



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE

TICYANNE SOARES BARROS

HIV/AIDS EM IDOSOS: DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS SUJEITOS
ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE CUIDAR

FORTALEZA - CEARÁ

2016

TICYANNE SOARES BARROS

HIV/AIDS EM IDOSOS: DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS SUJEITOS
ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE CUIDAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karla Corrêa Lima Miranda.

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Barros, Ticyanne Soares .

HIV/Aids em idosos: discursos produzidos pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidar [recurso eletrônico] / Ticyanne Soares Barros. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 125 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dra. Karla Corrêa Lima Miranda.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. HIV. 3. Idoso. 4. Subjetividade. I. Título.

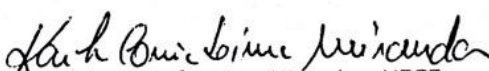


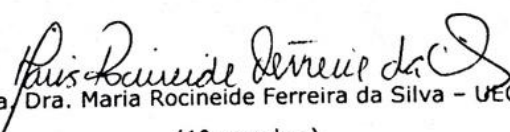
Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

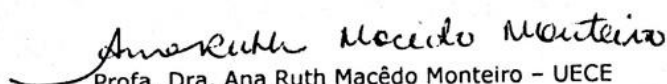


Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Ticyanne Soares Barros**
realizada no dia 26 de fevereiro de 2016.

Ao vigésimo sexto dia do mês de fevereiro do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Karla Corrêa Lima Miranda, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Ana Ruth Macêdo Monteiro sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda, **Ticyanne Soares Barros** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: *"HIV/AIDS em idosos: discursos produzidos pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidar"*. A defesa da referida Dissertação ocorreu das 15:15 as 16:50, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda **APROVADA** por sua Dissertação e defesa pública. Eu, Karla Corrêa Lima Miranda que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda - UECE
(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE
(1º membro)


Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro - UECE
(2º membro)

Aos idosos que vivem com HIV/Aids.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me acompanha e me guia nessa trajetória, fortalecendo minha fé.

A minha avó/mãe, Otilia, meu exemplo, pelo amor, cuidado, paciência, ensinamentos e por nunca ter medido esforços para que eu chegasse até aqui, a senhora me ensinou a enfrentar meus medos e a ir em busca dos meus sonhos. Serei eternamente grata por tudo, amo você!

A minha família, que sempre torceu por mim e me apoiou em todos os momentos, em especial a minha pequena sobrinha Giovanna, por iluminar nossos dias.

A minha orientadora, Prof.^a Karla Corrêa, palavras não traduzem a minha gratidão e não conseguem descrever minha admiração por você! Agradeço principalmente pela atenção, paciência, sensibilidade e por me apresentar novos caminhos. Obrigada!

Aos docentes membros da banca, por partilhar saberes e contribuir para o enriquecimento deste estudo. Obrigada!

Aos professores do PPCCLIS, pelos ensinamentos e crescimento que me proporcionaram durante a trajetória.

À turma 10 do mestrado do PPCCLIS, pelas vivências enriquecidas com alegrias, angústias, ansiedade, mas, principalmente, com união. Agradeço em especial aos meus amigos Adna, Juliana, Samuel e Rodrigo, pelo ombro amigo de sempre.

Aos membros do grupo de pesquisa, pela significativa contribuição, através de reflexões e discussões, e pelos diversos sentimentos multiplicados.

Às amigas de sempre e pra sempre, Fernanda, Olivia, Carol, Raissa, Bárbara, Camila, por me mostrarem o valor de uma amizade verdadeira.

Aos idosos que fizeram parte dessa trajetória, por terem partilhado suas vivências, possibilitando construções enriquecedoras; pelas emoções divididas e pelos ensinamentos que levarei por toda a vida.

Aos profissionais dos serviços por onde passei, pelo maravilhoso acolhimento, nunca imaginei que iria encontrar tantas pessoas dispostas a ajudar. Agradeço, em especial, às enfermeiras que participaram deste estudo e muito contribuíram.

A Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo que possibilitou a concretização deste sonho. Obrigada!

Veio me dizer que eu desestruturo a linguagem.
Eu desestruturo a linguagem?
Vejam: eu estou bem sentado num lugar.
Vem uma palavra e tira o lugar de debaixo de mim.
Tira o lugar em que eu estava sentado.
Eu não fazia nada para que a palavra me desalojasse daquele lugar.
E eu nem atrapalhava a passagem de ninguém.
Ao retirar de debaixo de mim o lugar, eu desaprimei.
Ali só havia um grilo com sua flauta de couro.
O grilo feridava o silêncio.
Os moradores do lugar se queixavam do grilo.
Veio uma palavra e retirou o grilo da flauta.
Agora eu pergunto: quem desestruturou a linguagem?
Fui eu ou foram as palavras?
E o lugar que retiraram de debaixo de mim?
Não era para terem retirado a mim do lugar?
Foram as palavras pois que desestruturaram a linguagem.
E não eu.

RESUMO

Atualmente, verifica-se o aumento significativo de casos de Aids em idosos, estes vivenciam aspectos subjetivos diversos relacionados ao processo de envelhecimento e ao diagnóstico de uma doença permeada por estigmas e preconceito. Desta forma, destaca-se o cuidado de enfermagem como dispositivo de implicação do sujeito no seu processo de cuidar. Assim, os objetivos do estudo em tela foram analisar os discursos produzidos por meio de vivências de idosos com HIV/Aids e por enfermeiras que cuidam desses idosos em cinco Serviços Assistenciais Especializados em HIV/Aids de Fortaleza, CE, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 30 idosos e 12 enfermeiras que atuavam nos serviços. Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista em profundidade, no período de julho a novembro de 2015. O referencial teórico e metodológico utilizado foi a Análise de Discurso, na perspectiva da corrente francesa de pensamento. Os aspectos éticos e legais foram considerados de acordo com a Resolução 466/12. A análise direcionou a duas formações discursivas que compreenderam os discursos dos idosos: “Lembranças repletas de perdas” e “Silêncios que falam: o não-dito associado à Aids”, abrangendo as diversas perdas trazidas por esses sujeitos e o silêncio ao se falar da Aids. No caso das enfermeiras, duas formações discursivas também compreenderam seus discursos: “Pedagogização do cuidado: eu sei e você não sabe” e “O lugar do idoso na percepção do enfermeiro: infantilização”, estas trazem o enfermeiro enquanto detentor da verdade, que sabe o que é melhor para o paciente em nome da ciência e, ainda, a percepção do idoso como uma criança. Enfatizam-se discursos sustentados pela ideologia capitalista, pelo modelo biomédico e pelo senso comum. Propõe-se aos enfermeiros uma reflexão sobre o cuidado que concebem e a utilização da escuta como diferencial no cuidado, percebendo o cuidado de enfermagem para além do biológico, proporcionando não uma relação objetificada, mas, sim, uma relação na qual o paciente possa se perceber enquanto sujeito.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. HIV. Idoso. Subjetividade.

