

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO
LINHA DE PESQUISA: FILOSOFIA E ANTROPOLOGIA DO
MOVIMENTO HUMANO

**A CONCEPÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DOS PACIENTES
SOROPOSITIVOS E DOENTES DE AIDS DO SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DO CENTRO MUNICIPAL DE
ATENDIMENTO EM DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS E AIDS DE PORTO ALEGRE**

Autor: Alexandre Ramos Lazzarotto

Orientador: Doutor Silvino Santin

Porto Alegre, setembro de 1999

**A CONCEPÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DOS PACIENTES
SOROPOSITIVOS E DOENTES DE AIDS DO SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DO CENTRO MUNICIPAL DE
ATENDIMENTO EM DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS E AIDS DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada à Escola de
Educação Física da UFRGS, como
requisito parcial, para a obtenção do
título de Mestre em Ciências do
Movimento Humano.

Autor: Alexandre Ramos Lazzarotto

Orientador: Doutor Silvino Santin

Porto Alegre, setembro de 1999

Dedico este trabalho aos colaboradores da pesquisa. A todos aqueles que me confiaram a sua história de vida. A todos aqueles que sentaram à minha frente e me ensinaram não apenas a pesquisar, mas a compreender uma nova perspectiva de conceber a vida.

Muito Obrigado!

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos meus pais, Gilberto e Ione, pelo incentivo e pela participação constantes na minha jornada no mundo acadêmico.

À Cristiana, pela paciência e pelo companheirismo.

Ao meu orientador Silvino Santin. Muito mais do que um orientador, foi um amigo, um incentivador, que me ensinou que competência, sabedoria e simplicidade não são excludentes.

Aos professores do Mestrado, que me proporcionaram diversas abordagens consistentes sobre o *estar* profissional de Educação Física.

À enfermeira Neiva Raffo, pela competência, humanidade e colaboração na realização da pesquisa no ambulatório.

Ao Gerson Barreto Winkler, pela colaboração e pelo incentivo em todos os momentos solicitados no ambulatório.

Aos funcionários Rosane Lopes, Liliane Gonzalez, Márcio Müller e Rosalia Pomar Camargo, pela solicitude e paciência comigo.

RESUMO

O profissional de Educação física, no contexto da AIDS, deve conceber a atividade física como um fenômeno simbólico. A carência desta concepção, pode impedir ou dificultar a sua práxis com indivíduos soropositivos e doentes de AIDS. A partir das premissas citadas anteriormente, houve a necessidade de compreender a concepção da atividade física de 43 colaboradores (23 soropositivos e 20 doentes de AIDS) que freqüentaram o Serviço de Assistência Especializada do Centro Municipal de Atendimento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS de Porto Alegre, no período de novembro de 1997 a setembro de 1998. A construção teórica foi embasada na Fenomenologia de Merleau-Ponty e na Hermenêutica de Paul Ricoeur. O delineamento metodológico caracterizou-se por uma pesquisa num paradigma qualitativo, tipo de estudo exploratório-descritivo, coletando-se as informações através da entrevista semi-estruturada e do diário de campo e as organizando nas categorias O Mundo-Vida do Soropositivo e Doente de AIDS e A Terapia do Movimento. Na concepção dos colaboradores da pesquisa, a atividade física é indissociável do mundo-vida do soropositivo e doente de AIDS, que é caracterizado por um novo corpo e por uma nova socialidade, estigmatizada pela perda da identidade, pelo preconceito e pela discriminação. Nesse mundo, a atividade física é concebida como a terapia do movimento que preserva a vida e recupera a corporeidade, a partir da imagem corporal.

Como consequência, existe o resgate da identidade, contribuindo para a diminuição do preconceito e da discriminação da sociedade. A realização da pesquisa proporcionou estabelecer diretrizes para orientar a práxis do profissional de Educação Física, como um agente de saúde no contexto da AIDS.

Palavras-chave: AIDS, atividade física e pesquisa qualitativa

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 A CONSTRUÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 A FENOMENOLOGIA DE MERLEAU-PONTY	20
2.2 A HERMENÊUTICA DE PAUL RICOEUR	21
3 A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA.....	27
3.1 PARADIGMA DE CONFIGURAÇÃO	28
3.2 TIPO DE ESTUDO	31
3.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES.....	34
3.3.1 <i>Entrevista Semi-Estruturada</i>	34
3.3.2 <i>Diário de Campo</i>	37
3.4 A PARTICIPAÇÃO DO PESQUISADOR NO CONTEXTO DA PESQUISA	39
3.5 CAMPO DO ESTUDO.....	39
3.6 COLABORADORES DO ESTUDO	41
3.7 PROCEDIMENTOS	42
3.7.1 <i>Estudo Preliminar</i>	42
3.7.2 <i>Estudo Principal</i>	51
3.8 A CATEGORIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	55
4 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	58
4.1 DESCRIÇÃO DOS COLABORADORES.....	58
4.1.1 <i>Sexo, Faixa Etária e Condição Sorológica</i>	58
4.1.2 <i>Forma de Contágio pelo Vírus</i>	59
4.1.3 <i>Nível de Escolaridade e Atividade Profissional</i>	60
4.1.4 <i>Atividade Física</i>	61
4.2 CATEGORIAS.....	63
4.2.1 <i>Primeira Categoria: O Mundo-Vida do Soropositivo e Doente de AIDS...</i>	64
4.2.2 <i>Segunda Categoria: A Terapia do Movimento</i>	77
5 CONCLUSÃO.....	85
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

QUADROS

Quadro 1: Etapas do Delineamento da Pesquisa	27
Quadro 2: Síntese dos Principais Pontos de Comparação entre os.....	29
Quadro 3: Critérios Qualitativos de Confiabilidade das Informações.....	31
Quadro 4: Principais Vantagens e Limitações da Entrevista.....	36

ANEXOS

Anexo 1: Modelo do Termo de Consentimento Formal Pós-Informação	94
Anexo 2: Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada.....	94
Anexo 3: Roteiro das Anotações no Diário de Campo.....	95

1 INTRODUÇÃO

Inicia-se a apresentação desta dissertação, satisfeito por concretizar neste documento, o estudo que há muito tempo pretendia-se realizar: investigar o contexto relacional da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, *AIDS-Acquired Immunodeficiency Syndrome*) e a atividade física, a partir do *sentir* das pessoas que o vivenciam na condição de pacientes. Esta atitude significa a intenção de interpretá-los, estabelecendo como referencial a sua subjetividade. Ricoeur (1978) afirma que a subjetividade é um recurso legítimo na construção do saber. O simbólico, o universo imaginário, o corpo-vivido e o mundo-vida, constituem-se em elementos indispensáveis para a compreensão do fenômeno estudado neste trabalho.

A partir da inquietação pessoal e profissional, o pesquisador iniciou um percurso de aproximação ao tema AIDS que, tradicionalmente, não pertence ao domínio de conhecimentos da Educação Física, obrigando-o a conhecer o sistema de significações deste tema na área biológica para concatená-lo ao da área social.

A AIDS é o estágio avançado da infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH, *HIV-Human Immunodeficiency Virus*). O HIV pertence ao grupo dos retrovírus, o qual tem como material genético o RNA, podendo ser do tipo 1 ou 2. O HIV-1 é responsável por 99% dos 35 milhões de doentes de AIDS no mundo; o HIV-2 corresponde a 1%. O desconhecimento da origem do vírus e do seu

processo de transmissão para o homem tem dificultado a elaboração de uma vacina contra a AIDS e o desenvolvimento de drogas que possam eliminar o HIV do organismo humano. Existem basicamente duas teorias que associam a origem do vírus aos macacos verdes e chimpanzés africanos. Lima e cols. (1996) procuram explicar a origem do HIV partindo de sua semelhança com o Vírus da Imunodeficiência Símia (VIS, *SIV-Simian Immunodeficiency Virus*), encontrado nos macacos verdes africanos, através da estrutura genômica, que apresenta uma homologia em torno de 50%. Oliveira e cols. (1996) estimam que a separação entre eles, ocorreu num período de 40 a 280 anos. Queiroz e cols. (1990) explicam que a transmissão do vírus poderia ter acontecido em rituais africanos em que o sangue dos macacos verdes era aplicado na região perineal para aumentar a libido sexual e a fertilidade humana.

Gao e cols. (1999) afirmam que há uma grande probabilidade do macaco chimpanzé (subespécie *pan troglodytes troglodytes*) ter transmitido o HIV para o homem. Este símio apresenta uma homologia genômica ao ser humano de 98%. Gao e a sua equipe, analisando amostras de sangue dos chimpanzés dessa subespécie, identificaram exemplares portadores do vírus SIV, específico dos chimpanzés (cpz). Esses animais eram da região centro-oeste da África, onde há a concentração de 66% dos casos de AIDS no mundo. Comparando o SIVcpz com o HIV, os pesquisadores verificaram muita similaridade. O SIVcpz não causa deficiência no sistema imunológico dos chimpanzés. Provavelmente, a partir do contato sangüíneo, este vírus, ao se replicar, combinou-se com a constituição genética humana, gerando o HIV.

O HIV é transmitido pela secreção vaginal, pelo esperma, sangue e leite materno, por meio das formas mais freqüentes, que são: a sexual, por relações homo e heterossexuais; sangüínea, em receptores de sangue ou hemoderivados e usuários de drogas injetáveis; perinatal, abrangendo a transmissão da mãe para o filho durante a gestação e o parto ou por aleitamento materno. Além dessas formas, há também a transmissão ocupacional, por acidentes de trabalho, em profissionais da área da saúde que, ao manipular determinados objetos com sangue de pacientes infectados pelo HIV, ferem-se de uma maneira pérfuro-cortante. Lima e cols.(1996) descrevem oito casos de transmissão intradomiciliar nos quais não houve contato sexual nem exposição sangüínea pelas vias clássicas descritas.

A penetração do vírus no sistema imunológico ocorre pela união da sua glicoproteína 120 à molécula CD4 do linfócito T, célula essencial nas funções imunológicas do organismo humano. Após a invasão do linfócito TCD4, o RNA viral utiliza a enzima transcriptase reversa e se transforma em DNA, inserindo-se no núcleo desse linfócito. Utilizando a enzima integrase, o DNA proviral penetra no DNA humano e inicia a replicação de novos vírus. Para sair do linfócito TCD4, o HIV utiliza a enzima protease e retorna a sua configuração de RNA.

A partir de 1981, quando a sintomatologia da doença começou a ser investigada, acreditava-se na existência de um longo período de latência clínica, ou seja: o indivíduo teria vírus não-manifesto. Na realidade, este período entre a infecção e o desenvolvimento da doença é dinâmico. Nele ocorre gradativamente a replicação contínua do vírus,

ocasionando a destruição dos linfócitos TCD4. A intensidade dessa replicação varia conforme a condição do sistema imunológico do indivíduo.

A pessoa infectada pelo HIV pode permanecer um período (5 a 7 anos) sem apresentar complicações clínicas graves ou alterações corporais externas, sendo considerada portadora assintomática ou soropositiva. Quando ela começa a manifestar a associação de determinados sintomas e ou doenças como, por exemplo, perda de peso corporal maior que 10%, febre igual ou superior a 38°C e diarreia, ambas por um período igual ou maior que um mês e, herpes zoster, há uma grande probabilidade de esta pessoa ser um doente de AIDS. O diagnóstico definitivo da soropositividade ou AIDS (número de TCD4 abaixo de 350 células/mm³) é identificado por meio de exames laboratoriais de sangue. Estes exames são realizados por procedimentos que identificam a presença de anticorpos (testes de triagem) ou antígenos (testes confirmatórios) numa determinada amostra de sangue. (Ministério da Saúde, 1997).

O organismo humano demora um certo tempo para fabricar anticorpos; desse modo, há um período entre o contágio e a soropositividade durante o qual o resultado do exame laboratorial será negativo, mesmo a pessoa sendo portadora do vírus. Este período é chamado de janela imunológica. Kiffer e cols. (1996) afirmam que em geral este período varia de seis a doze semanas.

As doenças associadas à AIDS, manifestam-se em decorrência da debilidade do sistema imunológico: infecções oportunistas, neoplasias e alterações do sistema nervoso central.

As infecções oportunistas são causadas por microorganismos usualmente considerados não-patogênicos, ou seja, não-capazes de desencadear infecções em pessoas com sistema imunológico normal. As principais são decorrentes de fungos, bactérias, protozoários e vírus. A neoplasia é a formação de tumores ou neoplasmas (crescimento exagerado de células ou tecidos anormais). A mais freqüente em doentes de AIDS é o sarcoma de Kaposi, caracterizado por tumores multicêntricos de células endoteliais que geralmente se apresentam como lesões múltiplas purpúreas de pele e, às vezes, também como lesões nodulares, acometendo a boca, as mucosas gastrintestinais ou traqueobrônquicas. As alterações do sistema nervoso central caracterizam-se por cefaléia persistente, confusão e estupor, que podem progredir para demência.

A farmacoterapia no tratamento da soropositividade e da AIDS começou a ser considerada promissora com o uso da droga zidovudina (AZT), em junho de 1987, nos EUA. O AZT inibe a transcriptase reversa, que é a enzima responsável pela cópia da informação genética do vírus ao DNA humano. (Furman e cols., 1986). A sua utilização no tratamento dos quadros clínicos instalados induziu a melhoria clínica e prolongou a vida dos pacientes com AIDS. Em pacientes soropositivos, o AZT prolongou o tempo entre a infecção e a expressão clínica da doença; contudo, verificou-se que seu uso prolongado poderia causar a toxicidade e desenvolvimento da resistência viral. (Poplack e cols., 1985).

A partir do trabalho do médico norte-americano David Ho em 1996, uma das grandes expectativas no tratamento da AIDS tem sido a utilização da terapia tríplice (combinação de zidovudina, lamivudina e inibidor de protease). A terapia tríplice, conhecida também como

coquetel, interage com as enzimas transcriptase reversa e protease, responsáveis pela entrada do vírus na célula e sua saída, visando baixar a carga viral, favorecer em parte a reconstituição do sistema imunológico e destruir os mecanismos de replicação do vírus após a célula ter sido infectada. O coquetel tem aumentado a sobrevida dos pacientes e a “[...] AIDS está se tornando quase uma doença crônica, que pode ser controlada por medicamentos (como diabetes, hipertensão, etc.)”. (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1999, p.2).

Os primeiros estudos sobre o HIV foram realizados em 1981 nas cidades de São Francisco e Nova Iorque nos EUA, onde havia um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino e homossexuais que apresentavam um tipo raro de câncer de pele, denominado sarcoma de Kaposi, e um tipo de pneumonia causada por *pneumocystis carinii*. Todos esses pacientes manifestavam deficiência no seu sistema imunológico e, como consequência, incapacidade de combater de modo adequado, determinadas infecções.

A comunidade médica norte-americana se mobilizou e começou a realizar um levantamento do maior número possível de indivíduos no país, resultando num aprofundado estudo realizado pelos epidemiologistas do Centro de Controle de Doenças (CCD, CDC-*Center of Disease Control*), com sede em Atlanta.

A enfermidade foi inicialmente denominada Peste *Gay* e depois Imunodeficiência Relacionada a *Gays*. Posteriormente, os viciados em drogas injetáveis e os indivíduos que recebiam transfusão de sangue ou

hemoderivados apresentavam os mesmos sintomas dos homossexuais. Em julho de 1982, o CDC concluiu que se tratava de uma nova doença de etiologia infecciosa e transmissível; por causa de suas características, recebeu o nome de AIDS e foram estabelecidos critérios para o diagnóstico. No mesmo ano, no Brasil foram identificados os primeiros indivíduos com a doença, manifestando as mesmas características dos pacientes dos EUA e de outros países.

A partir de seu histórico, que estabelecia a construção de um contexto ético e estético, com sexo, sangue e morte, a epidemia começou a ser concebida como predominante em e/ou específica de determinados grupos excluídos da população, os chamados grupos de risco: homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis. Como consequência dessa concepção errônea, houve um pré-juízo sobre as pessoas infectadas pelo HIV: réus (prostitutas, homossexuais e usuários de drogas injetáveis) e vítimas (hemofílicos e usuários de sangue e seus derivados). Desde seu aparecimento, a AIDS foi identificada como uma doença do *outro* (africano, homossexual, prostituta e drogado), associação que persiste apesar da disseminação da epidemia nos diferentes segmentos e grupos sociais. (Knauth, 1996).

