fizeram do projeto, com possíveis explicações para metas não atingidas. As subcategorias dentro da avaliação estão apresentadas na figura 4:

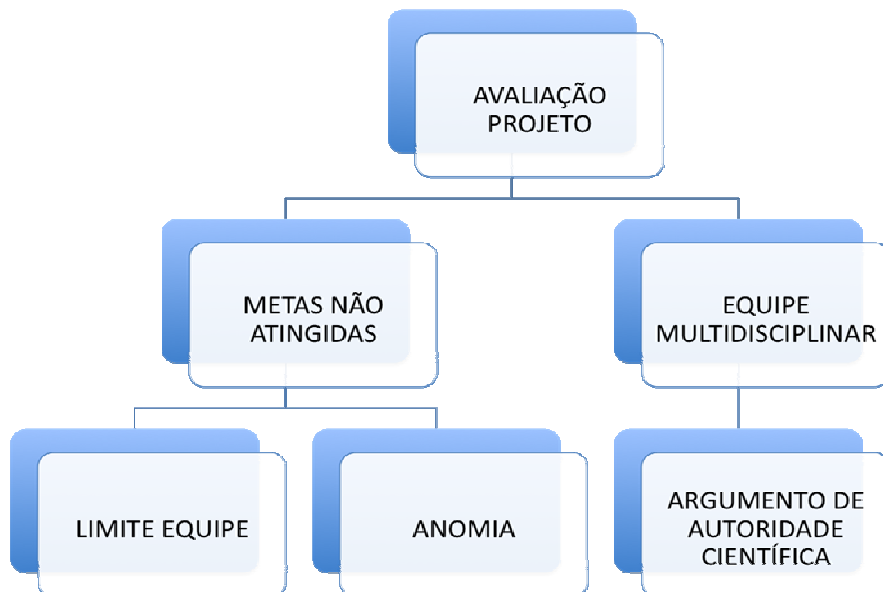


Figura 4. Subcategorias relacionadas à avaliação

AVALIAÇÃO

1- METAS NÃO ATINGIDAS: elementos não contemplados ou não conseguidos ao longo do projeto, subsidiários à reorientação dos trabalhos.

1.1 LIMITES DA EQUIPE: processos grupais não convergentes ou improdutivos com relação a realização das metas estabelecidas

Locução 2.8 *E eu acho que a gente teve algumas idéias lá, que infelizmente, algumas não foram colocadas em prática por falta de tempo ou então de pessoal ou de vontade, não saberia classificar agora, mas, acho que foi produtivo enquanto a gente conseguiu*

Locução 3.9 *A gente se reuniu ali, com muito boa vontade e consegui fazer um trabalho bonito então se a gente conseguisse um apoio governamental, ali não sei poderia ser um trabalho bem mais estruturado com um apoio melhor, com local com transporte*

Locução 4.7 *Eu acho que sim, pra mim foi legal, mas eu acho que paras os pacientes não foi tanto, porque hoje eu vejo que podia ter feito muito mais, sabe assim, éh::, porque é muito comum achar que todo mundo sabe o que você sabe mas não é, ninguém tem, você tá ali pra passar isso pra pessoa, essa é sua função e antes eu acho que eu não via tanto assim, antes eu achava: “não, essa pessoa deve saber”, sabe, e acho que eu não sabia passar direito::, acho que eu poderia ter contribuído muito mais hoje, eu acho...*

Locução 5.2 *não sei se o necessário era a gente ter um contato mais próximo dos próprios médicos que fazem o pronto atendimento dos postos de saúde, de repente lá no HC, né, que é o perfil, né, do pessoal que frequenta academia seria esse, né.*

Locução 6.8 *A fisioterapia, tinha uma galera que tava a fim, que ia mas não tinha um professor para orientar um projeto. E não poderia iniciar o trabalho enquanto não tivesse um professor. Iam atrás do professor, mas mudava... eu via o pessoal que tava nesse grupo a fim de trabalhar, tava procurando, foi conhecer a academia, conversar com o pessoal que tava lá... mas por causa dessa burocracia emperrava.*

Locução 7.6 *tinha pessoas que ficavam muito mais envolvidas com outras coisas e é normal que aconteça mesmo porque você tem na sua vida diversos projetos e que você tem que focalizar, então, às vezes, era complicado marcar um horário pra gente conversar, as pessoas precisam se encontrar, ir na academia lá, “ah, eu não posso tal dia, não posso, não posso”, não pode, não vai, não tem como encontrar*

1.2 ANOMIA: dificuldades dos usuários para a apropriação e consolidação do programa

Locução 2.10 *tristeza de achar que não consegui terminar o projeto, de ver que a gente tinha um projeto interessante, tinha uma academia a disposição, tinham profissionais a disposição, a tristeza vem dos próprios portadores de não terem entrado de cabeça no projeto, de achar que ((pausa)) que eu poderia ter feito melhor do que eu fiz*

Locução 5.1 *vários obstáculos foram encontrados, né, em função da pouca participação do próprio portador de HIV, né, a coisa ficou muito centralizada nas ONGS ou em função das ONGS. Tudo bem que nós até tentamos, né, lá na Secretária Municipal de Saúde, foi até dar uma palestra lá, né, ninguém procurou. Você fica desapontado, você fala assim, puxa vida, né, nesse universo tem, em Ribeirão tem quatro mil pessoas vivendo com HIV/AIDS aí, eu cheguei a fazer um trabalho com SEIS, né, e dos seis, todo mundo teve um resultado positivo, aí de repente o pessoal enoja, o pessoal para,*

Locução 7.8 *eu lamentei mais até nesse sentido de não poder ter contribuído mais, no sentido de fazer um trabalho pra (prospectar) mais pessoas, porque a rotatividade é muito grande, não existiam estímulos assim rigorosos pra que as pessoas estivessem participando*

Quadro 9. Subcategoria “metas não atingidas” dentro de “avaliação”

Entre os fatores citados como responsáveis pelo projeto não ter atingido todos os objetivos propostos, está a baixa adesão por parte dos usuários. Interessante notar que a falta de adesão é percebida tanto como responsabilidade da equipe (sub categoria *limites da equipe*) por não conseguirmos um número maior de usuários, como também responsabilidade dos portadores, por não se interessarem pelo serviço. (sub categoria *anomia*).

Palermo e Feijó (2003) revisam a literatura encontrada sobre atividade física e Aids, no período entre 1990 e 2003. A adesão ao programa de atividade física é apresentada como dificuldade para atingir bons resultados, embora não tenham sido feitos estudos para identificar suas causas. Lira (1996), apresenta o menor índice de desistência nos estudos avaliados, e tem como diferencial a utilização de implementos, como bolas, arcos, bastões e uma grande integração entre os participantes. Na academia em que realizamos o projeto, os recursos eram escassos, formada apenas por equipamentos essenciais para as atividades de musculação. A falta de melhores condições materiais é responsável por parte do sentimento de frustração relatado na subcategoria *limites da equipe*.

Vários foram os esforços para aumentar a adesão por parte dos usuários. Baseados em informações fornecidas pela, a ONG GHIV, parceira na academia, concluímos que o problema inicial seria a localização. Propostas de montar a academia na USP ou na UNAERP foram rejeitadas por serem distantes do centro. Alugamos uma sala no centro da cidade, vizinha ao GHIV. Depois os problemas eram relativos aos horários, e por isso foram criados novos turnos. A divulgação da academia foi feita em reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, mas outro empecilho colocado por alguns portadores de HIV/Aids foi a rivalidade entre ONGs, e por estarmos associados ao GHIV membros de outras organizações não freqüentariam o programa.

Podemos notar na subcategoria *limites da equipe*, o desenvolvimento da capacidade de assumir a responsabilidade, de fazer autocrítica enquanto grupo e indivíduo. No processo para superar o modelo tradicional de formação, dicotomizado entre técnica e social, é fundamental a visão crítica e, principalmente, assumir a responsabilidade. No início das atividades, era comum atribuir apenas a fatores externos ao grupo as causas dos insucessos. No decorrer dos trabalhos o foco passou a ser estratégias que grupo poderia usar para modificar tais fatores. Um exemplo foi a discussão sobre a quantidade de pessoas atendidas.

No início pensávamos em como aumentar a freqüência da academia, e com o tempo o grupo exercitou a capacidade de entender os portadores em relação a seu cotidiano, valores,

crenças, contexto econômico e social. Com isso, as reuniões deram ênfase à qualidade do atendimento, independentemente da quantidade de pessoas atendidas.

2 – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: grupo de profissionais das diversas áreas conexas à saúde que potencializam o enfoque multidisciplinar do trabalho.

2.1 ARGUMENTO DE AUTORIDADE: Naturalização do saber de especialidades historicamente mais valorizadas cientificamente.

Locução 2.11 *peçoal da educação física e de outras áreas da saúde, tem um pé atrás com o peçoal da medicina porque os caras são muito bem estruturados, eles têm um tipo de formação totalmente diferente de todas as outras áreas da saúde e eu acho que esse conhecimento que eles trazem, eles nunca vão pra dar carão, eles vão sempre pra serem os ouvidos, não pra ficar ouvindo,*

Locução 5.6 *eu acho que o peçoal da Medicina se acha meio diferenciado, né, eu acho que isso até uma coisa meio cultural, né, que aparentemente toda área biológica, né, é um seguimento da Medicina.. Parece que faz parte do processo de formação acadêmica deles, sabe, esse distanciamento, “porque, olha, espera aí, deixa a gente fazer, deixa a gente ver primeiro” depois a gente / ao invés de “ver junto”*

Quadro 10. Subcategoria “equipe multidisciplinar” dentro de “avaliação”

Quanto à subcategoria *poder hegemônico*, embora os profissionais da Medicina tenham participado apenas do início das atividades, algumas locuções mostram que havia uma diferenciação entre os médicos e demais membros da equipe. Na primeira reunião compareceram todos os médicos da equipe, mas já na segunda reunião apenas um participou. Logo depois decidiram que não continuariam no grupo, por dificuldades em conciliar suas atividades com outros projetos.

O argumento de autoridade científica é historicamente ligado à medicina em relação às outras especialidades. Segundo Fortuna et al. (2005, p. 268) “profissional médico vem detendo poder dentro da equipe, e isso pode dificultar sua inserção na equipe, numa posição diferente que não na vertical, mandando”. Ainda Segundo a autora, na formação das equipes é comum a construção da rede de relações sobre essa trama de poder, na perspectiva de mantê-la ou de refutá-la.

Pereira e Almeida (2005) analisando a formação dos médicos, apontam que já na faculdade se estabelece uma relação hierárquica em que o poder se caracteriza pela assimetria, começando na relação professor/ativo versus aluno/passivo, e reproduzida nos consultórios e hospitais, restringindo as chances de promover algum tipo de auto-conhecimento, de ampliação da consciência, do aprendizado libertador, que seria a possibilidade dialógica de se ver no outro e de se humanizar com ele. Na experiência com Aprendizagem Baseada em Problemas feita na Escola Superior de Ciências da Saúde D.F.(ESCS), as autoras relatam a

dificuldade em valorizar questões psicossociais do atendimento junto aos estudantes de Medicina, pois segundo elas:

Isso se deve, principalmente, à impregnação, pelos atores da educação médica, de um imaginário social que concede ao saber médico tradicional o lugar privilegiado de produção da verdade. Tal imaginário, impregnado e expresso na formação desses tutores/facilitadores/médicos, encontra-se refletido tanto no seu comportamento diante dos alunos quanto no destes últimos, cuja motivação para a escolha da medicina é muitas vezes a atração por essa posição de poder/ saber conferida pelo ofício da medicina. (PEREIRA; ALMEIDA, 2005, p. 77)

5.4 Perspectivas

Nas entrevistas foram evocadas locuções sobre a perspectiva de continuidade dos trabalhos, tanto na própria academia como na seqüência da vida profissional dos participantes. Dentro da categoria **Perspectivas**, temos as subcategorias apresentadas na figura 5 e detalhadas nos quadros subseqüentes.



Figura 5. Subcategorias relacionadas às perspectivas dos participantes

PERSPECTIVAS
1– MERCADO DE TRABALHO: conteúdos considerando perspectivas futuras.
1.1 QUALIFICAÇÃO: processo de aprimoramento e apropriação da prática realizada.
Locução 1.11 <i>um pontapé inicial pra eu estar fazendo mais pesquisas dentro dessa área ou indo pra outras áreas dentro da atividade física com olhar dentro de uma patologia , E me instigou a ir atrás de novas coisas sendo que eu agora eu estou indo atrás de uma pós-graduação</i>
Locução 2.6 <i>me deu uma chance de ver outras áreas e com certeza eu tenho um fundinho ali que eu ainda quero voltar a trabalhar com alguma coisa voltada a parte científica, talvez uma pós...</i>
Locução 4.2 <i>você acha que o que a gente aprende na faculdade já tá o suficiente, aí você vê que não é assim, que é muito superficial o que você aprende, que você precisa de muito mais pra lidar com a pessoa, tem que ir atrás disso, acho que isso foi um ponto positivo, pra gente perceber isso:::</i>
Locução 5.7 <i>acho que grupos daquele lá, é:: teriam que fazer parte da formação de qualquer curso, qualquer curso, vamos supor, pegar aqui na UNAERP, olha, éh, fazer parte do currículo algumas discussões multidisciplinares</i>
Locução 6.1 <i>foram aspectos assim, que, ajudaram muito para a psicóloga que eu sou hoje, ne ... essas conversas assim foram trazendo um outro paradigma por assim dizer , de atendimento mesmo e acho que me colocou um pouco de diferencial no olhar pra atendimento, tanto em clínica quanto lá no hospital que eu fiquei o ano passado lá em São Paulo, foi muito aprendizado mesmo.</i>

Quadro 11. Subcategoria “mercado de trabalho” dentro de “perspectivas”

O fato dos participantes do grupo serem graduandos em estágio de conclusão do curso ou recém formados favorece a perspectiva de perceber suas atuações no projeto como parte integrante de sua formação profissional. Os projetos de mestrado e doutorado desenvolvidos ao longo das atividades, mostraram a possibilidade do trabalho em pesquisa e despertou o interesse em alguns participantes, tanto que três deles ingressaram em programas de pós graduação, desenvolvendo projetos de mestrado.

Além do interesse pela carreira acadêmica em alguns participantes, as locuções demonstram que o trabalho na academia ampliou as perspectivas de atuação e serviu como diferencial na formação de cada profissional. Em síntese, é a constatação da etapa final no processo de humanização, além da integração das competências técnicas e sociais.

2 – MANUTENÇÃO: elementos facilitadores para manutenção da participação no programa.
2.1 CONDIÇÕES PARA CONTINUIDADE: intenção em dar continuidade ao projeto
<i>Locução 3.6 para mim fica uma janela bem legal para possíveis trabalhos futuros com isso, se a gente conseguir um espaço pequeno, mas que funcione.</i>
<i>Locução 7.1 Atuação social é porque eu vejo que é um trabalho voluntário, né, vários profissionais que estão ali, embora estejam também interessados na pesquisa, mas é uma forma de atuação social, de auxiliar o próximo, auxiliar (o paciente) soro positivo. Seria legal manter o trabalho...</i>
2.2 BARREIRAS SOCIO-ECONOMICAS: condições sócio-econômicos impeditivas à continuidade da participação no projeto
<i>Locução 1.12 se eu pudesse ficar pro resto da vida eu ficava, mas a vida a gente não planeja, ela acontece</i>

Quadro 12. Subcategoria “manutenção” dentro de “avaliação”

A perspectiva de continuidade acaba sendo atrapalhada pela impossibilidade de conciliar a disponibilidade de horários com as atividades profissionais, pois quando ingressos no mercado de trabalho, os membros da equipe não conseguiam permanecer no projeto. Ser uma atividade sem remuneração influenciou a decisão de permanência, já que os participantes precisavam garantir sua subsistência e investir na carreira, colocados em primeiro lugar nas suas decisões.

6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, as categorias definidas se completam na avaliação do trabalho realizado, partindo da *integração* entre equipe e usuários, que possibilitou a *produção de um conhecimento* no âmbito do trabalho realizado, fruto da interação das especialidades e da apropriação da experiência formal. A produção de conhecimento foi ao mesmo tempo causa e consequência do engajamento das pessoas ao trabalho, possibilitando a *avaliação* das atividades realizadas, refletindo sobre as metas não atingidas e seus motivos. Como todo trabalho incorporado pelo indivíduo, o presente estudo cria *perspectivas* sobre sua continuidade e aprimoramento, tanto com relação aos trabalhos do grupo como para o desenvolvimento profissional de cada indivíduo da equipe multidisciplinar.

Os resultados encontrados demonstram que, a partir da atuação junto ao programa de exercícios físicos, os membros da equipe apresentaram novas crenças, valores, emergindo novas atitudes, fazendo com que percebessem o trabalho em um plano mais profundo de suas relações, consigo e com o contexto. Tal processo de apropriação do trabalho, no compartilhamento de práticas informais e da reflexão sobre o papel de cada um na sociedade foram um dos resultados mais marcantes.

Considerando as questões propostas neste trabalho, tudo indica que estamos no caminho certo *para a criação de uma proposta que possa proporcionar ao indivíduo a realização profissional, utilizando a multiplicidade do saber, pela síntese das especialidades* como ferramentas para atingir essa realização e não sendo seus escravos. Percebe-se que uma atuação eficaz para os profissionais da saúde vai além do paradigma da racionalidade dos modelos hegemônicos, sendo construído através das interações no interior das equipes e destas com os usuários dos serviços, a partir deles e para eles, a quem devemos estruturar os programas de atendimento.

Podemos, a partir dos resultados encontrados, visualizar futuras perspectivas de atuação, baseadas nestas experiências, enquanto produção de conhecimento, fruto também dos resultados obtidos junto aos usuários, que Paccagnella (2008) sintetiza “como melhora nos níveis de aptidão física; diminuição nos efeitos da lipodistrofia e melhor percepção em Qualidade de Vida, envolvendo reintegração social e afetiva, graças a redução de tensões e do isolamento social, aumentando a socialização e auto-estima”.

A categoria **Perspectivas** pode ser considerada como um sinal do envolvimento do grupo e satisfação em participar do projeto, pois todos os membros da equipe manifestaram interesse em alguma forma de continuidade. Podemos considerar esse engajamento como indicador da apropriação do trabalho, e de como a produção do conhecimento no grupo foi marcante para o desenvolvimento profissional dos participantes.

Dentro deste processo, também foi fundamental a ressignificação da pessoa que vive com HIV/Aids, a percepção do usuário da academia como cidadão, com história, cultura e subjetividade que precisam ser conhecidas, consideradas e respeitadas durante o tratamento. Essa visão humanizada sobre o atendimento não se consegue apenas com teoria. Só é possível através da prática, mediada por discussões que tratem as cognições e emoções, nas quais os participantes assumam uma postura de agentes ativos na produção deste saber.

Para a produção do conhecimento, foi fundamental abandonar a idéia da aprendizagem como mera transmissão de informações. O processo foi conduzido respeitando pontos de vista divergentes, mesmo quando marcados por estereótipos ou limitados por uma visão superficial. O conhecimento adquirido a partir da práxis, teve no seu processo de construção uma importância maior do que no conteúdo em si, pois foi no processo de produção que a equipe envolveu-se com o trabalho, estimulada pela curiosidade e vontade de ser útil, promovendo a auto-realização e satisfação em participar do projeto.

Pessoalmente, o trabalho me fez refletir sobre meu papel como docente. Primeiro, foi um resgate da responsabilidade social, visto que o projeto começou como extensão, para depois ser atividade de pesquisa. Considero que independente da área de atuação, o corpo docente deve promover formas de atuar junto à sociedade, engajando seus alunos em projetos que tragam melhores condições de vida. Outro aspecto foi a realização pessoal em conduzir as reuniões, o prazer de poder desenvolver pessoas e formar sujeitos capazes de trabalhar dentro de uma perspectiva humanizada. Também desenvolvi a capacidade de perceber um mesmo objeto sob ângulos diferentes, aprendi a conciliar idéias aparentemente divergentes, a respeitar o ritmo e momento de cada indivíduo. Foi uma oportunidade de repensar as práticas de atendimento, questionar o modelo de formação profissional, pesquisando sobre o tema e socializando, no grupo, minhas descobertas e dúvidas.

Considero a realização das entrevistas e análise dos resultados um momento de síntese do trabalho, onde pude constatar que o trabalho realizado foi significativo para todos. Ao final desta tese, fico com o sentimento de que, embora difícil, é possível conceber formas de

trabalho que privilegiem o envolvimento, a produção conjunta de conhecimento, a interação e sobretudo, a valorização do indivíduo.

Vejo as contribuições do meu trabalho. Não como receita, mas estímulo para que outros grupos produzam, além de conhecimentos advindos da prática, formas de apropriação do trabalho. Espero que desta forma haja mudanças para melhor, no atendimento em saúde, com foco no respeito e continência ao sujeito doente.

A saúde é social e historicamente determinada. E a medicina também. Não sabemos como será a medicina do futuro. Mas temos algumas alternativas para os dias atuais. Não podemos imaginar que a medicina seja uma ciência neutra, alheia ao povo e a seus conflitos, alheia aos sofrimentos coletivos. Cabe entregá-la nas mãos do povo, ajudando-o a assumir compromissos e atitudes críticas. Pode-se evitar e denunciar o controle social e a criação da mentalidade consumista.

São alternativas as práticas que se batem por uma medicina democrática, pedagógica, comprometida com o povo e não com o capital. ... A medicina precisa ajudar a melhorar as vidas, a mudar mentalidades. A medicina tem de ser ação social para a liberdade...

(SERRANO, 1983, p. 97).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. Implementando as novas diretrizes curriculares para educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 161-62, 2001.

FALCON, G. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto contexto - enfermagem.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2009.