ABSTRACT

Currently, it turns out a significant increase in cases of AIDS in aged people, they experience various subjective aspects related to the aging process and at diagnosis of a disease permeated by stigmas and prejudice. This way, it is highlighted nursing care as implication device subject in the care process. Thus, the objectives of the study were to analyze the speeches produced by aged experiences with HIV/Aids and nurses who care for the elderly in five Assistance Specialized Services in HIV/Aids from Fortaleza, CE, Brazil. This is a descriptive study, with a qualitative approach, conducted with 30 aged and 12 nurses who work in services. Data were collected through the interview technique in depth, in the period from July to November 2015. The theoretical and methodological framework used was the Discourse Analysis, in view of the French school of thought. The ethical and legal aspects were considered in accordance with Resolution 466/12. The analysis resulted in two discursive formations who understood the speeches of the elderly: "Memories full of losses" and "Silences that speak: the unsaid associated with Aids", covering the various losses brought by these subjects and silence to speak of Aids. In the case of nurses, two discursive formations also understood his speeches two discursive formations also understood his speeches: "Care pedagogization: I know and you do not know" "The place of the elderly in the perception of nurses: infantilization", these bring the nurse as keeper of the truth who knows what is best for the patient in the name of science, and also the perception of the elderly as a child. They emphasize speeches supported by capitalist ideology, by the biomedical model and common sense. It is proposed to nurses a reflection on the care that design and the use of listening as a differential in care, realizing nursing care beyond the biological, not providing an objectified relationship, but rather a relationship in which the patient can perceive as a subject.

Keywords: Nursing Care. HIV. Aged. Subjectivity.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	11
1.2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
3.1	A AIDS E O IDOSO.....	19
3.2	CUIDADO: CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS.....	22
3.2.1	A fábula-mito de Higino.....	22
3.2.2	O cuidado na perspectiva fenomenológica.....	23
3.2.3	O cuidado como essência.....	25
3.2.4	O cuidado como presença.....	26
3.2.5	O cuidado de si.....	28
3.3	O CUIDADO E A ENFERMAGEM.....	29
4	METODOLOGIA.....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	34
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
4.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	39
4.6	ANÁLISE DE DISCURSO: CONCEITOS IMPORTANTES.....	40
4.7	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	46
5	AS VIVÊNCIAS DOS IDOSOS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM: CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS	49
5.1	CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS: SENTIDO ESTRITO.....	49
5.2	CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS: SENTIDO AMPLO.....	54
5.2.1	O lugar do idoso na sociedade.....	54
5.2.2	Aids: estigma e preconceito.....	56
5.2.3	A formação do enfermeiro.....	59
6	DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS IDOSOS.....	61
6.1	FORMAÇÃO DISCURSIVA – LEMBRANÇAS REPLETAS DE PERDAS.....	61

6.2	FORMAÇÃO DISCURSIVA – SILÊNCIOS QUE FALAM: O NÃO-DITO ASSOCIADO À AIDS.....	69
7	DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS ENFERMEIROS.....	81
7.1	FORMAÇÃO DISCURSIVA – PEDAGOGIZAÇÃO DO CUIDADO: EU SEI E VOCÊ NÃO SABE.....	81
7.2	FORMAÇÃO DISCURSIVA – O LUGAR DO IDOSO NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO: INFANTILIZAÇÃO.....	87
8	DISCURSOS DOS IDOSOS E DISCURSOS DOS ENFERMEIROS: SÍNTESE DA ANÁLISE E RELAÇÕES POSSÍVEIS.....	93
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES.....	114
	ANEXOS.....	121

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

No início da epidemia da Aids, os estudos epidemiológicos buscavam ativamente os fatores de risco que podiam ter associação com a doença, surgindo, então, a expressão “grupo de risco” que, embora superada, marcou toda a construção histórica, social e imaginária da doença, trazendo consigo a discriminação, o estigma, o preconceito e a exclusão (SALDANHA, 2003).

Pelo fato dos homossexuais terem sido os primeiros atingidos pela doença no mundo ocidental, a associação entre Aids e homossexualidade foi a primeira forma encontrada para se explicar um fenômeno que não tinha respostas, nem mesmo da comunidade científica. Era apenas constatação de sintomas, um discurso acompanhado por incertezas. Essa suposta seletividade da doença relacionada a um grupo ou a determinado modo de vida suscitou a primeira representação do fenômeno, acreditava-se que na homossexualidade poderia estar a origem da Aids, o que tornava os homossexuais uma população considerada “de risco” (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Posteriormente, foi constatada a propagação da doença para outros segmentos da população, dos quais faziam parte prostitutas, travestis, usuários de droga, acrescentando ao conceito de grupo de risco, ainda utilizado, elementos de uma realidade que abrangia promiscuidade, vício, imoralidade e transgressão (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

O conceito de grupo de risco relacionado a ideias rotuladoras e, logo, geradoras e reprodutoras do preconceito e da estigmatização, sofre diversas críticas (GARCIA; SOUZA, 2010). O termo passa a ser substituído pela expressão “comportamento de risco”, com a intenção de acabar com o estigma que recaiu sobre grupos e de estimular um maior envolvimento pessoal relacionado à prevenção. No entanto, tal expressão também demonstrou limites, trazendo a tendência à culpabilização individual (AYRES et al., 2003).

Assim, o conceito adotado atualmente é o de vulnerabilidade, resumido por Ayres et al. (2003, p. 123), como:

Movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não

apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

O novo conceito, então, passa a abranger não apenas os aspectos individuais envolvidos na transmissão do HIV, mas, também, os coletivos e contextuais, representando avanços na prevenção (AYRES et al., 2003).

Ao longo dos anos, houve mudanças não só na percepção quanto aos aspectos envolvidos na suscetibilidade à infecção pelo HIV, mas, também, no perfil epidemiológico da doença, que passou por alterações significativas com “quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização” (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001, p. 208).

No Brasil, segundo os últimos Boletins Epidemiológicos, a doença tem avançado sobre a população idosa. Verifica-se progressiva elevação no número de casos notificados da doença entre a população que se encontra na faixa etária igual ou superior a 60 anos, havendo aumento significativo nas últimas décadas (BRASIL, 2015).

Segundo Oliveira, Paz e Melo (2013, p. 34), “a doença nessa população específica apresenta grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência ano a ano”.

Nos indivíduos cuja faixa etária era de 60 anos ou mais, dados epidemiológicos mostram que a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) entre os indivíduos do sexo masculino a taxa era de 9,7 em 2002, aumentando para 13,8 em 2014. No caso do sexo feminino, a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) da doença era de 4,4 em 2002, aumentando para 6,7 em 2014. No total, entre os idosos, o aumento foi de 6,8 em 2002, para 9,9, em 2014 (BRASIL, 2015).

No Ceará, o aumento da incidência da Aids em idosos também é significativo, destacando-se a evolução no crescimento dos casos de Aids entre pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais. A taxa de detecção (por 100.000 habitantes) da doença nessa população aumentou de 4,73 em 2007, para 9,67 em 2012, com uma pequena redução para 7,76 em 2014 (CEARÁ, 2015).

Segundo Serra et al. (2013), diversas causas podem ser atribuídas ao aumento da infecção pelo HIV em idosos, como, por exemplo, as mudanças

socioculturais, resistência na utilização do preservativo por parte desta população, avanços na saúde, inovações de medicamentos, dentre outras.

No Brasil, a infecção de pessoas com 60 anos ou mais pelo HIV ocorre, predominantemente, por via sexual. No entanto, devido à estigmatização, os idosos são percebidos como assexuados pelos familiares e profissionais de saúde, percepção que traz consequências relacionadas, principalmente, à prevenção (ARAÚJO et al., 2007).