As pessoas que não pertenciam aos grupos de risco, consideravam-se inatingíveis pelo vírus, expondo-se a situações que proporcionavam contágio, como, por exemplo, manter relações sexuais sem o uso de preservativo. O desconhecimento do diagnóstico de soropositividade pela população infectada tem sido um dos principais fatores limitantes no combate à epidemia, porque o HIV continua sendo

transmitindo, aumentando a incidência de infectados em uma proporção incomensurável. Tão logo o vírus seja identificado no organismo, mais eficazes serão os procedimentos terapêuticos e maior e melhor expectativa de vida terá o paciente.

A epidemia abalou a estabilidade das ciências da saúde que consideravam a maioria das doenças controladas, erradicadas ou curadas. Há um parágrafo na obra *Da biologia à ética*, de Jean Bernard (1990, p.61), que exemplifica essa situação: “Mas o que é novo, o que emociona e angustia é a chegada brutal da AIDS a um mundo que se julgava definitivamente protegido e desinfetado. Emoção e angústia que são acrescidas pelas relações rapidamente estabelecidas a propósito da AIDS entre o sexo, o sangue e a morte.”

Atualmente, órgãos governamentais ou setores organizados da sociedade civil intensificam campanhas de conscientização sobre a doença, procurando, entre outros aspectos, alertar a população de que a epidemia pode ser uma doença de todos, independente de valores morais, sexo, idade, etnia ou religião. Apesar dessas campanhas, o número de soropositivos e doentes de AIDS vem aumentando.

Em 1998, a AIDS ocupou a quarta posição entre as dez principais causas de morte no mundo (2.285.000), tornando-se a principal doença infecciosa. Considerando-se os dados da América Latina e do Caribe, em 1997, o Brasil foi o país com o maior número de doentes de AIDS (580.000). (Organização Mundial da Saúde, 1999).

Porto Alegre é a cidade com o terceiro maior número de doentes AIDS no país: 5.378 no período de 1983 a 1998 (dezembro). A principal faixa etária atingida está entre os 15 e 49 anos. O maior risco de transmissão para os homens é o uso de drogas injetáveis; para as mulheres, ser usuária e/ou parceira de um usuário de drogas injetáveis. Há uma via dupla de contaminação (transmissão pelo compartilhamento de seringas e agulhas e/ou por relações sexuais sem o uso do preservativo). Em relação às mulheres, há uma situação agravante: a possibilidade de transmissão vertical (mãe para filho). (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1999).

Atualmente, a população alvo da doença tem apresentado três características principais: juvenização, feminização e pauperização, ou seja, as pessoas são cada vez mais jovens, a proporção de mulheres em relação aos homens está aumentando e o nível econômico das pessoas é muito baixo. (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1999).

A maneira contundente pela qual a AIDS atingiu a construção física, orgânica e simbólica do corpo despertou a curiosidade pessoal do pesquisador. Posteriormente, leituras e estudos proporcionaram reflexões e inquietações centralizadas na área profissional de graduação em Educação Física. Como este percurso de aproximação ao fenômeno a ser estudado é permeado pela sua subjetividade, torna-se relevante a abordagem das situações geradoras do processo de investigação.

O curso de graduação em Educação Física foi iniciado pelo investigador concomitantemente à experiência profissional centralizada no desenvolvimento de atividades físicas em academias e clubes. Atuando

neste âmbito, como professor de natação, ginástica aeróbica e musculação, havia um fato que causava curiosidade: a preocupação do aluno com o seu corpo, considerando-o uma espécie de *passaporte* que lhe garantiria acesso e aceitação em determinados grupos sociais. Essa situação começava a se evidenciar a partir do primeiro contato com o aluno: ao questioná-lo sobre o motivo pelo qual ele se inscrevera em determinada atividade física, a resposta era a necessidade de modificar o corpo para transmitir uma imagem melhor como indivíduo, considerando a percepção dos *outros* em relação a si mesmo. A consequência almejada era uma melhor e ou maior relação com o meio social. Percebia-se, através do seu discurso, que era importante a aprovação do olhar do *outro* para, então, existir a sua aprovação. Na obra *Educação Física: ética, estética e saúde* (Santin, 1995, p.41), encontrou-se o respaldo para a interpretação deste contexto:

“A arquitetura do corpo não é mais reduzida à engenharia genética, mas resultado de um processo do imaginário humano. O corpo faz parte de um sistema simbólico que sustenta toda ordem social. É exatamente essa construção corporal simbólica que emerge das relações sociais. Assim sua construção não pode ser vista apenas como um corpo individual que eu construo, mas se trata de um corpo que eu construo sob o olhar do *outro* e para que ele possa ser olhado pelo *outro*.”

Num outro momento, foram iniciados os estudos sobre a ação do HIV no organismo humano, principalmente no sistema imunológico.

Estabeleceu-se uma analogia ao perceber que a diminuição do peso de um indivíduo doente de AIDS causava-lhe a mesma preocupação com o corpo: situação observada na atividade profissional como professor. Um fato que elucidou essa situação foi a publicação da foto do cantor e compositor homossexual Agenor de Miranda Araújo Neto, codinome Cazuzza, doente de AIDS (numa situação clínica avançada), na capa de uma das edições da revista *Veja*, em abril de 1989. A foto expôs o corpo do indivíduo com AIDS como um corpo fraco, deformado e terminal. O tema AIDS foi abordado na respectiva revista de uma maneira fatídica, como exemplifica o seguinte trecho: “O mundo de Cazuzza está se acabando com estrondo e sem lamúrias. Primeiro ídolo popular a admitir que está com AIDS, o roqueiro carioca definha um pouco a cada dia rumo ao fim inexorável”. Cazuzza representou a luta e a resistência contra a epidemia, porém, representou também o estereótipo do soropositivo e doente de AIDS.

Apesar das inúmeras campanhas de conscientização sobre a doença, falar em AIDS significa muitas vezes falar em preconceito e discriminação, significa o estereótipo preconizado por Cazuzza, que perpassa por uma concepção de corpo pecaminosa e feia que gera uma

dupla repulsa: moral e estética. Quanto mais longe desse modelo estiver o soropositivo e o doente de AIDS, maior será a aceitação da sociedade, ou seja, menor o preconceito e a discriminação.

Santin (1995) afirma que o elemento básico de identificação do indivíduo é o corpo, sendo associado a ele um sistema de valores éticos e estéticos. A exigência de um modelo de corpo ideal (idealizado por Platão) surgiu na Grécia Antiga, valorizando que a proporcionalidade existente na razão segue a mesma ordem na construção do estereótipo do corpo. Cada época elabora o seu modelo de corpo ideal, e a atividade física é utilizada para diminuir ou acabar com as diferenças entre o corpo vivido e o almejado.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte (CAME, *ACSM-American College of Sports Medicine*, 1998) conceitua atividade física como a prática de exercícios físicos realizados com o controle da frequência, intensidade e duração. Sharkey (1998) afirma que a forma de viver baseada na atividade física e nos comportamentos associados a ela (por exemplo, sono adequado, controle de peso e abstinência de cigarros e drogas) proporciona uma aparência melhor e um aumento na saúde física e psicológica.

As investigações realizadas sobre o tema Atividade Física e AIDS têm enfatizado a perspectiva biológica e demonstrado a sua relevância. A maioria dos primeiros estudos sobre este tema foi realizada com soropositivos e houve a preocupação de estabelecer um tipo de atividade e intensidade que não comprometesse o seu sistema imunológico.

A partir das informações sobre os benefícios da prática regular do exercício aeróbio de intensidade moderada em pessoas soronegativas, iniciaram-se as investigações com soropositivos. Laperriere e cols. (1990 e 1991) afirmam que o exercício aeróbio moderado aumenta o número de TCD4 e controla o estresse em soropositivos. Florijin e Geiger (1991) obtêm resultados semelhantes aos de Laperriere, concluindo que esse tipo de exercício aumenta a longevidade dos soropositivos, pela melhoria dos estados psicológico e imunológico.

O soropositivo que começa a desenvolver o Complexo Relacionado à AIDS (CRA) pode apresentar diminuição da sua massa muscular. Risgby e cols. (1992) testaram um programa de atividade aeróbia (exercícios aeróbios de intensidade moderada, de força muscular e de flexibilidade) com soropositivos em diferentes estágios (incluindo indivíduos com CRA) relatando um aumento significativo da força muscular e estado cardiorrespiratório, porém, sem alterações no número de linfócitos. Carteney e cols. (1993) afirmam que os exercícios de resistência progressiva produzem hipertrofia e aumento da função muscular em soropositivos. Spence e cols. (1990) foram um dos primeiros pesquisadores a realizar estudos sobre a atividade física com doentes de AIDS, sugerindo a utilização terapêutica de exercícios de resistência progressiva, para evitar a atrofia muscular.

Laperriere e cols. (1994 e 1997) associam a atividade física à psiconeuroimunologia (estudo das inter-relações entre os parâmetros psicológicos, neuroendócrinos e imunológicos relacionados à saúde do indivíduo), afirmando que o treinamento contínuo de exercícios aeróbios pode aumentar o número de TCD4, fortalecendo o sistema imunológico e

retardando a evolução do quadro clínico da AIDS. Os autores recomendam que os indivíduos comecem a praticar atividade física, preferencialmente tão logo conheçam a sua condição sorológica de soropositivo, como uma forma de amenizar ou evitar determinadas futuras limitações do organismo humano.

Terry (1997) afirma que um programa de exercício aeróbio de intensidade moderada e alta melhora a capacidade funcional dos soropositivos, porém, adverte que não há efeito significativo nas variáveis imunológicas, antropométricas e psiquiátricas. Segundo Palermo (1997), o treinamento físico moderado pode melhorar a condição física, psicológica e imunológica de pacientes com AIDS.

Fernandéz e Lara (1997) analisaram 22 artigos sobre atividade física e AIDS, concluindo que um programa de exercícios aeróbios pode produzir adaptações fisiológicas relacionadas com a função muscular e o estado cardiorrespiratório, aumentar alguns componentes críticos da imunidade celular e atuar como um amenizador das trocas de estados de ânimo que normalmente acompanham o estresse dos soropositivos e doentes de AIDS.

Os resultados das pesquisas citadas anteriormente demonstram que um programa de exercícios aeróbios pode ser utilizado como uma terapia, para garantir a manutenção dos sistemas cardiorrespiratório e muscular e a redução do estresse, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos soropositivos e doentes de AIDS.

Se no aspecto biológico tem-se a construção de conhecimentos sobre a atividade física e a AIDS, no aspecto social há carência de informações, considerando principalmente a perspectiva de quem tem o corpo marcado pelo estigma da doença, pelo preconceito e pela discriminação da sociedade. Sendo assim, é relevante a interpretação da atividade física a partir de um sistema de significações que contemple a concepção simbólica e imaginária do movimento humano.

O desconhecimento da concepção da atividade físicas pelos soropositivos e doentes de AIDS pode dificultar ou impedir a correta atuação do profissional de Educação Física junto a eles. Há necessidade de compreender como aqueles que têm o corpo-vivido pela soropositividade ou AIDS concebem a atividade física.

A partir do ingresso no programa de mestrado, intencionou-se transformar o interesse, o conhecimento e principalmente as dúvidas em um problema a investigar, procurando um local onde houvesse um número representativo de soropositivos e doentes de AIDS e que viabilizasse a coleta de informações. Sendo assim, foi formulado o seguinte problema de investigação: *Qual a concepção da atividade física dos pacientes soropositivos e doentes de AIDS do Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Centro Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS de Porto Alegre (CM/DSTAIDS), no período de novembro de 1997 a setembro de 1998?*

O objetivo geral deste processo de investigação, foi compreender a concepção da atividade física dos pacientes soropositivos e doentes de AIDS que freqüentaram o ambulatório (SAE) do CM/DSTAIDS de Porto

Alegre, no período de novembro de 1997 a setembro de 1998. Os objetivos específicos foram: entender o significado da atividade física no processo de construção da imagem corporal desses pacientes e os motivos que os levaram a aderir, manter ou desistir da sua prática.

As matrizes teóricas utilizadas para construir este estudo foram a Fenomenologia de Merleau-Ponty e a Hermenêutica de Paul Ricoeur, concatenadas com enfoques que pudessem garantir uma abordagem segura do tema. As respectivas matrizes foram escolhidas por enfatizarem o corpo em uma concepção ontológica (considerando o ser enquanto *ser*) e existencial (*ser no mundo*), representando o homem uma realidade aberta e inacabada, podendo então ser estudado de diversas maneiras. “A vida humana não é um caminho linear para o êxito. Frequentemente é marcada pelo sofrimento, pela angústia e pelo desespero”. (Cotrim, 1995, p.288).

Com a Fenomenologia de Merleau-Ponty, o pesquisador estabeleceu como referencial para a compreensão da atividade física, a percepção do corpo-vivido dos pacientes de um ambulatório no mundo-vida da AIDS; com a Hermenêutica de Paul Ricoeur, a partir da subjetividade dos pacientes, uma teoria de interpretação dos comportamentos simbólicos expressos no relato oral.

O delineamento metodológico caracterizou-se por uma pesquisa de campo num paradigma qualitativo, com o tipo de estudo exploratório-descritivo. As informações foram coletadas por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas e do diário de campo. Os colaboradores

foram os pacientes soropositivos e doentes de AIDS do SAE do CM/DSTAIDS.

O profissional de Educação Física deve compreender a AIDS como um fenômeno biomédico (ex.: a ação do HIV no organismo humano), socioantropológico (ex.: os preconceitos da sociedade em relação aos indivíduos infectados pelo vírus HIV) e psicossocial (ex.: a perda da identidade do doente de AIDS), procurando atualizar os conhecimentos nos aspectos que envolvem este fenômeno. A realização deste trabalho proporciona discussões sobre as questões ontológica e existencial da atividade física para os soropositivos e doentes de AIDS, contribuindo para a práxis do profissional de Educação Física como agente de saúde.

2 A CONSTRUÇÃO TEÓRICA

A construção teórica utilizada para viabilizar o processo de investigação, aborda a concepção de corpo, conforme a Fenomenologia de Merleau-Ponty e a teoria da interpretação das informações, através da Hermenêutica de Paul Ricoeur.

2.1 A Fenomenologia de Merleau-Ponty

A etimologia da palavra fenômeno, origina-se do vocábulo grego *fainestai*, significando aquilo que aparece, que se mostra. A partir de sua origem etimológica, pode-se definir fenomenologia como a descrição e compreensão daquilo que aparece, ou seja, estudar o fenômeno pelo fenômeno, como afirma Husserl (1986): voltar às próprias coisas.

A fenomenologia como um movimento filosófico, surgiu com Edmund Husserl (1859-1938), procurando enfatizar a indissociabilidade do ser e do fenômeno (aspecto subjetivo de compreender o fenômeno), opondo-se ao positivismo e ao viés das ciências naturais, utilizados na concepção e investigação em ciências humanas.

A filosofia de Husserl propõe uma consciência intencional do sujeito para compreender a essência dos fenômenos. Martins (1992) afirma que a fenomenologia tem como objetivo a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente (*erlebniss*) pelo indivíduo: sem teorias, sem explicação causal e desprovido tanto quanto possível de pressupostos e pré-juízos.

Bergen (1998) comenta que pensar fenomenologicamente é o processo de situar-se num contexto onde as coisas aparecem diretamente à consciência. Na construção deste processo, o indivíduo, a partir da sua consciência intencional, situa-se numa zona de inquérito e coloca o fenômeno em suspensão (*epoché*), ou seja, entre parênteses, destacando-o dos demais co-presentes. Após, acontece a redução, quando descreve-se o visto, selecionam-se as partes da descrição, com o objetivo de descobrir a essência (*eidós*) do fenômeno. Desta forma, a realidade pode ser definida como o que emerge da intencionalidade do indivíduo direcionada para o fenômeno. Husserl (1986) explica que o termo *a priori*, é a experiência vivida pelo indivíduo no mundo-vida (termo elaborado pelo autor para enfatizar a supremacia do contexto do indivíduo), constituindo-se no conhecimento prévio quando se interroga o fenômeno.

O pesquisador numa perspectiva fenomenológica, não analisa o fenômeno, a partir de um marco teórico pronto, acabado, porém, localiza-se numa zona de questionamento, dirige-se para o mundo-vida dos indivíduos que nela se localizam, preocupado com as suas experiências.