ALLSEN, P. E.; HARRISON, J. M.; VANCE, B. **Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada**. 6. ed. São Paulo: Manole, 1997.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: Ed. UEL, 1999.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LHANOS, C. M. (Orgs.). A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. In SENA, R. R. et al . Projeto Uni: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da Enfermagem. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 7, n. 13, Aug. 2003

ANTONI, N. S.; SCHNEIDERMAN, N.; FLETCHER, M. A.; GOLDSTEIN, D. A.; IRONSOS, G.; LAPERRIERE, A. Psychoneuroimmunology and HIV-1. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v. 58, n. 1, p. 38-49, 1990.

ARAÚJO, T.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

AYRES JR.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 49-83

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

BERBEL, N. N. Problematização e aprendizagem baseada em problemas: diferentes palavras ou diferentes caminhos? **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 2, n. 2, 1998. Disponível em http://www.fm.usp.br/cedem/did/preceptores/BAS3_PBL_x_Problematizacao.pdf acesso em 04 jan 2009

BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 46.

BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. São Paulo, v. 1, n. 1, out./nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br>>. Acesso em: 24 jul. 2007.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST. Brasília,, v. 4, n. 1, dez. 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BBB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B721527B6-FE7A-40DF-91C4-098BE8C704E0%7D/Boletim2007_internet090108.pdf>. Acesso em: 4 maio 2008.

BORDENAVE, J. ; PEREIRA, A. Estratégias de ensino aprendizagem. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDS. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-56, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: 2001
Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV2004**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/adulto_2004/consenso.doc>. Acesso em: 24 ago. 2006.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed., Rio de Janeiro, Guanabara. 1987.

CAMARGO JUNIOR, K. R. AIDS e a AIDS das ciências. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 35-60, jul.-out. 1994.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CASTILHO E. A.; CHEQUER, P. A epidemia da AIDS no Brasil. In: _____ **A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. p. 9-12.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. 2004, vol.20, n.5, pp. 1400-1410 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036. Acesso em: 02 maio 2009

CHAUÍ, M. A universidade em ruínas. In: TRINDADE, H. (Org.). **Universidade em ruínas na república dos professores**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: CIPEDES, 1999.

CHAUÍ, M. **Escritos sobre a universidade**, São Paulo: Editora UNESP, 2001

CLINGERMAN, E. Physical activity, social support, and health-related quality of life among persons with HIV disease. **J. Community Health Nurs.**, Philadelphia, v. 21, n. 3, p. 179-197, 2004.

COFRANCESCO, J. **Complicações da terapia antiretroviral**. 2001. Disponível em: http://www.hopkins.aids.edu/edu/educational/events/brazil00/portuguese/cofr/cofr_text_p.htm l. Acesso em: 11 out. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde**. [2005]. Disponível em:<<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=30>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

DANIEL, H.; PARKER, R. **AIDS a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. São Paulo: Editora Iglu, 1991.

DAVIS, K. C.; HORSBURGH Jr, C. R.; HASIBA, U.; SCHOCKET, A.; KIRKPATRICK, C. Acquired immunodeficiency syndrome with haemophilia. **Ann Inter Med**, Philadelphia, v. 98, n. 3, p. 284, 1983.

DEMO P. **Complexidade e aprendizagem**: a dinâmica não linear do conhecimento. São Paulo: Atlas; 2002

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Cortez: Oboré, 1987.

DES MARCHAIS, J. Priorities for future action in the “network”. **Changing Medical Education**, n. 4, p.14, dec.1993.

DIAS SOBRINHO, J. **Avaliação da educação superior**. São Paulo:Vozes 2000

DEVITA, V. T.; HELLMAN, S.; ROSEMBERG, S. A. **AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention**. 2nd ed.: JB Lippincott Company, 1988.

ERDMANN, A. L.; SCHLINDWEIN, B. H.; SOUSA, F. G. M. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 560-564, 2006 .

FERRETTI, C. J.; ZIBAS, D. M. I.; TARTUCE, G. L. B. P. e SILVA JUNIOR, J. R. Escola e fábrica: vozes de trabalhadores em uma indústria de ponta. **Cad. Pesqui. [online]**. n.118, pp. 155-188. 2003.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n.3, 1998. Disponível em <http://www.interface.org.br/revista3%5Censaio4.pdf> acesso em 12 fev 2009.

FEUERWERKER L. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002

FIGUEIREDO, M. A. C. **Avaliação de um programa de orientação e suporte psicossocial ao cuidado doméstico de pessoas que vivem com o HIV/AIDS**: um estudo com base na tríade paciente/profissional/familiar. Ribeirão Preto: Departamento de Psicologia e Educação/FFCLRP/USP/CNPq, 2004. Projeto de Pesquisa.

FIGUEIREDO, M. A. C. **Representações sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e seus determinantes para o atendimento psicossocial a pacientes: um estudo com profissionais de saúde que atendem pessoas HIV soropositivas.** Brasília, DF: CNPq, 2002. 86 p. Relatório de Pesquisa.

FIGUEIREDO, M. A. C. Estudo de representações sobre AIDS em pacientes, para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomáticas ou não. **J. Bras. AIDS**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 22-32, 2000.

FIGUEIREDO, M. A. C.; MORAIS, K. C. AIDS e enfermagem: atitudes versus traços de personalidade no contexto do atendimento hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, jan. 1994.

FIGUEIREDO, M. A. C.; COSTA, J. C.; COELHO, W. F.; TRINDADE, E.; SIQUEIRA, M. R. Grupos de suporte a pacientes com AIDS na Unidade Especial de Terapia de doenças infecto-contagiosas do Hospital das Clínicas da FMRP. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 157-159, 1999. Suplemento.

FIGUEIREDO, M. A. C.; RISSI, M. R. R. Uma caracterização de crenças e afetos relacionados à aids em pessoas que cuidam do paciente em casa. **Jornal Bras. Doenças Sex Trans.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 6, p. 26-31, 1999.

FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C. L. T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p.77-87, 2000.

FORTUNA C. M.; MISHIMA S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./ abr. 2005.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saber necessário à prática educativa.** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987

FRIEDLAND, J. Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/Aids. **Aids Care**, v. 8, n. 1, p. 5-31,1996.

GADOTTI, M. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

GEORGEN, P. Ciência, sociedade e universidade. Educação & Sociedade. Campinas SP, v 19, n 63 ago 1998.

GOMES, A. J.; FIGUEIREDO, M. A. C.; RASERA, E. F.; ISSA, C. L. G. O Grupo Humanitário de Incentivo à Vida (GHIV) como produto da mobilização de pessoas que vivem com o HIV/AIDS: a síntese de um processo. In: FORO BEHAVIORAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDIES, 2003, Havana. **Proceedings...** Havana, 2003. p. 47-52.

GORDON, P. **A new medicine curriculum in Londrina**: the Dean's perspective on the change process project. Dissertation (Master's) - Department of Medical Education, College of Medicine, University of Illinois at Chicago, Chicago, 2001.

GRISPOON, S.; MULLIGA, K. **Weight loss and wasting in patients infected with human immunodeficiency virus**. 2003. Disponível em: <<http://amedeo.com/lit.php?id=12652374>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CAMACHO, L. A. B.. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2008.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008

KRASNISCK, A. Health workers and aids: knowledge, attitudes and experience as determinants of anxiety. **Scand Journal Soc Med**, Stockholm, v.18, n. 2, p. 103-13, 1990.

KUNKEL, M. B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS.(2002) In: CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June 2004 .

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 109-139.

LAPERRIERE, A.; IRONSON, G.; ANTONI, M. H.; SCHNEIDERMAN, N.; KLIMAS, N.; FLETCHER, M. Exercise and psychoneuroimmunology. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 26, n. 2, p. 182-190, 1994.

LEWIN, K. **Princípios de psicologia topológica**. São Paulo: Cultrix, 1973. 244 p

LIGNANI JUNIOR, L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 495-501, dez. 2001.

LIRA, V. A. **Efeitos do treinamento aeróbio supervisionado em indivíduos portadores do vírus HIV**. [Memória de Licenciatura]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996.

LOPES, M. S.; FIGUEIREDO, M. A. C.; TURATO, E. R. Le point de vue du patient et la restitution du diagnostic anti-HIV positif. **J. Int. Psychol.**, Paris, v. 31, n. 3/4, p. 450-521, 1996.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe**. Porto: Escorpião, 1974.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia**. 3 Ed, Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.

MACHADO, M. F. A. S.; MEIRELLES, E. M. M. L.; TEIXEIRA, D. Q.; CUNHA, N. F. V.; TEIXEIRA, M. G. B. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACKINNON, L. T. Current challenges and future expectations in exercise immunology: back to the future. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Indianápolis, v. 26, n. 2, p. 191-194, 1994.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

MAZZOTTI, T. B. **Educação como tecnologia**: ensaio sobre as transformações do trabalho docente. 1979. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1979.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan. 2006

MELONI, V. H. M. Treinamento de força e AIDS. **EFArtigos**, Natal, v. 2, n. 16, dez. 2004.

MENDES, I. J. M. M.; VILELA, E. M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 117-160.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.237-248, jul./set. 1993.

MORIN E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

MORIN, E.; ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. (Orgs.). **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez; 2002

MORRISON, C. Estabelecendo um ambiente terapêutico: recursos institucionais. In: DURHAM, J. D.; COHEN, F. L. **A enfermagem e o aidético**. São Paulo: Manole, 1989. cap. 6, p. 109-125.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar. 1978

MOURA, L.; JACQUEMIN, A. Aspectos psicossociais da síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 159-162, abr. 1991.

NEIDIG, J.; SMITH, B.; BRASHERS, D. Aerobic exercise training for depressive symptom management in adults living with HIV infection. **J. Assoc. Nurses in AIDS Care**, Ohio, v. 14, n. 2 p. 30-40, 2003.

NEIRA, E. El saber del poder. Introducción de ciencias políticas. (2001) In: RIVERO, D. E.; ERDMANN, A. L. O poder do cuidado humano amoroso na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, ago. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2008.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde**. São Paulo: Manole, 1999.

O'BRIEN, K.; NIXON, S.; GLAZIER, R. H.; TYNAN, A. M. **Progressive resistive exercise interventions for adults living with HIV/AIDS**. Oct. 2004. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004248.html>>. Acesso em: 10 fev. 2007.

OLSCHOWSKY A. Integração docente assistencial: um estudo de caso. Ribeirão Preto, SP. Mestrado [Dissertação] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1995

OLIVEIRA, L. A.; LANDRONI, M. A. S.; KUROKAWA, SILVA, N. E.; AYRES JR, C. M. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no Município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 689-98, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Visão crítica da promoção da saúde e educação para a saúde na América Latina. In: CONFERÊNCIA REGIONAL LATINO-AMERICANA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, 3., 2002

PACCAGNELLA, T. **Educação e saúde: o portador de HIV/AIDS e a prática de exercícios físicos**. 2002. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.

PACCAGNELLA, T. **Avaliação de processos de apropriação de um programa de condicionamento físico por pessoas que vivem com hiv/aids**. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, 2008

PALERMO, P. C. G.; FEIJÓ, O. G.. Exercício físico e infecção pelo HIV: atualização e recomendações. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, set. / dez. 2003.

PARKER, F. M. **Prophet of management**. Boston: Harvard Business School Press, 1994. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V6K-48JCT78-C&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort= d&view=c&_acct=C00005021&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=3616b5377e57109f1d057b356f42a909>. Acesso em: 12 mar. 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

PERNA, F. M.; SCHNEIDERMAN, N.; LAPERRIERE, A. Psychological stress, exercise and immunity. **Int. J. Sports Med.**, Indianápolos, v. 18, p. S78-S83, 1997.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.69-79, fev.2005.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola 2004.

PINTANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. Mov.**, Brasília, v. 10 n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

POON, M. C.; LANDAY, A.; PRASTHOFER, E. F. et al. Acquired immunodeficiency syndrome with *Pneumocystis carinii* pneumonia and *Mycobacterium avium* intracellular infection in a previously health patient with classic haemophilia. **Ann Intern Med**, Philadelphia, v. 98, p. 287,1983.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

RIBEIRO, E. C. O. A Educação dos profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 4, p. 139-142, 2002

RIBEIRO, D. F.; FIGUEIREDO, M. A. C **A devolução do diagnóstico positivo do exame Anti-HIV e o ponto de vista da pessoa infectada**. 1996. 123 f. Monografia (Conclusão de curso) - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2009

RIVERO, D. E.; ERDMANN, A. L. O poder do cuidado humano amoroso na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 maio 2008.

ROCHA, A. R. N. C.; TOYANSK, P. I.; SAYEGH, A. L.; BUENO, A. G.; GONZALES, C.; CASSEB, J.; DUARTE, A. J. S.; RASO, W. Habitual physical activity in HIV-1 infected individuals. 2006. Disponível em: <<http://listas.cev.org.br/mailman/listinfo/cevhiv-aids>>. Acesso em: 10 fev. 2007

RODRIGUES-JÚNIOR A. L.; CASTILHO E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.37, n.4, jul./ago. 2004.

SADOVSKY, R. Psychosocial issues in symptomatic HIV infection. **Am. Fam. Phys.**, Leawood, v. 44, n. 6, p. 2065-2072, Dec. 1991.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO M. A. C.; COUTINHO, M. P. L. Atendimento psicossocial à AIDS: a busca pelas questões subjetivas. **DST-Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, n. 3, p. 84-91, 2004.

SANCHES, M. D. G.; GUITTERAS, A. F. Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. **Psicología y salud.**, México, n. 1, p. 5-11, jen./jun. 2004.

SANCHES, K. R. B. **A AIDS e as mulheres jovens**: uma questão de vulnerabilidade. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Brasília, 1999.

SANTOS. B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós modernidade**. São Paulo, Cortez, 2001.

SERRANO, A. I. **O que é medicina alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 97.

SHMITZ, H. R.; LAYNE, J.; ROUBENOFF, R. **Exercício e infecção por HIV in pesquisas do ACMS para a fisiologia do exercício clínico**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.

SILVA, I. M. D. Avaliação dos professores pelos alunos na universidade. Dissertação (mestrado). Universidade de Sorocaba, Sorocaba SP 2004.

SILVA, N. E. K. et al . Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2009.

De SORDI, M. R. L; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, 1998 . Disponível em: <http://www.revista.susp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar 2009.

SOUZA, L. B.; FIGUEIREDO, A. C. ; SILVA, D. D.; SAROUT, D. ; PASQUA, F. C. F. Reestruturação organizacional de uma ONG como subsídio para implantação de programas de intervenção junto a pessoa vivendo com AIDS. In: FORO BEHAVIORAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDIES, 2003, Havana. **Proceedings...** Havana, p. 20-27. 2003

SZWARCWALD, C. L.; CARVALHO, M. F. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil. **Bol Epidemiológico AIDS 2001**, v.14, p. 35-40, 2001.

TESTA M.. Hospital: visão desde o leito do paciente. **Revista Saúde Mental Coletiva** 1992 p. 46-54

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Demanding respect for the subjectivity of public health system clients: towards humanization of health care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004 .

WALLACK, J. J. Aids anxiety among health care professionals. **Hosp Community Psychology**, v. 40, n. 5, p. 507-510, 1989.

WANDELREY, E. **O que é universidade?** São Paulo, Brasiliense, 1993.

WEINECK, J. **Atividade física e esporte para que?** São Paulo: Manole, 2003.

APÊNDICES

Apêndice A:

Síntese das reuniões da equipe de trabalho realizadas no ano de 2005

Primeiro encontro - 19 de abril 2005

Teve como objetivo avaliar as perspectivas individuais acerca dos trabalhos a serem realizados e discutir os significados desse trabalho junto aos participantes do grupo;

A reunião teve o seguinte procedimento: alguns objetos diversos foram colocados no centro da sala. Pediu-se às pessoas do grupo que pensassem, durante alguns minutos, sobre o significado que a participação no Programa de Condicionamento Físico teria para cada um, em particular, e o que sua atividade profissional representa para sua vida, de um modo geral. Após algum tempo (mais ou menos dois minutos) foi solicitado, a cada participante, que escolhesse, de acordo com o que pensou, um dos objetos expostos. Posteriormente, cada pessoa explicou a escolha, mostrando a relação do objeto escolhido com o significado do trabalho que iria desempenhar.

Buscou-se uma troca de informações acerca das expectativas sobre os trabalhos que deveriam ser desenvolvidos ao longo do Programa de Condicionamento Físico.

Ao final foi solicitado que os participantes fizessem um desenho que representasse sua avaliação sobre os trabalhos realizados durante a sessão.

Segundo encontro - 10 de maio de 2005

Teve como proposta analisar e discutir as divergências e convergências que surgirem, construindo uma visão grupal do trabalho que será realizado.

Foram distribuídos os desenhos feitos ao final da dinâmica anterior, de forma que cada participante não recebeu seu próprio desenho. Cada pessoa explicou o que representava aquele desenho (como foi a reunião anterior), tanto do seu ponto de vista, como imaginando o que o autor do desenho quis expressar.

Foi mostrado que o mesmo desenho pode ter diferentes interpretações, mas sempre haviam pontos de convergência, como : desafio, novidade, ansiedade, insegurança, ajuda ao próximo, voluntariado.

Terceiro e quarto encontros – 24 e 31 de maio de 2005

Essas reuniões estão apresentadas juntas pois a quarta sessão foi continuação da terceira, já que não houve tempo suficiente para concluir os trabalhos. A reunião teve como objetivo avaliar e identificar emoções e ansiedades relativas ao início do atendimento e compartilhar as expectativas referentes ao trabalho.

Os participantes foram divididos e para cada grupo foi dado uma cartolina e canetas hidrográficas. A tarefa era montar um “caminho” a seguir, colocando ameaças e recompensas, formando um tabuleiro do tipo encontrado em jogos infantis (quando cai em determinada casa volta x posições, em outras avança x posições).

Foram discutidas as ameaças como falta de conhecimento, falta de adesão por parte dos usuários e espaço físico e equipamentos. Para superar as dificuldades de material, equipamentos foi levantada a possibilidade de conseguir doações. Sobre a falta de aderência dos usuários, foram discutidas alternativas de como atrair e manter as pessoas na academia. Outros aspectos positivos citados foram: motivação, trabalho em grupo, pesquisa e sentimento de ser útil para os usuários da academia.

Quinto encontro – 14 de junho de 2005

Nesta reunião já estavam ocorrendo as atividades na academia. Foi pedido para que cada participante avaliasse seu sentimento em relação ao trabalho, iniciado a aproximadamente um mês. A seguir foram distribuídos os desenhos feitos ao final do primeiro encontro, de forma que cada participante recebeu seu próprio desenho. Cada participante explicou o que mudou em seus sentimentos. Foram relatados:

surgimento de ansiedades, aumento da motivação, diminuição de medos, visualização mais concreta dos resultados esperados. Foi comentado sobre a importância das reuniões do grupo para o processo de preparação das atividades, auxiliando no manejo das ansiedades.

Sexto encontro - 28 de junho de 2005

Durante a reunião procurou-se verificar as dificuldades que estava acontecendo no atendimento. Foi levantada a falta de orientação formal de um professor no curso de fisioterapia e dificuldades quanto a saber como atender o portador de HIV, que por ser socialmente discriminado, torna-se sensível a qualquer comentário. Foi citado que os usuários sentem necessidade do contato físico, e discutido o processo de estigmatização e até que ponto os próprios integrantes do grupo não tinha algum tipo de preconceito. Foi também definido um cronograma para as avaliações físicas.

Sétimo encontro – 12 de julho de 2005

Foi cancelada a reunião por causa das férias. Muitos membros do grupo eram de outras cidades e estavam nas casas dos pais. Apenas alguns educadores físicos permaneceram em Ribeirão Preto, dando continuidade às atividades na academia.

Oitavo encontro – 09 de agosto de 2005

As pessoas que voltaram das férias foram informadas sobre o andamento dos trabalhos, alguns usuários saíram e novos chegaram, permanecendo com 6 pessoas. Uma proposta levantada foi ampliar a divulgação do trabalho, direcionando as ações para o atendimento na saúde pública. Com base nas sugestões dos educadores físicos, foram estabelecidas ações para os fisioterapeutas.

Nono encontro – 23 de agosto de 2005

Foi dado um treinamento sobre atendimento, pelo coordenador do grupo. Nesse treinamento foram abordados: técnicas de rapport; foco no cliente, identificando suas expectativas; como abordar certos temas delicados, como sexualidade e contágio do HIV. Os participantes foram relatando como faziam na prática, trocando sugestões de como abordar cada situação, levando sempre em consideração que não existe uma forma universal de atendimento. Era sempre lembrado que devemos adequar o atendimento ao usuário em questão.

Décimo encontro - 13 de setembro de 2005

Foi avaliado se o conhecimento produzido na reunião anterior foi colocado em prática. Muitos relataram que realmente havia melhorado o atendimento, se sentindo mais seguros. Um outro ganho foi o aumento na integração com os usuários, inclusive conversando sobre aspectos da vida pessoal (tanto dos usuários como dos profissionais). Também foram apresentados e discutidos os resultados das avaliações físicas, mostrando ganhos significativos na redução de lipodistrofia e aumento da massa muscular.

Décimo primeiro encontro – 27 de setembro de 2005

Apresentados os trabalhos e resultados das nutricionistas, bem como as dificuldades que estavam encontrando, de ordem lógica e psicológica. O cotidiano dos usuários foi relatado como um dos principais problemas, pois tinham muita dificuldade em manter hábitos alimentares saudáveis. As condições de vida dos portadores de HIV provocaram um sentimento de espanto e perplexidade nas nutricionistas, que manifestaram como isso desenvolveu seu aprendizado, pois tiveram que partir dessa realidade para propor sugestões, e não do conhecimento científico produzido na universidade.