Barboza (2011) nos remete à invisibilidade da sexualidade do idoso como um dos fatores que colabora para o aumento da vulnerabilidade ao HIV dessa população, destacando, também, que as campanhas e as ações de promoção da saúde e de prevenção das DST/Aids são, em sua maioria, direcionadas aos adolescentes e adultos jovens, o que dificulta a identificação e a assimilação por parte do idoso.

Deve-se considerar também o uso indiscriminado de medicamentos para disfunção erétil por uma população que, quando mais jovem, não teve o hábito de utilizar métodos preventivos e não se reconhece como vulnerável (SOUSA, 2008).

Logo, a junção entre a não percepção da suscetibilidade ao HIV por parte dos idosos ao conhecimento escasso sobre a prevenção e a transmissão do vírus resultam na não adoção de práticas eficazes frente à proteção contra a doença. A concepção errônea que considera a Aids como uma doença que atinge apenas jovens, prostitutas, homossexuais e usuários de drogas pode auxiliar no surgimento de crenças equivocadas acerca da prevenção ao HIV na população idosa, bem como contribuir para o aumento da vulnerabilidade desses sujeitos à infecção (BITTENCOURT et al., 2015).

As pessoas que vivem com HIV/Aids enfrentam um sofrimento duplo: o sofrimento pelo diagnóstico de uma doença que não tem cura e relacionada à morte e o sofrimento social devido ao olhar excludente com o qual é visto, vivenciando, muitas vezes, a intolerância, o medo e o preconceito (BARBARA; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Ao descobrir-se com HIV/Aids, o sujeito passa a conviver também com o medo da descoberta do seu diagnóstico, carregando no imaginário a discriminação e a rejeição dos que desconhecem essa informação (SÁ; CALLEGARI; PEREIRA, 2007).

Apesar dos avanços conquistados, principalmente envolvendo tratamentos cada vez mais modernos e eficazes, pouco tem sido obtido na superação do impacto causado pelo estigma e pelo preconceito na vida desses sujeitos. As mais variadas metáforas acompanham a epidemia da Aids desde seu início e servem para reforçar os estigmas: a Aids percebida como morte, punição, doença do outro, vergonha (COSTA, 2013).

Serra et al. (2013) destacam que em relação ao idoso este tem que enfrentar o estigma relacionado ao estar com AIDS, o receio dos familiares e da comunidade, a redução dos recursos financeiros, questões relacionadas com a qualidade de vida, dentre outros problemas que envolvem aspectos subjetivos diversos.

A condição de se viver com HIV/Aids trouxe a urgência de se repensar e de reformular o cuidado, colocando os profissionais de saúde diante de questões que antes não eram discutidas abertamente, como a sexualidade, as diversidades, as perdas e a morte. Surgiram, também, as questões afetivas e sociais, antes deixadas em segundo plano (SOUSA; SILVA, 2013).

Assim, os profissionais se deparam com as mais variadas questões relacionadas à doença, tornando-se um desafio o cuidado de qualidade, que considere as necessidades do outro.

Atualmente, mesmo com todos os movimentos e políticas para que essa realidade seja modificada, é sabido que o modelo clínico-biomédico e centrado na técnica ainda é hegemônico, estando presente de forma abrangente no cotidiano dos profissionais de saúde (SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

No entanto, a Aids não pode ser considerada apenas em sua dimensão biológica, é importante que se estabeleça uma relação de cuidado onde o paciente possa atuar enquanto sujeito.

A Aids traz à tona a sexualidade e sentimentos como culpa e castigo, surgindo questões que acabam por incomodar os sujeitos e calar os profissionais de saúde, que percebem, frente à tais questões, as dificuldades éticas, sociais e psicológicas implicadas. Diante do amplo contexto envolvido, destaca-se a consulta de enfermagem como dispositivo importante para que a subjetividade e a singularidade do sujeito possam ser compreendidas, sendo este também um momento para que se realizem a troca de saberes e a aproximação (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

Em relação à população idosa, é indispensável que o enfermeiro compreenda e respeite o processo de envelhecimento em todas as suas nuances para que se busque um cuidado que valorize dimensões que vão além da técnica, privilegiando também o espiritual, o ético e o estético (TAVARES et al., 2010).

Silva et al. (2015) ressaltam a importância da consideração, tanto pela população em geral como, principalmente, por parte dos profissionais de saúde que busquem atender às necessidades da população idosa, das particularidades relacionadas à história de vida de cada sujeito e das especificidades de viver com HIV/Aids.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O despertar para a temática relacionada ao HIV/Aids, à subjetividade que permeia os sujeitos e ao cuidar iniciou-se a partir do ingresso no grupo de pesquisa Laboratório de Clínica do Sujeito – LACSU, em 2011, durante a graduação, onde participei do desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Concepção de cuidado em Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids”, o qual me aproximou da temática em questão.

Além dos projetos e das atividades realizadas no grupo, que me proporcionaram aprendizados e construções tanto na jornada acadêmica como na vida pessoal, tive a oportunidade de vivenciar dois meses da disciplina Internato I, da graduação, em um hospital de referência em doenças infecciosas, sendo um mês no Serviço Assistencial Especializado em HIV/Aids e um mês em uma unidade de internação, o que me possibilitou o contato direto com pacientes com HIV/Aids e suas demandas físicas e subjetivas, bem como com o cuidado concebido a esses pacientes. Durante esse tempo, pude perceber uma assistência de enfermagem que, não obstante, distancia-se do cuidado que considera a subjetividade e aproxima-se, de forma quase que exclusiva, do cuidado técnico.

Assim, a partir da minha vivência acadêmica, acreditando na possibilidade de melhoria da qualidade do cuidado, muitas vezes “mecanizado”, concebido a esses pacientes que passam por um processo de adaptação, sofrimento e dor, surgiu a preocupação e inquietação frente à temática estudada. Dentre os sujeitos com HIV/Aids, destacou-se, então, a população idosa, devido ao relevante aumento dos casos da doença nessa população, à pouca visibilidade social que enfrentam e

ao número reduzido de pesquisas que consideram a subjetividade desses sujeitos frente ao adoecimento pelo HIV.

Em 2013, desenvolvi minha monografia intitulada “HIV/Aids em idosos: discursos produzidos por meio de suas vivências”, tendo como objetivo analisar os discursos produzidos por meio de vivências de idosos com HIV/Aids, acompanhados em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de um município da região metropolitana de Fortaleza-CE, e utilizei como método de estudo a Análise de Discurso, devido, principalmente, à subjetividade que compreende. Frente à riqueza de experiências subjetivas dos idosos e à perceptível necessidade dos sujeitos de se expressarem e de serem ouvidos, surgiu a ideia de ampliação do estudo e a curiosidade em conhecer aspectos do cuidado concebido aos idosos.

Pressupõe-se que a Aids traz sofrimento aos idosos e que o cuidado de enfermagem direcionado a esses pacientes é centrado na doença, com valorização do modelo biomédico, não se detendo aos aspectos subjetivos envolvidos nas vivências dos mesmos.