Merleau-Ponty (1971) busca a compreensão do homem, como uma consciência encarnada, um corpo simbólico, experienciando o mundo-vida e que, considera a percepção como a matriz de interação com o outro e o mundo. “A percepção não é uma ciência do mundo, não é mesmo um ato, uma tomada de decisão deliberada, ela é um fundo sobre o qual todos os meus atos se destacam e ela está pressuposta por eles”. (Merleau-Ponty, 1971, p.8).

Merleau-Ponty (1971) considera a Fenomenologia como o estudo das essências, a tentativa de uma descrição direta das vivências do indivíduo (independente da gênese psicológica e explicações causais). Para o autor, o contexto vivenciado (tempo e espaço, mundo-vida) é de suma importância para a descrição e compreensão dos comportamentos do indivíduo.

Pode-se observar nas obras de Merleau-Ponty (1971 e 1975), a intenção de superar o dualismo psicofísico, a descontextualização do indivíduo e a abordagem de Husserl, sobre a consciência pura, como forma de desvelar os fenômenos do mundo. Merleau-Ponty (1971) estabelece como premissa que o indivíduo não tem um corpo, porém, é um corpo: uma consciência encarnada concatenada ao seu contexto histórico-social: “O corpo próprio está no mundo como o coração no organismo. Ele mantém continuamente em vida o espetáculo visível, ele o anima e nutre interiormente, formando com ele um sistema.” (p.210).

Merleau-Ponty (1971) afirma que a racionalidade é fundamentada pela percepção de mundo, destacando desta, a subjetividade e intersubjetividade do indivíduo. A percepção é uma atitude intencional de um corpo direcionado ao desvelamento dos fenômenos experienciados por ele (percepção do corpo-vivido).

Coelho (1991), afirma que, no pensamento de Merleau-Ponty, é possível identificar a superação do subjetivismo da consciência, preconizada por Husserl; compreendendo o indivíduo como uma fusão entre corpo e mundo, ou seja, um corpo-no-mundo (ser-no-mundo,

sujeito-no mundo...). Um corpo situado num tempo e espaço, que não pode ser compreendido independente do seu contexto histórico-social. “O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas o sentido que transparece na inserção de minhas experiências com as do outro, pela engrenagem de umas sobre as outras; ele é, pois, inseparável da subjetividade, que faz sua unidade pela retomada de minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha”. (Merleau-Ponty, 1971, p.15).

A partir de um corpo-no-mundo, pode-se conceber a corporeidade como condição humana, não no sentido de uma soma das partes (bio, psico e social), porém, como algo integralizante, indissociável. Coelho (1991) reitera que, para Merleau-Ponty a descrição e compreensão do fenômeno corpo-mundo, torna-se possível, a partir da compreensão do vivido do indivíduo.

Na Fenomenologia de Merleau-Ponty, pode-se observar a construção da estética do corpo-mundo como base para a compreensão do mundo cultural. Esta relação é realizada através da linguagem, que permite atribuir significado ao corpo e, como conseqüência, a construção de uma cultura de comportamento.

Ao abordar a linguagem no contexto fenomenológico, torna-se necessário o estudo da Hermenêutica de Paul Ricoeur, como uma teoria que proporcione a interpretação e compreensão do significado, ou seja, do simbólico.

2.2 A Hermenêutica de Paul Ricoeur

A escolha da Hermenêutica de Ricoeur, justifica-se a partir da premissa do autor (1986): ser pessoa é ser corpo e, pela necessidade do pesquisador em compreender os comportamentos simbólicos dos colaboradores da pesquisa; estabelecendo o texto como o referencial de interpretação destes comportamentos. Ricoeur (1977 e 1978) considera a frase, o parágrafo, a seção, o capítulo e o texto, como constituintes da unidade de análise para a hermenêutica.

Palmer (1969) afirma que a origem etimológica da palavra hermenêutica decorre do verbo grego *hermeneueins* (deus grego Hermes, descobridor da linguagem e da escrita), que significa expressar e interpretar. Ricoeur (1977, p.17) define a hermenêutica como “a teoria das operações da compreensão em sua relação com a interpretação dos textos.” A hermenêutica tem o objetivo de compreender o comportamento simbólico da pessoa, através do registro escrito das suas falas, gestos e sentimentos.

Ricoeur (1986) cita que o conceito de pessoa é a identificação de corpo, entendido como uma totalidade: “possuir um corpo é o que fazem ou antes o que são as pessoas.” (p.47). A partir do corpo que identificamo-nos e somos identificados como pessoas. O autor considera a consciência como um predicado psíquico da pessoa, eliminando desta forma, a concepção de que se acrescentaria à consciência um corpo, como o dualismo corpo e mente.

Compreender o comportamento humano é compreender as várias manifestações do corpo, concebido como um todo indissociável do seu

contexto existencial (mundo-vida), a partir da historicidade das palavras registradas. Santin (1995, p.10), afirma que “cada palavra tem a sua história” e a hermenêutica de Ricoeur objetiva desvelar os possíveis significados das palavras.

A matriz do estudo hermenêutico é o texto. Além da comunicação interhumana, Ricoeur (1977) considera o texto como o paradigma do distanciamento nesta comunicação, revelando um caráter fundamental da própria historicidade da experiência humana: uma comunicação na e pela distância. A hermenêutica procura superar a distância entre o texto e o leitor.

Ricoeur (1977) apresenta cinco critérios de textualidade: a efetuação da linguagem como discurso, a efetuação do discurso como obra estruturada, a relação da fala com a escrita no discurso e nas obras do discurso, a obra de discurso como projeção no mundo e o discurso e a obra de discurso como mediação da compreensão de si.

De acordo com as características da pesquisa desenvolvida no contexto da atividade física e AIDS, torna-se necessário apresentar o critério de textualidade: efetuação da linguagem como discurso.

O discurso apresenta um traço primitivo de distanciamento denominado dialética do evento e da significação. A partir de que algo acontece quando alguém fala, há uma passagem de uma lingüística de código a uma lingüística de mensagem, ou seja, há distinção entre língua e fala e o esquema e uso. A teoria do discurso procura superar esta

dualidade. Benveniste citado por Ricoeur (1977), afirma que ambas são construídas sobre unidades diferentes, destacando que o signo é a unidade de base da língua, assim como a frase é a unidade de base do texto.

O discurso é evento, porque é realizado pelo sujeito numa situação temporal. A língua é impessoal, atemporal e seus signos são circunscritos dentro de outros signos num sistema que tem o fim em si mesmo. O discurso utiliza os signos para construir a linguagem e, através dela, o sujeito estabelece o diálogo com o outro, ou seja, o processo de comunicação.

No discurso do sujeito, há uma intencionalidade, um significado, manifestado através da linguagem. O significado de um termo é estabelecido a partir do uso da linguagem pelo sujeito. Austin e Searle citados por Ricoeur (1977), estabelecem três níveis para o ato do discurso: locucionário, ilocucionário e perlocucionário.

O nível locucionário é caracterizado pela estrutura lingüística, ou seja, o conjunto de signos do discurso. O ilocucionário é a intenção que existe naquilo que é dito, a intencionalidade. O perlocucionário é a consequência daquilo que foi dito, o resultado do ato do discurso. Como exemplo dos três níveis, pode-se citar a seguinte frase: O homem domina a natureza. Analisando-se no nível locucionário, tem-se o sujeito, o verbo e o objeto, porém, no ilocucionário, dependendo do sentimento implícito no ato e dizer, comunicar-se-á várias intenções e dependendo delas, haverá consequências (nível perlocucionário).

A partir do nível locucionário, a frase pode ser identificada e reidentificada como sendo a mesma frase, porém, com diferentes sentidos e resultados, dependendo da maneira como é enunciada.

A Hermenêutica de Ricoeur (1977 e 1978) procura, a partir da descoberta do sentido do discurso, compreender a existência humana. O sentido é procurado sob as palavras, para que o real possa ser percebido em sua totalidade. O autor afirma que compreender é entender; baseia-se numa intenção presente no fundamento do texto a ser interpretado. Interpretar é, sobretudo, discernir, reconhecer as intenções que aparecem espalhadas no discurso e que expressam um sentido.

A análise e interpretação do discurso, conforme a Hermenêutica de Ricoeur (1977 e 1978), podem ser descritas através dos processos de leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação.

A leitura inicial do texto, tem o objetivo de compreendê-lo superficialmente, através da percepção dos primeiros significados. A leitura é realizada sem a elaboração de juízos, devendo ser executada várias vezes, para que o pesquisador possa apreender os significados e organizá-los.

A leitura crítica caracteriza-se pela releitura, sendo realizada em profundidade e criticamente, com o intuito de interpretar e compreender os possíveis significados contidos no texto.

A apropriação é a fase que culmina com a compreensão e assimilação da mensagem desvelada do texto.

3 A CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

O desenvolvimento da metodologia da pesquisa caracterizou-se como um processo de construção e reconstrução permanente do *caminho* para garantir a maneira mais adequada da investigação do problema, considerando o local de coleta das informações, que foi um ambulatório e, principalmente, os pacientes soropositivos e doentes de AIDS.

No Quadro 1 são apresentadas as etapas da pesquisa e o seu respectivo delineamento, sendo abordados, posteriormente, os pressupostos teóricos que orientaram a escolha das estratégias metodológicas delineadas e os procedimentos realizados para a coleta das informações.

Quadro 1: Etapas do Delineamento da Pesquisa

ETAPAS da PESQUISA	DELINEAMENTO
1 Paradigma de configuração	Qualitativo
2 Tipo de estudo	Exploratório-descritivo
3 Instrumentos	Entrevista semi-estruturada e diário de campo
4 Campo	SAE-CM/DSTAIDS/POA
5 Colaboradores	Pacientes soropositivos e doentes de AIDS
6 Procedimentos	Estudo preliminar e principal

3.1 Paradigma de Configuração

A palavra paradigma tem a sua origem etimológica no vocábulo grego *parádeigma* (= modelo). No âmbito da pesquisa científica, há conceituações relevantes, entre as quais destacam-se as que seguem. Para Kuhn (1978), o paradigma é uma matriz disciplinar constituída por generalizações simbólicas, modelos, valores e exemplos que possibilitam a construção de conhecimento científico em um determinado tempo e espaço. Mann citado por Maffesoli (1996) conceitua paradigma como uma representação científica que se pode fazer em determinado momento e não em outro. Santin (1998) define paradigma como um conjunto de princípios que proporcionam a elaboração de um modelo de análise para a interpretação de determinada realidade. A partir dos conceitos citados, pode-se estabelecer as palavras-chave que o identificam: modelo, tempo e espaço. Concatenando essas palavras, conceitua-se paradigma científico de pesquisa como a construção de um sistema de significações de interpretação de determinada realidade (modelo), possibilitando a análise ou construção de conhecimento em tempo e espaço definidos.

Há dois tipos de paradigmas de pesquisa: quantitativo e qualitativo. O paradigma quantitativo utiliza a matemática para a interpretação dos dados do seu processo de investigação e o paradigma qualitativo utiliza a linguagem. O pesquisador, a partir da matriz teórica do seu estudo e objetivo de investigação, escolherá um deles ou ambos. No Quadro 2 é apresentada a síntese dos principais pontos de comparação entre os paradigmas quantitativo e qualitativo de pesquisa.

Quadro 2: Síntese dos Principais Pontos de Comparação entre os

Paradigmas Quantitativo e Qualitativo de Pesquisa

PONTO DE COMPARAÇÃO	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
FOCO DA PESQUISA	Quantidade : como muito ou muitos	Qualidade: natureza, essência
SITUAÇÃO	Não familiar, controlada	Familiar, natural
TEORIA	Um edifício construído por cientistas para explicar o fenômeno.	Conjunto de significados que as pessoas usam para dar sentido à sua vida
ÁREA DO PROBLEMA	Dados matemáticos definidos, controlados e selecionados para a análise.	Pequena ou grande quantidade de significados verbais para a análise.
OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO	Prognóstico, controle, descrição estatística, comprovação e testagem de hipóteses. Generalizar	Compreensão, descrição, descobrimento e criação de hipótese. Descobrir generalidades.
METODOLOGIA	Abstração da realidade: modelos matemáticos e quantificação. Nomotética	Análise da linguagem e do significado verbal. Ideográfica
AMOSTRA	Objetos, sujeitos, casos, dados e números codificados. Indivíduo sem biografia.	Participantes, protagonistas e atores sociais. Indivíduo com biografia
VALOR DE VERDADE	Validez Interna	Credibilidade
COLETA DE DADOS	Investigação com escalas, testes e questionários.	Investigação com entrevista semi-estruturada, ficha de observação, memorial descritivo e questionário.
MODO DE ANÁLISE	Hipotética–dedutiva e indutiva	Indutiva

Fonte: quadro adaptado das obras de Mosquera e Stobaus (1995), Becker (1994), Boulton (1994), Thomas e Nelson (1990), Taylor e Bogdan (1987), Costa (1987) e Guba (1983).

Elegendo como matrizes teóricas do estudo a Fenomenologia de Merleau-Ponty e a Hermenêutica de Paul Ricoeur e tendo como objetivo geral a compreensão do contexto estabelecido pela atividade física,

soropositivos e doentes de AIDS, houve necessidade de interpretar o significado das informações contidas na fala e no comportamento desses grupos, o que não seria possível pelo modelo matemático. Sendo assim, o estudo se configurou em um paradigma qualitativo de pesquisa.

Strauss e Corbin (1990, p.17) definem pesquisa qualitativa como “um tipo de pesquisa que produz informações não obtidas por procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação”. Taylor e Bogdan (1987) descrevem a pesquisa em um paradigma qualitativo, como a investigação que produz informações descritas obtidas das pessoas por meio das palavras (faladas ou escritas) e da observação de sua conduta.

A confiabilidade do conhecimento construído em um paradigma qualitativo de pesquisa deve ser analisada a partir de quatro critérios: credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade.

Com o intuito de fundamentar esses critérios e facilitar a sua compreensão, foi elaborado o Quadro 3, com base na obra de Guba (1983).

Quadro 3: Critérios Qualitativos de Confiabilidade das Informações

<p>Aspecto Valor de Verdade</p> <p>Critério Qualitativo Credibilidade</p>	<p>Comentário</p> <p>A credibilidade está relacionada ao isomorfismo das percepções dos participantes, existindo a confrontação das opiniões do pesquisador com a fonte de informações relevantes: os participantes.</p>
<p>Aspecto Aplicabilidade</p> <p>Critério Qualitativo Transferibilidade</p>	<p>Comentário</p> <p>Os resultados de um contexto poderão ser transferíveis a outro, se ambos forem similares.</p>
<p>Aspecto Consistência</p> <p>Critério Qualitativo Dependência</p>	<p>Comentário</p> <p>A realidade é pluralista, implicando na dependência entre os instrumentos e a variação dos resultados.</p>
<p>Aspecto Neutralidade</p> <p>Critério Qualitativo Confirmabilidade</p>	<p>Comentário</p> <p>O pesquisador reconhece que não é um indivíduo neutro no processo investigativo, procurando então, anular as suas predisposições, através da triangulação (processo caracterizado, pela coleta de informações, através de diferentes instrumentos e técnicas, sendo contrastadas entre os participantes, o pesquisador e as diferentes perspectivas teóricas), com o objetivo de garantir a confirmabilidade das informações.</p>

3.2 Tipo de Estudo

A determinação do tipo de estudo foi a principal dúvida nos primeiros meses de planejamento da pesquisa. No início do estudo preliminar, foram percebidos os seguintes aspectos que deveriam ser considerados nesta determinação: a demanda muito grande de atendimentos do serviço e o receio dos pacientes em participar do estudo.

Tratando-se de um serviço ambulatorial municipal, havia uma demanda diária muito grande de atendimentos, sendo que os pacientes que

compareciam para a consulta ou retirada da medicação retornavam ao serviço após um período que variava de 30, 60 ou até 90 dias. Conseqüentemente, havia dificuldade para um estudo regular e aprofundado das características desses pacientes.