Décimo segundo ao décimo quinto encontros: 11 e 25 de outubro, 8 e 22 de novembro de 2005

Nessas reuniões foram realizados acompanhamentos sobre os trabalhos, onde cada grupo de profissionais apresentava o andamento de suas atividades e dificuldades encontradas. Todo o grupo trabalhava no sentido de propor soluções para essas dificuldades e de acolher emocionalmente os profissionais que apresentavam insegurança, desmotivação ou qualquer outro sinal de desconforto.

Décima sexta reunião 29 de novembro de 2005

Foram avaliados os resultados do projeto no ano, traçadas metas para o ano seguinte e definição de quem continuaria exercendo atividades junto aos usuários.

Apêndice B:

***Modelo do Termo de consentimento livre- esclarecido
Os termos estão arquivados na FFCLRP – sala do orientador***

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

Eu, Alexandre Vinicius da Silva Pereira, aluno do Programa de Pós Graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto – USP, venho através deste documento solicitar sua participação na pesquisa intitulada “Avaliação e Acompanhamento de um Programa de Orientação e Suporte Psicossocial ao Atendimento no Grupo de Atividades Físicas para Portadores de HIV/Aids.”. Este projeto tem como objetivo avaliar o atendimento prestado pelos profissionais que trabalham na academia para atividades físicas destinada a portadores de HIV/Aids.

Essa análise pretende identificar elementos importantes para a orientação do atendimento aos usuários, melhorando a qualidade do cuidado dispensado nestes serviços. Para isto sua contribuição e participação são essenciais.

Para participar você deve estar ciente de que:

- A) *Sua participação é voluntária e uma recusa não implicará em qualquer tipo de prejuízo em seu atendimento no Grupo de Atividades Físicas para Portadores de HIV/Aids.;*
- B) *As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada;*
- C) *Caso aceite, você será convidado a participar de conversas em grupo com outras pessoas que, como você, cuidam de pessoas com HIV/Aids;*
- D) *As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora responsável por este trabalho;*
- E) *Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento;*
- F) *Não existe nenhum risco em participar deste estudo.*

Você deve saber também que os responsáveis pelo trabalho podem ser contatados a qualquer momento através dos telefones abaixo para a solução de alguma dúvida ou problema relacionado a este trabalho.

Consentimento

Tendo tomado conhecimento dos objetivos deste trabalho e concordando com a participação neste estudo e no grupo, eu abaixo assinado autorizo a utilização das informações por mim concedidas na realização deste estudo:

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: _____

Pesquisador Responsável:

Alexandre V. S. Pereira – aluno pós graduação
 Prof. Dr. Marco Antonio C. Figueiredo - Orientador
 Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre
 Ribeirão Preto- SP – CEP 14040-901

Telefones: (16) 36023783 / 36023726

Apêndice C:

*Protocolos de análise de conteúdo dos participantes escolhidos
para o exame de qualificação*

Participante 1: MRL Idade: 26 Formação: educação física Sexo: Fem				
item	locução	notação	Cat Geral	Cat Espec.
1.1	<i>Conhecimento e pesquisa acho que caminham as ai porque dentro daquele espaço era algo pra mim e eu realmente iniciei uma pesquisa em busca de novos conhecimentos</i>	Importância da iniciação em pesquisa científica e sua contribuição para a formação do profissional.	Produção Conhecimento	Grupo de trabalho/ Especialização
1.2	<i>mesmo sendo um trabalho voluntário, eu acho que não deixa de ser um trabalho, com as mesmas responsabilidades que eu teria ganhando ou não.</i>	Mostra senso de responsabilidade, e importância mesmo não sendo trabalho remunerado	Integração	Equipe/ Envolvimento Profissional
1.3	<i>compreensão e força entram um pouco nesse universo do HIVAIDS, é entender uma nova realidade, compreender as necessidades daquela população</i>	Manifesta a preocupação com a necessidade de conhecer a realidade dos portadores de Hiv /aids	Produção Conhecimento	Usuário/ psicossocial
1.4	<i>e força porque a gente lida com muitas dificuldades lá dentro né, a queda do sistema imune, algumas perdas que ocorreram, pessoas que se foram..</i>	Relacionada ao envolvimento afetivo que foi criado com os usuários do programa	Integração	Equipe/ Envolvimento Afetivo
1.5	<i>aprendi principalmente dentro desse universo da AIDS, eu acho que o legal foi esse convívio diário então assim, meu aprendizado acho que foi não só acadêmico, mas assim pra vida também, humano né?!</i>	Mostra a importância da convivência junto aos usuários no processo de desenvolvimento profissional	Produção conhecimento	Processos de interação/ Aprendizagem Informal
1.6	<i>É de relacionamento, e sabe de lidar com uma realidade diferente, porque essas pessoas vivem com medo de se exporem, de falar, poder conversar de igual pra igual, pra poder colocar as necessidades que eles tinham, pra falar “</i>	Demonstra o sentimento de que habilidades técnicas não bastam para a realização do trabalho, sendo os considerados também aspectos afetivos	Integração	Usuário/ Continência
1.7	<i>foi muito bacana porque eram outros olhares, e cada um com uma opinião diferente sempre a acrescentar, não a menosprezar uma ou outra área ali dentro</i>	Importância do trabalho multidisciplinar, com troca de conhecimentos	Integração	Equipe/ Complemento
1.8	<i>mas você tinha que estar bem pra poder por a pessoa pra cima , entendeu, e as vezes era difícil porque como você cria um vinculo com a pessoas, você acaba se envolvendo dentro da história,</i>	Sentimento de dúvida quanto ao que fazer, quanto a responsabilidade e papel de cada profissional no atendimento	Integração	Usuário/ Sintonia
1.9	<i>será que era melhor ele treinar ou ele conversar , e assim também pra não misturar papel, porque ali eu era uma educadora física, não uma psicóloga</i>	demonstra a naturalização do saber, dividido entre as especialidades	Produção conhecimento	Limites/ Naturalização
1.10	<i>vivências que a gente teve lá, assim, acho que elas eram significativas pra “amarrar” o povo, cada um colocando seu olhar e amarrando aquilo tudo</i>	mostra que percebeu o trabalho em equipe sendo responsável pela convergência de esforços	Produção conhecimento	Grupo de trabalho/ Síntese

1.11	<i>um pontapé inicial pra eu estar fazendo mais pesquisas dentro dessa área ou indo pra outras áreas dentro da atividade física com olhar dentro de uma patologia, E me instigou a ir atrás de novas coisas sendo que eu agora eu estou indo atrás de uma pós-graduação</i>	atividade despertou interesse pela pesquisa, suscitando um desejo de continuidade	Perspectivas	Mercado de trabalho/ Qualificação
1.12	<i>se eu pudesse ficar pro resto da vida eu ficava, mas a vida a gente não planeja, ela acontece as vezes</i>	mostra a dificuldade em manter um trabalho voluntário frente as necessidades financeiras	Perspectivas	Manutenção/ Barreiras sócio econômicas

Participante 2: FLP Idade: 24 Formação: educação física Sexo: Mas				
item	Locução	Notação	Cat Geral	Cat Espec.
2.1	<i>1 eu comecei a me perguntar de que forma que a gente poderia auxiliar, eu não imaginava que a gente, profissional de educação física, pudesse ter um papel tão grande.... inicialmente foi mais uma indagação nesse sentido, o que eu vou tá fazendo?</i>	Reflexões sobre a profissão, ampliando sua percepção sobre possíveis áreas de atuação.	Produção do Conhecimento	Limites/ Naturalização
2.2	<i>aprendi que um trabalho em grupo dava muito mais certo, que foi uma aprendizagem que não serviu só pro trabalho enquanto durou, eu acho que é um aprendizado que eu tô trazendo pra minha vida, que tá me ajudando bastante até</i>	O aprendizado informal pode ser generalizado como forma de conhecimento e postura frente ao trabalho em equipe.	Produção do Conhecimento	Grupo de trabalho/ Síntese
2.3	<i>eu tive uma consciência melhor, sobre a doença e os portadores, que ai, ai sim eu bati com a cara na realidade, do mundo que é, que é bem assim, tudo que a gente possa imaginar superficialmente que seja ruim, na hora que a gente vai ver é bem pior mesmo, nenhum conto de fadas na brincadeira</i>	Contato com a realidade dos portadores de HIV atendidos pelo projeto.	Produção do Conhecimento	Usuário/ Condições de vida
2.4	<i>Bom, aí eu tive um aprendizado , de tá quebrando uma barreira social , né, de preconceito , ... aprender a respeitar os portadores por conta disso</i>	O aprendizado é complementado com o envolvimento com os usuários	Integração	Usuário/ ressignificação
2.5	<i>Bom, a melhor integração foi em relação aos profissionais que trabalharam com a gente, tanto psicólogo, tanto médico, que gente tem uma integração, gente via que a informação corria entre os grupos, eu achei muito importante porque possibilita a gente ter novos trabalhos com grupos que vê que dá certo, o negócio é por aí.</i>	O trabalho foi visto como troca de experiências e conhecimentos.	Integração	Equipe
2.6	<i>me deu uma chance de ver outras áreas e com certeza eu tenho um fundinho ali que eu ainda quero voltar a trabalhar com alguma coisa voltada a parte científica, talvez uma pós...</i>	Despertou o interesse pelo tema, além de um desejo de continuidade.	Perspectivas	Mercado de trabalho/ Qualificação
2.7	<i>O ser útil ,... foi uma parte onde eu vi que eu tava sendo útil, ... que era só de ir lá, pra tirar medida, pra conversar, eu já tava sendo útil pra outras pessoas e isso me deixou muito feliz.</i>	Mostra a importância do sentir-se útil para a realização pessoal e profissional.	Integração	Usuário/ Auto-realização
2.8	<i>E eu acho que a gente teve algumas idéias lá, que infelizmente, algumas não foram colocadas em prática por falta de tempo ou então de pessoal ou de vontade, não saberia classificar agora, mas, acho que foi produtivo enquanto a gente conseguiu.</i>	Ao mesmo tempo que mostra-se satisfeito com os resultados, deixa a entender que poderia ser melhor.	Avaliação	Metas não atingidas/ Limites da equipe

2.9	<i>o projeto me deu motivação, que a gente conseguir as coisas, tava bom, mas, dava pra melhorar, então, essa motivação do “dava pra melhorar” me ajudou bastante</i>	Mostra envolvimento de querer sempre fazer algo melhor do que já está.	Integração	Equipe/ Envolvimento profissional
2.10	<i>tristeza de achar que não consegui terminar o projeto, de ver que a gente tinha um projeto interessante, tinha uma academia a disposição, tinham profissionais a disposição, a tristeza vem dos próprios portadores de não terem entrado de cabeça no projeto, de achar que ((pausa)) que eu poderia ter feito melhor do que eu fiz</i>	Mostra uma certa frustração pelo trabalho ter ficado restrito a poucos usuários.	Avaliação	Metas não atingidas/ Anomia
2.11	<i>pessoal da educação física e de outras áreas da saúde, tem um pé atrás com o pessoal da medicina porque os caras são muito bem estruturados, eles têm um tipo de formação totalmente diferente de todas as outras áreas da saúde e eu acho que esse conhecimento que eles trazem, eles nunca vão pra dar carão, eles vão sempre pra serem os ouvidos, não pra ficar ouvindo,</i>	A relação entre as especialidades traz posturas construídas historicamente pela sociedade.	Avaliação	Equipe multidisciplinar / argumento de autoridade
2.12	<i>eu penso que educação física e fisioterapia estão bem próximas, é lógico que tem casos específicos dos dois lados que não se misturam, mas, no geral, num contexto geral as duas são bem parecidas. A psicologia, você pinçar uma coisinha que não tá aparecendo, que não é nada, mas na verdade é o que é, é o que faz ser importante.</i>	Mostra como as diversas especialidades interagiram para realizar o trabalho.	Produção do Conhecimento	Grupo de trabalho/ Especialização

Participante 3: FRD Idade: 22 Formação: fisioterapia Sexo: Masc				
<i>item</i>	<i>Locução</i>	<i>Notação</i>	<i>cat. geral</i>	<i>Cat Espec.</i>
3.1	<i>Conhecimento viria mais no aspecto acadêmico, de trazer artigos, de alguém falar: “ah eu conheci um trabalho que foi mais ou menos pelo mesmo caminho” e tal.</i>	Sinaliza a importância do conhecimento para realização do trabalho.	Produção conhecimento	Grupo de trabalho/ Especialização
3.2	<i>quando eu fui participar lá, fiz as avaliações achei legal ter contato com eles essa conversa, como eles viam a minha profissão, como que eles passavam esse aspecto para mim tal..e eu deles também, né?..</i>	A troca de conhecimento com os usuários, através da definição das atividades.	Produção conhecimento	Usuário psicossocial
3.3	<i>pensando mais nas nossas reuniões de como fazer pra melhorar o projeto, como a gente pode ajudar, como a gente pode, ali no caso melhorar..</i>	Mostra o envolvimento com o projeto e a vontade de melhorar.	Integração	Equipe/ Envolvimento Profissional
3.4	<i>No final de experimento que a gente tava participando eu me senti bem mais a vontade e bem mais conhecendo o trabalho de outras pessoas do que eu conhecia antes. Então eu sabia até onde podia ir e tal.</i>	O aprendizado informal aparece como ferramenta para definir os papéis e inter-relacionar os conhecimentos.	Produção conhecimento	Processos de interação/ Aprendizagem Informal
3.5	<i>os educadores físicos, orientando ali como deveria ser o trabalho, a gente ali da Fisio dando umas orientações posturais, como é que se mantém, vocês da psicologia dando um suporte ali, cada um na sua área dando uma orientação, formando ali um conjunto adequado né?</i>	A frase demonstra como o trabalho multidisciplinar completa as diversas especialidades.	Produção conhecimento	Grupo de trabalho/ Síntese
3.6	<i>para mim fica uma janela bem legal para possíveis trabalhos futuros com isso, se a gente conseguir um espaço pequeno, mas que funcione.</i>	Mostra o desejo de continuar o trabalho, mostrando envolvimento com o projeto	Perspectivas	Manutenção/ Condições para Continuidade
3.7	<i>me senti feliz, acho que o sentimento é ... me senti feliz de estar trabalhando com a população de soropositivos</i>	Sintetiza o sentimento em relação ao trabalho como “felicidade”	Integração	Usuário/ Auto Realização
3.8	<i>poxa eu to vendo o efeito humano da atividade física, não só em experimental que era o que eu trabalhava antes</i>	Envolvimento por se tratar de uma pesquisa com seres humanos	Produção do conhecimento	Usuário/ psicossocial
3.9	<i>A gente se reuniu ali, com muito boa vontade e conseguiu fazer um trabalho bonito então se a gente conseguisse um apoio governamental, ali não sei poderia ser um trabalho bem mais estruturado com um apoio melhor, com local com transporte</i>	Mostra interesse em continuar o projeto, buscando formas de melhora-lo	Avaliação	Metas não atingidas/ Limites da equipe

Participante 4: GBL Idade: 22 Formação: nutrição Sexo: Fem				
item	Locução	Notação	Cat Geral	Cat Espec.
4.1	<i>trabalho voluntário - eu escolhi porque foi por isso que eu entrei no projeto, porque era uma coisa voluntária, eu nunca tinha feito e eu tinha interesse de fazer. Saber como era, o que eu ia fazer, como era trabalhar com as pessoas, porque eu não tinha nada disso na faculdade, não tinha tido contato com paciente, com nenhuma pessoa, nada disso</i>	Reflexões sobre a disposição em ajudar outras pessoas com seu trabalho, sentir-se útil.	Integração	Equipe/ Envolvimento Profissional
4.2	<i> você acha que o que a gente aprende na faculdade já tá o suficiente, aí você vê que não é assim, que é muito superficial o que você aprende, que você precisa de muito mais pra lidar com a pessoa, tem que ir atrás disso, acho que isso foi um ponto positivo, pra gente perceber isso:::</i>	Mostra como o trabalho no grupo abriu perspectivas e foi importante para sua qualificação profissional	Perspectivas	Mercado de trabalho/ Qualificação
4.3	<i>equipe era sempre focado que lá tinha que ter um trabalho em equipe, só ia ter resultado se fosse, tivesse tudo junto, né,</i>	Interação entre as diversas especialidade para atingir os resultados esperados	Produção do Conhecimento	Grupo de trabalho/ Síntese
4.4	<i>conhecimento por conta desse trabalho que a gente buscou, né, conhecimento, sobre a doença, sobre o que a nutrição ia influenciar, então, a gente teve que buscar isso.</i>	Busca por um conhecimento especializado para subsidiar as atividades	Produção do Conhecimento	Grupo de trabalho/ Especializaçã o
4.5	<i>contato que a gente teve com as pessoas, com os pacientes mesmos, com os clientes que participavam do projeto, pra gente foi uma coisa nova. A gente não tem como ignorar a doença deles, né, uma coisa que mexe, você vê a pessoa e fica pensando como é a sua vida....</i>	contato com a realidade do portadores da Aids, percebendo as condições de vida dos usuários da academia	Integração	Usuário/ Sintonia
4.6	<i>a gente ia lendo, ia tentando ver a interação da droga, do coquetel com o que a gente podia fazer na nutrição, o que já tinha na literatura até hoje, os resultados que tinham, e o que a gente via mesmo que era necessário o trabalho em equipe, a pessoa tem que fazer exercícios, tem que ter uma alimentação balanceada, isso que a gente tentava passar</i>	Despertou o interesse pelo tema, percebendo formas da nutrição ajudar no processo..	Integração	Equipe/ Complemento
4.7	<i>Eu acho que sim, pra mim foi legal, mas eu acho que paras os pacientes não foi tanto, porque hoje eu vejo que podia ter feito muito mais, sabe assim, éh.., você tá ali pra passar isso pra pessoa, essa é sua função e antes eu acho que “não, essa pessoa deve saber”, sabe, e acho que eu não sabia passar direito:::, acho que eu poderia ter contribuído muito mais hoje, eu acho</i>	Mostra uma auto-avaliação do trabalho realizado, pensando no que poderia ter sido diferente.	Avaliação	Metas não atingidas/ Limites da equipe
4.8	<i>a equipe tava bem montada né, a gente sabia o que cada um tinha que fazer, a importância de cada um, as discussões eram bem (sobre) o que cada um tava fazendo:::, o que tinha que fazer e tal, o que tinha (?), eu acho que a equipe tava bem orientada, que todo mundo sabia o papel, a importância de cada um ali, cada profissional ali, então, eu acho que isso tava bem legal</i>	evidencia a troca de experiências e conhecimentos no grupo.	Produção do Conhecimento	Processos de Interação/ Aprendizagem informal

Participante 5: TDP Idade: 45 Formação: Ed. Física Sexo: Masc.				
item	Locução	Notação	Cat Geral	Cat Espec.
5.1	<i>vários obstáculos foram encontrados, né, em função da pouca participação do próprio portador de HIV, né, a coisa ficou muito centralizada nas ONGS ou em função das ONGS. Tudo bem que nós até tentamos, né, lá na Secretária Municipal de Saúde, foi até dar uma palestra lá, né, ninguém procurou. Você fica desapontado, você fala assim, puxa vida, né, nesse universo tem, em Ribeirão tem quatro mil pessoas vivendo com HIV/AIDS aí, eu cheguei a fazer um trabalho com SEIS, né, e dos seis, todo mundo teve um resultado positivo, aí de repente o pessoal enjoa, o pessoal para,</i>	Aponta os esforços realizados e a baixa procura pelo serviço	Avaliação	Metas não atingidas/ Anomia
5.3	<i>não sei se o necessário era a gente ter um contato mais próximo dos próprios médicos que fazem o pronto atendimento dos postos de saúde, de repente lá no HC, né, que é o perfil, né, do pessoal que freqüenta academia seria esse, né.</i>	Demonstra alguns limites da equipe, sobretudo falta de apoio em alguns casos	Avaliação	Metas não atingidas/ Limites da equipe
5.4	<i>eu acho que também teve um resgate daquilo que eu acho que é dever da nossa profissão, né, na verdade, profissões distintas aí, resgatar um pouquinho você trabalhar pelo outro, às vezes sem necessariamente buscar só o retorno financeiro, resgatar um pouquinho mais, daquela, sabe, da coisa, não se meio humanístico, né, mas desse lado também</i>	Demonstra como o trabalho promoveu o resgate do envolvimento com o trabalho	Integração	Equipe/ Envolviment o afetivo
5.5	<i>Em relação à formação, eu acho assim, talvez o pessoal não consiga ter dado o valor que aquelas reuniões tiveram, mas eu acho que com um pouquinho mais de maturidade esse pessoal vai ver como aqueles grupos, aquelas conversas que você tinha com todo mundo uma, você dava alguns toques, assim, pra todo mundo, né, você dizia algumas coisas que eu acho que pra formação de todo mundo ali foi importante, inclusive pra minha, né.</i>	Faz comentário sobre a importância das trocas de experiências vivenciadas	Produção do conhecimento	Aprendizagem informal
5.6	<i>ali a gente viu que não foi só a pluralidade de formação acadêmica, né, foi a pluralidade de formação de cada um mesmo, de que vem dos ideais de cada um, o que cada um pensava sobre uma coisa ou sobre outra coisa, tanto é que de repente, sabe, emergia algumas coisa lá que eu falo assim “puxa, isso nunca passou pela minha cabeça, né”, a pessoa conseguia ver um negócio que, às vezes, pra ela tava tão claro</i>	Mostra como as idéias convergiam dentro da equipe	Produção do conhecimento	Grupo de trabalho/ Síntese