Logo, com a pretensão de contribuir para um cuidado qualificado e para a melhoria da qualidade de vida desses sujeitos, considero estratégico investigar: Quais as principais lembranças que permeiam as vivências dos idosos? Como é vivenciado o HIV/Aids na velhice? Como o enfermeiro do Serviço Assistencial Especializado percebe o idoso com HIV/Aids? Como o enfermeiro concebe o cuidado ao idoso?

Considerar as vivências dos idosos e o cuidado concebido a estes sujeitos, a partir da subjetividade que permeia esse processo, desvela uma compreensão ideológica de constituintes a qual pode ser encaminhada às suas necessidades e peculiaridades frente ao envelhecer e à infecção pelo HIV, proporcionando a percepção de sujeitos com existências particulares e históricas, constituídos não apenas por uma doença crônica relacionada a estigmas e preconceitos, mas por algo muito além que significa em suas vidas.

Assim, para a apreensão das bases ideológicas presentes nas vivências dos idosos com HIV e no cuidado de enfermagem que lhes é concebido, o discurso torna-se fundamental. Este se constitui como efeito de sentido entre interlocutores, não se trata apenas de transmissão de informação, uma vez que, no funcionamento da linguagem, põem-se em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, resultando em um complexo processo de constituição desses sujeitos e de

produção de sentidos. São processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade, dentre outros (ORLANDI, 2001).

Acredito que os resultados do estudo contribuirão para dinamização e qualificação do cuidado de enfermagem ao idoso, a partir da percepção deste dispositivo como meio de implicação do sujeito no seu processo de cuidar.

Refletir sobre o cuidado de enfermagem, frente às profundas crises de “descuidado” que vivenciamos atualmente, surge como necessidade para que a prática possa ser modificada.

Assim, busco contribuir também para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, por meio de um cuidado que possa ser ressignificado a partir de suas necessidades, e estes possam ser percebidos enquanto sujeitos.

2 OBJETIVOS

- Analisar os discursos produzidos por meio de vivências de idosos com HIV/Aids acompanhados em Serviços Assistenciais Especializados em HIV/Aids.
- Analisar os discursos produzidos por enfermeiros que cuidam de idosos com HIV/Aids em Serviços Assistenciais Especializados em HIV/Aids.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 A AIDS E O IDOSO

O avanço da epidemia da Aids continua trazendo desafios para os mais variados segmentos científicos, políticos e sociais, além de caracterizar-se de forma multifacetada e de difícil controle. Um desses desafios abrange as mudanças nas práticas e nos hábitos da população com 60 anos ou mais, uma vez que tal grupo tem despertado preocupações na evolução do perfil epidemiológico da infecção (BEZERRA et al., 2015).

As estatísticas nacionais apontam crescimento no número de idosos que vivem com o vírus. Segundo dados epidemiológicos, entre os homens, observa-se um aumento estatisticamente significativo da taxa de detecção, nos últimos dez anos, entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais. Entre as mulheres, a taxa de detecção apresenta tendência significativa de aumento entre aquelas com 15 a 19 anos, 55 a 59 anos e 60 anos ou mais, sendo o aumento de 10,5%, 24,8% e 40,4% de 2004 para 2013, respectivamente (BRASIL, 2014).

Para Pottes et al. (2007), a quantidade de pessoas idosas com HIV/Aids tende a se ampliar, principalmente, pelo aumento da expectativa de vida e por ser uma parcela da população negligenciada no que diz respeito ao acesso às informações e ao atendimento que considere sua vulnerabilidade frente às doenças sexualmente transmissíveis, considerando aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais envolvidos.

Frente a esse processo destaca-se a percepção do idoso enquanto assexuado. O preconceito e a discriminação fazem com que o comportamento sexual do idoso seja percebido como algo inadequado, imoral e até mesmo anormal. A ideia da pessoa idosa sexualmente ativa não é muito aceita culturalmente, optando-se por ignorar a sexualidade destes sujeitos (BRASIL, 2007).

No entanto, estudo realizado com 224 sujeitos que frequentam um Centro de Convivência de Idosos mostra de 46,2% dos idosos relataram ter vida sexual ativa (PEREIRA; BORGES, 2010).

É difícil para a sociedade admitir que os idosos mantenham vida sexual ativa e, possivelmente, com múltiplos parceiros, porém, pior do que o preconceito e a estigmatização relacionados à sexualidade desta parcela da população, é torná-la

invisível, uma vez que o que não é visível não pode ser discutido, combatido ou confrontado (LISBOA, 2006).

Até mesmo os profissionais de saúde não reconhecem os idosos como vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis. Estes profissionais, muitas vezes, não percebem o idoso como sujeito sexualmente ativo, acreditam que os idosos não pensam em sexo e que não despertam desejo sexual. Assim, a abordagem ao paciente é prejudicada e o diagnóstico e o tratamento tornam-se tardios, ou até mesmo inexistentes, o que colabora para o agravamento da doença e até mesmo para a morte (ROCHA et al., 2013).

A prevenção também acaba sendo dificultada, uma vez que o assunto não é discutido e os idosos não têm oportunidade de expor suas dúvidas, experiências e dificuldades.

O aumento da incidência da Aids na população idosa também pode ter uma relação com as modificações do comportamento sexual nessa faixa etária. As mudanças nos costumes e nas práticas sexuais seguras talvez não estejam sendo absorvidas por essa população, o que colabora para uma maior vulnerabilidade para se contrair a doença (CEARÁ, 2013).

A Aids é uma doença que foi descoberta recentemente, na década de 80, o que pode acarretar uma maior dificuldade por parte dos mais velhos de perceber o uso do preservativo como necessário, uma vez que tal prática não fez parte do seu contexto cultural (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

Melo et al. (2012) observaram, em estudo acerca do conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens, que a maioria dos idosos não tinham conhecimento em relação ao uso do preservativo, declarando não saber usar ou mesmo utilizando, diferindo significativamente dos jovens.

Já no estudo realizado por Lazzarotto et al. (2008) que teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre HIV/Aids dos participantes de grupos de convivência, totalizando 510 idosos, ficou evidente que a maioria tinha conhecimento sobre o uso do preservativo na prevenção do HIV, no entanto, 80% não faziam o uso do mesmo durante as relações sexuais. No mesmo estudo, 37% dos participantes ainda percebem a Aids como uma síndrome de grupos específicos. Os resultados evidenciaram que o próprio idoso não se percebe como vulnerável à doença.

No Brasil, uma das características mais importante da Aids é a via de transmissão heterossexual, o que tem contribuído para o aumento de casos em

mulheres. A feminização da epidemia tem se confirmado também no que se concerne à população idosa (ARAÚJO et al., 2007).

A submissão das mulheres aos seus parceiros, em relação à sexualidade, aumenta a vulnerabilidade do sexo feminino. Devido aos mais variados aspectos referentes às relações sociais de gênero, os quais determinam um menor poder de negociação sexual das mulheres, estas se tornam mais susceptíveis a terem relações sexuais desprotegidas, logo, com maior chance de exposição ao HIV. Assim, é imprescindível considerar as relações de gênero enquanto relações de poder (SANTOS et al., 2009). De acordo com Carvalhaes (2008, p. 87):

Há que se considerar que o corpo de homens e mulheres é atravessado por linhas de força e poder, constituídas pela multiplicidade de vivências, realidades, conjunturas e discursos, que se encontram presentes nas atribuições estereotipadas de feminino e masculino e que precisam ser problematizadas, desnaturalizadas nas práticas e discursos que envolvem a prevenção, a infecção e a reinfecção da Aids.