Por ser a AIDS uma doença estigmatizante, a maioria dos pacientes convidada não aceitou ser entrevistada, alegando que apenas a equipe médica deveria conhecer informações específicas sobre o seu caso. Alguns pacientes alegaram que não se sentiriam à vontade, porque já haviam colaborado em outras pesquisas e não haviam recebido nenhum retorno sobre a conclusão do estudo, principalmente em relação à melhoria da qualidade de vida dos soropositivos e doentes de AIDS. Numa das abordagens do pesquisador, um paciente relatou a seguinte situação: “[...] *eles vêm aqui, perguntam um monte de coisas pra gente e vão embora. Eles não voltam pra dar uma explicação pra gente. A gente se sente usado.*”

Se, na perspectiva desses pacientes, havia fatores negativos a realização da entrevista, em outra, os entrevistados expressavam, por seus relatos, uma tendência de idéias sobre atividade física que mereceria ser continuamente investigada. A partir da premissa básica que a estratégia metodológica deve ser adequada ao problema de pesquisa, optou-se por um tipo de estudo que favorecesse a compreensão da atividade física e da AIDS no aspecto social. Sendo assim, o tipo de estudo selecionado caracterizou-se como exploratório-descritivo em uma abordagem qualitativa.

O estudo exploratório é caracterizado pela aproximação do pesquisador ao um determinado problema que ainda não foi explorado em profundidade. Para realizar este processo de aproximação, o pesquisador, situado em um determinado marco teórico, coleta, analisa e interpreta informações. Gil (1991) comenta que os estudos exploratórios proporcionam uma familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, favorecendo assim o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, sendo o seu planejamento bastante flexível, contemplando dessa forma os mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Sellitz e cols. (1972, p.63) afirmam que “os estudos exploratórios se desenvolvem basicamente em três etapas: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão”.

No âmbito do estudo descritivo, o objetivo é descrever as características de um determinado grupo de pessoas ou um fenômeno, procurando identificar o perfil desse grupo, identificar as relações entre as variáveis ou conceber uma nova abordagem deste fenômeno. Gil (1989, p.46) afirma: “[...] mas há pesquisas que, embora definidas como descritivas, a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais, preocupados com a atuação prática”. Segundo Taylor e Bogdan (1987), o fenomenólogo quer entender os fenômenos sociais a partir da própria perspectiva do ator.

O estudo exploratório-descritivo originou-se do marco teórico positivista, mas tem sido utilizado em uma perspectiva qualitativa de pesquisa. (Negrine, 1997). Para Marconi e Lakatos (1991), os estudos exploratório-descritivos podem apresentar quantitativa e/ou qualitativamente o fenômeno.

3.3 Instrumentos para a Coleta de Informações

Os instrumentos de coleta de informações foram selecionados com a finalidade de viabilizar a qualidade das informações, de acordo com o problema da pesquisa, o contexto de sua realização e as características dos seus colaboradores. Sendo assim, optou-se pela entrevista semi-estruturada e pelo diário de campo. A construção do roteiro das perguntas e das pautas de observação destes instrumentos foi realizada no transcorrer do estudo preliminar.

3.3.1 Entrevista Semi-Estruturada

A partir das matrizes teóricas Fenomenologia de Merleau-Ponty e Hermenêutica de Paul Ricoeur, foi necessário explorar, por meio da entrevista semi-estruturada, as informações que surgiram no desenrolar do diálogo entre o entrevistado e o pesquisador. Para Taylor e Bogdan (1987), os positivistas e fenomenólogos abordam diferentes tipos de problemas e buscam diferentes classes de respostas. Triviños (1987, p.120) afirma que “muitas informações sobre a vida dos povos não podem ser quantificadas e precisam ser interpretadas de forma muito ampla que circunscrita ao simples dado objetivo”.

A entrevista é uma conversa formal entre duas ou mais pessoas, pesquisador e entrevistados, com o objetivo de coletar informações sobre determinado problema e contexto. Gómez, Flores e Jiménez (1996) descrevem a entrevista como uma técnica na qual uma pessoa (o entrevistador) solicita informações de outra ou de grupo (entrevistado), com o intuito de obter informações sobre determinado problema, pressupondo para este procedimento a possibilidade de uma interação verbal. Segundo Neto (1994), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, sendo utilizada pelos pesquisadores como uma forma de obter as informações contidas na fala dos atores sociais que vivenciam determinado contexto.

A entrevista como técnica para a coleta de informações apresenta vantagens e limitações que o pesquisador deverá considerar antes da sua utilização no processo de investigação. No Quadro 4 são apresentadas as principais vantagens e limitações da entrevista como técnica para coleta de informações.

Quadro 4: Principais Vantagens e Limitações da Entrevista

VANTAGENS	LIMITAÇÕES
Pode ser realizada com todos os segmentos da população.	Dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes.
Oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser avaliado naquilo que diz e como diz.	Incompreensão, por parte do informante, do significado das perguntas da pesquisa, que pode levar a uma falsa interpretação.
Há possibilidade de conseguir informações mais precisas, podendo ser comprovadas, de imediato, as discordâncias.	Retenção de alguns dados importantes, receando que sua identidade seja revelada.
O entrevistador pode repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente, especificar algum significado.	Pequeno grau de controle sobre uma situação de coleta de informações.

Fonte: quadro adaptado da obra de Marconi e Lakatos (1990)

Conforme o nível de flexibilização do roteiro, a entrevista pode ser estruturada, semi-estruturada e não-estruturada. A escolha por um determinado tipo de entrevista depende da matriz teórica da pesquisa. A entrevista semi-estruturada, a partir de um roteiro básico de perguntas, permite ao pesquisador a exploração de novos temas que surgem no transcorrer do processo de comunicação.

“Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (Triviños, 1987, p.146).

Na elaboração do roteiro da entrevista semi-estruturada, baseada na Fenomenologia e na Hermenêutica, foram utilizadas perguntas descritivas concatenadas com outros tipos de perguntas que proporcionassem o maior número de informações possível dos fenômenos

de investigação. A formulação das perguntas baseou-se na classificação de Triviños (1987). Foram formulados aos entrevistados os seguintes tipos de perguntas:

(a) Perguntas descritivas específicas: direcionadas a obter informações dos colaboradores sobre suas experiências pessoais e/ou profissionais. Exemplos: Descreva como você se sente nesta situação. Descreva como você se sente nas suas relações sociais? Descreva como você se sente ou sentia após a prática da atividade física?

(b) Perguntas de categorias: procuram classificar os fenômenos. Exemplos: Há fatores que o afligem? Há fatores que você acha importante considerar na elaboração de atividades físicas para soropositivos e doentes de AIDS? Você pratica ou praticava alguma atividade física?

(c) Perguntas avaliativas: procuram estabelecer juízos de valor sobre fenômenos sociais. Exemplo: O que representa atividade física para você? Qual a sua opinião sobre atividade física para soropositivos e doentes de AIDS?

Houve a formulação de algumas perguntas fechadas, para identificar informações biodemográficas dos colaboradores, contribuindo assim para a sua caracterização na pesquisa e compreensão do seu contexto.

3.3.2 Diário de Campo

A utilização do diário de campo justificou-se pela necessidade do pesquisador descrever a sua percepção sobre situações vivenciadas no processo dialógico estabelecido entre ele e o entrevistado.

O diário de campo é um instrumento utilizado para a coleta de informações e é composto por anotações diárias do pesquisador (notas) sobre diversos aspectos do contexto de estudo. Triviños (1987) explica que as anotações de campo são observações e reflexões que o pesquisador faz sobre as expressões verbais e ações do participante; inicialmente faz-se a descrição e, após, a interpretação. Além das anotações sobre o entrevistado, o pesquisador pode descrever suas expressões, seus sentimentos, suas reflexões e os aspectos que mereçam detalhamento. Taylor e Bogdan (1987) comentam que as anotações de campo não devem se limitar a descrever apenas o que ocorre no cenário da investigação. É necessário registrar os sentimentos, as interpretações, as intuições, os preconceitos do pesquisador e as futuras áreas de questionamento.

As anotações de campo apresentam limitações, por se basearem na descrição do pesquisador e em outros fatores que podem gerar distorções sobre a realidade estudada; porém, essa limitação não invalida o seu uso como instrumento para coleta de informações. “Nunca, verdadeiramente, seremos capazes de uma descrição perfeita, única, de fato. Haverá sempre descrições diferentes, já por condições referentes ao pesquisador, à teoria que embasa o estudo, aos sujeitos, ao momento histórico, às relações que se estabelecem entre os indivíduos, etc.” (Triviños, 1987, p.155).

A limitação das anotações de campo pode ser minimizada se o pesquisador desenvolver um comportamento de vigília, baseado nas premissas: atenção contínua, sistemática e seletiva na realidade estudada; descrições sem metáforas; curiosidade frente a aspectos pouco evidenciados; evitar juízos de valor; verificação permanente da relação entre as informações coletadas e o objetivo do estudo. (Negrine, 1997).

A adaptação do pesquisador às premissas citadas ocorreu através de um período de aprendizagem no transcorrer do estudo preliminar.

3.4 A Participação do Pesquisador no Contexto da Pesquisa

Na pesquisa, a participação do pesquisador se caracterizou como não-participante direta e participante-observador (classificação de Anguera, citado por Negrine, 1993). A ação desempenhada pelo pesquisador, do tipo observação não-participante direta, compreendeu o contato imediato com a realidade, na qual as anotações foram realizadas à medida que se originavam os fenômenos relacionados ao problema da pesquisa (ex.: a entrevista). A ação do tipo participante-observador configurou-se como a participação do pesquisador durante o processo dialógico. O pesquisador não considerou a coleta de informações apenas circunscrita ao momento de realização da entrevista. Observou a participação do entrevistado, a sua participação e o desenvolvimento do processo dialógico, registrando as respectivas informações logo após a saída do entrevistado do consultório.

3.5 Campo do Estudo

O campo de estudo foi o Serviço de Assistência Especializada (SAE), Ambulatório do Centro Municipal de Atendimento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DSTAIDS) de Porto Alegre, localizado no Posto de Atendimento Médico número 3, na Vila Cruzeiro do Sul. O projeto de implantação de centros de atendimentos especializados em DSTAIDS iniciou em 1988 como ação do Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PNC/DSTAIDS), a partir de parcerias com instituições estaduais e municipais. Em Porto Alegre, o Centro Municipal de Atendimento em DSTAIDS foi inaugurado em 1996, prestando, desde então, serviços de prevenção (incluindo a distribuição de preservativos masculinos), aconselhamento, testagem sorológica, orientação psicológica e assistência ambulatorial, sendo todos eles gratuitos à população, com atendimento de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 h.

A opção pelo SAE baseou-se em dois critérios: a situação clínica dos pacientes atendidos e a periodicidade regular de consultas. Dependendo da situação clínica dos pacientes atendidos (por exemplo, pacientes em estágio avançado da doença), torna-se difícil e até impossível a realização da entrevista. A maioria dos pacientes atendidos pelo SAE não apresentava complicações clínicas que comprometessem sua colaboração na pesquisa. A periodicidade regular de atendimentos favoreceu o contato com vários pacientes, proporcionando condições para que alguns deles fossem entrevistados.

O SAE presta assistência ambulatorial a soropositivos, a doentes de AIDS e a pacientes de doenças sexualmente transmissíveis que, pela procura voluntária ou por indicação, necessitam de atendimento especializado. Possui uma farmácia que distribui gratuitamente medicamentos utilizados no controle do HIV (antiretrovirais), no combate à doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis.

O objetivo principal do Serviço é atender à população por meio de consultas, procedimentos diagnósticos (ex. citopatológico de útero) e terapêuticos (ex. remoção cirúrgica de pele), evitando a internação hospitalar desnecessária e, conseqüentemente, uma situação menos estressante para os pacientes e seus familiares.

A equipe de atendimento em HIVAIDS é composta por dois dermatologistas, três infectologistas, um infecto-pediatra, dois clínicos gerais, um ginecologista, um nutricionista, duas enfermeiras (uma coordenadora) e seis auxiliares de enfermagem.

O Serviço utiliza um sistema de agendamento prévio, que pode ser feito pelo telefone ou diretamente na recepção. O resultado positivo do teste de triagem é a condição básica para marcação da primeira consulta com os profissionais que atendem HIVAIDS.

3.6 Colaboradores do Estudo

Os colaboradores do estudo foram os pacientes soropositivos e doentes de AIDS do SAE. Todos os procedimentos relativos a sua colaboração na pesquisa foram realizados de acordo com a conduta ética da Resolução 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de

Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1997), utilizando-se o Termo de Consentimento Formal Pós-Informação (Anexo 1). O pesquisador reiterou aos pacientes que a colaboração seria voluntária, garantindo a confidencialidade e o sigilo das informações vinculadas a eles.

Para identificá-los, estabeleceu-se o seguinte código:

S: Soropositivo

DA: Doente de AIDS

1: O algarismo arábico, indicava a ordem numérica de realização da entrevista e da anotação no diário de campo.

A utilização desse código facilitou a organização dos instrumentos de coleta das informações. Com o objetivo de personalizar os colaboradores, porém, respeitando os procedimentos éticos, os prenomes citados nas próximas fases deste trabalho são fictícios.

3.7 Procedimentos

Para executar a coleta das informações, foram organizadas as fases de estudo: preliminar e principal.

3.7.1 Estudo Preliminar

O estudo preliminar desenvolveu-se através de três processos: considerações introdutórias, realização e parecer do estudo preliminar.

3.7.1.1 Considerações Introdutórias

O estudo preliminar caracteriza-se pela entrada do pesquisador no campo de estudo, com o intuito de se aproximar e adaptar à realidade do contexto, contribuindo assim para um “ajustar de lentes” entre a idealização e a realidade. Gómez, Flores e Jiménez (1996) descrevem o estudo preliminar como um passo prévio ao estudo propriamente dito e no qual o pesquisador estabelece o primeiro contato com os participantes, dirime dúvidas sobre a delimitação da área dos conteúdos, verifica as questões de investigação e descobre aspectos não contemplados inicialmente e que devem ser pesquisados.

Com base nas informações coletadas no estudo preliminar, há uma adequação do pesquisador ao contexto que está sendo estudado. Nesta adequação, merecem atenção especial os instrumentos para a coleta de informações. A elaboração e aplicação dos instrumentos para a coleta de informações no estudo preliminar proporcionam uma reformulação de pautas de observação e perguntas, colaborando para melhor compreensão do contexto da pesquisa.

Na utilização desses instrumentos, há necessidade de estabelecer um vínculo entre o pesquisador e os colaboradores do estudo, favorecendo, assim, a espontaneidade de comportamentos e, conseqüentemente, contribuindo com informações mais sinceras e consistentes em conteúdo. Não é um processo simples; envolve um fator-base: confiança do entrevistado no pesquisador.

A insegurança inicial do entrevistado forma-se a partir de três situações: (1) conhecer alguém estranho, (2) emitir opiniões e relatar fatos de sua vida a este alguém e (3) não saber o juízo que será formulado sobre o que foi relatado. A primeira situação pode ser superada à medida que o pesquisador manifestar simpatia em relação ao entrevistado. Para superar a segunda e terceira situações, o entrevistado deve sentir, em relação ao pesquisador, confiança e concordância sobre os relatos a ele feitos. Para Triviños (1987), existem duas maneiras do cientista proceder para permitir a abertura e compreensão desejadas: estar de acordo com a maneira do entrevistado interpretar as coisas e iniciar a entrevista por questões que envolvam aspectos que o entrevistado conheça de uma forma mais ampla e completa, como, por exemplo, a descrição das atividades profissionais.

O pesquisador deve ser oportuno ao escolher os momentos de intervir e de escutar. O silêncio do entrevistado deve ser caracterizado como uma pausa para reflexão sobre uma pergunta mais complexa e não como decorrência da inabilidade do pesquisador em realizar a entrevista. A sua conscientização e postura no transcorrer do processo de realização

da entrevista são aspectos fundamentais para garantir a consistência de conteúdo no discurso do entrevistado.

A colaboração de um indivíduo em uma entrevista é um ato de entrega de informações de sua vida, sendo algumas delas difíceis de serem feitas. O pesquisador deve saber lidar com esta entrega, reconhecendo o comprometimento e empatizando com aquele que se expõe na condição de entrevistado.

3.7.1.2 Realização do Estudo Preliminar

Todo o processo de investigação, mas principalmente o estudo preliminar, baseou-se na vigília constante do pesquisador, para estar desprovido de qualquer idéia ou sentimento que pudesse proporcionar a formação de juízos *a priori* sobre o contexto estudado.