5.7	<i>eu acho que o pessoal da Medicina se acha meio diferenciado, né, eu acho que isso até uma coisa meio cultural, né, que aparentemente toda área biológica, né, é um seguimento da Medicina.. Parece que faz parte do processo de formação acadêmica deles, sabe, esse distanciamento, “porque, olha, espera aí, deixa a gente fazer, deixa a gente ver primeiro” depois a gente / ao invés de “ver junto”</i>	Demonstra o afastamento em alguns momentos dos médicos em relação às atividades	Avaliação	Equipe/ Argumento de autoridade
5.8	<i>acho que grupos daquele lá, é:: teriam que fazer parte da formação de qualquer curso, qualquer curso, vamos supor, pegar aqui na UNAERP, olha, éh, fazer parte do currículo algumas discussões multidisciplinares</i>	Pensamento de aproveitar o trabalho em outras áreas.	Perspectivas	Mercado de trabalho
5.9	<i>saía de lá falava “puxa vida, olha que negócio legal a gente tá fazendo, né”, que cada um, sabe, devagarzinho eu acho que cada sabe até onde pode ir se invadir o do outro, sabe, devagarzinho parece que cada um, sabe, ocupa o seu lugar, né, mas divide isso, não é aquele negócio “isso aqui é o meu”, não, eu vou dividir o que é meu com todo mundo e de repente você vê uma coisa que eu não consigo enxergar, né, porque as idéias surgiam ali,</i>	Mostra como a equipe ampliou os horizontes, a forma de pensar	Interação	Equipe / Complemento
5.10	<i>As vezes escutamos “ah, o pessoal de Educação Física, pessoal da nutrição, pessoal da fisioterapia, olha, vai cuidar só do corpo” e ali não, nós estávamos cuidando da pessoa como um todo</i>	Mostra a preocupação com o indivíduo a ser tratado	Integração	Usuário/ Resignificação

Participante 6: IAG Idade: 23 Formação: Psicóloga Sexo: Fem				
item	Locução	Notação	Cat Geral	Cat Espec.
6.1	<i>foram aspectos assim, que, ajudaram muito para a psicóloga que eu sou hoje, ne ... essas conversas assim foram trazendo um outro paradigma por assim dizer , de atendimento mesmo e acho que me colocou um pouco de diferencial no olhar pra atendimento, tanto em clínica quanto lá no hospital que eu fiquei o ano passado lá em São Paulo, foi muito aprendizado mesmo.</i>	Mostra a participação no projeto importante para o amadurecimento e qualificação profissional	Perspectivas	Mercado de trabalho/ Qualificação
6.2	<i>companheirismo veio daí, do pessoal, tanto dos pacientes lá que eu chamo de pacientes, não era aquela coisa assim: “Ai você vai resolver o problema pra mim”, “não ó, vamos pensar em alguma coisa juntos” ;</i>	demonstra como o convívio com os usuários promoveu a sintonia	Integração	Usuário/ Sintonia
6.3	<i>Aí tem a parte da saúde, é que é algo que eu sempre gostei , de promover a saúde e não pensar na doença, não pensar nas outras coisas, esse trabalho pra mim foi uma valorização de saúde total, foi assim, foi o ápice né, de, o que que a gente pode fazer? A gente pode promover a saúde, a gente pode promover o bem estar, e a gente vê que os ganhos não eram só da parte do pessoal que fazia o trabalho, o que trabalhava também,</i>	Demonstra o sentimento de que habilidades técnicas não bastam para a realização do trabalho, sendo os considerados também aspectos afetivos	Integração	Usuário / Auto-realização
6.4	<i>cuidado, tanto de se cuidar, das pessoas que iam lá, e o cuidado das pessoas que estavam trabalhando ali, com as aquelas pessoas, isso na minha monografia foi algo que foi extremamente valorizado, porque eu vi os portadores, eu vi o lado deles, e a questão das pessoas que faziam a orientação ali dos exercícios , foi super valorizado, o cuidado que eles tinham em passar as informações..</i>	demonstra a preocupação e envolvimento com as pessoas atendidas	Integração	Equipe / Envolvimento afetivo
6.5	<i>Porque você fica na clínica , fechadinho, redondo, bonitinho. Quando está lá , a gente vê na hora nossa intervenção . não é somente uma interpretação. Então foi bom pra me encorajar a falar um pouco, porque eu ficava muito na retaguarda, eu tinha o conhecimento pra mim.. e não, eu descobri que tinha que passar...</i>	referente à mudanças de comportamento no processo de aprendizagem	Produção do conhecimento	Aprendizagem informal
6.6	<i>Então eu chegava , até algumas orientações de eles não sabiam quem procurar para algumas coisas, então eles chegavam em mim....Isso era muito legal, sabe... Por eu já estar no projeto a algum tempo, já sabia algumas coisas para explicar, para passar informações , às vezes ficava, ouvia... gente falar...: “isso é coisa de assistente social”... mas não tinha assistente social... eu ia deixar as pessoas sem informação?! Parece que fica restrito né? Não tem ninguém lá! Eu vou ficar muda?</i>	Mostra formas de interação com a equipe.	Integração	Equipe / Complemento

6.7	<i>No ano passado, fiquei no Hospital do Servidor ... quando chegava da infecto, as meninas entregavam na minha mão: “você que sabe atender esses pacientes de HIV”. Eu falava: “Meu tem alguma diferença alguém que tá com HIV, com câncer”... não tem diferença nenhuma,</i>	sinaliza como o convívio com os portadores foi importante	Produção do conhecimento	Usuário / Aspectos psicossociais
6.8	<i>A fisioterapia, tinha uma galera que tava a fim, que ia mas não tinha um professor para orientar um projeto. E não poderia iniciar o trabalho enquanto não tivesse um professor. Iam atrás do professor, mas mudava... eu via o pessoal que tava nesse grupo a fim de trabalhar, tava procurando, foi conhecer a academia, conversar com o pessoal que tava lá... mas por causa dessa burocracia emperrava.</i>	Relata as dificuldades por parte da equipe para atingir os objetivos	Avaliação	Metas não atingidas / Limites da equipe
6.9	<i>Eu encontrei com o pessoal da fisio um tempo depois, e falaram: “aquelas reuniões eu tava pensando nelas esses dias”... ele tava fazendo um atendimento e lembrou de uma informação que o pessoal da educação física deu ...Acho que as reuniões tinham esse caráter...Cada pessoa teve uma contribuição e levou alguma coisa de lá ,</i>	demonstra como as reuniões serviram para produzir um conhecimento a partir da prática	Produção do conhecimento	Grupo de trabalho / Síntese

Participante 7: DRD Idade: 28 Formação: Ed. Física Sexo: Masc.				
item	Locução	Notação	Cat Geral	Cat Espec.
7.1	<i>Atuação social é porque eu vejo que é um trabalho voluntário, né, vários profissionais que estão ali, embora estejam também interessados na pesquisa, mas é uma forma de atuação social, de auxiliar o próximo, auxiliar (o paciente) soro positivo. Seria legal manter o trabalho...</i>	interesse me que o programa tenha continuidade, por sua importância	Perspectivas	Manutenção do programa/ Condições para continuidade
7.2	<i>fazer um trabalho mesmo pra poder otimizar a saúde desse público, né, pesquisa científica, participar, fazer parte de um projeto de pesquisa,</i>	mostra a presença das especialidades no trabalho	Produção do conhecimento	Grupo de trabalho/ Especialização
7.3	<i>Cooperação em função do trabalho multidisciplinar, todos tão buscando um objetivo em comum que é a promoção de saúde, que é o auxílio, que é a otimização da saúde desses pacientes, né,</i>	pontos convergentes dos trabalhos no grupo	Integração	Equipe/ Envolvimento profissional
7.4	<i>Aprendizado mútuo sem dúvida porque não só eles aprendiam com a gente, mas a gente aprendia com eles também, né, o fato de você ter aquele contato próximo ali, de tocar nas pessoas mesmo e sentir como elas tavam respondendo esse contato, de entender que a gente tava ali tratando de seres humanos independente da situação, independente da patologia, são pessoas que precisam ter atenção</i>	Interiorização dos fundamentos da humanização do atendimento	Integração	Usuário/ Ressignificação
7.5	<i>nas reuniões que nós fazíamos, nas discussões que eram feitas, traziam sempre à tona algum conteúdo pra ser discutido pra nós refletirmos a respeito do que a gente tava fazendo, do que a gente tava buscando ali, quais eram nossos reais interesses pra poder chegar a um estágio em comum.</i>	Importância das reuniões do grupo para troca de informações e vivências	Produção do conhecimento	Grupo de trabalho/ Síntese
7.6	<i>tinha pessoas que ficavam muito mais envolvidas com outras coisas e é normal que aconteça mesmo porque você tem na sua vida diversos projetos e que você tem que focalizar, então, às vezes, era complicado marcar um horário pra gente conversar, as pessoas precisam se encontrar, ir na academia lá, “ah, eu não posso tal dia, não posso, não posso”, não pode, não vai, não tem como encontrar</i>	sinaliza algumas dificuldades encontradas pela equipe	Avaliação	Metas não atingidas/ Limites da equipe
7.7	<i>mesmo com essas dificuldades tem que ser buscar a tentativa de fazer com que essa interação acontecesse, de quebrar essas barreiras, de mostrar que todo mundo tinha seu valor ali, ninguém tava querendo invadir a área de ninguém.... dar oportunidade das pessoas verbalizarem, falarem a respeito, não só ficarem dentro da área delas, mas darem uma circulada, uma transitada geral, assim, tentarem entender o contexto de todo mundo, para cada um se conhecesse melhor as dificuldades que cada um tinha</i>	demonstra como a equipe trabalhava de forma multidisciplinar	Integração	Equipe/ Complemento

7.8	<i>eu lamentei mais até nesse sentido de não poder ter contribuído mais, no sentido de fazer um trabalho pra (prospectar) mais pessoas, porque a rotatividade é muito grande, não existia estímulos assim rigorosos pra que as pessoas estivessem participando</i>	sinaliza a falta de ânimo decorrente do baixo número de usuários	Avaliação	Metas não atingidas/ Anomia
7.9	<i>Geralmente pensam em prescrever as atividades, prescreveu, acabou. Não, tem que ir um pouco além, tem que colocar sensibilidade para cativar as pessoas, pra entrar um pouco no mundo delas ali, pra dar um pouco de reforço eu acho que eu poderia ter contribuído nisso</i>	retrata a humanização no trato com as pessoas atendidas	Integração	Usuário/ Sintonia

Apêndice D:

Transcrições, na íntegra, das entrevistas realizadas com os integrantes da equipe

Participante 1: MRL Idade: 26 Formação: educação física Sexo: Fem
--

Entrevistador: Agora quero que você me explique porque você escolheu e o que significa cada uma dessas palavras como se você estivesse justificando a escolha.

MRL: Ta. Vou explicar cada uma. Solidariedade justamente pelo próprio trabalho que era solidário. Conhecimento e pesquisa acho que caminham juntas ai porque dentro daquele espaço era algo novo pra mim e eu realmente iniciei uma pesquisa lá em busca de novos conhecimentos e o trabalho também acho que entra junto também, não só o trabalho como teoria, mas a prática o dia-a-dia de estar trabalhando lá, porque mesmo sendo um trabalho voluntário, eu acho que não deixa de ser um trabalho, com as mesmas responsabilidades que eu teria ganhando ou não. E assim, pelo vínculo que a gente criou lá eu criei muitas amizades também lá dentro e que vão até hoje, e é muito legal isso também. Acho que compreensão e força entram um pouco nesse universo do HIV/AIDS, é entender uma nova realidade, compreender as necessidades daquela população, e força porque a gente lida com muitas dificuldades lá dentro né, a queda do sistema imune, algumas perdas que ocorreram, pessoas que se foram, então acho que a força tem que estar ali diariamente. Acho que é isso. Respeito eu falei pra você?

Entrevistador: Não.

MRL: O respeito pelo acho que pelo indivíduo ali, **entendendo** as necessidades de cada um, e inclusive o respeito pela patologia deles, pela diferença que eles se colocam como indivíduos, tem que respeitar isso ai.

Entrevistador: Ta legal. Agora na verdade, nossa entrevista é dividida em três etapas, já foram duas, a terceira é a gente conversar um pouco sobre cada um deles e o que isso significou também na sua formação, eu quero que você pense na formação sua profissional, o que você acha que esse trabalho ajudou, que características você pode ter desenvolvido em você.

MRL: Ah eu acho que ele ajudou em tudo assim, desde, foi meio que inesperado na verdade, porque eu entrei na faculdade tudo, de repente tinha esse projeto e eu entrei por causa de um outro aluno da faculdade e eu assim agarrei esse projeto com unhas e dentes, porque meu trabalho de conclusão de curso foi em cima desse universo ai, e pra mim foi muito legal, aprendi muita coisa, uma infinidade de coisas assim, não só dentro da atividade física, mas principalmente dentro desse universo da AIDS, que era algo assim um pouco distante pra mim por eu não ter esse convívio diariamente, e eu acho que o legal foi esse convívio diário mesmo que mostrou que a gente pode viver assim, que tem condições de viver bem sem estar ... então assim, meu aprendizado acho que foi não só acadêmico, mas assim pra vida também, humano né?!

Entrevistador: Lidar, de relacionamento...

MRL: É de relacionamento, e sabe de lidar com uma realidade diferente, porque essas pessoas vivem com medo de se forem, de falar, então ali era um espaço assim, eu sentia que as vezes as pessoas estavam ali não só pra fazer o treinamento físico, mas pra poder conversar de igual pra igual, pra poder colocar as necessidades que eles tinham, pra falar: “Nossa to com isso, to com aquilo” de repente era algo que eles não poderiam contar pra qualquer pessoa, que a pessoa ia ter um olhar deferente, e lá não, eles se sentiam gente, e eram tratados como tais também.

Entrevistador: E isso tem a ver com a solidariedade que você coloca ai, você acho que uma coisa tá ligada com a outra direto?

MRL: Com certeza, com certeza. Mas como eu te falei eu acho assim: você entrar num trabalho desse voluntário ou solidário, não importa, eu acho que você tem que levar tão a sério na sua vida, como um trabalho que você tem que ir lá e passar o cartão entendeu, tem horário pra entrar, tem horário pra sair, eu acho que você tem que levar com a mesma seriedade porque são pessoas que dependem de você, você está trabalhando com a saúde delas também, não é por isso que é menos importante, porque é tão importante quanto.

Entrevistador: E você falou ai de amizade, pode ser tanto com os usuários como com a equipe.

MRL: Com certeza.

Entrevistador: Eu queria que você falasse um pouco de como foi o trabalho da equipe como um todo, não só o pessoal da educação física, mas também o pessoal da fisioterapia, como é que você percebeu essa interação toda?

MRL: Ah eu achei muito legal assim, essa diversidade de profissionais que tinha dentro do projeto eu acho até que seria legal se todos pudessem estar ali diariamente pra sentir um pouquinho isso porque acho que a educação física teve um pouquinho mais de perto essa questão da convivência, mas foi muito bacana porque eram outros olhares, e cada um com uma opinião diferente sempre a acrescentar, não a menosprezar uma ou outra área ali dentro. Eu achei que foi legal sim, eu acho que os profissionais das outras áreas talvez sentissem falta mesmo de estar ali também. Porque foi uma coisa que eles falavam, por causa de ter um **impacto** mesmo, adequado para estar fazendo o trabalho deles também, mas eu acho que foi muito rica essa participação de várias áreas.

Entrevistador: Voltando pra suas palavras aqui, a compreensão e a força, quero que você fale como isso foi desenvolvido, foi ampliado se era uma coisa nova pra você.

MRL: É você chegava ali, tinha dia que o indivíduo não conseguiu treinar, não porque ele estava fraco, ou assim, além da questão do sistema imune, a pessoa ficou gripada, alguma coisa, ou já não estava tão animado, mas assim as dificuldades que eles tinha de vida mesmo, assim: “Ah brigou com fulano ou cicrano”, você via que a pessoa queria conversar, então as vezes você tinha que assim, se envolvia com a história do indivíduo ali, mas você tinha que estar bem pra poder por a pessoa pra cima, entendeu, e as vezes era difícil porque como você cria um vínculo com a pessoas, você acaba se envolvendo dentro da história, e as vezes você tinha que ser meio imparcial, saber lidar com aquilo, e muitas vezes isso era freqüente da pessoa não estar bem de chegar e chorar, aí você dá uma abraço uma palavra pra confortar a pessoa depois: “vamos treinar lá, vamos treinar...” então assim, as vezes você tinha saber lidar com essa questão, será que era melhor ele treinar ou ele conversar, e assim também pra não misturar papel, porque ali eu era uma educadora física, não uma psicóloga. Mas assim, você via que também tinha essa questão de eles terem alguém pra se abrir.... Acho que a compreensão tanto da necessidade deles e compreender aquilo que eles estavam falando ..

Entrevistador: E a força, fala um pouco mais sobre o que você quis dizer...

MRL: A força ... acho que a força está em todos os aspectos aí, desde você estar lidando com um indivíduo que fisicamente eles têm uma deficiência, então você tem que ter força pra estar buscando a força deles, você tem e que ter força pra lidar com um trabalho voluntário, dentro de um projeto que chegava lá tava com um problema de vazamento do cano e aí não tinha como treinar, não sei o que, então eu acho que você tem que ter força em todo momento aí pra saber levar aquilo pra frente e não desistir entender, obstáculos a gente encontrou vários, e acho que nem por isso a gente parou, pois se o projeto tá aí até hoje, e eu acho que essa força tem que estar presente diariamente, em todos os aspectos.

Entrevistador: Principalmente a força de vontade...

MRL: É a força de vontade, com certeza.

Entrevistador: Marília e sobre as nossas atividades do grupo lá, queria que você falasse um pouco o que ficou pra você, o que marcou mais, o que você achou mais legal.

MRL: Eu gostei muito das vivências que a gente teve lá, assim, acho que elas eram significativas pra “amarrar” o povo, porque além dos olhares de vários profissionais ali, por ser uma equipe multidisciplinar, então acho que aquele era o momento de todo mundo junto, cada um colocando seu olhar e amarrando aquilo tudo. Eu achei muito legal, principalmente quando tinha aquelas vivências mais psicodramáticas...

Entrevistador: dinâmicas..

MRL: É dinâmicas, acho isso muito legal porque é um jeito de você entender um todo com outro olhar, assim, um olhar mais dinâmico, não só aquela teoria e... é um momento de descontração também ... Eu acho que foi tudo muito válido, é difícil eu falar “ah tal coisa foi mais legal” acho que todas as discussões foram muito ricas

Entrevistador: Mais um item pra você responder que seria a integração, o que mais marcou pra você ali?

MRL: É foi muito bom ...

Entrevistador: E a relação desse trabalho seu com a sua formação acadêmica, além do trabalho que você falou, do TCC o que mais você acho que ele pode ter contribuído?

MRL: Eu acho que de repente ele é um pontapé inicial pra eu estar fazendo mais pesquisas dentro dessa área ou indo pra outras áreas dentro da atividade física com olhar dentro de uma patologia, que era uma coisa que eu nunca imaginei que eu fosse mexer, ou trabalhar. E me instigou a ir atrás de novas coisas sendo que eu agora eu estou indo atrás de uma pós-graduação e estou pensando que talvez foi fazer em cima desse universo aí.. tem muita coisa pra pensar. Eu acho que é uma área muito rica nova ainda, tem muita coisa e ao mesmo tempo falta muita coisa. Também. Então eu acho que de repente foi um pontapé inicial mesmo pra ir atrás...

Entrevistador: Te abriu os olhos pra uma área que “não existia”...

MRL: É que eu nem imaginava, que eu nem pensei que eu fosse ter um contato...

Entrevistador: Tem mais alguma coisa que você lembra? Porque as vezes na hora de começar você fala uma coisa.... depois vai lembrando ...

MRL: Não eu acho assim, que eu gostaria assim... eu ainda estou no projeto e eu gostaria muito de continuar, mas se de repente por algum motivo eu tiver que sair, não quero perder contato, quero poder ajudar de alguma maneira, mesmo que seja indiretamente, porque pra mim foi um aprendizado muito valioso mesmo, se eu pudesse ficar pro resto da vida eu ficava, mas a vida a gente não planeja, ela acontece as vezes. Mas eu acho que de qq maneira, assim, se eu puder manter contato independente do que acontecer, eu faço questão de poder ajudar de alguma maneira com certeza.

Participante 2: FLP Idade: 24 Formação: educação física Sexo: Masc

Entrevistador: agora na segunda parte da nossa entrevista, quero que você explique, porque que você escolheu cada uma dessas palavras.

FLP: Bom, inicialmente, éh::, eu não sei nem se eu coloquei, né, primeiro foi uma indagação que eu fiz a mim quando o Tadeu começou a conversar comigo sobre o trabalho e aí eu comecei a me perguntar de que forma que a gente poderia auxiliar, mesmo porque a gente tem, antes da gente começar a trabalhar com o pessoal de HIV/AIDS, a gente tem uma noção muito breve, muito por cima, superficial, sobre a doença, sobre como as pessoas que adquirem a doença vivem, né. Então, eu na minha, na minha consciência, eu não imaginava que a gente, profissional de educação física pudesse ter um:: um papel tão grande como pode ser desenvolvido, então inicialmente foi mais uma indagação nesse sentido, que que eu vou tá fazendo, com que eu posso ajudar, né, e de que forma, então a partir do momento que eu entrei, eu achei que ((pausa na fala do entrevistado)) eu tive uma consciência melhor, até que foi que eu escrevi, sobre a doença e os portadores, que ai, ai sim eu bati com a cara na realidade, do mundo que é, que é bem assim, tudo que a gente possa imaginar superficialmente que seja ruim, na hora que a gente vai ver é bem pior mesmo, nenhum conto de fadas na brincadeira.

Entrevistador: Você se aproxima de um negócio que tá distante, né, que você de perto é diferente.

FLP: É aquele queijo, queijo suíço, né, você acha que tá um pouco furado, mas na hora que você pega e vai cortando, você vai vendo que é bem furado, o negócio é, é bem, bem mais embaixo.