Bezerra et al. (2015) destacam que a necessidade de políticas públicas voltadas para a atenção aos idosos se justifica por estes enfrentarem situações de conflito, principalmente, no que diz respeito aos aspectos relativos ao gênero, em que a submissão da mulher no relacionamento favorece a vulnerabilidade ao HIV.

As estratégias de prevenção contra o HIV no Brasil têm sido desenvolvidas desde 1986, quando foi criado o Programa Nacional de DST/Aids, no entanto, pouco tem sido feito em relação à população idosa. O escasso número de estudos epidemiológicos e de campanhas de prevenção, junto ao aumento do período sexualmente ativo e aos processos fisiológicos e comportamentais, têm contribuído para o aumento da incidência de Aids e demais DSTs nessa população (NETO et al., 2015).

Apesar dos avanços conquistados, como a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842, e a criação dos Conselhos Estaduais do Idoso e do Estatuto do Idoso, que foram de extrema importância para a atenção à saúde desta população, são necessárias políticas direcionadas aos idosos com HIV, buscando a prevenção e garantindo o direito a não discriminação, uma vez que enfrentam sentimentos de abandono, vergonha, constrangimento, medo e percepção de tratamento indiferente (SERRA et al., 2013).

É indispensável que os profissionais de saúde estejam preparados para atender a população idosa, utilizando-se de estratégias educativas que possam abranger a real necessidade dos mesmos e promover a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a melhoria da qualidade de vida (MASCHIO et al., 2011). É imprescindível a compreensão da importância de questões não apenas biológicas, mas, também, subjetivas quanto à sexualidade nessa fase da vida, assim como sobre o envelhecer.

Barros (2013) propõe a consideração, por parte do enfermeiro, das mais variadas vivências dos idosos e das especificidades por trás destas, assim como o conhecimento e a compreensão do processo de envelhecimento e do viver com HIV/Aids, sendo a escuta uma ferramenta indispensável nesse processo.

3.2 CUIDADO: CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS

Ao longo do tempo, surgiram diversas significações, algumas mais complexas e outras menos abrangentes, que buscam explicar a essência do cuidado. Neste tópico, busca-se pela compreensão do cuidado em seu sentido mais abrangente, sem que este esteja atrelado à profissionalização ou ao processo saúde-doença, preocupando-se com a explicitação da sua essência a partir de algumas das concepções filosóficas e das significações que lhe foram atribuídas.

3.2.1 A fábula-mito de Higino

Na filologia a palavra “cuidado” deriva do latim *cura* (*coera*), sendo esta utilizada num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação por uma pessoa amada ou um objeto estimado. No entanto, alguns filólogos indicam uma outra derivação da palavra “cuidado”: *cogitare-cogitatus*, que significa ter atenção, mostrar interesse, atitude de desvelo e preocupação (SILVA JÚNIOR; ALVES; MELLO ALVES, 2005).

Tais noções de cuidado como preocupação e solicitude, bem como sua percepção como essencial para o ser humano, remetem-nos à fábula de Higino. Esta fábula conhecida comumente como “o mito do cuidado”, criada a partir de mitos gregos e latinos, tem influenciado as concepções acerca do cuidado na literatura, filosofia, psicologia e ética ao longo dos tempos (ZOBOLI, 2004). Rocha (2011, p. 75) apresenta-nos uma tradução do texto original latino da fábula-mito:

Cuidado, ao atravessar um rio, viu uma massa de argila, e, mergulhado em seus pensamentos, apanhou-a e começou a modelar uma figura. Enquanto deliberava sobre o que fizera, Júpiter apareceu. Cuidado pediu que ele desse uma alma à figura que modelara e facilmente conseguiu. Como Cuidado quis se dar o seu próprio nome à figura que modelara, Júpiter o proibiu e ordenou que lhe fosse dado o seu. Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam, apareceu Terra, a qual igualmente quis que o seu nome fosse dado, a quem ela dera o corpo. Escolheram Saturno como juiz e este equitativamente assim julgou a questão: Tu, Júpiter, porque lhe deste a alma, Tu a receberás depois de sua morte. Tu, Terra, porque lhe deste o corpo, Tu o receberás quando ela morrer. Todavia, porque foi Cuidado quem primeiramente a modelou, que ele a conserve enquanto ela viver. E, agora, uma vez que, entre vós, existe uma controvérsia sobre o seu nome, que ela se chame Homem, porque foi feita do húmus [da terra].

Rocha (2011) remete-nos ao contexto cultural no qual a fábula de Higino foi escrita, relacionando-o ao destaque que é dado ao Cuidado na fábula. Na Grécia clássica e na Grécia helenística, a regra de conduta para a vida individual e social dos gregos era traduzida pelas máximas fundamentais da arte de viver, as quais indicavam *gnoti sauton*, ou seja, conhece-te a ti mesmo, e também *epimeleisthai sauton*, que significa tomar conta de si, cuidar de si, ter cuidado consigo.

A cultura cosmopolita, enfatizada na era helenística, mudou a forma de viver dos gregos, conferindo importância ao cuidado de si. O homem grego passou a ser súdito do Imperador e a *Polis* não lhe dava mais a proteção de antes, sendo este homem coagido pela nova realidade a fechar-se em si mesmo e procurar, no seu íntimo, novas metas morais pelas quais viver. Dessa forma, o homem percebeu-se como indivíduo e teve que guiar seu destino (ROCHA, 2011).

O mito do cuidado traz consigo a percepção de como cuidar é central para o ser humano e sua vida. Nos mostra uma imagem alegórica da humanidade que possui como característica primordial de sua origem, vivência e finalidade o cuidado. Desta forma, provê uma genealogia do cuidar, possibilitando o refletir sobre seu valor e seu sentido para a vida. Oferece uma imagem diferente da sociedade, trazendo diferentes implicações para a ética e bioética (ZOBOLI, 2004).

3.2.2 O cuidado na perspectiva fenomenológica

Martin Heidegger, um dos mais influentes filósofos do século XX, considerado o filósofo do cuidado, desenvolve a noção de cuidado a partir da fábula-

mito greco-latina, citando a narrativa no intuito de justificar seu pensamento basilar de que a marca do cuidado está presente no ser humano (ZOBOLI, 2004).

Em 1927, o filósofo publica *Ser e Tempo*, buscando a compreensão do sentido do ser a partir das pesquisas ontológicas gregas, ou seja, a formulação concreta sobre a questão do ser e sua relação com o cuidado. Nesta obra, propôs-se a analisar como o ser humano vivencia suas experiências, a partir do momento que este se conscientiza do seu estar-lançado-no-mundo (SALES, 2008).

Para Heidegger o cuidado encontra-se em toda atitude e situação de fato, acontece previamente a qualquer comportamento humano, configura-se como o modo-de-ser essencial da humanidade. O cuidado está presente em tudo, assim, é o fenômeno ontológico-existencial básico, algo fundamental para a interpretação do sujeito (BARRETO; MOREIRA, 2000).