O ingresso do pesquisador no Centro de DSTAIDS/POA aconteceu no dia 5 de outubro de 1997, quando lhe foi comunicado que o projeto havia sido aprovado pelo Coordenador da Política Municipal de Controle de DSTAIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Gerson Barreto Winkler, sendo apresentado à coordenadora do SAE, que mostrou as instalações e informou sobre a dinâmica dos serviços prestados. A partir daquele momento, começou a visitação àquela unidade de saúde, em dias e turnos variados, apresentando-se aos profissionais da saúde que trabalhavam nela, esclarecendo-lhes o objetivo da investigação e solicitando a sua colaboração para realizar as entrevistas com os soropositivos e doentes de AIDS.

Pelas conversas e observações, concluiu-se que havia necessidade de determinar dia e turno fixos para as entrevistas; dessa forma, os profissionais da saúde do SAE poderiam encaminhar pacientes para a pesquisa.

O pesquisador comprometeu-se a comparecer às quartas-feiras, manhã e tarde, porque nestes dias havia um número maior de profissionais da saúde atendendo no SAE, sendo, por isso, maior a demanda de consultas. O pesquisador informou que, dependendo da disponibilidade de horários, compareceria em outros dias e horários variados.

O contato inicial com os pacientes soropositivos e doentes de AIDS iniciou-se através da assistência às consultas deles com a nutricionista, a quem o pesquisador solicitou permissão para assistir à consulta dos pacientes. Foi-lhe dito que, se o paciente autorizasse a sua entrada no consultório para assistir à consulta, ela não faria objeção. A cada paciente que chegava para o atendimento, a nutricionista explicava o estudo do pesquisador e solicitava permissão para que ele assistisse à consulta. Havendo o aceite, o pesquisador entrava no consultório, assistia à consulta, familiarizava-se como se aproximar da situação vivenciada no contexto de cada um dos pacientes (ex.: usuários de drogas, profissionais do sexo, mulheres contaminadas pelos seus cônjuges e homens contaminados em relações homo ou heterossexuais). O resultado dessa dinâmica foi positivo porque facilitou a aproximação entre o pesquisador e os pacientes.

Durante o primeiro mês de contato com os pacientes, foi elaborado o roteiro de perguntas da entrevista e os tópicos do diário de campo, que foram enviados com o anteprojeto para a apreciação de três docentes, doutores especializados em pesquisa qualitativa, sendo que dois deles realizavam (e realizam) trabalhos de pesquisa qualitativa em HIV/AIDS. Esse procedimento teve o intuito de avaliar a credibilidade dos instrumentos para a coleta das informações. Após as observações e sugestões dos especialistas, os instrumentos começaram a ser operacionalizados.

As entrevistas e as anotações no diário de campo foram executadas de 19 de novembro de 1997 a 7 de janeiro de 1998, sendo organizadas por meio dos seguintes processos: contato inicial, entrevista e anotações no diário de campo. Neste período, foram entrevistados 12 colaboradores (8 soropositivos e 4 doentes de AIDS) totalizando 7 horas e 10 min. As anotações no diário de campo, perfizeram 4 horas e 16 min.

3.7.1.2.1 Contato Inicial

A colaboração dos soropositivos e doentes de AIDS no estudo ocorreu por convite do pesquisador, feito individualmente num consultório do SAE, que era um local fechado e isolado, respeitando assim a conduta ética. A apresentação e o convite do pesquisador foram feitos, a cada um dos pacientes, antes ou após a sua consulta, explicando a pesquisa que estava sendo realizada, conscientizando-o da importância de sua colaboração e garantindo a confidencialidade e o sigilo das informações vinculadas a ele. Após, foram entregues o Termo de Consentimento Formal Pós-Informação e o roteiro da entrevista para

serem lidos (Anexos 1 e 2). Quando surgiam dúvidas, eram dirimidas antes de se iniciar qualquer procedimento referente à entrevista. Havendo o aceite, o colaborador rubricava o Termo de Consentimento Formal Pós-Informação e anotava a respectiva data. Foi solicitada ao colaborador permissão para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

A grande maioria dos colaboradores (quase a totalidade) não permitiu ou não se sentiu à vontade em relação ao uso do gravador durante a entrevista. Os colaboradores alegaram que alguns fatos eram extremamente íntimos, podendo comprometê-los pessoal e/ou profissionalmente. O receio do reconhecimento da voz, do nome, dito acidentalmente, foram exemplos citados para justificar o “não” ao uso do gravador. Um outro fator que dificultou o seu uso foi o retorno mensal e até trimensal dos colaboradores para consultar. Ficaria muito difícil, mostrar a transcrição da entrevista para a correção e confirmação deles, prejudicando assim a credibilidade das informações. Devido a esse fator limitante do estudo, ficou acordado entre o pesquisador e o colaborador que, após o término da entrevista, todo o conteúdo sintetizado seria lido pelo pesquisador, para a correção e confirmação pelo colaborador, o qual rubricaria todas as folhas no canto inferior direito.

3.7.1.2.2 Realização da Entrevista

A credibilidade das informações coletadas na entrevista esteve embasada no estabelecimento de um vínculo entre o pesquisador e o entrevistado. Para conseguir estabelecer este vínculo, o pesquisador estudou um conjunto de princípios que, de forma simples, garantissem uma situação agradável para o diálogo entre eles (*rapport*). Marconi e

Lakatos (1990) afirmam que deve ser criado um ambiente que estimule e que leve o entrevistado a ficar à vontade e a falar espontânea e naturalmente, sem tolhimentos de qualquer ordem, mantendo-se a conversa numa atmosfera de cordialidade e amizade. Não existiram técnicas específicas, porém o pesquisador manteve uma postura capaz de proporcionar condições para que o entrevistado se sentisse respeitado, valorizado como colaborador do estudo, e assim expusesse da maneira mais natural possível as suas opiniões. Para Taylor e Bogdan (1987, p. 55), o *rappport* significa “compartilhar o mundo simbólico dos informantes, sua linguagem e perspectivas”. Com esse intuito foram realizadas as entrevistas.

A realização da entrevista caracterizou-se por um processo dialógico entre o pesquisador e o entrevistado, sendo iniciada por temas informais, com o intuito de deixá-lo à vontade, havendo então a formulação das perguntas mais simples, aumentando o seu nível de complexidade à medida que se desenvolvia o diálogo. Quando ocorreu a recusa do entrevistado em responder a alguma pergunta, essa atitude foi respeitada. A intervenção aconteceu para reformular perguntas que não foram bem compreendidas ou aspectos revelados na fala do entrevistado e que pudessem contribuir para o desvelamento do fenômeno investigado. Segundo Martins e Bicudo (1989), o pesquisador deve deixar que o mundo daquele que descreve revele-se na descrição, sendo através do seu discurso, da sua fala, permitido que o fenômeno se mostre.

Ao término da entrevista, o pesquisador agradecia a colaboração do entrevistado na pesquisa, prontificando-se a esclarecer suas dúvidas.

3.7.1.2.3 Anotações no Diário de Campo

Depois da saída do entrevistado do consultório, havia um momento para o pesquisador descrever os aspectos relevantes (gestos, sentimentos, idéias...) da entrevista, vivenciados por ambos naquele contexto. O processo contínuo de descrição das informações no diário de campo propiciou a adaptação do pesquisador à maneira mais adequada de descrever, existindo a preocupação de priorizar as palavras-chave (que sintetizavam várias informações), para então, a partir delas, desenvolver uma descrição organizada.

3.7.1.2.4 Parecer sobre o Estudo Preliminar

Após dois meses no contexto do estudo, o pesquisador percebeu alguns aspectos que mereciam um “ajustar de lentes” antes da realização do estudo principal. O critério utilizado, para finalizar o estudo preliminar, foi a repetição de situações ocorridas neste período, demonstrando assim a especificidade dessas situações em relação aos colaboradores e ao contexto da pesquisa. A primeira delas foi o roteiro de perguntas, que teve de ser reformulado, considerando alguns fatores que mereciam ser abordados em forma de perguntas e, de modo geral, todas as perguntas deveriam ser formuladas de forma mais simples e direta aos colaboradores. Em relação ao diário de campo, não houve necessidade de alteração.

A segunda situação foi a mais preocupante, porque envolvia um fator que o pesquisador não tinha o poder de intervenção direta: a determinação de um local apropriado para a entrevista. Devido ao número

elevado de atendimentos por dia, houve momentos que não havia um local fechado e isolado onde fosse possível realizar a entrevista, respeitando os procedimentos éticos necessários. A solução foi saber antecipadamente a escala mensal de atendimentos, os consultórios que estariam liberados e solicitar aos médicos e à nutricionista que avisassem quando os seus consultórios estivessem disponíveis.

Após as alterações necessárias, percebidas através do estudo preliminar, iniciou-se o estudo principal.

3.7.2 Estudo Principal

A familiarização do pesquisador com a equipe de profissionais da saúde e os pacientes do SAE, realizada no estudo preliminar, confiou-lhe uma postura mais espontânea neste contexto ambulatorial, contribuindo para a realização do estudo principal. A reformulação das perguntas proporcionou respostas mais adequadas aos objetivos propostos na pesquisa, facilitando a construção do processo de categorização das informações.

A realização do estudo principal iniciou no dia 14 de janeiro, estendendo-se até o dia 9 de setembro de 1998. Neste período, foram entrevistados 31 colaboradores (15 soropositivos e 16 doentes de AIDS), totalizando 17 h e 11 min. As anotações no diário de campo, somaram 10 h e 33 min.

Em alguns dias, não foi possível a realização de entrevistas com os pacientes. Apesar do conhecimento do pesquisador sobre a escala mensal de atendimentos dos médicos e da nutricionista, havia pacientes que necessitavam de um atendimento de urgência, indisponibilizando o uso dos consultórios para o pesquisador.

Houve colaboradores que, no final da entrevista, relataram que aquela conversa proporcionou reflexão sobre a atividade física e AIDS ou a oportunidade de expor o que sentiam, como, por exemplo, as colaboradoras Cora e Gorete. Cora era soropositiva e havia parado de caminhar, relatando:

“As questões me ajudaram a refletir sobre o tema. Quando a gente fala, a gente organiza as idéias. Esta coisa de autoconhecimento, desintoxicar, refletir.” Cora

Gorete era soropositiva e não sabia como tinha sido infectada pelo vírus. Devido ao seu estado emocional, ao receber o diagnóstico de soropositividade, foi encaminhada para o atendimento psicológico. Ao retornar, recebeu a notícia de demissão. Sentia-se sozinha, pela discriminação na sua cidade e dos seus amigos. Através do seu relato,

além de desabafar, existia a preocupação de tentar ajudar outras pessoas como ela.

“Pude falar coisas que eu sinto, espero o que eu tenha falado, tu possas tirar algum proveito da situação para tratar das pessoas.” Gorete

Há uma grande diferença, em compreender que o contexto de realização da pesquisa social pode, de uma maneira ou outra, afetar o pesquisador e, “sentir isto na pele”. Houve dias em que, ao finalizar determinadas entrevistas, o pesquisador sentiu-se abatido. Conversando com a coordenadora do ambulatório para saber se outros profissionais já haviam vivenciado a mesma situação, recebeu como resposta que alguns recém-chegados, nas primeiras semanas, queriam trocar de local de trabalho. A coordenadora explicou que o profissional que trabalha com AIDS deve tentar se adaptar a conviver com as *várias perdas* que a doença causa aos pacientes e às pessoas que compartilham o seu contexto. A situação descrita anteriormente pode ser explicada a partir da obra *Fenomenologia da percepção*, de Merleau-Ponty:

“O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas o sentido que transparece na inserção de minhas experiências com as do outro, pela engrenagem de umas sobre as outras; ele é, pois, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade, que faz sua unidade pela retomada de minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha”. (1971, p.15).

Após um período de realização da entrevista, ao retornar para consultar ou retirar medicação, colaboradores procuraram o pesquisador, manifestando interesse em receber orientações sobre atividade física. Foi relatado que a realização da entrevista suscitou o desejo de saber qual o tipo de atividade física mais indicada para sua condição, ou seja, como

respirar, caminhar, correr e alongar corretamente. Américo era doente de AIDS; estava retornando ao seu peso normal e gostaria de saber se poderia praticar musculação. Silvino era soropositivo e queria aprender a alongar, pois estava sentindo dores nas pernas. O pesquisador procurou ser sempre solícito em todos os momentos em foi requisitado pelos colaboradores.

O estudo principal foi finalizado quando as informações coletadas proporcionaram a elaboração de uma tendência de idéias (Triviños, 1987), viabilizando compreender a concepção de atividade física no contexto da AIDS.

O pesquisador, ao deixar o campo de estudo, agradeceu pessoalmente ao Coordenador da Política Municipal de Controle de DSTAIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Gerson Barreto Winkler, e aos profissionais da saúde que colaboraram para a realização da pesquisa. Foram agendadas duas reuniões para novembro e dezembro de 1999, com o objetivo de divulgar os resultados da pesquisa a todos profissionais e pacientes do Centro Municipal de DSTAIDS/POA. A coordenadora do SAE convidou o pesquisador para participar do grupo de profissionais da saúde deste ambulatório, que desenvolve palestras sobre autocuidado aos pacientes soropositivos e doentes de AIDS.

O somatório dos estudos preliminar e principal (43 entrevistas), resultou em 24h e 21min. O tempo de duração das entrevistas variou de 10 a 75min, com uma média de 34min e 18s. As entrevistas com o menor tempo de realização (10min), corresponderam a João e Marcelo. João era

soropositivo e usuário de cocaína há 10 anos. As questões foram formuladas de várias formas para que ele as compreendesse. Suas respostas eram lacônicas. Marcelo, doente de AIDS, utilizava cinco medicamentos para o controle da doença. Respondia as perguntas de maneira breve e objetiva. A entrevista com o maior tempo de realização (75min) correspondeu a Fernando, soropositivo e usuário de cocaína há 15 anos. Fernando compreendia as perguntas, porém as respondia prolixamente, obrigando o pesquisador a intervir e a retomar aspectos que não se apresentavam elucidados nas suas respostas.

Em relação às anotações no diário de campo, os estudos preliminar e principal totalizaram 14h e 49min. O tempo de realização, variou de 15 a 35 min, com uma média de 20min e 21s. As anotações com o menor e maior tempo de realização (15 e 35min), corresponderam a João e Henrique. Em relação a João, o pesquisador não tinha muitas informações para fazer anotações consistentes. Henrique era soropositivo, transexual e profissional do sexo. O pesquisador, a partir do seu relato, reuniu várias informações importantes, principalmente sobre a imagem corporal, que mereciam um período maior para a descrição.

3.8 A Categorização das Informações

Categorizar as informações significa agrupá-las a partir de características comuns, elaborando-se então uma determinada classificação. Gomes (1994) explica que as categorias são empregadas para estabelecer classificações e que este tipo de procedimento geralmente pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. Strauss e Corbin (1990) definem categoria como uma classificação de

conceitos e explicam que esta classificação é descoberta quando os conceitos são comparados, parecendo pertencer a um fenômeno similar.

Estabelecendo-se como matriz teórica a Hermenêutica de Ricoeur, os procedimentos foram executados de acordo com as seguintes fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação da mensagem.

A leitura inicial do texto teve como objetivo a compreensão geral da sua mensagem, sendo realizada várias vezes, sem a elaboração de juízos de valor ou preconceitos. Após, ocorreu a leitura crítica e questionadora, procurando-se compreender a mensagem numa concepção mais aprofundada e identificando os significados verbais mais expressivos. Ricoeur (1977) considera a frase, o parágrafo, a seção, o capítulo e o texto como constituintes da unidade de análise para a hermenêutica. O significado ou o sentido é expresso em unidades de sentença. A interpretação hermenêutica tem o objetivo de compreender os significados dos discursos. A organização das informações em categorias e subcategorias começou a ser delineada nesta fase.

A apropriação das mensagens caracterizou-se pela sua compreensão e assimilação, emanadas das informações interpretadas do texto.

A partir da realização destes procedimentos, as informações foram organizadas em duas categorias, sendo cada uma delas composta por subcategorias.

4 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

O processo de descrição, análise e interpretação das informações foi desenvolvido a partir do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, das anotações no diário de campo e das matrizes teóricas da pesquisa. No texto que segue, está apresentado a descrição dos colaboradores e, posteriormente, a organização das informações em categorias e subcategorias.