Entrevistador: Sofrido.

E FLP: Éh:::, bem sofrido.

Entrevistador: Depois?

FLP: Bom, aí eu tive um aprendizado, né, que foi ((pausa)) pela própria doença, né, um aprendizado de tá, é, de tá quebrando uma barreira social, né, de preconceito que eu acho que existe, falar que não existe é mentira, diminuiu bastante, mas ainda existe muito, eu tive que quebrar esse preconceito comigo mesmo, porque por falta de informação às vezes a gente acha que tem algum problema, então, eu soube aprender a me controlar nesse sentido, aprender a respeitar os portadores por conta disso, aprendi que um trabalho em grupo, igual a gente desenvolvia mais pro final do projeto, dava muito mais certo que no início do projeto que era uma coisa mais resumida a poucas pessoas e acho que mais nesse sentido, que foi uma aprendizagem que não serviu só pro trabalho enquanto durou, eu acho que é um aprendizado que eu tô trazendo pra minha vida, que tá me ajudando bastante até.

Entrevistador: Tá, legal, e a próxima seria?

FLP: Bom, a melhor integração foi em relação aos profissionais que trabalharam com a gente, tanto psicólogo, tanto médico, que gente tem uma integração, mas, não tão na área profissional igual a gente imagina, né, como a gente começou o trabalho, éh::: ser multidisciplinar, a gente imaginava que até ia ser umas coisas meio excluída de grupo, o pessoal da medicina ia ficar mais excluído, de certa forma aconteceu, mas também, já acho que foi por conta do grupo que foi trabalhar com a gente, mas ao mesmo tempo a gente via que a informação corria entre os grupos, então, essa integração que ocorreu entre os grupos, eu achei muito importante porque possibilita a gente ter novos trabalhos com grupos que vê que dá certo, o negócio é por aí.

Entrevistador: Tá, a outra?

FLP: Bom, a outra é a visão da profissão, até questão da minha profissão que querendo ou não eu vejo, hoje que eu saí do projeto, eu volto a ter essa visão restrita, que é uma coisa muito pequena, que é infelizmente um profissional de educação física quando se forma, ele não tem outra, outra coisa a não ser dar aula, seja em academia, seja tanto em nação, tênis, futebol ou então ser instrutor de musculação. Quando eu passei pro projeto, eu vi que tinha esse outro lado da educação física que eu poderia tá entrando, não é simples, é muito difícil, por isso até que às vezes muita gente não ouve falar, mas que a área científica que, que é um outro tipo de trabalho, eu acho que é algo que ainda tem pra acontecer dentro da minha área.

Entrevistador: Sair do normal, né, do que todo mundo já faz.

FLP: É, sair do convencional, em Ribeirão hoje, por exemplo, aí já entrando um pouquinho, não tem muito a ver.

Entrevistador: Não, fala.

FLP: Que, eu tenho amigos meus que já formaram, que eram da minha sala, que hoje trabalham ((pausa)) praticamente doze, treze horas por dia, quatorze horas por dia pra ganhar mil reais, sabe, eu acho que não é questão de falar “pô, o cara ganha bem ou ganha pouco”, mas é questão da profissão em si, o cara tá dando aula em academia de musculação, fica das seis e meia da manhã até a hora que não tem e a hora que acabar que acabou, não tem hora pra acabar e pra ganhar muito pouco.

Entrevistador: É o retorno que, o esforço, né.

FLP: Exatamente, e infelizmente essa é a consciência, até dos profissionais de educação física que hoje são donos de academia, que são donos e alguns empreendimentos aí que também não dão valor a profissão, continuam, no meu caso aqui na recra eu vejo mais por esse lado, que ela é formada em educação física, minha chefe, ela é formada, a filha dela é formada, mesmo assim ela não respeita os profissionais que tão vindo aqui trabalhar.

Entrevistador: É aquela, cada um por si depois, né?

FLP: Exatamente.

Entrevistador: Tá, e aí o projeto....

FLP: É, me deu uma chance de ver outras áreas e com certeza eu tenho um fundinho ali que eu ainda quero voltar a trabalhar com alguma coisa voltada a parte científica.

Entrevistador: Tá, o ser útil.

FLP: O ser útil e às vezes, eu por ser, eu fui atleta durante dezesseis anos da minha vida e quando eu abandonei a natação foi praticamente quando eu comecei a trabalhar e seis meses após isso foi quando eu entrei no projeto inicial com o Tadeu e foi uma, foi uma parte onde eu vi que eu tava sendo útil, porque, apesar da natação, era uma coisa útil pra mim, não tinha muita utilidade pra outras pessoas e quando eu vi que uma coisa que eu fazia, que era só de ir lá, pra tirar medida, pra conversar, eu já tava sendo útil pra outras pessoas e isso me deixou muito feliz.

Entrevistador: Legal, eu pulei a auto-estima aqui, o quê você dizer com?

FLP: É que, justamente, o ser útil vem junto com a auto-estima ali por isso, que eu via que as pessoas estavam gostando de eu estar ali, de eu estar ajudando, então, isso foi me ajudando a melhorar a minha auto-estima comigo mesmo, é, auto estima ((risos)), de ver que eu podia ser mais do que eu era.

Entrevistador: Legal, o outro?

FLP: O ((sic)) convivência com grupos diferentes, aí seria ah::, da integração, convivência dos grupos diferentes, tanto desses da medicina, o pessoal da própria psicologia, que entrou depois da enfermagem, a gente tem conhecimento, a gente convive com o pessoal mas não profissionalmente, né, então acho que profissionalmente foi um passo que a gente deu e grupos diferentes também, o pessoal da própria, do próprio grupo portador de HIV/AIDS, que era um grupo muito diferente, tinham pessoas que passavam necessidade de comida e tinham pessoas que passavam necessidade de simplesmente, por não ter uma pessoa ao lado. Então esse grupo de etnia, de pessoas que às vezes sempre tiveram tudo na vida, tinham uma mãe, um pai na época da doença e estavam lá dando apoio, pessoas que não tinham mãe, nem pai e estavam lá sobrevivendo, pessoas que passavam por dificuldades e por conta das dificuldades que tiveram, que adquiriram a doença, por besteira, foram (acabando) fazer, o caso do Marquinhos, por exemplo, que ele perdeu a mão e perdeu a mão, perdeu o controle, foi usar drogas, ele não sabe se foi através de drogas ou através de sexo que ele pegou a doença, mas, é um grupo que eu não tava acostumado a conviver, são pessoas que eu não tinha o costume de conviver que eu achei interessante também.

Entrevistador: Ahã, a outra idéia?

FLP: Bom, aí, como a gente tinha várias pessoas trabalhando junto, então, a gente tinha algumas idéias pra tentar melhorar, tanto uma forma de classificação ou então uma forma de auxiliar, tanto os profissionais, tanto as pessoas que tinham a doença e as pessoas que estão juntos, no caso, os familiares do portador, que querendo ou não também necessitam da nossa ajuda.

Entrevistador: Sofre junto, né.

FLP: Sofrem muito junto, muito. E eu acho que a gente teve algumas idéias lá, que infelizmente, algumas não foram colocadas em prática por falta de tempo ou então de pessoal ou de vontade, não saberia classificar agora, mas, acho que foi produtivo enquanto a gente conseguiu.

Entrevistador: Pelo menos pra pensar no que poderia ser feito.

FLP: É, só de juntar um grupo e dali surgirem idéias de conversa, de questionamento de alguma coisa, que já, acho que já é um ponto válido ((pausa)) mais pra frente aí.

Entrevistador: Legal, o quê você (coloca) aqui?

FLP: Motivação, eu tive a motivação de tá sempre querendo algo mais, de:: não, que, tinha brincadeira lá em Araxá, a cidade de onde eu vim, que a gente falava que lá era a cidade do tá bom, o cara fazia uma coisa, “ah, tá bom, deixa assim mesmo”, o cara conseguiu construir um muro de dois metros mas tinha que chegar a dois metros e dez, “ ah, mas tá bom assim mesmo, deixa assim”, então, eu acho que esse “tá bom”, eu fui vendo depois que eu fui crescendo, fui convivendo com outras pessoas, que não era resumidamente a minha cidade, era uma coisa meio que global, né, eu acho que no mundo inteiro a gente, eu não conheço, mas, aqui no Brasil a gente tem essa mania de “tá bom”, “ah, tá bom, tá bom”, não, não tá bom, você entendeu? Tem que ter uma motivação e:: o projeto me deu essa motivação, que a gente conseguir as coisas, tava bom, mas, dava pra melhorar, então, essa motivação do “dava pra melhorar” que ((pausa)) me ajudou bastante.

Entrevistador: É, você querer sempre melhor do que está, não se contentar com o que conseguiu.

FLP: Exatamente, pelo “tá bom” a gente fica, tá bom, fica parado aí.

É, vai ver tudo passar.

Entrevistador: E a tristeza, de onde vem?

FLP: A tristeza vem de:: achar que não consegui terminar o::, o projeto, de ver que a gente tinha um projeto interessante, tinha uma academia a disposição, tinham profissionais a disposição, a tristeza vem dos próprios portadores de não terem entrado de cabeça no projeto, mas, é um mundo muito, muito diversificado, tem vários outros problemas, às vezes a gente nem conseguiu também ((pausa)) identificar os portadores, nem os problemas pra gente corrigir, pra dar um, um direcionamento melhor, uma tristeza de achar que ((pausa)) que eu poderia ter feito melhor do que eu fiz e:: de saber que infelizmente tem muita gente e a ajuda que eles precisam ainda é muito pouca, mais nesse sentido.

Entrevistador: Tá, legal, pra completar um pouco aqui, né, eu queria te perguntar duas coisas, uma, assim, do ponto de vista da sua formação, como educador físico, ficou sendo esse processo de formação. você já falou bastante coisa aqui que você aprendeu, mas, assim, se você tivesse que eleger a mais importante de tudo que você aprendeu lá, qual a importância disso pra sua formação, o que você colocaria?

FLP: De saber conviver com as pessoas, de saber respeitar os outros profissionais que estão comigo e saber ((pausa)) que o meu trabalho pode salvar, não diria salvar no pé da letra porque aí seria mais um médico, mas eu posso melhorar muito a vida de muita gente, acho que esse foi o principal aprendizado de lá, foi que no meu trabalho eu posso auxiliar uma pessoa que custa a levantar, que ela vai tá levantando ou então que custar a caminhar da casa dela até a esquina, que pelo menos esse caminho ela não vai sofrer tanto, ela vai melhorar um pouquinho.

Entrevistador: E esse aprendizado não só para o (??), né, mas você leva ele pra frente também, (??) lá o que você estiver fazendo.

FLP: Exatamente, e isso aí me ajudou muito.

Entrevistador: Tá e outra coisa que eu queria que você lembrasse um pouco e comentasse, era sobre os grupos mesmo, como que você percebeu as nossas reuniões, o que que você guardou daquilo tudo?

FLP: Bom, as reuniões que a gente fazia lá na salinha, eu achava bem legal, eu gosto muito desse tipo de trabalho, igual, a respeito dos grupos, infelizmente, o pessoal da educação física e de outras áreas da saúde, tem um pé atrás com o pessoal da medicina porque os caras são muito bem estruturados, eles têm um tipo de formação totalmente diferente de todas as outras áreas da saúde e eu acho que esse conhecimento que eles trazem, eles nunca vão pra dar carão, eles vão sempre pra serem os ouvidos,

não pra ficar ouvindo, eu acho que isso aí serviu pra mostrar até na época que juntou eu, o Eduardo e a Marília, a gente juntou e fez o grupo, o Neafipe, né, o núcleo de estudos, pra justamente a gente não ficar lá passando carão porque a gente via que chegava lá e tinham alguns determinados assuntos que eles sabiam e a gente passava carão, mas, lógico que tinham outros que a gente sabia e eles ficavam lá passando carão, mas, a gente via que eles tinham um sistema, eles tinham um sistema, a medicina em sim, tem um sistema de ((pausa)) de tá sempre buscando, de tá um pouco a frente das outras profissões e eu acho esse foi um diferencial que eu consegui enxergar no grupo da medicina, ao mesmo tempo vi que o pessoal da medicina ainda é muito restrito a eles, eles não

Entrevistador: Não se misturam.

FLP: É, não se misturam, não dão brecha pra nenhuma outra pessoa entrar lá e modificar alguma coisa, são muito centrados, meio que colocam a viseira do cavalo de puxar carroça e fecha ali e vai embora, eu acho que nesse sentido faltou um pouquinho deles darem um pouco ao projeto e já no sentido, o pessoal da fisioterapia, eu lembro que era um pessoal indagado, assim como a minha profissão, é um pessoal que sofre muito por causa da medicina e tem problema que às vezes fala que é área da educação física, às vezes fala que é área da fisioterapia, inclusive os nossos trabalhos tinham coisas que eram iguais, só que a gente fazia e eles também faziam, então, eu acho que esse da fisioterapia ajudou um pouquinho até pra unir um pouco a profissão que na verdade é um só, eu penso que educação física e fisioterapia estão bem próximas, é lógico que tem casos específicos dos dois lados que não se misturam, mas, no geral, num contexto geral as duas são bem parecidas, todas tem a ver com o desenvolvimento motor, tanto cardiovascular, esquelético, então, eu acho que serviu um pouquinho nesse sentido, o pessoal da nutrição, eu não, eu não tive tanto contato, infelizmente, a psicologia ajudou, eu acho que ((pausa)) é::, não querendo puxar sardinha, mas, se tem uma coisa que dá pra gente entender alguma outra, é a Psicologia e:: ((pausa)) o ensinamento que eu tive com o professor Marquinhos, com o Marcos, não de aula em sim, mas no contexto que geralmente ele abrangia, dele, da gente tá, às vezes tá focado em alguma coisa e ele puxava uma coisa que não tinha nada a ver com o assunto e na hora que você ia ver, era tudo que tinha a ver com o assunto, então, eu acho que nesse sentido de você esmiuçar bem o assunto, de você pinçar uma coisinha que não tá aparecendo, que não é nada, mas na verdade é o que é, é o que faz ser o

Entrevistador: Ahã, é importante, né?

FLP: É, às vezes você pega, você fala, pô, aquela frutinha que tá caída ali no chão não é nada, aí você vai olhar, você nem viu a árvore, você só viu a árvore porque tinha a fruta que tava no chão, então, eu acho que esse sentido da Psicologia é o que mais me encanta assim, eu acho que é um trabalho excepcional, não tem nem o que falar, eu acho que o grupo em si, só faltou, acho que nos trabalhos do grupo, foi cada um doar um pouquinho mais do tempo, não do tempo de estar lá, que o tempo, parecia que o tempo que a gente tinha pra ir lá na USP fazer a reunião dos grupos, todo mundo sempre tinha esse tempo, mas na hora de dar um pouquinho a mais ((pausa)) faltava, então, eu acho que o que faltou não foi no nosso projeto, foi mais, às vezes ((pausa)) questão de (??).

Entrevistador: A lição de casa, lá eles estavam, mas depois no trabalho ...

FLP: É, lá tava, e lá a gente tinha conversa, tinha as idéias que surgiam, tinham umas coisas que a gente falava, “ah, a gente pode fazer isso”, “pode fazer aquilo”, mas, “ah, então procura isso”, aí chegava no outro dia não procurava, aí já mudava o assunto porque tinham coisas vindo, tinha coisa que a gente tinha que procurar fazer, então, acho que a lição de casa, tanto minha, até não vou jogar, não vou jogar tudo pros outros, acho que eu também tenho a minha parcela de culpa, então, eu acho que as responsabilidades da lição de casa, acho que faltou um pouquinho.

Entrevistador: Ahã, legal. Felipe, mais alguma coisa que você queria comentar sobre o trabalho, sobre algum item que esqueceu de falar?

FLP: Bom, eu acho que é mais isso mesmo, senti, me senti realizado no período que eu tava lá, por ter auxiliado bastante gente, fiz amizades que eu tô trazendo pra minha vida até hoje, especial, a amizade especial que eu tive, desde o projeto quando começou, foi com o Aguinaldo, que é o::, era o presidente da ONG, que a gente tinha um vínculo maior e pessoas que participaram do projeto, que hoje eu encontro, a gente sempre conversa, então, eu acho que foi nesse sentido de conhecer novas pessoas, conhecer novos ideais, porque cada pessoa tem um ideal, a gente acaba abrindo um pouco a

cabeça pra algumas outras coisas, o Eduardo que entrou no projeto com a gente, serviu pra, deu um baita favorzão pra gente criando o Neafipe, hoje ele tá tocando sozinho, até tivemos umas

Entrevistador: Umas divergências.

FLP: É, uma divergências por conta que era um grupo, né, era eu, ele e a Marília, só que ele centrava tudo com ele, então, no final das contas ficou tudo com ele.

Entrevistador: Entendi.

FLP: Então, hoje eu falo que eu fazia parte do Neafipe, neguinho olha pra mim e fala “você?”, foi eu que dei o nome, é, eu falo “foi eu que dei o nome”, eu acho que nesse sentido serviu pra eu ver que ((pausa)) existem pessoas que vão tá sempre do nosso lado, sempre nos ajudando pro que der e vier e existem pessoas que vão tá do nosso lado, mas nem sempre vão tá ali pro que der e vier e existem pessoas que passaram do nosso lado, estão ali, estão vivendo e se algum dia se encontrarem novamente, vai estar lá, vai estar (certo), pessoa boa.

Entrevistador: Legal, Felipe, obrigado.

Participante 3: FRD Idade: 22 Formação: fisioterapia Sexo: Masc
--

Entrevistador: Agora vamos para a terceira fase da entrevista, que é aprofundar um pouco mais sobre esses assuntos que você levantou. A primeira coisa que eu gostaria de perguntar é misturando conhecimento com orientações, que era sobre nosso grupo de reuniões. Como você percebeu o trabalho multidisciplinar? Ele aconteceu? Como?

FRD : *Conhecimento*; ai viria mais no aspecto acadêmico, de trazer artigos, de alguém falar: “ah eu conheci um trabalho que foi mais ou menos pelo mesmo caminho” e tal *Orientações* que eu coloquei no caso seria mais as nossas informações que a gente passava na reunião que depois de alguma forma chegava pros frequentadores do grupo lá, então seria parte dos educadores físicos, orientando ali como deveria ser o trabalho, a gente ali da Fisio dando umas orientações posturais, como é que se mantém, vocês da psicologia dando um suporte ali, cada um na sua área dando uma orientação, formando ali um conjunto adequado né? De orientações no caso Olha, o trabalho multidisciplinar é, a meu ver assim..é algo incrível. Eu acho que é uma coisa que tem tudo pra dar certo. O que dificulta as vezes, é por exemplo, o desconhecimento de até onde uma área pode estar contribuindo como o conjunto da obra, no caso. Então eu achei muito bom, por exemplo conversando durante os debates que a gente tinha...chegava lá o Tadeu, mostrava lá a educação física até onde ela poderia ir. Chegava a gente da fisio, falava: olha gente, pode ali...apesar de a gente estar um pouco ali limitado no trabalho, olha a gente pode começar a fazer a avaliação postural e tal...Então o que eu acho, somando aqui conhecimento e orientações no trabalho multidisciplinar ele tem tudo para dar certo, só que ainda falta..... a meu ver um pouco de desconhecimento de cada área, sabe, então no caso ali os debates foram esclarecedores para isso, saber o que cada área pode estar fazendo, até aonde eu posso estar indo..ah, eu posso partir daí e você vai até aqui e a gente continua ou a gente pode fazer essa parte junto. Então eu acho importante isso, o trabalho multidisciplinar, é o que eu penso, ele é bonito, ele é o ideal, só que ele tem que tá muito ...ser lapidado.

Entrevistador: Isso você diz sobre o nosso trabalho em específico ou de forma geral?

FRD: No geral. O nosso, ele começou como todos, ainda muito incipiente e tal, só que com o caminho que eu acho interessante, o dos debates, ele foi melhorando..se ele não chegou ao ideal, melhorou muito acredito eu. Talvez esse seja o caminho..no nosso lá no caso, eu achei que ele melhorou bastante. No final de experimento que a gente tava participando eu me senti bem mais a vontade e bem mais conhecendo o trabalho de outras pessoas do que eu conhecia antes. Então eu sabia até onde podia ir e tal.

Entrevistador: houve uma troca no desenvolvimento?

FRD: Houve, até onde eu podia ir, até onde eu podia ajudar

Entrevistador Falando nisso, o que ficou para você desse trabalho? Do ponto de vista de sua formação? Em que você acha que isso pode ter ajudado na sua formação profissional? No jeito de ver as coisas...sei lá...

FRD: olha, da minha parte assim, eu gostei muito assim de saber por exemplo o que era uma ong, eu não sabia, como que essa ong trabalha, um exemplo dela que a gente participava é quais são os mecanismos...toda parte gerencial de uma ong...isso pra mim foi muito interessante. Os problemas também de uma ong, os recursos, tal e tal, como se arrecada, adquirir essas coisas, e ai de um modo geral também eu vi essa população é uma população carente ainda de abordagens terapêuticas de várias áreas, tem uma população muito grande mas muito pouco....., mal orientada eu diria. E para mim fica uma janela bem legal para possíveis trabalhos futuros com isso, se a gente conseguir um espaço pequeno, mas que funcione. Talvez uma divulgação maior...que era algo que a gente tava tentando fazer e tal..e uma participação mais abrangente de outras profissões também seria legal. Acho que é uma área de trabalho que eu entrei sem saber o que era e eu sai falando:olha, trabalharia com isso sem problemas.

Entrevistador: Você se interessou?