O cuidado abrange todas as possibilidades da existência relacionadas às coisas e aos outros, é a totalidade das estruturas ontológicas do *Dasein* (ser-aí) como ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2005). Sales (2008, p. 565) nos remete a uma reflexão sobre a analítica existencial de Heidegger:

O fio condutor de sua analítica existencial funda-se no ente que nós próprios somos, e que ele nomeia de *dasein*, ser-no-mundo ou de ser-aí. Nesse sentido, caminha do ôntico ao ontológico, ou seja, da explicação do modo como o ente vivencia sua facticidade em estar-no-mundo para a explicitação da compreensão do ser.

A palavra *dasein*, ou ser-aí, designa o homem. “O *Dasein* deve ser visto como ser-no-mundo, como ocupar-se com coisas e cuidar de outros, como ser-com as pessoas que vem ao encontro, nunca como um sujeito existente para si” (HEIDEGGER, 2001, P. 182).

Assim, o cuidado como estrutura fundamental do ser-aí é percebido como solicitude e pode se apresentar das seguintes formas: o estar-junto-a, que consiste em retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar; e o ser-com, em que não é retirado o cuidado do outro, devolvendo-o o cuidado como uma possibilidade existencial de ser (SANTOS, 2006). A primeira forma de cuidar é relacionada ao cuidado dominador; e a segunda consiste no cuidado que possibilita condições para que o outro cresça e assuma seu caminho próprio.

Ser-no-mundo é cuidar, é ser cuidadoso. O cuidado constitui-se como o estado originário do ser, esforçando-se para adquirir autenticidade, assim, é o gesto primeiro da existência, o horizonte da transcendência, sendo este horizonte igual para todos, mesmo cada um tendo sua visão de mundo (SALES, 2008).

O cuidado é definido pelo autor como o modo com que nós procedemos com os entes envolventes do mundo. A preocupação representa a relação do *dasein* com os objetos, com as coisas. Já a solicitude alude ao relacionamento com as pessoas, consideradas os outros *dasein* (HEIDEGGER, 1981).

3.2.3 O cuidado como essência

Leonardo Boff também concebe suas representações acerca do cuidado. Para o autor, o cuidado é mais que um ato singular ou uma virtude, é um modo-de-ser, ou seja, é a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros, um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas, possibilitando a existência humana como humana (BOFF, 1999). O cuidado, em seu sentido mais geral, “[...] pertence à essência do ser humano, que [...] expressa a importância da razão cordial [...] fazendo com que a vida e o jogo das relações sobrevivam” (BOFF, 2003, p. 85).

Considerando as reflexões do filósofo acerca do cuidado, Silva et al. (2005) salientam que o cuidado é compreendido como o modo-de-ser essencial, uma forma do próprio ser estruturar-se e conhecer-se. É inerente ao ser humano, uma vez que o modo de ser cuidado o revela. O ser humano deixa de ser humano sem o cuidado.

Boff remete-nos ao cuidado como uma atitude, sendo esta fundamental de um modo-de-ser no qual o cuidador sai de si e centra-se no outro com carinho, já Martin Heidegger aponta-nos o cuidado como origem humana, possuindo uma anterioridade que imprime, mantém e domina o ser-no-mundo e caracteriza o cuidado como a primeira marca humana (LUZ; MIRANDA, 2010).

Segundo Boff (2005), quando se fala em ser-no-mundo, tal expressão não se relaciona com uma determinação geográfica, isso pode estar incluído, porém, o ser-no-mundo é algo mais abrangente. É uma forma de estar presente, de percorrer a realidade e de relacionar-se com todas as coisas, e, dessa forma, o ser humano vai edificando o próprio ser, a autoconsciência e a sua identidade.

Pode-se dizer que há duas formas de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado. O modo de ser-no-mundo pelo trabalho ocorre por meio da interação e da intervenção. O ser humano intervém na natureza, procura conhecê-la, bem como identifica suas leis e ritmos, tirando vantagem da mesma e tornando mais cômodo a sua forma de viver, e é por meio do trabalho que faz isso, adaptando o meio em que vive ao seu desejo e conformando seu desejo ao meio. A lógica do ser-no-mundo pelo trabalho consiste no situar-se sobre as coisas para dominá-las, colocando-as à disposição dos interesses pessoais e coletivos. Esse modo-de-ser exige “objetividade” (BOFF, 2005).

A outra forma de ser-no-mundo ocorre através do cuidado. O cuidado não se contrapõe ao trabalho, porém, lhe atribui uma modalidade diferente. Por meio do cuidado, não vemos a natureza e tudo que ela abrange como objetos. A relação aí compreendida não é sujeito-objeto, mas sim sujeito-sujeito. O ser humano coexiste com todos os outros e a relação não é de domínio, mas, sim, de convivência, de cuidado das coisas. Destaca-se a interação e a comunhão, não, puramente, a intervenção (BOFF, 2005).

Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítica-instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o *esprit de finesse* (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais que o *logos* (razão), é *opathos* (sentimento), que ocupa aqui a centralidade (BOFF, 2005, p. 31).

3.2.4 O cuidado como presença

O sentido mais profundo que faz parte de todas as práticas de recepção é o de conceber ao indivíduo uma possibilidade de “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência. O fazer sentido engloba o estabelecimento de ligações, o dar forma, seguimento e inteligibilidade aos acontecimentos, ou seja, corresponde à constituição de uma experiência de integração para o sujeito. Essas experiências só se constituem se forem exercidas, ensinadas e facilitadas pelos cuidados que nos são dirigidos desde que nascemos (FIGUEIREDO, 2007).

O agente de cuidados exerce sua função como presença implicada, sendo este sujeito implicado o que “faz coisas”. No entanto, há uma forma decisiva de cuidar que não envolve o fazer, devendo o agente cuidador se colocar como

presença em reserva (FIGUEIREDO, 2007). O agente de cuidados acolhe, reconhece e interpela – presença implicada – mas, também, necessita dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões excessivas – presença reservada (FIGUEIREDO, 2009).

Figueiredo (2006) afirma que as dimensões do cuidado com o outro ocorrem em três modalidades de presença implicada: sustentar e conter; reconhecer; interperlar e reclamar. Sendo cada modalidade equivalente a uma figura da alteridade, uma forma como o outro se mostra enquanto agente de cuidados.

Na modalidade “sustentar e conter”, o “outro”, como se apresenta, pode representar o ambiente social e físico ou um objeto que realiza as funções primordiais do cuidado, tais como alimentar, hospedar e agasalhar, podendo nem ser percebido por mim como um outro diferente, no início e no limite da vida, porém, no decorrer da vida, vivemos bem apenas quando existe algo ou alguém que pode exercer essas tarefas trans-subjetivas, mesmo havendo a percepção da separação entre nós e esse outro. Nessa modalidade, há duas dimensões dessas funções: a função de *containing*, que proporciona as experiências de transformação; e a função de *holding* (FIGUEIREDO, 2007; BION, 1970).

O conceito de *holding* é abordado por Winnicott, autor que teoriza acerca do desenvolvimento da criança e da implicação dos cuidados maternos, e do próprio ambiente, na constituição desse sujeito. Seus principais conceitos estão baseados na relação entre a mãe e o bebê, em que surge uma experiência de preocupação materna em oferecer suporte físico e emocional nessa etapa de dependência do ser em desenvolvimento.