4.1 Descrição dos Colaboradores

A seguir são descritos os colaboradores, em relação a sexo, faixa etária, condição sorológica, forma de contágio pelo vírus HIV, nível de escolaridade, atividade profissional e atividade física. O objetivo deste procedimento, é conhecer as informações biodemográficas dos colaboradores, contribuindo para a sua caracterização neste trabalho.

4.1.1 Sexo, Faixa Etária e Condição Sorológica

Colaboraram na pesquisa 27 homens e 16 mulheres, na faixa etária dos 19 aos 70 anos. A maioria deles (25) localizou-se entre os 30 e 40 anos. Após, estavam aqueles, entre 19 e 29 anos (11), entre 41 e 52 anos (6) e 70 anos (1).

Os colaboradores apresentaram a seguinte condição sorológica: 23 eram soropositivos (14 homens e 9 mulheres) e 20, doentes de AIDS (13 homens e 7 mulheres).

Analisando-se a condição sorológica em relação ao sexo e à faixa

etária, tem-se as seguintes informações: a faixa etária das mulheres soropositivas (9) estabeleceu-se dos 19 aos 45 anos, havendo predominância (5) entre os 31 e 36 anos. Houve 4 mulheres soropositivas, em faixas etárias extremamente diferenciadas: 2 entre os 19 e 22 e 2 entre os 41 e 45 anos.

As mulheres doentes de AIDS (7) situaram-se entre os 25 e 39 anos de idade, sem predominância de faixa etária.

Os homens soropositivos (14) situaram-se na faixa etária dos 20 aos 70 anos. A maioria (9) localizou-se entre os 30 e 40 anos. Houve 2 homens soropositivos entre os 20 e 27 anos, 2 entre os 45 e 52 anos e 1 com 70 anos.

Os homens doentes de AIDS (13) situaram-se entre os 22 e 45 anos, distribuídos da seguinte forma: 10 entre os 28 e 38 anos, 2 com 45 anos e 1 com 22 anos.

A notificação de casos de AIDS na população cada vez mais jovem (juvenização), segundo o boletim epidemiológico da AIDS no RS (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1999), não foi evidenciada nos colaboradores da pesquisa, considerando que a maioria dos doentes de AIDS, localizou-se em uma faixa etária a partir de 28 anos para os homens e 25 anos para as mulheres. A explicação para esta informação é o processo de coleta de informações, considerando-se que um dos instrumentos foi uma entrevista semi-estruturada, na qual não existe o anonimato do colaborador, sendo mais difícil a sua realização

com colaboradores mais jovens que presumivelmente teriam maior receio de se expor.

Segundo a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS (1999), a proporção de mulheres em relação ao número de homens no RS está aumentando, característica denominada de feminização. Comparando-se o número de homens e mulheres colaboradores da pesquisa com as informações do boletim epidemiológico da AIDS no RS, a proporção se mantém.

4.1.2 Forma de Contágio pelo Vírus

A forma de contágio da maioria dos colaboradores (28: 17 homens e 11 mulheres), foi a sexual. O contágio por uso de drogas injetáveis, correspondeu a 7 colaboradores (6 homens e 1 mulher). Houve 5 colaboradores (3 homens e 2 mulheres) que responderam não saber se o contágio ocorreu por via sexual ou drogas injetáveis e 3 colaboradores (1 homem e 2 mulheres) que desconheciam a forma de contágio.

Apesar das informações do boletim epidemiológico da AIDS no RS (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS, 1999) indicarem que a principal forma de contágio entre os homens tem sido a sangüínea por uso de drogas injetáveis, na pesquisa realizada foi a sexual, por relações homo e heterossexuais. Em relação às mulheres, houve concordância com as informações do boletim, porque a principal forma de contágio foram as relações sexuais com os parceiros usuários de drogas injetáveis.

4.1.3 Nível de Escolaridade e Atividade Profissional

A maioria dos colaboradores (17: 10 homens e 7 mulheres) não havia concluído o 1º grau. Após, estavam os colaboradores com os seguintes níveis de escolaridade: 2º grau concluído (7: 6 homens e 1 mulher), 1º grau concluído (6: 1 homem e 5 mulheres), 2º grau inconcluso (5: 4 homens e 1 mulher), 3º grau inconcluso (4 homens), 3º grau concluído (2: 1 homem e 1 mulher) e sem escolaridade (2: 1 homem e 1 mulher).

As atividades profissionais desempenhadas pelos colaboradores concentraram-se na área de comércio e prestação de serviços (28: 20 homens e 8 mulheres). Na área da saúde, 3 colaboradores desempenhavam as atividades de auxiliar (1 mulher) e técnico em enfermagem (1 homem) e plantonista terapêutico (1 mulher). Na educação, 2 colaboradores eram professores: no ensino médio (1 homem) e universitário (1 mulher). Em relação ao serviço público, havia 3 colaboradores (homens). Houve 1 colaborador que trabalhava como profissional do sexo, 1 como ator de teatro e 5 colaboradoras (4 donas de casa e 1 estudante) que não exerciam atividade profissional.

Considerando-se o nível de escolaridade e a atividade profissional da maioria dos colaboradores como indicadores de sua condição socioeconômica, há uma tendência à característica pauperização, do boletim epidemiológico.

4.1.4 Atividade Física

Analisando-se a atividade física em relação aos colaboradores, no período de realização da entrevista, é possível classificá-los em: praticavam, haviam praticado e não praticaram.

Os 23 colaboradores soropositivos (14 homens e 9 mulheres), apresentaram as seguintes informações: 12 (8 homens e 4 mulheres) praticavam atividades físicas, distribuídas em caminhada (5 homens e 3 mulheres), corrida (1 homem), ciclismo (1 homem), musculação, dança e ginástica (1 homem) e musculação (1 mulher). Houve 9 colaboradores (6 homens e 3 mulheres) que haviam praticado ginástica e musculação (2 mulheres), futebol (2 homens), caminhada (1 homem e 1 mulher), dança (1 homem), voleibol (1 homem) e pugilismo e futebol (1 homem). Os colaboradores soropositivos que não praticaram atividade física foram 2 mulheres.

A soropositividade não se constituiu em motivo para interromper a atividade física, abstraindo-se então, que esta atividade é relevante para a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos nesta condição sorológica.

Os soropositivos que haviam praticado e não praticaram atividade física, citaram os motivos financeiros, familiares e pessoais. Como exemplo, refere-se as situações vivenciadas por Nicema, Amélia, Celeste e Maria Teresa.

“Eu fazia educação física escolar, fazia musculação, jaz e ginástica. Tive que sair por causa do dinheiro.” Nicema

“Parei por causa do filho. Não parei por causa da soropositividade.” Amélia

Celeste e Maria Teresa foram as duas colaboradoras que não praticaram atividade física. Celeste, em um determinado dia, tentou iniciar a prática do ciclismo, porém, como cansou logo, desistiu. Maria Teresa alegou que nunca teve oportunidade, porque casou muito cedo (13 anos), mas que gostaria de praticar musculação.

“Tentei andar de bicicleta. Andei três quadras e fui obrigada a parar.” Celeste

“Nunca tive oportunidade. Casei muito cedo, aos 13 anos. Gostaria de fazer musculação, ficar mais bonita. Sempre gostei de academia, mas nunca fiz.” Maria Teresa

Considerando os 20 colaboradores doentes de AIDS (13 homens e 7 mulheres), apenas 3 praticavam atividade física: caminhada e ciclismo (2 homens) e caminhada (1 mulher). Os 14 colaboradores doentes de AIDS (9 homens e 5 mulheres) que haviam praticado atividade física, estão distribuídos em atividades diversificadas: capoeira (1 homem), ciclismo (1 mulher), dança e ciclismo (1 mulher), natação (1 homem), corrida (1 mulher), caminhada (1 homem e 1 mulher), ginástica (1 homem e 1 mulher), musculação e caminhada (1 homem), futebol (1 homem),

natação, corrida e caminhada (1 homem), natação e ciclismo (1 homem) e musculação (1 homem). Os colaboradores doentes de AIDS que não praticaram atividade física foram 2 homens e 1 mulher.

Os colaboradores doentes de AIDS afirmaram que as limitações físicas impostas pela doença foram o motivo para justificar a sua desistência ou não-adesão à atividade física. Celso praticava natação, corrida e caminhada, porém, devido ao seu quadro clínico, foi proibido por sua médica de continuar praticando.

“A médica me proibiu em função que eu não estava em condições de me exercitar, em função do meu quadro clínico.” Celso

A maioria dos soropositivos e dos doentes de AIDS que praticavam atividade física optou pela caminhada. Esta escolha foi justificada por ser uma atividade natural e que não demandaria recursos financeiros extras, além de possibilitar escolha do local que mais agradasse. Um exemplo da escolha pelo local é o gosto por trilha de José Vítor.

“Eu gosto de ir para um puta lugar, ir para um morro e caminhar. Aquele cheiro de mato. É como eu tivesse chapado. Parece o paraíso. Gosto de fazer trilha. Fazer trilha tem mais contato com a natureza.” José Vítor

4.2 Categorias

As informações obtidas das entrevistas semi-estruturadas e das anotações no diário de campo, estão organizadas nas seguintes categorias e subcategorias:

Primeira Categoria: O Mundo-Vida do Soropositivo e Doente de AIDS

Subcategorias: A Notificação do Resultado, A Nova Vida e A Nova Socialidade

Segunda Categoria: A Terapia do Movimento

Subcategorias: O Preservar-se e A Corporeidade

4.2.1 Primeira Categoria: O Mundo-Vida do Soropositivo e Doente de AIDS

Nesta categoria são abordadas as relações que o soropositivo e o doente de AIDS estabelecem com o mundo, a partir do seu corpo. Pretende-se, com esta abordagem, compreender as alterações do sistema de significação do mundo desses indivíduos e a sua relação com a concepção de atividade física.

4.2.1.1 Subcategorias: A Notificação do Resultado, A Nova Vida e a Nova Socialidade

4.2.1.1.1 A Notificação do Resultado do Exame

O primeiro aspecto a ser considerado para compreender o mundo-vida do soropositivo e do doente de AIDS, é a notificação do resultado positivo do seu exame sorológico. Independente de quaisquer manifestações clínicas externas, a comunicação de soropositividade ou AIDS, significa um corpo depauperado, lesionado e sentenciado à morte. A partir desta comunicação, o indivíduo se assume como um novo corpo. Merleau-Ponty (1971 e 1975) afirma que o sujeito está imerso no corpo e este participa do sujeito. O corpo integra o sujeito no mundo e se constitui no ponto de vista dele. O corpo é a essência da existência do homem. O relato de José Vítor elucidada esta concepção:

“A doença é corpo novo, eu assumir comigo mesmo.” José Vítor

A significação do mundo estabelece-se a partir da existência humana. A comunicação do exame positivo é concebida pelo indivíduo, como a sentença de morte eminente, causando um sentimento de ruptura entre o corpo e o mundo: o fim do ser-no-mundo. Amélia, Augusto e Gorete, sentiram-se abalados na sua integridade e fragilizados ao receberem o resultado positivo do seu exame sorológico.

“Num primeiro instante, preferi sumir, morrer. Quando recebi o resultado, recebi o laudo médico de morte. Vivo o hoje, como se não fosse ter vida jamais.” Amélia

“Pensei que ia morrer logo em seguida.” Augusto

“Eu fiquei em estado de choque; as pessoas falavam e eu não escutava muito. O psiquiatra me disse que não era a minha sentença de morte. Fiquei paralisada, eu chorei. Perguntei o que eu ia fazer da minha vida.” Gorete

Para Gonçalves (1994), ser-no-mundo com um corpo significa ser vulnerável e estar condicionado às limitações impostas por ele, pela sua fragilidade por estar aberto a uma infinidade de coisas que ameaçam sua integridade. A autora também descreve ser-no-mundo com o corpo, como a presença viva do prazer e da dor, do amor e do ódio, da alegria e da depressão, do isolamento e do comprometimento.

Após o impacto do resultado, há um período no qual o indivíduo vivencia momentos de depressão, sente-se limitado na sua existência e distancia-se do seu convívio social. Através do relato dos colaboradores Arnoldo, Silvio e Rogério, pode-se exemplificar esse período de ritual de passagem.

“Nos três primeiros meses, não quis consultar, tive depressão. Usei drogas.” Arnoldo

“Quando recebi o resultado do exame, achei que a minha vida estava limitada. Não contei para ninguém. Assimilei, passei por uma angústia neste período: o medo de ficar doente. Achar que vai morrer.” Silvio

“No começo foi difícil, fiquei desanimado por algum tempo. Dei um tempo para me adaptar.” Rogério

O indivíduo ao isolar-se, reformula os seus valores e assume uma postura diferenciada perante o mundo. Esta postura implica comprometer-se a começar uma nova vida.

4.2.1.1.2 A Nova Vida

A resignificação do mundo do soropositivo e do doente de AIDS inicia quando eles se percebem como um novo corpo, existindo então, uma nova forma de compreender a sua existência, caracterizando-se pela valorização da vida. Luijpen (1973) comenta que a compreensão do mundo e a verdade sobre o mundo são radicalmente humanos, não existindo um mundo-em-si, mas muitos mundos humanos, de acordo com as atitudes ou pontos de vista do sujeito existente. Sendo o homem essencialmente existência, isso acarreta que a significação do mundo se diferencie conforme as várias atitudes ou pontos de vista do sujeito-no-mundo. Os colaboradores Arnoldo, Francisco, Silvino e Nicema constituem-se em exemplos da resignificação do mundo e valorização da vida.

Arnoldo ao receber o resultado do exame, havia decidido que não realizaria o tratamento. Esta sua decisão foi reformulada.

“Passei. Vou me tratar, senão me matar. E daí, resolvi fazer os exames. Agora, me sinto bem.” Arnoldo

Após o diagnóstico de doente de AIDS, Francisco mudou a sua postura perante os problemas.

“É tudo muito difícil, conviver com os resultados, remédio. Apesar de todo o caos, eu melhorei, por exemplo valorizando a vida. Quando surgia um problema, eu era meio...., eu fazia um turbilhão. Hoje, no meio do turbilhão, dou mais valor à vida.” Francisco

Silvino e Nicema eram usuários de drogas injetáveis, porém, ao serem comunicados do resultado positivo de soropositividade, alteraram a sua conduta em relação às drogas.

“Me drogava demais, cocaína. Depois da descoberta, mudei o estilo de vida. Tenho que levar a minha vida para frente.” Silvino

“Comecei a me valorizar mais, usava drogas. Comecei a ver que não estava morrendo, a ajudar pessoas como eu. Me sinto normal, porém, com cuidados com a medicação, o estresse. Vivo melhor sem a droga; contribuiu definitivamente a abandonar as drogas, que usava desde 1994.” Nicema

A partir da resignificação do seu mundo, que é caracterizada pela valorização da vida, o soropositivo e o doente de AIDS, começam a perceber que pertencem a uma nova ordem social.

4.2.1.1.3 A Nova Socialidade

O corpo do soropositivo e do doente de AIDS pertencem a um sistema simbólico construído pelo sangue, pelo sexo (que é associado a uma conduta imoral) e pela morte, estabelecendo então, uma maneira diferenciada de socialidade. Santin (1995) afirma que o corpo faz parte de um sistema simbólico que sustenta toda a ordem social. O autor também comenta que este corpo não é dado, completo, porém, vai se construindo diante e para o outro, em termos físicos e, especialmente, em dimensões simbólicas.

A nova socialidade é caracterizada pela perda de identidade, pelo preconceito e pela discriminação. O indivíduo começa a perder a sua identidade, quando considera-se excluído da sociedade de pessoas saudáveis. O relato de César exemplifica esta perda.

“Significa que eu estou fazendo parte de uma nova sociedade. Eu não pertença a uma sociedade de pessoas saudáveis.” César

Tratando-se dos doentes de AIDS, o sistema público contribui para reforçar a perda de identidade. Todos os doentes de AIDS são notificados pelo Ministério de Saúde e recebem uma carteira para retirar a medicação antiretroviral. A Secretaria Municipal de Saúde fornece vales-transporte para os doentes de AIDS (a ficha verde indica portador de diagnóstico especial, que pode ser doente de AIDS). Para o indivíduo, este procedimento enfatiza a sua perda de identidade e exclusão social. Muitas vezes, ao entregar a ficha verde, o cobrador do ônibus solicita a carteira para verificar se outras pessoas não estão usando o vale-transporte, como acontece com os estudantes.