FRD Quando a gente, quando eu no caso fui participar lá, fiz as avaliações achei legal ter contato com eles,essa conversa, como eles viam a minha profissão, como que eles passavam esse aspecto para mim

tal..e eu deles também, né?...teve um aspecto legal nisso...perdi o estigma, perdi o medo. Você perde toda essa...o desconhecimento traz o medo, né?

Entrevistador: Aproveitando para falar em desconhecimento e no estigma como você percebe essa transformação? Como foi o contato com o pessoal soropositivo?

FRD é, o contato eu achei bem interessante. Eu via assim, que há, bom pelo menos o público que eu conheci lá, é um público animando, pelo menos os que estavam freqüentando lá, tinha uma vontade de enfrentar a doença, combater mediante a atividade física, mediante medicamento, apoio psicológico, várias áreas que a gente tava oferecendo lá.

Entrevistador: como ficou seu emocional?

FRD; no começo confesso que cheguei com um pouco de receio em estar trabalhando com eles, eles também com um pouco de receio de mim, mas na medida que a gente foi evoluindo e tal, meu conhecimento apesar de ser breve com eles, eu me sentia super feliz de estar trabalhando com eles e vi que poderia ser feitas várias coisas que acredito que não foram feitas por vários motivos, mas que acredito que....me senti feliz, acho que o sentimento é ; me senti feliz de estar trabalhando com a população, tanto é que se surgisse uma oportunidade de trabalhar com essa população eu trabalharia, sem problema nenhum.

Entrevistador: Vocês ficaram um tempo ser orientação de fisioterapeutas, mas mesmo assim não desistiram do projeto, freqüentavam as reuniões...De onde vinha essa motivação?

FRD: assim, vou falar por mim..eu entrei no projeto porque na minha cabeça sempre tive vontade de trabalhar com essa população; hiv, doenças crônicas e o efeito das atividades físicas nelas.Eu já trabalhava com isso na minha iniciação , trabalhava com câncer e atividade física, so que eu nunca tive contato com humanos, né? Eu vi no projeto algo que poderia acrescenta no aspecto humano, poxa eu to vendo o efeito humano da atividade física, não só em experimental que era o que eu trabalhava antes. Era algo novo e de grande futuro que eu associava era também um projeto de extensão que a fisio não tinha..talvez esse seja um dos fatores de todos virem, eu tenho os meus motivos para estar ali; de pesquisa e tal de ter vontade de conhecer e também o curso de fisioterapia veio freqüentando bastante por a gente ver como um processo de extensão acadêmica, só que agente viu que nossos docentes não tinham interesse ou tempo...como um curso novo...e a gente quis, meio que , abraçar a gente mesmo, vamos levando ate onde der, so que ai o projeto foi crescendo tal e as pessoas foram se dissipando, desanimando um pouco porque viu que “ah, vamos levar sozinhos um projeto nas costas..não vai dar certo” Eu fui um pouco mais assíduo no projeto porque eu comecei a ir nas reuniões ...no começo eu ia pelo numesp,eu tava atrelado ao numesp. Depois pelo numesp ficou só a medicina e eu fiquei ó pela fisio. Então eu me senti meio que responsável pelo curso de fisioterapia, certo, então tem todos esses fatores que eu achei que combinavam aí, eu no caso bastante nas reuniões, tal, freqüentava bastante.

Entrevistador: voltando às reuniões, além das tocas em que você acha que aqueles encontros ajudavam? O que você leva desses encontros para sua formação?

FRD: eu achei que nos debates que a gente realizava, sentia falta de uma discussão mais aprofundada..mas talvez isso não caberia a todas as pessoas que estavam lá, a gente trazer uns textos para discutir, achei que isso poderia ser somado,muitas idéias poderiam surgir a partir de textos tal..só que como o projeto tava iniciando, tinha muitos problemas que tinham que ser resolvidos logo lá e com todo mundo. Então as vezes ficava um pouco maçante porque havia muitos problemas a serem resolvidos ainda, como falta de verba, falta de local, como trazer mais população, com é que vamos fazer pro projeto entrar em mais ongs, não só na ong que a gente trabalhava, então...as reuniões eram um pouco pesadas? Sim ! só que achei que poderia tem uma discussão um pouco mais aprofundada, só que por outro lado a discussão aprofundada tomaria um tempo muito importante, então eu acho que o gerenciamento do projeto dependia das pessoas que estavam lá, e as vezes não se viam...marcavam aquelas reuniões como fundamental para tocar o projeto. Não sei, talvez se marcasse outras reuniões, especificas para isso, reuniões especificas para o gerenciamento do projeto, chamando um representante de dada disciplina, ou as pessoas mais ligadas diretamente ao projeto e tentasse resolver, deixando as reuniões que freqüentava todo mudo para discussão em cima de idéias ou então sobre temas do projeto.

Entrevistador: Tem mais algum comentário?

FRD Só falar que fiquei super feliz de participar, como eu te falei é algo que a gente não da muito apoio pra isso, e que tá crescendo, a população hiv tá crescendo muito infelizmente, e acho que a gente tem condições de estar dando um suporte para essa população. A gente se reuniu ali, com muito boa vontade e conseguiu fazer um trabalho bonito então se a gente conseguisse um apoio governamental, ali não sei poderia ser um trabalho bem mais estruturado com um apoio melhor, com local com transporte..isso é utópico? não sei. Pode ser que sim, mas acho que eu fiquei super feliz de participar, perdi muitos estigmas que eu tinha..do que era uma ong, do que era essa população e abriu pra mim um leque muito importante, muito grande e eu fico feliz de falar isso de saber que hoje posso trabalhar com essa população. Porque por um lado eu vejo que os problemas existem, mas podem ser solucionados..com boa vontade e muito trabalho.

Participante 4: GBL Idade: 22 Formação: nutrição Sexo: Fem

Entrevistador: agora, eu quero que você fale porque você escolheu cada uma dessas palavras, né, e o que elas significam para você.

GBL: A primeira é trabalho voluntário. Eu escolhi porque foi por isso que eu entrei no projeto, porque quando minha amiga me chamou, ela me chamou por causa disso, por que era uma coisa voluntária, eu nunca tinha feito e eu tinha interesse de fazer. Eu não sabia como iria ser, ela falou que ia ser bem organizado:::, que a gente ia começar devagar:::, que depois alguns (professores) iriam orientar, mas que ia ser uma coisa assim, totalmente fora da faculdade, totalmente fora do que a gente fazia até então, foi por isso que eu entrei no projeto. Experiência foi porque como trabalho eu iria adquirir essa experiência, ia ser uma coisa diferente, eu acho que o que eu tava buscando era isso, um trabalho voluntário para saber como era, o que eu ia fazer, como era trabalhar com as pessoas, porque eu não tinha nada disso na faculdade, não tinha tido contato com paciente, com nenhuma pessoa, nada disso. A equipe porque foi o que marcou, o interessante é que era sempre focado que lá tinha que ter um trabalho em equipe, só ia ter resultado se fosse, tivesse tudo junto, né, isso ficou bem claro assim, então isso era interessante, acho que principalmente pras pessoas que participavam, pras pessoas que formavam a equipe, não para os pacientes, acho que eles não tinham tanto essa noção de equipe:::

Entrevistador: Não percebia...

GBL: É, acho que a gente também era muito inexperientes, não sei se dava pra eles notarem, eles não tinham tanta confiança na gente. Ah:::, o conhecimento foi porque:::, por conta desse trabalho que a gente buscou, né, conhecimento, sobre a doença, sobre o que a nutrição ia influenciar, então, a gente teve que buscar isso. E o contato foi o contato que a gente teve com as pessoas, com os pacientes mesmos, com os clientes que participavam do projeto, pra gente foi uma coisa nova.

Entrevistador: Tá. Vou começar do fim, você falou desse contato, como é que foi? Porque a gente não tem como ignorar a doença deles, né, não dá para falar, por mais que o tratamento seja igual, falar “ah, eu trato eles como qualquer um” porque é uma coisa que mexe, você vê a pessoa e fica pensando, como é que foi isso para você? Você pensava: ah::: “amanhã ele pode não tá mais aí” ou isso não passava pela sua cabeça? Como é que ficou? Ou até o preconceito que na sociedade tem, como é que ficou esse primeiro contato com o pessoal com HIV?

GBL: Primeiro eu achava que as pessoas acabam se importando:::, eu achava assim, se eu tivesse AIDS, eu ia sofrer muito porque eu iria só ficar pensando na minha doença, aí você tem contato com a pessoa, você vê que não é só isso, que a pessoa leva a vida dela normal, a doença não é uma coisa que limita a sua vida, isso eu acho que foi bem legal para perceber esse tipo de coisa, quando você acha que a pessoa tá doente, você acha que a pessoa fica limitada nisso, você acha que ela tá bloqueada, que só pensa nisso, mas aí você vê que as pessoas não são assim, que elas têm a vida delas, que elas são muito produtivas, que elas têm uma família, que elas têm um trabalho, isso é bem legal que a gente vê que a doença é uma coisa na vida dela, mas que ela sabe que é possível, acho que pra todo mundo, tem como a gente levar a vida sendo isso só um fator, não sendo o fator principal, isso eu acho que foi bem legal, nesse sentido de contato, e assim, quando eu ficava pensando: “nossa, a pessoa não vai tá mais aqui”, eu pensava, principalmente, no que ela devia sentir com isso, sabe, tipo, éh:::, tinha umas pessoas que eram muito participativas, que queriam muito, sabia que a doença não tinha cura, que era importante o tratamento, então, isso eu achava bem legal, quando a pessoa tava tentando realmente se tratar, quando tava envolvida e isso era bem interessante. Aquelas que eu achava que não tavam envolvidas, parece que não tinha, que eu ficava pensando que talvez não tivessem noção do tanto que isso influenciava, a gente tentava passar isso, mas eu acho que a gente não conseguia muito ((risos)).

Entrevistador: Já emendando, isso que você tá falando tem a ver com a história do conhecimento, como é que foi, você conseguiram alguém para orientar vocês? Como foi isso lá na faculdade?

GBL: Foi assim, a gente buscou uma professora, a professora Paula, e aí ela encaminhou a gente pra uma outra professora que pesquisa com isso, pesquisa nutrição no paciente HIV. E essa professora passou bastante artigos pra gente, tinha uma colega nossa que fazia iniciação com isso também:::, ela também passava alguns artigos, a gente ia lendo, ia tentando ver a interação da droga, do coquetel com o que a gente podia fazer na nutrição, o que já tinha na literatura até hoje, os resultados que tinham, e o que a gente via mesmo era que era necessário o trabalho em equipe, a pessoa tem que fazer

exercícios:::, tem que ter uma alimentação balanceada:::, isso que a gente tentava passar, assim de como:::, a gente ia orientando aos poucos, que era como os professores orientaram a gente fazer, de não passar tudo de uma vez porque a pessoa não consegue::: entrar no tratamento, tem que ser uma coisa mais devagar, mais pequenas, foi isso que a gente foi fazendo de acordo com as orientações delas.

Entrevistador: E como você vê, para você né, o resultado desse projeto, você acha que foi legal? Que valeu a pena?

GBL: Eu acho que sim, pra mim foi legal, mas eu acho que para os pacientes não foi tanto, porque hoje eu vejo que podia ter feito muito mais, sabe assim, éh:::, eu não sabia direito, a gente fez estágio só o ano passado, foi o ano inteiro de estágio, aí com isso que você vai aprendendo a lidar com as pessoas, com as pessoas em geral, né, porque é muito (?) achar que todo mundo sabe o que você sabe, é mais fácil achar que (todo mundo já tem uma noção maior), mas não é, ninguém tem, você tá ali pra passar isso pra pessoa, essa é sua função e antes eu acho que eu não via tanto assim, antes eu achava: “não, essa pessoa deve saber”, sabe, e acho que eu não sabia passar direito:::, acho que eu poderia ter contribuído muito mais hoje, eu acho.

Entrevistador: Tá, e já, com a experiência que a gente tava conversando, o que você acha que com esse trabalho, e aí eu vou dividir porque tem duas partes, tá, você já acabou falando um pouco sobre isso, dá importância dela para sua experiência, pro seu amadurecimento, que nem você falou, você fez estágio ano passado, né, e você acha que esse::: pré-estágio, vamos falar assim, ajudou? Se ajudou, de que forma? O que você aprendeu pra você nesse processo todo?

GBL: Ah, com certeza eu acho que ajudou, éh:::, primeiro porque::: pra lidar com as pessoas, pra ter contato com as pessoas e acho que foi bem válido porque depois disso a gente vê como é uma pessoa interessada, como é fácil de fazer com ela, como é mais fácil trabalhar com ela, quando ela demonstra esse interesse, quando ela até busca isso e como é bem diferente quando a pessoa nem percebeu, então, você tenta conscientizar, você ter argumentos para isso e isso foi bem interessante, porque não adianta, se você não souber muito daquilo a pessoa não vai confiar em você, tem que tá::: com uma bagagem de, pelo menos, conhecimento teórico assim, pra poder passar pra ela e ela vê que você sabe do que você tá falando:::, que tá na realidade dela, você tentar entrar um pouco na realidade dela, acho que isso foi bem legal, assim.

Entrevistador: E é comum em todas as áreas, o psicólogo também, aquele que chega no psicólogo e fala que tem um problema já é meio caminho andado, o pior é aquele que não consegue nem perceber. E essa outra parte da pergunta que eu tava falando da experiência, como foi essa experiência do trabalho em equipe?

GBL: Ah, eu acho assim, que a equipe tava bem montada né, a gente sabia o que cada um tinha que fazer, a importância de cada um, as discussões eram bem (sobre) o que cada um tava fazendo:::, o que tinha que fazer e tal, o que tinha (?), eu acho que a equipe tava bem orientada, que todo mundo sabia o papel, a importância de cada um ali, cada profissional ali, então, eu acho que isso tava bem legal porque:::, não adianta, o tratamento tem que ser em equipe pra dar algum resultado, nesse caso, as pessoas tomavam algum medicamento que influenciava::: que tinha vários aspectos que cada um tinha que agir nisso, cada profissional tinha que trabalhar nisso e eu acho que era bem legal, era bem montando, assim.

Entrevistador: E voltando ainda pra essa parte da equipe, né. Focando agora nas nossas reuniões, né, quinzenais, lá. O que você lembra? O que você guardou daquilo, né? Tanto pontos positivos como negativos, não precisa só elogiar, se quiser falar alguma coisa...

GBL: Eu acho que sim, o que eu guardei é que a gente ia lá pra discutir mais ou menos o que a gente tinha feito até então::: e o que tava planejando fazer, eu acho que assim, era o objetivo mesmo das reuniões, o que eu acho que pra gente faltava, mas eu acho que pela nossa inexperiência, era uma coisa do tipo “você tem que focar mais nisso”, mas isso quem tinha que dar eram os nossos professores que tavam nos orientando, porque ninguém ali tinha nada com nutrição, né, então, a gente até tentava buscar isso nos professores pra saber até o que vai falar na reunião, tipo, buscava antes pra falar “olha, a gente tá tentando planejar isso, fazer isso”, porque a gente ficava muito perdido ainda por conta da inexperiência mesmo, acho que se o trabalho tivesse alguém da nutrição ou (?) de fora, que nem fosse na academia, mas só orientasse a gente ia ser bem melhor, pra trabalhar com aluno assim, acho que seria mais interessante.

Entrevistador: A outra que você tinha falado:: trabalho voluntário, mas eu acho que essa você explicou bem, voluntário no sentido de querer ajudar::, de fazer alguma coisa, tá. E voltando um pouco mais pra questões das nossas reuniões lá, você falou que cada um sabia o que tinha que fazer e tal, e como você chegaram, você falou que::, quem te apresentou?

GBL: A (Lusânia)

Entrevistador: Ela que te levou...

GBL: Acho que alguém da fisio levou ela, eu não lembro o nome dele, que chamou a (Lusânia) e ela me chamou.

Entrevistador: Tá, e nesse processo todo do projeto, do começo ao fim, o que mais você acha que pode ter contribuído para sua formação, olhando para trás, pensando na sua formação acadêmica mesmo, não acadêmica no sentido de produção científica, mas acadêmica no sentido de formação profissional, se você tivesse que eleger algumas características que desenvolveu em você, o que você colocaria?

GBL: Ah:::, eu acho que::, primeiro, ah::, acho que a argumentação, que eu acho que é importante para todo profissional, que a gente tem que buscar muito, tentar argumentar com as pessoas do nosso papel, o que a gente tava fazendo ali, por conta disso (?) você acha que o que a gente aprende na faculdade já tá o suficiente, aí você vê que não é assim, que é muito superficial o que você aprende, que você precisa de muito mais pra lidar com a pessoa, tem que ir atrás disso, acho que isso foi um ponto positivo, pra gente perceber isso:::. Em segundo, foi essa questão de ver a doença de outra forma, que até então na faculdade eu não tinha visto desse jeito, a gente achava que qualquer doença, ainda mais quanto mais grave ela era, ela era limitante, sabe, que a pessoa fica muito:::, eu penso muito assim, que se eu tiver a doença, eu vou ficar só pensando nisso, sabe? Se fosse eu, eu sempre pensava, se fosse eu, eu não ia comer isso de jeito nenhum ((risos da entrevista e do entrevistador)), mas não é assim, tem muita coisa que influencia:::, hoje eu vejo (?) assim, eu também iria me comportar desse jeito, não ia conseguir ficar sem muita coisa, só que é pra ver, ver a interação da pessoa com a doença, acho que isso foi muito positivo.

Entrevistador: Tá, você falou um pouco, mas eu queria para finalizar, né, a questão da relação humana mesmo, que um pouco você pontuou né, da relação humana você e o paciente. Como que você sentia esse relacionamento, quando vocês estavam lá como é que era isso?

GBL: Ah::, eu tentava, que a gente fica pensando muito assim, você chega achando que o paciente vai contar alguma coisa de você sabe, aí, vai te encontrar na rua

Entrevistador: Na relação humana entre você e os pacientes, você tava falando como que você percebe isso, como que eles sentiam vocês, como vocês sentiam eles, assim, como que era esse contato, não só de paciente e nutricionista, mas e de pessoas lá?

GBL: Então, eu pensava assim, que a pessoa ia ficar preocupada de me encontrar na rua, sabe, dessa coisa de::: achar que pode falar pra alguém, que::: acho que meu preconceito era esse, de você achar que a pessoa pensa::, o preconceito inverte, entendeu? Que todos eles teriam esse preconceito inverso, mas eu acho que isso não tinha, acho que elas lidavam muito bem com a doença, elas (falavam) sobre isso, sobre o que irritava na vida delas::, a fase que a gente atendia as pessoas, elas entendiam bem, já assimilavam bem a doença, então não tinha, então nunca, eu nunca vi ninguém com esse tipo de coisa, que eu achava que todo mundo ia ter, porque eu acho que era o meu preconceito, de achar que todo mundo ia tá com essa idéia já e não tinha isso, eu acho que a gente se esforçava pra também deixar a pessoa bem à vontade com isso, a gente chegou lá com umas carinhas muito novas, muito de criança, no sentido de “não são profissionais ainda”, eu tinha medo disso, de todo mundo pensar isso da gente, né, (?) insegurança, no começo a gente chegou muito insegura mesmo, todo mundo percebeu, mas depois alguns (?) engajou mais no tratamento e tudo, e foi ficando bem claro quem não queria, quem queria, quem não queria já falava que não queria participar::, tentava argumentar sempre pra tentar trazer a pessoa, teve uma pessoa que a gente não conseguiu trazer, assim.

Entrevistador: E pra encerrar, a gente falou um pouco do passado, né, e agora eu queria que você pensasse assim, para o futuro, né, o que você acha que no caminho que você tem aí profissional pra seguir na sua vida, que você tá praticamente começando, em que você acha que isso vai te ajudar? Em que você olha para frente e vê “olha, isso aqui vai me ajudar em tal, tal coisa”?

GBL: Aí, eu acho que:::, assim, já me ajudou a lidar com as pessoas, a lidar com pessoas com esse tipo de doença que ainda não tem cura, tem que conviver com ela, isso eu acho que foi bem importante, que:::, mesmo na faculdade, depois o contato que a gente teve com paciente (aidético) foi muito pouco, esse contato foi bem maior no projeto, acho que isso foi bem legal pra ver como a pessoa lida com a doença, como que talvez a gente lidaria com a doença se chegasse nessa situação, acho que foi bem legal:::, e também de trabalho voluntário, eu ainda penso em fazer alguma coisa assim, que eu acho que eu ainda quero fazer, não sei ainda como é que vai ser, se eu vou cobrar alguma coisa, mas eu acho que é interessante, que é legal, que é válido.

Entrevistador: Tá, então é isso, obrigado.

Participante 5: TDP Idade: Formação: Ed. Física Sexo: Masc.
--

Entrevistador: Tô apanhando do gravador aqui. Bom, Tadeu, então, eu queria que você me falasse as palavras e me explicasse um pouco cada uma delas.

TDP: A primeira que eu coloco é a dificuldade, né, em função de toda a dificuldade que foi, não só montar o projeto da atividade física, né, em função de arrumar material adequado e arrumar o lugar, né, que foi uma dificuldade que se teve no começo, mas a própria dificuldade em relação ao grupo multidisciplinar aí pra gente poder tá trabalhando, né, dificuldade em relação a que não houve participação de profissionais, né, os que houve foram as participações dos graduandos, que infelizmente a gente sabe que eles dependem, principalmente o pessoal da USP, dependem de uma orientação de algum professor, mas não houve o envolvimento de nenhum professor, né, então, eu acho que isso dificultou muito o grupo multidisciplinar e isso eu também acho que colaborou um pouco na dificuldades que nós encontramos no próprio projeto, né, porque nós acabamos vendendo uma idéia pro pessoal e no fim das contas não foi o que nós fizemos, né, acabou ficando só, só basicamente em função da atividade física, o pessoal da nutrição foi uma vez, uma ou duas vezes, o pessoal da fisioterapia, acho que foram uma ou duas vezes, acho que não faltou má vontade deles, pelo contrário, né, mas eu acho que a expectativa deles era muito maior do que talvez se imaginasse e talvez eles se imaginavam, né, atuando em projetos que, como por exemplo, os que eu citei pra você lá da ((pausa)) da Alcione lá que a gente tá fazendo agora. Em relação aos obstáculos, né, que é a mesma coisa ((que colocou aí)), é mais ou menos a mesma coisa, né, vários obstáculos foram encontrados, né, em função da pouca participação é:: do próprio portador de HIV, né, a coisa ficou muito centralizada nas ONGS ou em função das ONGS, tudo bem que nós até tentamos, né, lá na Secretária Municipal de Saúde, foi até dar uma palestra lá, né, ninguém procurou.