O *Holding* é construído pelo suporte materno, em suas funções de sustentação, proteção, reconhecimento, aceitação, adaptação, incluindo uma rotina de cuidados no qual acontece um acompanhamento das mudanças físicas e psicológicas do sujeito (WINNICOTT, 1988).

“Reconhecer” representa o ato de prestar atenção e de reconhecer o objeto dos cuidados em suas singularidades, testemunhando e devolvendo ao sujeito sua própria imagem. Tal modalidade parece discreta e pode não ser percebida, porém, sua falta pode afetar na instalação da autoimagem e da autoestima (FIGUEIREDO, 2007). O ato de prestar atenção, que parece tão simples, é, muitas vezes, deixado de lado, talvez por não ser tão simples como parece, envolvendo uma complexidade inerente ao processo de reconhecer o outro como

singular e, ainda, fazer este outro se perceber como tal e reconhecer seus progressos e superações na busca de novas aprendizagens.

A outra modalidade de cuidado, denominada “interpelar e reclamar”, consiste em cobrar do outro sua presença, intimar o sujeito a falar, responder, refletir, colocando em prática as funções de “chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem”. O outro que interpela e reclama atua como agente do confronto e do limite, levando o sujeito a se defrontar com a morte, a finitude, a alteridade e a lei, fatos que fazem parte da existência (FIGUEIREDO, 2007).

Logo, enfatiza-se que as modalidades do cuidado que fazem parte da presença implicada precisam existir em um equilíbrio dinâmico e estarem presentes sem excessos, sendo também acompanhadas da presença reservada para fazer sentindo no indivíduo.

3.2.5 O Cuidado de si

A noção de cuidado de si é apresentada pelo autor como ponto inicial para a reflexão sobre a relação entre o sujeito e a verdade no Ocidente. Porém, na história da filosofia ocidental, é o preceito délfico “conhece-te a ti mesmo” que é tido como fundador da relação entre essa questão da subjetividade com a verdade. No entanto, para Foucault, o cuidado de si constitui-se na chave para se tratar dessa relação. O filósofo destaca a importância da relação que há entre o conhecimento de si e o cuidado de si para essa compreensão (GRABOIS, 2011).

“*Epiméleia heautoû* é o cuidado de si mesmo, o fato de ocupar-se consigo, de preocupar-se consigo, etc” (FOUCAULT, 2006, p. 4). Consiste em uma atitude para consigo, para com os outros e com o mundo, sendo também uma forma de atenção, de olhar, implicando a conversão do olhar do exterior, dos outros, do mundo, para si mesmo. O cuidado de si requer atenção ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. Designa também ações, que são exercidas de si para consigo, pelas quais nos assumimos, nos transformamos, nos purificamos (FOUCAULT, 2006).

Nos dois primeiros séculos de nossa era, Foucault descobre uma série de reflexões morais e éticas desenvolvidas por pensadores que se referiam às “práticas de si” ou “técnicas de si”, as quais possibilitavam ao indivíduo efetuar operações sobre seu corpo, sua alma, seus pensamentos, suas condutas e modo de ser, sozinho ou com auxílio de outro. Permitia também que o indivíduo se transformasse,

objetivando um estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou imortalidade. Logo, por cuidado de si se compreende uma noção plural, que une diversos cuidados consigo mesmo, diversas práticas de si mesmo, diversas atividades do indivíduo para consigo (GRABOIS, 2011).

Segundo Grabois (2011), quando Foucault dirige importância às práticas de si, não relaciona tais práticas a uma posição individualista, mas, o oposto, defende que essas práticas fazem parte de um contexto mais amplo de práticas sociais, formulando-se como resistência ao diversos modos de governar que impuseram formas de ser aos sujeitos.

Por um determinado tempo da produção do filósofo, o sujeito pode ser pensado como um produto passivo e efeito das técnicas de dominação diversas, o que mudou a partir de 1980, quando esse sujeito começa a ser pensado com uma relativa autonomia. O sujeito, então, emerge na junção dos determinantes históricos e das técnicas de dominação e de si. A partir dessa oposição entre as técnicas, conclui-se que o cuidado de si mesmo é contra qualquer tipo de sujeição. “Trata-se de um sujeito de ação reta ligada a uma verdade que não é necessariamente conhecimento verdadeiro” (BUB et al., 2006, p. 154).

3.3 O CUIDADO E A ENFERMAGEM

O cuidado nos primórdios, era desenvolvido essencialmente como forma de sobrevivência, com a alimentação, a reprodução e a defesa da espécie. Era realizado empiricamente, calcando-se nas forças místicas e na ação da natureza, sem que houvesse uma estruturação ou um conhecimento prévio (ZEFERINO et al., 2008).

Evidencia-se seu papel ligado à imagem feminina, imagem desenvolvida a partir da maternidade, no cuidado às crianças, aos idosos ou aos enfermos. Essa relação entre o cuidar e a figura feminina tem continuidade com o cristianismo, sendo o cuidado realizado pelas irmãs de caridade que o prestavam em nível espiritual, com proteção à integridade corporal através da castidade e pureza. Logo, o cuidar foi, muitas vezes, visto como uma característica intrínseca à mulher (ZEFERINO et al., 2008).

Com o passar do tempo, surgiram formas diferenciadas de expressar o cuidado, tornando-se relevante a transformação do conhecimento empírico em conhecimento fundamentado em estudos e experiências.

O cuidado foi, aos poucos, passando por um processo de profissionalização, sendo atribuído aos profissionais da área da saúde. No entanto, adquiriu destaque e singularidade na busca da profissionalização da enfermagem, evidenciando-se nesta profissão uma herança do cuidado vinculado à moralidade e religiosidade (TERRA et al., 2006).

A partir do século XIX, tem início a estruturação da enfermagem considerando os princípios científicos da ciência moderna. Esse movimento teve relevância histórica, uma vez que possibilitou o amadurecimento de seus conceitos, bem como a delimitação do seu campo teórico conceitual (SILVEIRA et al., 2013).

Na Inglaterra nasce a enfermagem profissional ou moderna, sendo fundada por Florence Nightingale. O modo de produção da sociedade industrial, pautado no modelo capitalista, foi determinante para que a organização da profissão se desse basicamente no espaço hospitalar. A expansão do capitalismo possibilitou a difusão do sistema nightingaleano (GONÇALVES; SENA, 1998).

Tanto o contexto sócio-econômico quanto o desenvolvimento técnico científico foram determinantes para a necessidade do hospital como espaço para se intervir sobre o corpo, com o intuito de ajustá-lo às necessidades de produção (GONÇALVES; SENA, 1998).

Foi no espaço hospitalar que foram delimitadas a apreensão dos fenômenos de saúde e de doença sob um olhar biologicista e medicalizador, a doença foi institucionalizada, bem como a cura, por meio da prática médica intervencionista (VIEIRA, 2010).

Nesse contexto, a enfermagem passa a confrontar-se com a contradição existente entre os princípios científicos positivistas e a complexidade do cuidado humano, seu objeto (SILVEIRA et al., 2013).

Logo, “o cuidar assume características profissionais obtidas de uma educação formal, fruto da modernidade, dos avanços científicos e tecnológicos e do crescente poder da ideologia médica, buscando o reconhecimento do poder dominante e *status*” (TERRA et al., 2006, p.167).