Não há o João, a Maria; há o passageiro da ficha verde. O pesquisador foi informado desse procedimento, quando entrevistava o colaborador Américo.

“O resultado positivo significa a abertura de um novo mundo, onde existe preconceito, discriminação e mau atendimento. Eu me sinto discriminado. Eu porto uma doença sexualmente transmissível, ficha verde, cliente portador de diagnóstico especial.” Américo

O soropositivo e o doente de AIDS apresentam uma tendência de auto-exclusão do convívio social, considerando que, a partir do seu corpo, não é possível se relacionar com o mundo. Merleau-Ponty (1971) afirma que o pacto entre o indivíduo e o mundo é também causa de muitíssimas perturbações psíquicas. Essas perturbações são uma ruptura entre o corpo e o mundo, quase sempre de caráter afetivo; como pode-se deduzir dos depoimentos dos colaboradores Celses e César.

“Eu me sinto com responsabilidade de não contagiar ninguém. Não é só os outros que discriminam, a gente também se discrimina.”
Celses

“Eu me excluo. Eu procuro me afastar. O que eu não quero para mim, não desejo aos outros. Tenho medo de contaminar alguém. Se eu visitar alguém, usar utensílios, mais tarde a pessoa vai ficar apavorada.”
César

Esse sentimento de auto-exclusão é enfatizado quando acontece o preconceito e a discriminação da família, dos amigos, dos colegas no ambiente profissional e dos profissionais da saúde. A família, que deveria apoiar e manter uma postura que favorecesse a qualidade de vida do indivíduo, muitas vezes é a primeira a discriminá-lo e excluí-lo do seu convívio, causando-lhe um sentimento de marginalidade.

Quando Bartolomeu comunicou à família sobre o seu diagnóstico de doente de AIDS, ele foi isolado da casa onde morava.

“Minha relação com a família é muito humilhante. Fizeram outro banheiro, talheres...” Bartolomeu

A capacidade de sentir é uma das características do ser-no-mundo. O homem é ser, não apenas porque pensa (*cogito*), mas pela sua capacidade de sentir. Para Merleau-Ponty (1971), o corpo sente concomitantemente a estruturação da percepção e o seu movimento.

Existe uma comunicação entre os sentidos que proporciona a formação de uma síntese perceptiva, que é uma experiência pré-objetiva e pré-consciente. A afirmação de Ivana é um exemplo do corpo que sente:

“Família, tem o meu padrasto, eles não dizem, mas a gente sente.”

Ivana

A repercussão que a notícia pode causar e o receio de ser discriminado pela família faz com que os colaboradores não contem sobre o seu estado sorológico; como fizeram Selmo, Rogério e Silvino.

“A minha mãe sofre do coração; se souber, morre do coração. Se ela ficar sabendo, vai se entristecer. Não quero trazer mais problemas para os meus pais.” Selmo

“Família não conhece o problema, Sou filho único, é uma coisa violenta.” Rogério

“Minha família não sabe de nada. Eu não conto por causa do preconceito. As pessoas não estão atualizadas. Os comentários fazem mal.” Silvino

A tendência dos amigos do soropositivo e do doente de AIDS, quando comunicados sobre o seu estado sorológico, é de afastamento do convívio com ele. Há o olhar de censura sobre o corpo destes indivíduos.

“Amigos, alguns, poucos, por causa da doença. Uns falavam bem pela frente e por trás aprontavam, falavam mal. A única coisa que me incomoda é a diferença, a discriminação. Ficam olhando, reparando o jeito que tu tá, emagrece, magra demais, se tem lesões, ficam cuidando.”
Isete

“Eu contei para um amigo meu, ele sumiu. Quem são teus amigos?” Amélia

Para não perder as suas amizades, porém, principalmente para não ser discriminado, o soropositivo e o doente de AIDS preferem ocultar o seu estado sorológico. Este foi o procedimento de Silvio com seus amigos.

“Não contei pra ninguém, amigos, por causa do preconceito.”

Silvio

No ambiente profissional, além do preconceito e da discriminação inicial dos colegas, existe a possibilidade de demissão. O principal problema é que os empregadores consideram o indivíduo soropositivo e o doente de AIDS improdutivos. Em relação aos colegas, como existe necessariamente convívio diário, há a possibilidade de diminuírem e ou acabarem as atitudes preconceituosas e discriminatórias. Como exemplo, pode-se citar a situação de Francisco e Amélia:

Francisco foi demitido do seu emprego quando o supervisor soube do seu diagnóstico de doente de AIDS. Como este procedimento não tem respaldo na Justiça do Trabalho, ele foi readmitido. Ao retornar para o ambiente profissional, os colegas temiam que ele compartilhasse o mesmo copo de café. Com o convívio diário, esta situação foi superada.

“Quando eu fui readmitido, eu entrava no café e eles ficavam mexendo os olhos com o café. Eles esqueceram que eu estou doente.”

Francisco

Gonçalves (1994) afirma que, analogamente à linguagem, no movimento corporal o inteligível e o sensível se unem na produção do sentido. No exemplo de Francisco era: tomara que ele não ofereça o mesmo copo de café para nós.

Amélia trabalhava em uma *fast food* como atendente. O supervisor, ao saber que ela era soropositiva e que não seria possível a sua demissão, transferiu-a para o setor administrativo. Ao chegar houve discriminação do chefe de departamento, achando que ela não seria produtiva, porém, isso foi superado.

“O chefe disse que não era para eu vir para cá. O chefe aprendeu comigo, mostrei capacidade. No serviço, houve uma adaptação, me tratam super bem.” Amélia

A situação vivenciada por Amélia, foi descrita na anotação no diário de campo do pesquisador:

“No relato de Amélia, percebi que o indivíduo no contexto de AIDS, está em constante necessidade de afirmação na sociedade. Afirmação na família, junto aos amigos e colegas de trabalho...”

Anotação no diário de campo: 26/11/97

Na concepção dos colaboradores, alguns aspectos básicos que deveriam orientar a prática profissional dos médicos que atendem HIVAIDS não são obedecidos. O descaso, o julgamento e a curiosidade pessoal são situações vivenciadas pelos soropositivos e doentes de AIDS em alguns consultórios.

Durante a realização da entrevista, Américo relatou que estava insatisfeito com o atendimento que recebia dos médicos, afirmando que existia uma inversão de valores na relação médico-paciente.

“Estou ao dispor do comportamento do ser médico, quando na realidade deveria ser ao contrário. Dificilmente uma pessoa que apresenta alguns sintomas tem condições de agir de acordo com os parâmetros sociais normais.” Américo

A colaboradora Vitória comentou ao pesquisador, a sua indignação sobre a forma que o médico comunicou-lhe o diagnóstico de soropositividade do seu filho e o atendimento do pediatra no posto de saúde.

“A comunicação de soropositividade do meu filho. Ela foi dada de uma maneira fria. Eu passei sete meses sofrendo. Tem horas que tu é tratada como um bicho. Isto que é gente que trabalha com isso. Pediatra no posto de saúde, no começo era discriminação. Quando a gente brigou, melhorou.” Vitória

Celses, que estava na faixa etária dos 70 anos, interrompeu a consulta, quando sentiu a sua intimidade exposta, pelas perguntas e juízos do médico que estava atendendo-lhe.

“Eu fui num médico lá na Associação. Eu sou dependente da minha filha, e médico lá, um médico velho, chegou, mas me esculachou assim..., por pouco, que tinha mandado ele... Moral da história: eu não quis nem consultar, eu saí apavorado com aquilo. Pô! Que ética de um médico! Ele não tinha necessidade nenhuma de vasculhar a minha vida, né?” Celses

A formação de grupos específicos de soropositivos e doentes de AIDS, foi abordada durante as entrevistas com os colaboradores. Foi relatado por eles que, dependendo da dinâmica utilizada, acontece o compartilhamento de relatos de experiências negativas pelos participantes. Este compartilhamento acaba agravando a percepção de cada um sobre a AIDS.

Francisco relatou o seu comparecimento a uma reunião de auto-ajuda, na qual só se falava no vírus.

“Fui numa reunião em que todo mundo falava só no vírus, a gente estava se destruindo.” Francisco

Amélia, ao comentar a formação de grupos para a prática de atividades físicas, enfatizou:

“Não trabalhar só com soropositivos. O soropositivo é muito deprimente, ele expõe os seus sentimentos, o convívio social, situação perturbante.” Amélia

A partir dos relatos de Francisco e Amélia, pode-se concluir que há necessidade de identificação desses indivíduos com pessoas saudáveis e, conseqüentemente, o planejamento de programas de atividade física apenas para soropositivos e doentes de AIDS, na intenção de se realizar atividades específicas para estes grupos, deve ser evitado, porque poderia agravar a sua tendência a comportamentos depressivos.

4.2.2 Segunda Categoria: A Terapia do Movimento

A atividade física é concebida nesta categoria como a terapia que preserva a vida e “proporciona a maneira específica da presença do homem no mundo” (Santin, 1995, p.41), ou seja, a sua corporeidade.

4.2.2.1 Subcategorias: O Preservar-se e A Corporeidade

4.2.2.1.1 O Preservar-se

Os indivíduos soropositivos e doentes de AIDS apresentam uma tendência a comportamentos depressivos, estresse, desenvolvimento de manifestações clínicas ou doenças oportunistas e sentimento de invalidez. Para eles, a atividade física é uma forma de preservar-se dos fatores citados anteriormente, garantindo assim, a manutenção da vida. A intencionalidade do movimento, proporcionada pela atividade física, significa a intenção de cuidar-se e de continuar vivendo. Merleau-Ponty (1971) aborda a motricidade humana como intencionalidade original e, Gonçalves (1994) explica que a aprendizagem de um movimento ou a aquisição de um hábito motor ocorrem, quando são incorporados pelo corpo ao seu mundo.

Arnoldo não tinha o hábito de exercitar-se, porém, quando foi comunicado sobre o seu diagnóstico de doente de AIDS, começou a praticar ciclismo e caminhadas. A atividade física era considerada uma maneira de verificar a reação do seu organismo à doença, ocupar o seu tempo e superar a depressão pós-notificação.

“Antes do diagnóstico, umas corridas uma vez por mês. Agora, três vezes por semana, ando 26 quilômetros de bicicleta. Caminho à beira da praia. Não tenho nada a fazer, então ando de bicicleta e caminho. Serve para eu ver o meu estado físico, meus limites, como o corpo está reagindo. Acho que a atividade física me ajudou a superar a depressão nos três primeiros meses.” Arnaldo

Para o soropositivo e, principalmente o doente de AIDS, a atividade física significa estar resistindo ao vírus e à doença. Enquanto há movimento, há vontade de viver. Telmo, durante os dois anos de internação hospitalar de sua esposa, percebeu que o movimento era uma forma de preservação da vida.

“Eu fiquei quase dois anos com a minha esposa baixada no hospital e eu vi que o sedentarismo é a principal causa de as pessoas desenvolverem a doença mais rapidamente.” Telmo

Sílvio costumava nadar, porém, devido ao seu quadro clínico, foi obrigado a interromper esta atividade. Começou a praticar ciclismo. Praticar atividade física para ele, além de diminuir o estresse, era o autocuidar-se.

“Nadar significa ocupar para não ter que pensar sobre o assunto. Procurava nadar mais, para cansar e dormir, melhora o meu desempenho diário. Melhora as minhas aptidões físicas. Ando de

bicicleta, quando dá tempo. Adquire resistência para as doenças oportunistas. Ajuda o organismo a se fortalecer.” Sílvia

O ato de caminhar, para Gorete, significou diminuir a tensão e reafirmar o seu padrão de normalidade. Na fala dela estava implícita a seguinte afirmação: “o vírus não me atingiu e a caminhada é a maneira de demonstrar”:

“Não é porque eu sou soropositiva que vou deixar de ser a pessoa que eu era. Caminho, acho uma coisa normal. Caminhar é uma terapia. Já fazia antes de saber que eu era soropositiva. Caminhando, eu vou arejando a minha mente. Quando eu posso, caminho todos os dias.”

Gorete

Manoel havia sido traficante e contaminou-se através do uso de drogas injetáveis. Ao conversar com ele, o pesquisador percebeu que a compulsão às drogas e o remorso pelo tráfico o preocupavam tanto quanto o seu estado de soropositividade. Para este colaborador a atividade física era uma forma de superar os problemas, preservar a si e o próximo (em relação às drogas).

“Um desafogo, uma forma de suportar melhor e esquecer os problemas. Enquanto tu faz atividade física, não pensa em machucar o próximo e a ti mesmo.” Manoel

4.2.2.1.2 A Corporeidade

Nesta subcategoria, os colaboradores concebem a atividade física

como a terapia para recuperar a imagem saudável do corpo, que foi abalada pela AIDS, proporcionando-lhes a sua aceitação como sujeito-no-mundo, a partir do olhar do outro. Gonçalves (1994) afirma que a corporeidade é a forma de o homem ser-no-mundo, tornando-se impossível a existência do homem no mundo sem um corpo. Merleau-Ponty (1971) descreve o corpo como o veículo do ser no mundo, onde ter um corpo é, para uma pessoa viva, o juntar-se a um mundo definido, confundir-se com alguns projetos e engajar-se continuamente a eles.

O corpo transmite uma imagem que se constitui em um sistema de valores. Dolto (1984) conceitua a imagem corporal como a síntese viva das experiências emocionais inter-humanas. A imagem corporal é uma construção simbólica da pessoa, a partir do olhar do outro, sendo especificamente para o soropositivo e o doente de AIDS o passaporte para a sua integração à sociedade de pessoas “saudáveis”. Gonçalves (1994) descreve a imagem corporal como um sistema aberto em relação com o mundo, com novas experiências que levam a novas significações.

Ricoeur (1986) afirma que o conceito de pessoa é a noção primitiva de corpo, ou seja, as pessoas são corpos e estes as identificam. No contexto da AIDS, essa premissa se evidencia: as pessoas consideram determinado indivíduo soropositivo ou doente de AIDS a partir da identificação do seu corpo. A atividade física é a forma de alterar o corpo e, por consequência, a identificação da pessoa e a sua imagem perante o outro. Os depoimentos de José Vítor e Henrique, respaldam as concepções abordadas anteriormente.

“Tá bem com corpo significa transmitir uma boa imagem dele.”

José Vitor

“Se sentir integrado pela sociedade tem a ver com a tua auto-estima. Em termos de auto-estima, curtir o teu corpo.” Henrique

Se a farmacoterapia proporciona aos soropositivos e aos doentes de AIDS a aparência interna observada nos exames laboratoriais, a atividade física é a *movimentoterapia* que proporciona a aparência externa, observada pelo outro. Esta concepção foi compreendida no transcorrer das entrevistas realizadas com Amélia e Francisco.

“A atividade física contribui para a imagem corporal. Aparência interna e externa faz bem. Conscientizar sobre a atividade física. Assim como o remédio, o exercício tem que ser concretizado.” Amélia

“Cuidar o corpo por fora. Terapia, sensação de bem-estar. É uma ocupação, tu sair, tu suar, trabalhar um pouco o teu corpo.” Francisco

A atividade física proporciona o prazer de mostrar-se bonito. É fundamental para a recuperação da identidade do indivíduo. No relato de Gabriel, torna-se possível compreender que a atividade física proporciona a recuperação da sua identidade.

“É como exercitar a tua própria vida. Modela o teu corpo. É uma questão de vaidade. Tem que estar de bem com a vida. Mulher, homem, não gosta de homem, mulher esquelético. O fato de você cuidar do seu

próprio corpo mostra que você está querendo viver, querendo melhorar. Quando você reencontra a vaidade e vê que hoje você é mais bonito que ontem, é uma obra de Deus.” Gabriel

O depoimento de Celso reitera que o corpo na saúde não pode ser concebido apenas na sua construção biológica, porém, está relacionado à vaidade, auto-estima ou seja, a construção simbólica. Santin (1995) afirma que a arquitetura do corpo não é mais reduzida à engenharia genética, mas resultado de um processo do imaginário humano.