TDP: O resultado foi baixo.

Entrevistador: por qual motivo?

TDP: a própria concentração lá no (G/HIV), que eu acho que, sabe, dificultou até a participação multiprofissional em alguns determinados momentos, então, os obstáculos e as dificuldades foram, são coisas mais ou menos parecidas. Eu acho que, quando eu falo aqui de resgate, sabe, eu acho que o resgate de uma, da ((pausa)) da própria vida social desse pessoal, né, não só da vida pessoal, né, alguns ali, pelas entrevistas que eu tive oportunidade de fazer com alguns lá, você vê que os caras tiveram um resgate, a nível de ((sic)) (??) sociais, de (??) e o (??) resgate biológico, né, em relação a (??) , qualidade de vidas deles de uma forma geral, então, eu acho que além desse resgate DO pessoal, vamos colocar assim, dos sujeitos do projeto DA atividade física, eu acho que também teve um resgate um pouquinho da ((pausa)), daquilo que eu acho que é dever da nossa profissão, né, na verdade, profissões distintas aí, resgatar um pouquinho você trabalhar pelo pro outro, às vezes sem necessariamente buscar só, olha, o retorno que vai dar financeiro, né, eu acho que, vejo sua participação, vejo a minha, de alguns ali, sabe, eu acho que o pessoal tentou resgatar um pouquinho mais, daquela, sabe, da coisa, não se meio humanístico, né, mas desse lado também. Em relação à formação, eu acho assim, os grupos que você, que (??), era de terça-feira, né? Os grupos que de terça-feira nós chegamos a fazer alguma reuniões lá, eu acho assim, talvez o pessoal não consiga ter dado o valor ((pausa)) que aquelas reuniões tiveram, mas eu acho que com um pouquinho mais de maturidade esse pessoal vai, vai ver como aqueles grupos, aquelas conversas que você tinha com todo mundo uma (??) maior, com aquilo lá pra formação, você dava alguns toques, assim, pra todo mundo, né, você dizia algumas coisas que de repente, eu acho que pra formação de todo mundo ali foi importante, inclusive pra minha, né.

Entrevistador: que mais??

TDP: Eu acho que da formação só dos graduandos não, da minha própria formação, tá, de eu enxergar a coisa com outros olhos, né, não só com os olhos do Tadeu, mas, não só com os olhos da educação física também e quando eu falo formação aqui, eu falo formação, não é só formação profissional, é sua formação como pessoa também, sabe, é você enxergar a opinião do outro, sabe, você enxergar quem, quem é o sujeito do trabalho, né, olha, pra quem tá sendo destinado o trabalho e também verificar essa, outra coisa que eu coloco aqui, dessa pluralidade de formação que existe, porque a pluralidade de formação, ali a gente viu que não foi só a pluralidade de formação acadêmica, né, foi a pluralidade de formação de cada um mesmo, de (coisa) que vem dos ideais de cada um, o que cada um pensava sobre uma coisa ou sobre outra coisa, tanto é que de repente, sabe, emergia algumas

coisa lá que eu falo assim “puxa, isso nunca passou pela minha cabeça, né”, a pessoa conseguia ver um negócio que, às vezes, pra ela tava tão claro, assim né, pra alguns são claros e que pra outros acabava despercebidos, então, eu acho que esse, essa, quando eu cito essa informação, é nesse sentido, na formação acadêmica, tanto profissional, né, os próprios graduandos lá e da formação como pessoa, (??) tentar ter uma visão mais holística, né, mais ecológica de toda, de toda a situação, de todo o projeto, a situação de cada um dentro do projeto, as expectativas que cada um tinha do projeto, que a gente viu que todo mundo ali tinha expectativa, né, cada um, cada um tinha sua expectativa, por outro lado, né, apesar de todas essas dificuldades aí, tem alguns (contrastes) que dá pra ver, né, você, a expectativa era que a gente conseguisse, lá no meu projeto eu coloco que ó, vinte pessoas, é extremamente otimista, aí de repente só seis conseguem fazer o negócio, mas olha, que dá pra ver quando eu peguei o resultado dos seis, e (??) o resultado foi bastante positivo.

Entrevistador: Independente da quantidade a qualidade valeu, né.

TDP: Né. E de repente, logo depois, veio o desapontamento, você fala assim “pô, o resultado de seis e bem dizer só um tá fazendo”, né, o outro tá indo lá pra bater papo, então, você fica desapontado, você fala assim, puxa vida, né, nesse universo tem, em Ribeirão tem quatro mil pessoas vivendo com HIV/AIDS aí, eu cheguei a fazer um trabalho com SEIS, né, e dos seis, todo mundo teve um resultado positivo, aí de repente o pessoal enjoa, o pessoal para, quando eu coloco esse desapontamento aí, é meio em relação, sabe, é, será que eu fiz alguma coisa de errado, será que eu fiz tudo que eu podia fazer e eu acredito também que talvez tenha um desapontamento do pessoal do sujeito da pesquisa em relação (??), não só o desapontamento do pessoal da atividade física, mas, também do grupo multidisciplinar, né, porque eu acho que houve esse afastamento em função desse desapontamento, né, eu acho assim, parece que a coisa, né, tem que viver mais ou menos em função da universidade, né, parece que saiu ali da USP, né, saiu ali do, vamos colocar ali do, da proteção da USP ou dos olhos do pessoal da USP, parece que não vai, né, ou pelo menos não sei se é isso que os professores de lá vendem, né, porque de repente pra eles que estão de fora, pros alunos aqui que eram de fora, parece que era uma coisa legal de ser feita /

Entrevistador: É, e lá a gente não conseguiu ninguém

TDP: Mas parece que pra lá, a impressão que me dá, Alexandre, é que é aquele negócio assim, olha, só interessa pro professor, só interessa aquilo que tá, olha, não é projeto meu, não interessa, então, sabe, voltando a falar da formação, né, eu acho que, sei lá, né, cada um tem um jeito de trabalhar e outra coisa que eu já falei anteriormente, né, dessa pluralidade que existiu aí de informação, de informação, sabe, das coisas que eu aprendi com os meninos que iam lá, de repente lá da:::, que eu me colocava às vezes no lugar do pessoal da fisioterapia, né, aqueles meninos iam lá (??), os caras são determinados, porque eu, se eu viesse duas, três vezes aqui e não tivesse nada pra eu fazer, ia ser saudações e muito obrigado, muito bonito, né, os próprios meninos da fisioterapia e alguns outros nós tivemos lá no meio do caminho, né, o pessoal da capoeira, o pessoal do (??), pessoal da, do ((zen)) lá, da Yoga, né, essas coisas caíram todas lá e eu fico pensando assim, existem pessoas dispostas a ajudar ((pausa)) né, mas, às vezes eu fico pensando assim, né, onde será que nós erramos nesse negócio da gente não ter conseguido, porque pessoas nós tivemos, olha, será que é coisa, é só em função dos que nós falhamos? Aí conversamos muito com a (??) esse dia, né, ela falou assim, “olha, Tadeu, é um pessoal muito difícil”, a pessoa que vive com HIV lá, é uma pessoa difícil, eu não consegui entender ainda /

Entrevistador: Ahã, (não) tem um padrão, né?

TDP: Não, não consigo entender o que eles querem, né, e a Cida, que é a única que tá fazendo lá, ela fica falando às vezes “olha, eu não sei o que esse povo quer, entendeu, tá aqui, tá de graça, eles reclama, não sei o que lá, que não tem”, aí tem, tudo bem que não é a melhor coisa do mundo, mas tem, então, eu acho que por enquanto é isso que eu te tenho pra te falar.

Entrevistador: Tá, só pra ir fazendo um fechamento em algumas outras questões, né, que você falou bastante da, da formação, do aprendizado lá, focando agora um pouco nas reuniões, (pensa) assim, no desenvolvimento do grupo, né e (??) também o individual, é::: o que mais você acha que você aprendeu, o que mais te fez refletir nesse processo todo, assim, desde o começo, envolvendo as reuniões, atividade, tudo?

TDP: É, eu acho o seguinte, acho uma coisa que ficou meio claro pra mim logo no começo, assim, quem participou da reunião tá preocupado com essa formação multidisciplinar, quem ia lá, sabe, ia lá com uma expectativa boa, pelo menos, a grande maioria, né, eu acho que o pessoal da Medicina

((pausa)) se acha meio diferenciado, né, eu acho que isso ((?)) até uma coisa meio cultural, né, que aparentemente toda área biológica, né, é um SEGUIMENTO da Medicina, sabe, aparentemente assim, às vezes até o próprio psicólogo, né, o que (sai) um pouco, olha, o psicólogo vem depois do psiquiatra, mais ou menos assim, né, mas, eu achei assim, achei que a participação foi muito boa, gostaria, sabe, acho que grupos daquele lá, é:: teriam que fazer parte da formação de qualquer curso, qualquer curso, vamos supor, pegar aqui na UNAERP, olha, éh, fazer parte do currículo algumas discussões multidisciplinares, algumas questões, sabe, que, que ((pausa)) se pegassem os profissionais que poderiam estar envolvidos num projeto assim e tentar fazer uma coisa assim, olha, nós vamos simular um projeto, olha, nós vamos, não necessariamente simular, mas, você pode pegar às vezes situações concretas e pra discutir (aqui), na UNAERP, na USP, no LACERDA, no, MAUÁ, sabe, e discutir, olha, o que cada um pode fazer e eu acho que nós chegamos a fazer um pouco disso lá, tá, eu fiz assim, eu ficava pensando muito, saía de lá falava “puxa vida, olha que negócio legal a gente tá fazendo, né”, que cada um, sabe, devagarzinho eu acho que cada sabe até onde pode ir se invadir o do outro, sabe, devagarzinho parece que cada um, sabe, ocupa o seu lugar, né, mas divide isso, não é aquele negócio “isso aqui é o meu”, não, eu vou dividir o que é meu com todo mundo e de repente você vê uma coisa que eu não consigo enxergar, né, porque as idéias surgiam ali, né, vê, vê essa multidisciplinaridade ali, pra mim foi muito importante, eu acho que poderia ter sido melhor, não por sua culpa ou por minha culpa, né, em função da própria participação de outros cursos, né, porque a expectativa no começo, o pessoal da Medicina apareceu, o pessoal até da Terapia Ocupacional apareceu, mas, eu acho que a coisa se esvaziou em função da própria (visão) dos, do sujeito da, do meu projeto, né, não do seu projeto, que ficou uma coisa mais ou menos dependente da outra.

Entrevistador: É, se não tem sujeito no seu projeto, eu não tenho no meu.

TDP: É, mas o que eu ficava, o que eu hoje eu imagino é mais ou menos isso que você falou, olha, nós vamos aparecer com um caso aqui e nós vamos ver o que cada um poderia tá ((?)), eu acho que isso pra formação de todo mundo ali foi importante, eu acho que isso deveria ser, o que você falou, de repente uma matéria éh::

Entrevistador: Curricular.

TDP: Curricular, nessas (próprias) experiências aí, né, que nós tivemos ali, foi na formação, não foi depois, né, eu acho que á partir do momento que faz parte da formação do cara essa troca de coisas, olha, o cara sai de lá já com essa visão, né, não vai, olha, vou ver ter que ir lá dar a cara pra bater, levar uns tapas do fisioterapeuta, do ortopedista, não sei o que lá, não, mas óh, vamos fazer isso aqui á partir de agora

Entrevistador: Já aprende a pensar diferente, né.

TDP: Já aprende e eu acho assim, Alexandre, um negócio que eu achei muito legal é que o acesso, por eu ter mais acesso ao pessoal da Educação física, né, a gente chegava aqui, a gente tava conversando direto sobre as coisas que aconteciam, né, então a gente ouvia algumas coisas assim, “puxa, aquela coisa que o pessoal da nutrição falou é importante pra gente tá vendo, não sei o que lá, aquelas coisas que o Alexandre falou, né” aquela orientação mais profissional, alguma coisa assim, coisas da psicologia, coisas que o pessoal da fisioterapia falava, todos eles que eu tinha mais contato, um contato mais forte, todos eles comentavam.

Entrevistador: Sinal de que foi marcante, né.

TDP: É, então, o que eu fico pensando é o seguinte, olha, é o que eu falo às vezes em algumas aulas, né, é:: eu acho que às vezes algumas disciplinas, elas proporcionam você crescer, não você ir lá e ficar ((?)), não, você crescer, porque ((?)) você já tem um conteúdo, né, então, olha, vamos colocar um fermento aí, vamos fazer isso aí crescer uma visão mais crítica da coisa e eu acho que todo esse trabalho valeu a pena, né, não foi todo um trabalho.

Entrevistador: Não teve ((?)) que esperava, né?

TDP: Mas, eu acho que valeu a pena demais, sabe e eu acho que qualquer curso teria que ter isso aí.

Entrevistador: É aquela história, quem participou teve um ganho que não foi financeiro, mas foi de formação, né.

TDP: Então, aí é que tá, mas é isso que eu acho, uma coisa, não sei se você percebeu isso, mas parece que algumas profissões buscam isso, mas parece que outras evitam isso. Parece que faz parte do processo de formação acadêmica deles, sabe, esse distanciamento, “porque, olha, espera aí, deixa a gente fazer, deixa a gente ver primeiro” depois a gente /

Entrevistador: Ao invés de ver junto, né.

TDP: Né? E e eu acho assim, sabe, eu acho importante essa aproximação, que ali deu pra ver, de alguma situações que (cria) aquele negócio assim, coisa biológica, né, parte biológica e a parte psicológica, ali não teve essa divisão, o tempo todo, aí você fala assim “ah, o pessoal de Educação Física, pessoal da nutrição, pessoal da fisioterapia, olha, vai cuidar só do corpo” e ali não, nós estávamos cuidando da pessoa como um todo e ali, aquele pessoal que participou, eu acho que já adquiriram essa visão, não sei se a coisa vai crescer.

Entrevistador: Sim, mas teve a oportunidade.

TDP: Né? Teve a oportunidade de tentar analisar a coisa de uma forma mais ampla de, olhando com outros olhos aí, de outros ângulos, que eu acho que isso é fundamental na formação.

Entrevistador: você falou sobre o que seria uma visão do ser humano mais completa, né, da pluralidade aí.

TDP: É o que eu falei, né, aquela visão mais ampla sabe, eu acho que nessa visão pluralista assim, não só dos profissionais, mas do próprio ser humano, do próprio objeto de pesquisa, né, que é ser humano, Alexandre, sabe, é você pegar, o dia que as meninas da nutrição iam lá, né, eu acho, isso eu acho interessante tá falando pra você, eu acho que a gente da Educação física teve uma proximidade maior, então, de vez em quando o pessoal chegava aí pra mim e falava assim “ pô, eles pedem pra comer umas coisas aí que eu não tenho dinheiro pra comprar”.

Entrevistador: Ah, tá.

TDP: Sabe, eles pedem algumas coisas aí que tá distante do meu dia a dia, tá distante da minha realidade e eu acho que tudo isso, né, é, deu, não sei se eles conseguiram ver isso, mas é um negócio importante deles começarem a ver, porque de repente você pega uma Anammenese nutricional, olha, só vai analisar aspectos nutricionais, mas não, tem mais coisas...

Entrevistador: É o ser humano que tá por trás ali.

TDP: Tem mais coisa e é a mesma coisa de uma Anammenese física, olha, eu vejo algumas coisas, aí de repente o perfil psicológico tá de um cara, vai::, extremamente retraído, eu tenho que botar o cara pra fazer uma atividade física, tentar fazer uma atividade física coletiva, vou colocar o cara pra nadar, aí, ele tá meio depressivo, aí ele morre afogado, né, então, eu acho que desperta essas coisas, ou pelo menos, eu espero que tenha despertado essa coisa em todo mundo.

Entrevistador: É, eu acho que foi uma boa oportunidade mesmo pra fazer isso.

TDP: Né, eu acho que é importante mesmo, sabe, às vezes eu fico pensando assim, pegar o pessoal que eu tô orientando, sabe e às vezes falar assim “olha, vocês estão pensando em trabalhar com tal coisa, mas pra trabalhar com tal coisa vai precisar do outro cara heim”, “vamos lá com ele”, “procura lá o outro cara da outra área”.

Entrevistador: É, estimular esse tipo de coisa. Vai ter outra visão, isso é legal. Pra fechar, tem mais alguma coisa que você queria falar que você esqueceu?

TDP: Não, acredito que não, acredito que não, é mais ou menos isso.

Participante 6: IAG Idade: Formação: Psicóloga Sexo: Fem.
--

Entrevistador: quero que você explique pra mim cada uma das palavras que você escreveu. Porque que você escolheu e o que elas significam pra você.

IAG: Primeiro eu coloquei **aprendizagem** porque foi todo um processo, foram dois anos do trabalho na academia. Desde 2004, a implementação da academia, quer dizer, todo o processo burocrático né, e depois lá, tanto com o pessoal que trabalhava lá quanto com o pessoal que fazia a academia e a minha monografia, quer dizer, foram três aspectos assim, que, ajudaram muito para a psicóloga que eu sou hoje, né, eu vejo assim que foi fundamental ter feito o trabalho que tanto o pessoal da educação física, o pessoal da medicina, que tava, e às vezes não tava, como que a gente ia se virar; o pessoal lá no dia que eu ia marcar as entrevistas, que eu fiz todo um processo antes de implementar a academia, eu fiz a entrevista com o pessoal, de a gente vai criar um projeto de atividade física o que você prefere, uma academia só pro pessoal aqui, uma academia fora, essas conversas assim foram trazendo um outro paradigma por assim dizer, de atendimento mesmo e acho que me colocou um pouco de diferencial no olhar pra atendimento, tanto em clínica quanto lá no hospital que eu fiquei o ano passado lá em São Paulo, foi muito aprendizado mesmo. Acho que agora **companheirismo** veio daí, do pessoal, tanto dos pacientes lá que eu chamo de pacientes, eles assim: “Ah então Iara, olha só, tô precisando de uma ajuda aqui, a gente tá precisando de um bebedouro”, vamos atrás de um bebedouro, não era aquela coisa assim: “Ai você vai resolver o problema pra mim”, “não ó, vamos pensar em alguma coisa juntos”; o pessoal de HIV né, como que a gente pode promover a academia; era assim, vamos fazer juntos e não a gente aqui vai fazer um negócio e vocês aí pesquisadores vão fazer outra coisa, não, vamos fazer juntos, então acho que isso também contribuiu para a minha aprendizagem, contribuiu para o meu crescimento tanto profissional quanto eu pessoa né, foi fundamental. Aí tem a parte da **saúde**, é que é algo que eu sempre gostei, de promover a saúde e não pensar na doença, não pensar nas outras coisas, por exemplo: To lendo esse livro esse livro aqui, que eu tava lendo agora antes de você chegar, ele fala muito de atendimento na esquizofrenia, e como são voltados os atendimentos, e eu sempre aprendi que a gente tem que valorizar a saúde e esse trabalho pra mim foi uma valorização de saúde total, foi assim, foi o ápice né, de, o que que a gente pode fazer? A gente pode promover a saúde, a gente pode promover o bem estar, os ganhos vindos daí, e a gente vê que os ganhos não eram só da parte do pessoal que fazia o trabalho, o que trabalhava também, era muito engraçado, mas eu chegava lá um pouco antes de começar o atendimento, tava a Marília..., a gente ficava conversando sobre várias coisas relacionadas lá à atividade física, só que sempre era alguma coisa: “Ai então daí eu fui prá minha casa e fiquei pensando no que ela falou, e não sei o que, a gente pegou, combinou de chegar mais cedo, eram algumas coisas que saiam só daquele lugar, eu via que era uma promoção de saúde, aquilo era o primeiro ponto, era desenvolvido a partir dali, tanto de procurar emprego depois, de se sentir melhor, acho que foi um foco, era saúde ali né, e a saúde me lembrou o **cuidado**, o cuidado tanto de se cuidar, das pessoas que iam lá, e o cuidado das pessoas que estavam trabalhando ali, com as aquelas pessoas, isso na minha monografia foi algo que foi extremamente valorizado, porque eu vi os portadores, eu vi o lado deles, e a questão das pessoas que faziam a orientação ali dos exercícios, foi super valorizado, o cuidado que eles tinham em passar as informações..., não era algo só: Ah faça isso, vou passar essa atividade, mas “Ó como você tá com isso, vamos começar, ou era uma barriguinha, ou era...sei lá... precisava de um Tonus melhor, não sei o que, então eles tinha todo um cuidado de explicar o que ia ser feito né, e quais seriam as conseqüências me lembro bem que eu cheguei em casa tentei segurar um copo, e eu não consegui segurar um copo, quer dizer, não era aquela coisa já teve um preparo, acho que também a figura do Tadeu foi fundamental desde chegar e falar com o pessoal antes: “Olha nós vamos trabalhar com tal população, nós vamos estudar o que que pode acontecer na atividade física, quer dizer, teve toda uma preparação, todo um cuidado anterior para começar a atividade.