“É um prazer. Mexe com sentimento de vaidade, vaidade tá muito voltada à saúde. Quando faz atividade física, mostra que tu tá bem com o teu corpo. Manter a minha imagem corporal, não viver em função disto, mas tornar-se isto. Foi sempre gordo, tudo bem. Se sempre foi magro, tudo bem. Tu tem um corpo na medida certa e tu te vê magro demais, mexe muito com a tua auto-estima, teu ego.” Celso

A AIDS, à medida que a altera esta construção, causa um sentimento de perda do padrão de normalidade e, como consequência, a diminuição da auto-estima. O sentir-se bonito, com aparência melhor, significa a imagem corporal de saudável, estar vivo, ser capaz de integrar e ser identificado na sociedade de pessoas saudáveis. Como exemplo, citam-se as situações vivenciadas por Justino e Cora.

Justino era doente de AIDS e havia estado internado em um hospital, por causa de uma doença oportunista. Ao receber alta e apresentar um resultado normal nos seus exames, pensou em melhorar a

imagem do seu corpo, não transparecer a imagem de um doente, sentir-se uma pessoa normal.

“Quando melhoraram os resultados dos meus exames, eu tive uma vontade natural de andar de bicicleta, fazer algo. Veio naturalmente esta vontade de me sentir forte, com uma boa imagem. A atividade física te ajuda a manter uma imagem corporal e te garante uma normalidade. A maioria das pessoas pensa que o soropositivo seria aquele cara com lesões de pele.” Justino

Cora relatou ao pesquisador a relevância social da atividade física para os soropositivos e os doentes de AIDS.

“Me sinto mais identificada com pessoas saudáveis.” Cora

Ao entrevistar os soropositivos, porém, principalmente os doentes de AIDS, o pesquisador percebeu a conotação da expressão “pessoas saudáveis”. Ficava subentendido, pelas suas falas e posturas, que “saudáveis” não era antônimo de doentes, mas indivíduos que não eram portadores do vírus, significando que, independente do seu quadro clínico estável, permanecia a construção simbólica de corpo doente.

5 CONCLUSÃO

Ao finalizar esta dissertação, o pesquisador cumpre uma etapa da sua trajetória de vida acadêmica, existindo o interesse pessoal e profissional em continuar investigando o tema Atividade Física e AIDS.

Analisando-se o problema e os objetivos geradores do processo de investigação, há necessidade de se apresentar uma síntese das informações construídas através dele.

A compreensão da atividade física é indissociável do mundo-vida do soropositivo e doente de AIDS, que é caracterizado por um novo corpo e por uma nova socialidade. A perda de identidade, o preconceito e a discriminação, pertencem a esta nova ordem social. Nesse mundo, os indivíduos concebem a atividade física como a terapia do movimento que preserva a sua vida e recupera a sua corporeidade, a partir da imagem corporal observada pelo outro. Como consequência, existe o resgate da identidade, contribuindo para a diminuição do preconceito e discriminação da sociedade.

A soropositividade não se constituiu em motivo para os colaboradores não aderirem ou desistirem da atividade física. Os soropositivos que não a praticaram e os que haviam praticado, citaram os motivos financeiros, familiares e pessoais.

As limitações impostas pela doença foram o motivo citado pelos doentes de AIDS para justificar a não-adesão ou a desistência da prática de atividade física.

Os colaboradores soropositivos e doentes de AIDS que praticaram atividade física, optaram pela caminhada, por ser uma atividade natural e que não demandaria recursos financeiros extras, além de possibilitar a escolha do local que mais lhe agradassem.

A partir da síntese exposta anteriormente, sugere-se a intervenção profissional do educador físico, como agente de saúde, nos âmbitos escolar, esportivo e clínico. Nos âmbitos escolar e esportivo, ele pode agir na prevenção à AIDS, através da conscientização de que ela pode ser uma doença de todos (na qual não há réus) e das formas de evitá-la, contribuindo desta forma, para impedir os novos casos e diminuir o preconceito e a discriminação daqueles que convivem no contexto da AIDS.

No âmbito clínico, o profissional de Educação Física, inserido em uma equipe multidisciplinar de saúde (como por exemplo, em serviços públicos de saúde) em HIVAIDS, pode prescrever exercícios físicos de acordo com as necessidades objetivas e subjetivas de cada paciente.

A formação de grupos específicos de soropositivos e doentes de AIDS, para a prática de exercícios físicos, deve ser evitada, porque estaria enfatizando o preconceito e a discriminação já vivenciada por eles e o

compartilhamento de relatos de experiências negativas, que poderiam gerar ou agravar comportamentos depressivos.

Independente do âmbito de atuação, o educador físico deve compreender a concepção filosófica-antropológica da atividade física no contexto da AIDS, para que possa realizar uma intervenção profissional relevante, proporcionando desta forma, a melhoria da qualidade de vida aos soropositivos e doentes de AIDS.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. A quantidade e o tipo de exercícios para o desenvolvimento e a manutenção da aptidão cardiorrespiratória e muscular em adultos saudáveis. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v.4, n.3, p. 96-106, maio-junho de 1998.
- BECKER, Howard S. *Método de pesquisa em ciências sociais*. Tradução por Marco Estevão e Renato Aguiar. 2.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
- BERGEN, K. F. Fenomenologia In: OLIVEIRA et al. *Introdução ao pensamento filosófico*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.
- BERNARD, Jean. *De la biologie à l'éthique*. Paris: Burhet Chastel, 1990.
- BOULTON, Mary,. *Challenge and inovation: methodological advances in social research on HIVAIDS*. Londres: Burgess Science Press, 1994.
- CARTENEY et al. The effects of strength training in patients with selected neuromuscular disorders. *Med Sci. Sports Exerc.*, v.20, n.362, 1993.
- COELHO, J. N.; CARMO, Paulo de. *Filosofia como corpo e existência*. São Paulo: Escuta, 1991.
- COSTA, Lamartine Pereira da. Métodos qualitativos versus quantitativos na pesquisa em educação física: atualidade, usos e perversões. *Revista Artus*, Rio de Janeiro, n. 20, p.59-64, dezembro de 1987.
- COTRIM, Gilberto. *Fundamentos da filosofia: ler, saber e fazer*. 11.ed. Barra Funda: Saraiva, 1995.
- DOLTO, Françoise. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1984.

- FERNANDEZ, I. L.; LARA, P. A. Efectos del ejercicio físico en sujetos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana-1. *Archivos de Medicina del Deporte*, Espanha, v.14, n.58, p.135-140, 1997.
- FLORIJIN, Y.; GEIGER, A. Community based physical activity program for HIV-1 infected persons: proceedings of the biological aspects of HIV. *Infection Conference*, 1991.
- FURMAN, P. A. and others. Phosphorylation of 3-azido-3-deoxythymidine and selective interaction of the 5-triphosphate with human immunodeficiency virus reverse transcriptase. *Proc. Natl. Acad. Sci., USA*, p.8333-8337, 1986.
- GAO et al. Origin of HIV-1 in the chimpanzee pan troglodytes troglodytes. *Nature*, England, v.397, n.6718, p.436-41, 1999.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- _____. 3.ed. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MYNAIO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- GÓMEZ, G. R.; FLORES, J. G.; JIMÉNEZ; E. G. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe, 1996.
- GONÇALVES, Maria Augusta Salin. *Sentir, pensar e agir*. São Paulo: Papirus, 1994.
- GUBA, Egon G. Critérios de credibilidade en la investigación naturalista. In: SACRISTAN, J. Gimeno; GOMEZ, A. Perez. *La enseñanza: su teoría e su práctica*. 2.ed., 1983.
- HUSSERL, Edmund. *A idéia da fenomenologia*. Lisboa: Ed.70, 1986.
- KIFFER, Carlos Roberto; LIMA, Ana Lúcia Munhoz; UIP, David; OLIVEIRA, Marília Santini; LEITE, Olavo Munhoz. Aspectos clínicos e

tratamentos específicos In: *HIVAIDS: perguntas e respostas*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

KNAUTH, Daniela Riva. Uma doença dos outros: A construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. *Anais da XX Reunião Brasileira de Antropologia*. Salvador, abril de 1996.

KUHN, S. Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. 22.ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LA PERRIERE, A.; ANTONI, M. H.; SHNEIDERMAN, N.; IRONSON, G.; KLIMAS, N.; CARALAIS, P.; FLETCHER, M. A. Exercise intervention attenuates emotional distress and natural killer cell decrements following notification of positive serologic status for HIV-1. Biofeedback and self-regul. *Int. J. Sports Med.*, v.15, n.229, 1990.

LA PERRIERE A .; FLETCHER M. A.; ANTORI MH, et al. Exercise training in an AIDS risk group. *Int. J. Sports Med.*, v.12, p.53-57, 1991.

LA PERRIERE A.; IRONSON G; ANTONI M. H. et al. Exercise and psychoneuroimmunology. *Med Sci Sports Exercise.*, v.26, p.182-190, 1994.

LA PERRIERE et al. Change in CD4+ enumeration following aerobic exercise training in HIV disease: possible mechanisms and practical applications. *Int. J. Sports Med.*, v.18, n.1, p.56-61, 1997.

LIMA, Ana Lúcia Munhoz; KIFFER, Carlos Roberto; UIP, DAVID; OLIVEIRA, Marília Santini; LEITE, Olavo Munhoz. Epidemiologia In: *HIVAIDS: perguntas e respostas*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

LUIJPEN, W. *Introdução à fenomenologia existencial*. Tradução de Carlos Lopes de Mattos. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

MAFFESOLI, Michael. O mito da modernidade e da pós-modernidade. *Revista do GEMMPA*. Porto Alegre, p.10-21, agosto de 1996.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e*

técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1990.

_____. *Fundamentos de metodologia científica.* 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARTINS, Joel. *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poesia.* São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, Joel e BICUDO, Maria A. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.* São Paulo: Moraes, 1989.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção.* Tradução R. de Piero. São Paulo: Freitas Bastos, 1971.

_____. *A estrutura do comportamento.* Trad. J. A. Corrêa. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Nova definição nacional de casos de AIDS.* Brasília, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.* Brasília, 1997.

MOSQUERA, Juan José Mourinõ; STOBAUS, Claus Dieter. Importância da pesquisa social em saúde. *Revista Logos*, Canoas, v.7, n.1, p.62 a 67, junho de 1995.

NEGRINE, Airton. *Seminário avançado: instrumentos de coleta de informação na pesquisa qualitativa.* Mestrado em Ciências do Movimento Humano. Escola de Educação Física. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2ºSemestre de 1997.

_____. *Juego e psicomotricidad.* Depto. de Didática y Organización Escolar. Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona, 1993.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MYNAIO, Maria Cecília de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

OLIVEIRA, Marília Martins; LIMA, Ana Lúcia Munhoz; KIFFER, Carlos Roberto; UIP, DAVID; LEITE, Olavo Munhoz. *Virologia In: HIVAIDS: perguntas e respostas*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Boletim epidemiológico da AIDS no mundo*. Genebra, abril de 1999.

PALERMO, Pedro C. G. Efeitos da atividade física moderada no comportamento psicoimune de pacientes infectados pelo HIV. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Medicina Desportiva*. Gramado, RS, 1997.

PALMER; Richard E. *Hermenêutica: o saber da filosofia*. Lisboa: Edições 70, 1969.

POPLACK, D.G.; CASSADY, J. R.; PIZZ, P. A. Leukemias and lymphomas of childhood. In: De Vita, V. T.; Hellman, S.; Rosenberg, S. A. *Cancer: principles and practice of oncology*. 3.ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1985.

QUEIROZ, Telma Regina Bezerra Sales; SOUSA; Anastácio de Queiros; BROUTET, Nathalie. AIDS: um retrospecto histórico. *Universidade Aberta do Nordeste*, Ceará, p.4, novembro de 1990.

RICOEUR. Paul. *Interpretação e ideologias*. Organização e Tradução de Hilton Japiassú. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

_____. *O conflito das interpretações*. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

_____. *O si-mesmo como um outro*. São Paulo: Papyrus, 1986.

RIGSBY, et al. Effects of exercise training on men seropositive for the human immunodeficiency virus. *Med. Sci. Sports Exerc.*, v.24, n.6, 1992.

SANTIN, Silvino. *Educação física: ética, estética e saúde*. Porto Alegre: Edições Est, 1995.

_____. *Seminário de Dissertação*. Mestrado em Ciências do Movimento Humano. Escola de Educação Física. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1º Semestre de 1998.

- SECRETARIA DE SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE. *Boletim epidemiológico da AIDS no RS*. Porto Alegre. Março de 1999.
- SELLTIZ, Claire et al. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. 2.ed. São Paulo: Herder, USP, 1972.
- SHARKEY, Brian J. *Condicionamento físico e saúde*. Tradução de Márcia Dornelles e Ricardo Petersen. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- SPENCE, D. W.; GALANTINO, M. L. A.; MOSSBERG, K. A.; ZIMMERMAN, S. O. Progressive resistance exercise: effect on muscle function and anthropometry of a select AIDS population. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, v.71, n.664, 1990.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. *Basics of qualitative research: grounded theory and procedures techniques*. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
- TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. Ir. Hacia la gente. In: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Buenos Aires, Argentina e México: Paidós, 1987.
- TERRY, Lucrécia; SPRINZ, Eduardo; ACOSTA, Carolina; STEIN, Ricardo; CARIATI, Giovani; ESCH, Leonardo; RIBEIRO, Jorge P. Moderate and high intensity exercise training in HIV-1 seropositive individuals: a randomized trial. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Medicina Desportiva*. Gramado, RS, 1997.
- THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K. *Research methods in physical activity*. 2.ed. Illinois: Human Kinetics Books, 1990.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXOS

Anexo 1: Modelo do Termo de Consentimento Formal Pós-Informação

Ao assinar este documento, estou consentindo formalmente em ser entrevistado pelo pesquisador Alexandre Ramos Lazzarotto, aluno do Programa de Mestrado em Ciências do Movimento Humano, da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo do pesquisador Alexandre, tem o objetivo de identificar a opinião dos soropositivos e doentes de AIDS sobre a atividade física. As informações coletadas na entrevista, serão utilizadas para proporcionar conhecimentos teórico-práticos aos profissionais de Educação Física, contribuindo, para a atuação destes profissionais, com soropositivos e doentes de AIDS.

Recebi do pesquisador as seguintes orientações:

- 1** A entrevista será uma conversa entre o pesquisador e eu, abordando a minha condição de soropositivo ou doente de AIDS e atividade física, sendo realizada em um lugar isolado e privativo e, não ocorrendo a sua gravação e ou filmagem.
- 2** As informações coletadas durante a entrevista, serão sintetizadas pelo pesquisador. No final da entrevista, o pesquisador lerá a síntese para eu corrigir e confirmar o que foi anotado.
- 3** Terei garantido a confidencialidade e o sigilo referentes a minha pessoa, vinculados às informações da entrevista.
- 4** A minha participação na pesquisa será voluntária. Concordando ou recusando em participar, não obterei vantagens ou serei prejudicado no atendimento e tratamento nesta ou em outra unidade de saúde do PAM3. Não serei obrigado a responder todas as perguntas, podendo interromper ou cancelar a entrevista a qualquer momento. Não haverá ônus financeiro para nenhuma das partes.
- 5** Necessitando outros esclarecimentos sobre a minha participação na pesquisa, ou querendo cancelar a entrevista realizada, entrarei em contato pessoal com o pesquisador ou pelo telefone:00000000

Colaborador (rubricar):.....Data:.....

Anexo 2: Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada

SOROPOSITIVO (S)-DOENTE DE AIDS (DA)

Data: Início: Término: Duração:
Número do entrevistado: Sexo: Idade:
Escolaridade: Profissão:
Forma de contágio: Período do diagnóstico:
Manifestação de doenças: Utiliza medicação: () sim tipo:
() não

- 1 Descreva como você se sente nesta situação.
 - 2 Descreva como você se sente nas suas relações sociais.
 - 3 Há fatores que o afligem?
 - 4 Você pratica ou praticava alguma atividade física?
 - 5 Descreva como você se sente ou sentia, após a prática da atividade física.
 - 6 O que representa atividade física para você?
 - 7 Qual a sua opinião sobre atividade física para os soropositivos e doentes de AIDS?
 - 8 Há fatores que você acha importante considerar na elaboração das atividades físicas para soropositivos e doentes de AIDS?
- Observações do Pesquisador

Anexo 3: Roteiro das Anotações no Diário de Campo

Local:

Dia:

Início:

Término:

Duração:

PAUTAS

Colaborador

Pesquisador

Entrevista