Ai o congresso eu pensei: Eu comecei a levar esse trabalho, fui pra quatro congressos e era muito legal quando eu apresentava.... teve até um que eu usei uma foto da academia, né, assim como pôster. Então chegavam e perguntavam como começou a academia, eu apresentava antes da coleta de dados, então eu falava sobre o processo da academia. Então era muito legal.... todo mundo perguntava: e aí, o que vai acontecer? Como está sendo agora? Ai eu falava, teve isso, só que agora a gente já tá em tal ponto... Era legal, pegava e mail, teve um pessoal da Paraíba que eram orientandos da Ana Alaíde, que

chegava e falava: que trabalho interessante, sabe que a gente tava pensando em alguma coisa assim... era legal que lá na Paraíba tinha coisas em comum. Acho que tudo isso colaborou para a minha formação, para a profissional que eu sou hoje... Então acho que é isso né?!

Entrevistador: Agora vamos explorar algum item: Você disse que aprendeu muitas coisas, você pode dar nomes a essas coisas? O que você aprendeu ?

IAG: O Marco fala pra mim que sou uma pessoa muito “cheia de dedos” e acho que é mesmo , e trabalhar com essa população me fez perder um pouco disso. Porque você fica na clínica , fechadinho, redondo, bonitinho. Quando está lá , a gente vê na hora nossa intervenção . E nossa intervenção não é somente uma interpretação. Então o que aprendi é ter um pouco mais de coragem de fazer alguma coisa ... que quando a gente ta na clínica, ta muito longe... então né coisas assim... eu me lembro bem de uma reunião , no GHIV, que tava um quebra pau... tava eu, o Felipe e o Pira e a gente foi bombardeado de questões que a gente não tinha pensado... agente chegou lá. Tinha essa idéia , quer apoio de vocês ...e então começou uma série de questões...éticas, que a gente não tava esperando né? Ai o Felipe olhou pra mim e disse: “Fala você! O quê? Fala você! Comecei a falar que a gente tava querendo justamente promover a saúde, que a gente queria e precisava do apoio deles... algumas pessoas deram o apoio, algumas não entenderam bem qual seria nosso foco, acharam que a gente estaria competindo com outras atividades do GHIV, e não era nada disso, mesmo porque a academia não era do GHIV, era uma academia aberta para os portadores de HIV de Ribeirão que teve o apoio do GHIV né? Então foi bom pra me encorajar a falar um pouco, porquê eu ficava muito na retaguarda, eu tinha o conhecimento pra mim.. e não, eu descobri que tinha que passar... e às vezes lá eu ia fazer as entrevistas, anterior à parte da academia, ai a academia inaugurou em março de 2005, ai eu comecei a frequentar a academia. Eu ia lá quase toda semana , ver o que o pessoal tava fazendo... pra depois eu ir fazer minhas entrevistas . Também pro pessoal ir se acostumando, pra eu não chegar de repente e fazer as entrevistas. Então, eu me apresentava, falava que a academia funcionava assim, e que eu Iara , tinha um projeto... e fui fazendo uma aproximação , teve gente que fiquei conversando uns sete meses, até a pessoa ter confiança para fazer entrevista comigo. Ia conversando: o trabalho ta sendo legal...porque to vendo umas mudanças...”então quando você chegou aqui não conversava com ninguém”... eu ia dando um feed back pra pessoas porque senão ela tava lá fazendo o exercício dela me via e pensava: “o que essa menina ta me olhando?” né? Então eu chegava , até algumas orientações de eles não sabiam quem procurar para algumas coisas, então eles chegavam em mim....Isso era muito legal, sabe... Por eu já estar no projeto a algum tempo, já sabia algumas coisas para explicar, para passar algumas informações , às vezes ficava, eu ouvia... gente falar...: “isso é coisa de assistente social”... mas não tinha assistente social... eu ia deixar as pessoas sem informação?! Parece que fica restrito né? Não tem ninguém lá! Eu vou ficar muda?

E eu ouvia muitas críticas ao trabalho da academia lá na faculdade..... tão bem ... isolados, não sabem o que tá acontecendo ... ah sobre HIV? Legal...

E o trabalho de campo me fez ter jogo de cintura, me fez conhecer... que eu falo assim... O Tadeu foi muito importante... conheci na sala do Marco, em janeiro de 2004, quando ia fazer bacharelado . Ele perguntou do que eu gostava, e eu disse : atividade física, esporte. Na hora ele ligou pro Tadeu e disse que tinha uma pessoa pra ele conhecer. No dia o Tadeu foi lá e conversei com ele. A gente sentou, conversou, teve a idéia e ficou um ano planejando como implementar ! Então foi um trabalho ... desde o princípio até agora, legal saber que a academia ainda ta funcionando.

Entrevistador: Que outras características foram desenvolvidas? Tem mais alguma?

IAG: Sabe o que eu lembrei? Lembrei assim: No ano passado, fiquei no Hospital do Servidor r e lá é dividido por andar , cada andar é uma clínica, e no último andar é as doenças infecto contagiosas. A gente atendia não só uma clínica, recebia interconsulta de todas as clínicas do hospital. Quando chegava da infecto, as meninas entregavam na minha mão: “você que sabe atender esses pacientes de HIV”. Eu falava: “Meu tem alguma diferença alguém que tá com HIV, com câncer”... não tem diferença nenhuma, mas elas: “Você não tem problema de ir lá”... porque pra ir lá tem que colocar a mascar, tinha toda uma questão de ... e eu falava assim: “que coisa né”... minhas chefes chegaram lá... então esse é uma caso de HIV, e Iara como você fez... engraçado que eu mesmo acho que falei uma vez, no dia da apresentação toda pessoa falava da sua formação, né? E ai eu falei que fiz bacharelado com HIV... uma vez que falei! Ficou marcado! Fiquei estigmatizada com a psicologia do HIV. E isso

pra mim foi um ganho. Porque os pacientes que atendi lá eram uma riqueza assim... que eu falava: que pena que elas perderam isso. Eu pude aprender coisas além. Doenças que estavam associadas ao HIV, fui além... pra mim, eu ganhei na minha formação. Não foi na academia, mas consequência do meu trabalho nela.

Entrevistador: Iara, como você viu o trabalho multidisciplinar? Como foi a integração entre as áreas?

IAG: Engraçado que eu era observadora, então eu via né? He he he.

Eu via alguns impedimentos burocráticos... assim, o pessoal da medicina ... ia só o Pira. Era um cara que tava a fim, tava querendo... o que ele podia fazer ele fazia.

A fisioterapia, tinha uma galera que tava a fim, que ia mas não tinha um professor para orientar um projeto. E não poderia iniciar o trabalho enquanto não tivesse um professor. Iam atrás do professor, mas mudava... eu via o pessoal que tava nesse grupo a fim de trabalhar, tava procurando, foi conhecer a academia, conversar com o pessoal que tava lá... mas por causa dessa burocracia emperrava.

Entrevistador : Você chegou a ver o trabalho da nutrição?

IAG: Eu peguei o começo, as meninas tavam super motivadas , “nossa a gente viu tal coisa” “porque o rapaz almoça um salgado, será que ele não percebe”, que dizer... elas levaram essa dúvida para o grupo, para o pessoal da educação física. “Ele vai conseguir fazer o treinamento com um salgado na barriga?”e ai, perguntando se ele tava comendo por falta de grana ou por conta do trabalho. Achei que deu uma rodada legal, assim. Quando elas chegaram deu uma movimentada, o pessoal tava meio assim... o pessoal da educação física, tava fazendo o trabalho deles, a fisio não conseguia fazer, o pessoal da med não sabia o que ia fazer, eu tava lá, e elas chegaram. Foi muito legal.

Entrevistador: Isso você está falando mais das reuniões, né? E o no dia-a-dia? Havia uma troca?

IAG: Antes da academia começar, o pessoal da med fez algumas avaliações médicas, algumas entrevistas... Então eram duas salas, em uma o pessoal da educação física fazia as avaliações deles e na outra o pessoal da med, e eu que conversava um pouco. Então a gente fazia um rodízio , e quando o pessoal ia embora a gente conversava, “Nossa você viu o cara com cd4 super baixo, tem que fazer com o médico dele”... ai eu falava da minha entrevista. Depois das avaliações a gente conseguia ter algumas conversas. Mas às vezes era muito corrido, ai não dava pra gente conversar. No geral a informação rodava legal... às vezes as pessoas falavam que responderam a mesma coisa pro médico e pro professor, e eu dizia que era importante pros dois, que se tivesse alguém da fisioterapia lá, ia perguntar a mesma coisa . Tanto que a gente procurou um prontuário pras pessoas não terem que ficar repetindo.

Entrevistador: Avaliando as reuniões agora, o desenvolvimento grupo, como você percebe?

IAG: Começou muito motivado, depois percebi que deu uma queda... no início tinha a expectativa que o professor ia ajudar, no final do ano o professor não tinha ajudado.... o pessoal da academia tinha dado uma queda, nos alunos, é é... que mais?... As reuniões eram muito boas, colocavam as dúvidas, o que estava acontecendo, era leal, mas chegou uma hora que tinha gente que não tava integrada, que não tava fazendo atendimento... você via na configuração da sala, chegou um dia que você até brincou: : Ta dividido aqui? Vamos misturar...”a dinâmica dos desenhos mostrou quem tava... não era a questão de ta querendo ou não, mas de estar podendo... ter condição prática... conheci gente tão legal... como o pessoal da fisio, que se tivesse tido um professor poderia ter feito tanta coisa... um pessoal que interagiu bastante lá, que queria... Eu encontrei com eles um tempo depois, e falaram: “aquelas reuniões eu tava pensando nelas esses dias”... ele tava fazendo um atendimento e lembrou de uma informação que o pessoal da educação física deu ...Acho que as reuniões tinham esse caráter...Cada pessoa teve uma contribuição e levou alguma coisa de lá , Infelizmente não consegui por tudo que gostaria em prática lá, mas levou pra outro tipo de prática...

Participante 7: DRD Idade: 28 Formação: Ed. Física Sexo: Masc.

Entrevistador: quero que você explique para mim porque você escolheu cada uma dessas palavras e o que elas representam para você.

DRD: Ok, trabalho (multidisciplinar) por conta de ser um trabalho multidisciplinar desenvolvendo um trabalho na área de psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física, medicina, né. (Atuação social) é porque eu vejo que é um trabalho voluntário, né, vários profissionais que estão ali, embora estejam também interessados na pesquisa, mas é uma forma de atuação social, de auxiliar o próximo, auxiliar (o paciente) soro positivo:, o seu ofício, o que a sua área pode fornecer para essas pessoas como uma forma de atuação social. Éh:: promoção da saúde por conta da área mesmo que a gente tá envolvido, né, a educação física e a psicologia, né, então fazer um trabalho mesmo pra poder otimizar a saúde desse público, né, pesquisa científica, participar, fazer parte de um projeto de pesquisa, outro dia a gente tava como voluntário no (?), mas isso fazia parte de um projeto de pesquisa científica, não é. Voluntariado também porque::, éh, sem fins lucrativos, é um espaço que você aceita participar para poder contribuir de alguma forma, para poder dar sua contribuição social, por isso, voluntariado. Cooperação em função do trabalho multidisciplinar, todos tão buscando um objetivo em comum que é a promoção de saúde, que é o auxílio, que é a otimização da saúde desses pacientes, né, e (??) se trabalhava não existia uma cooperação, de repente eu tô enxergando uma coisa que poderia ser melhorada e desrespeito outra área e a gente conversando, colaborando com o outro você consegui melhorar aquele projeto, melhorar aquela (ação), por isso a cooperação, né. Aprendizado mútuo sem dúvida porque não só eles aprendiam com a gente, mas a gente aprendia com eles também, né, o fato de você ter aquele contato próximo ali, participar de uma avaliação física, (?) de tocar nas pessoas mesmo e senti como elas tavam respondendo esse contato, de entender que a gente tava ali tratando de seres humanos independente da situação, independente da patologia, são pessoas que precisam ter atenção também e buscam essa atenção e que também tem uma dificuldade grande de se relacionar por conta do problema e diariamente estávamos ali aprendendo, isso eu tenho certeza que é para os dois lados, não só o lado deles, mas como também dos profissionais envolvidos, nas reuniões que nós fazíamos, nas discussões que eram feitas, traziam sempre à tona algum conteúdo pra ser discutido pra nós refletirmos a respeito do que a gente tava fazendo, do que a gente tava buscando ali, quais eram nossos reais interesses em relação à (?) pra poder chegar a um estágio em comum.

Entrevistador: Já que você falou das reuniões, do trabalho multidisciplinar, né, como você percebeu esse trabalho multidisciplinar, (corria, não ocorria) o que você:::...

DRD: Assim, eu sempre achei isso muito interessante, até uma das coisas que mais me atraiu nesse projeto era a possibilidade do trabalho multidisciplinar, porque eu vejo que é dessa forma que você consegue otimizar todo caso, é fazendo um trabalho multidisciplinar cada um dando a sua contribuição, cada um sabendo a sua linha de atuação e sabendo como contribuir, eu vejo que::: nesse contexto é difícil ter uma interação porque cada um tinha o seu interesse particular, não necessariamente o objetivo principal era aquele trabalho, (tinha) pessoas que ficavam muito mais envolvidas com outras coisas e é normal que aconteça mesmo porque você tem na sua vida diversos projetos e que você tem que focalizar, então, às vezes, isso é colocado em segundo plano, e muita gente não consegue pegar três, quatro atividades para fazer e conseguir se sair bem nessas quatro atividades, então, a interação fica difícil porque a pessoa não se disponibiliza tanto pra que essa interação aconteça. Essa é uma situação (??) , que os profissionais que dependem daquilo ali, que é o projeto de mestrado, doutorado deles, vão se empenhar mais porque vão tirar daquilo ali, agora, outros que tão como voluntários mesmo, não tem vínculos, não estão totalmente engajados no projeto, aí fica mais difícil essa interação, tanto que é complicado marcar um horário pra gente conversar, as pessoas precisam se encontrar, ir na academia lá, “ah, eu não posso tal dia, não posso, não posso”, não pode, não vai, não tem como encontrar, mas quem (?) muito produtivo, porque ali a gente conseguia reunir bons profissionais e discutir o que tinha se passado durante a semana, embora o que tinha se passado na semana não tinha tido a participação de todos, que nem todo mundo ia lá no projeto, eu particularmente ia, quando tinha que fazer as avaliações , eu era a pessoa que ficava lá o dia inteiro, então era mais:::, éh:::, era difícil você trazer relatos do que aconteceu no dia a dia sem tá presente, só um ou outro que ia lá , que ficava lá mais direto né, sabe, a Marília, o Felipe, que ficavam mais lá

direto, né, tinham como passar essa informação, éh:::, mas como eu falei; trabalho multidisciplinar que eu acredito que é o correto, é assim que tem que ser, e mesmo com essas dificuldades tem que ser buscar, que era o que eu via, a tentativa de (?) mesmo, de fazer com que essa interação acontecesse, de quebrar essas barreiras, de mostrar que todo mundo tinha seu valor ali, ninguém tava querendo invadir a área de ninguém, e ao mesmo tempo queria buscar mesmo essa interação, sabe, “ vamos pessoal, vamos contribuir, vamos somar força”, (?) começar a ver os resultados acontecendo até para servi de motivações pra dar seqüência ao trabalho, né.

Entrevistador: E outra coisa que eu quero perguntar para você , sobre as reuniões, e você falou bastante de aprendizado, e você, pensando do ponto de vista da sua formação aí, fez parte de projeto, você já era formando em Psicologia, mas na sua formação em Educação Física as atividades lá contribuíram, o que você destaca como aprendizado seu, como importante para sua formação nesse trabalho aí?

DRD: Óh, tive a oportunidade de vivenciar mais uma vez um trabalho multidisciplinar, porque eu trabalho com isso, eu trabalho com (?) de (atendimento) e a gente busca sempre essa interação, tem psicólogo na equipe, tem preparador físico, tem treinador, tem médico, tem nutricionista, e a gente percebe ali as dificuldades, embora seja um trabalho remunerado:::, né, de alto nível, né, buscando resultados ambiciosos, audaciosos, né, a gente faz um trabalho com (?) juvenil também, então é um negócio que já visa resultados, né, que tá num patamar assim::: elevado, eu considero, né, e a gente tem as mesmas dificuldades, de reunir os profissionais, de discutir os assuntos, de quebrar um pouco essas barreiras, de somar forças, é uma busca constante, então me ajudou bastante a (?) isso nas reuniões, de discutir e ver formas de quebrar isso com as dinâmicas que eram propostas, quer dizer, pra dar oportunidade das pessoas verbalizarem, falarem a respeito, não só ficarem dentro da área delas, mas darem uma circulada, uma transitada geral, assim, tentarem entender o contexto de todo mundo, para cada um se conhecesse melhor e entendesse as dificuldades que cada um tinha, então, pra mim, o que eu achei interessante foi isso, vivenciar mais uma vez e essa experiência é muito gratificante e enriquecedora porque você passa a intervir melhor na situação, você passa a entender que esse trabalho multidisciplinar tem umas barreiras para serem quebradas mesmo, as pessoas precisam visualizar que existe um objetivo em comum, que esse objetivo vai acontecer fruto do trabalho de todos e não de um só, e isso, isso abriu um pouco minha mente pra isso, né, pra entender e passar para as pessoas também, não você tentar se impor na sua área e tentar dizer que o que você vai fazer vai ser responsável por grande parte dos resultados que vão acontecer ali, porque não é isso, porque se não tiver o trabalho do outro não vai acontecer, ao mesmo tempo que o outro também não pode chegar falando que os resultados que aconteceram foi fruto do trabalho único e exclusivo dele, até porque se todos fizerem os resultados são otimizados, o retorno é muito maior, se todos fizerem e dividirem o retorno do que aconteceu, todos se sentem motivados, dispostos a trabalhar com mais afinco ainda.

Entrevistador: Um resultado maior, não individual.

DRD: É, por que tem muitas vezes que as pessoas tão muito mais interessadas em mostrar que elas que fazem, chamar atenção para o que elas fazem e não para o grupo, só que num trabalho multidisciplinar aparece todo o grupo e não uma pessoa isolada, é o grupo inteiro, então é a equipe que trabalhou e todos tiveram uma participação importante

Entrevistador: Então, basicamente é isso. Agora eu queria saber se tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar, alguma coisa, característica que desenvolveu em você, alguma habilidade, alguma coisa que desenvolveu em você além dessa habilidade de trabalhar em grupo, tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

DRD: Ah:::, é o que eu falei, (?) muito grande, eu participei mais da avaliação física ali, mas sempre com esse intuito mesmo de estar envolvido num trabalho, de tá conhecendo as pessoas também que tão desenvolvendo trabalhos diversos nessa área multidisciplinar, então eu acho que o que agregou e que eu achei interessante foi isso, embora não tenha me envolvido tanto, poderia ter me envolvido mais. Uma coisa que:::, em relação as pessoas mesmo que tavam participando, eu lamentei mais até nesse sentido de não poder ter contribuído mais, no sentido de fazer um trabalho pra (prospectar) mais pessoas e pra (?) essas pessoas, porque a rotatividade é muito grande, não existia estímulos assim rigorosos pra que as pessoas estivessem participando. Então, eu acho que poderia ter contribuído nesse sentido, fazer um trabalho prospectar outras pessoa e pra (?) as que tavam lá

Entrevistador: Pra aumentar o número e para /...

DRD: Porque você ia percebendo que ia diminuindo, diminuindo, aí numa semana não tinha ninguém, na outra semana aparecia uns outros, mas na minha maneira de ver eu não via um trabalho efetivo no sentido de efetivar essas pessoas de alguma forma além de só prestar o serviço ali para ela, mas de criar um ambiente que fosse atrativo e ao mesmo tempo trazer outras pessoas para o grupo, fazer com que essas pessoas trabalhassem para o grupo ou seja, que elas mesmo, satisfeitas em função do trabalho, pudessem trazer outras pessoas e isso eu não via acontecer, até para continuidade no trabalho (??), eu percebia um pouco de falta de sensibilidade nas pessoas que tavam lidando diretamente com os pacientes, porque ali era mais no intuito de prescrever as atividades, prescreveu, acabou, não, tem que ir um pouco além, tem que colocar sensibilidade para cativar as pessoas, pra entrar um pouco no mundo delas ali, pra dar um pouco de reforço positivo ao mesmo tempo ciente do limite do que você pode e não fazer um negócio uniforme porque cada um responde de uma forma, eu caio que eu poderia ter contribuído nisso, mas como eu não tava indo lá, eu ia só fazer as avaliações, então, não é nenhuma crítica ao grupo que trabalhou, mas foi uma coisa que eu observei e que é uma lacuna que eu poderia ter contribuído nesse sentido, no momento que eu tava ali como voluntário e tava disposto a fazer um trabalho.

Entrevistador: Tá bom, bom Edu, mais alguma coisa que você gostaria de falar?

Entrevistado: Não.

Entrevistador: Não? Então, obrigado pela entrevista.

ANEXO

Anexo A

Parecer do comitê de Ética aprovando o projeto de pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

OF.CEP/SEAC.104.2005/FFCLRP/24.11.2005

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "Avaliação e Acompanhamento de um Programa de orientação e Suporte Psicossocial ao Atendimento no Grupo de Atividades físicas para Portadores de HIV/AIDS" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 48ª Reunião Ordinária realizada em 24/11/2005, e enquadrado na categoria: APROVADO, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 226/2005 - 2005.1.1707.59.7

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Prof. Dra. EUCIA BEATRIZ LOPES PETEAN
Coordenadora do CEP-FFCLRP-USP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
ALEXANDRE VINÍCIUS DA SILVA PEREIRA
Aluna do Programa de PG em Psicologia
do Departamento de Psicologia e Educação
desta FFCLRP-USP

C.C.: Prof. Dr. MARCO ANTONIO DE CASTRO FIGUEIREDO