O modelo hegemônico de assistência à saúde prima pela cura da doença, sendo o cuidado realizado por meio da utilização de técnicas, procedimentos e tecnologias cada vez mais sofisticadas, as quais deixam de lado o sujeito e valorizam o corpo e sua fragmentação.

Esse modelo curativo e hospitalocêntrico relaciona-se à indústria farmacêutica e às de equipamentos e tecnologias, logo, envolve também o lucro e o acúmulo de capital. Para que essa forma de produção de cuidados em saúde se mantenha, a partir da reprodução do sistema capitalista, incita-se o consumo de serviços e de equipamentos, bem como a medicalização dos problemas sociais, o que gera como consequência a formação de profissionais de saúde especializados e tecnicamente competentes, onde a alienação se faz presente no seu processo de trabalho (cuidar), assim como a fragilidade política (PIRES, 2005).

Atualmente, percebemos a grande expansão dos instrumentais tecnológicos que têm, cada vez mais, substituído o olhar, o tato e a audição, criados como aparato na anátomo-clínica. Esses sentidos são cada vez menos direcionados ao paciente, sendo substituídos pelas tecnologias tão presentes. A noção de doença como algo estranho à vida tem sido levada ao seu extremo, sendo o maior objetivo a descoberta de sua causa para que seja medicada, pois os fármacos destacam-se como promessa de eliminação de qualquer forma de sofrimento humano. Essas composições da clínica médica têm influenciado profundamente a enfermagem, que tem se preocupado com a organização dos corpos e dos espaços para que o médico possa agir (OLIVEIRA et al., 2009).

Na concepção de Graças e Santos (2009), surgem cada vez mais estudos sobre o significado do cuidar em enfermagem, os quais almejam a possibilidade da ruptura com o modelo biomédico, porém, a percepção do cuidar reduzido a atos técnicos ainda persiste. Logo, o cuidado relaciona-se a técnicas, com fortalecimento da relação sujeito/objeto.

Na visão tradicional do cuidado o paciente é passivo, mero receptor de um saber lógico-racional que desconsidera sua subjetividade, sendo o cuidado algo planejado, reduzido, mecanizado, fragmentado, verticalizado, no qual o enfermeiro coloca-se em uma posição de poder e de único detentor do saber, supondo saber como o que é melhor para o outro.

Porém, apesar do destaque que ainda é dado à visão tradicional de cuidado nos dias atuais, evidencia-se uma inquietação e busca pela revalorização do cuidar, considerando-o em seu aspecto mais amplo, com resgate do ser humano em sua totalidade, almejando a construção de eixos teóricos e práticos que se distanciem do mecanicismo, valorizando a subjetividade, a complexidade e a integralidade (PESSOA JÚNIOR; NÓBREGA; MIRANDA, 2012).

Pessoa Júnior, Nóbrega e Miranda (2012) destacam a necessidade de se conceber um cuidado de enfermagem ético, humano e subsidiado pela capacidade profissional, desenvolvido através de habilidades e competências necessárias na atuação criativa e perante as dimensões subjetivas intrínsecas aos sujeitos que fazem parte deste processo.

Sob um novo olhar, entende-se que o cuidado possa estabelecer novas relações entre os sujeitos que fazem parte do seu processo, com criação de espaços que considerem a subjetivação, sendo essa construída por meio dos desejos dos sujeitos e do respeito às variadas formas de se conceber e significar a saúde e a doença, perpassando a lógica que tenta enquadrar os sujeitos por meio de classificações e de fragmentações assistenciais historicamente construídas (SILVEIRA et al., 2013).

É importante que o modelo biomédico seja superado e a subjetividade possa ser reconhecida como indispensável ao cuidado, sendo o paciente percebido para além de uma doença orgânica, mas como sujeito, com todas as suas particularidades e que, enquanto tal, não pode ser cuidado a partir de “fórmulas prontas” que classificam e fragmentam, desconsiderando suas necessidades e desejos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A análise dos discursos produzidos por meio das vivências dos idosos com HIV/Aids e do cuidado direcionado por enfermeiros a esses sujeitos requer a apreensão da subjetividade que permeia tais processos para que sejam alcançadas as bases ideológicas.

Logo, a fim de melhor atender aos objetivos propostos, essa análise trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O método qualitativo pode ser aplicado em estudos que contemplem a história, as relações, as crenças, as representações, as percepções e as opiniões, resultados das interpretações dos homens acerca de como vivem, constroem artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2004), tal método responde a questões muito particulares e considera um nível de realidade que não pode ser quantificado, faz parte de um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Tal abordagem “se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

Esse método, quando aplicado à área da saúde, reúne aspectos advindos das ciências humanas e, desse modo, não busca estudar o fenômeno por meio de mensurações, mas, sim, compreender a fundo o significado individual ou coletivo do fenômeno para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Observa-se, na pesquisa qualitativa, um alto grau de envolvimento do pesquisador, além de um alto grau de complexidade no que se refere aos pressupostos, à coleta, à transcrição e à análise dos dados (GÜNTHER, 2006).

No caso das pesquisas descritivas, estas buscam a descrição de características de certas populações ou de fenômenos, ou, ainda, estabelecer relações entre variáveis. Dentre as pesquisas descritivas, encontramos as que têm como finalidade conhecer opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população (GIL, 2002).

4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O processo de coleta de dados foi realizado nos meses de julho a novembro de 2015 em cinco Serviços Assistenciais Especializados (SAE) em HIV/Aids do município de Fortaleza/CE, localizados em diferentes instituições de saúde. Para que fosse mantido o sigilo quanto às instituições, as mesmas foram identificadas no estudo pelas letras A, B, C, D e E.

A predileção pelos SAE deveu-se ao fato desses serviços apresentarem grande importância para a assistência aos portadores do vírus HIV no Brasil, sendo considerados serviços de referência.

Os Serviços Assistenciais Especializados (SAE) são serviços de saúde implementados pelo Programa Nacional de DST/Aids desde 1994, os quais objetivam o atendimento integral e de qualidade por uma equipe multiprofissional, realizando ações de assistência, de prevenção e de tratamento direcionadas às pessoas que vivem com HIV/Aids, bem como outras doenças sexualmente transmissíveis. Dentre suas atividades, destacam-se: cuidados de enfermagem; apoio psicológico; controle e distribuição de antirretrovirais; realização de exames; distribuição de insumos de prevenção e atividades educativas (BRASIL, 2016).

A administração executiva da prefeitura da cidade de Fortaleza está dividida em Secretarias Regionais (SR), as quais totalizam sete: SR I, SR II, SR III, SR IV, SR V, SR VI e SR do Centro. A coleta dos dados foi realizada em dois SAEs da SR II e três SAEs da SR III.

A escolha dos cinco SAE justifica-se pela abrangência do hospital de referência em doenças infecciosas; por pertencerem a regionais de saúde localizadas em regiões opostas da cidade de Fortaleza, que compreendem realidades sociais diferenciadas, e por serem campos de estágios para universitários.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram 30 idosos acompanhados nos Serviços Assistenciais Especializados em HIV/Aids, quantidade definida de acordo com o tempo para realização da coleta dos dados, e todas as enfermeiras que atuavam nos SAE e se enquadraram nos critérios estabelecidos, totalizando 12 enfermeiras.

Para tanto, foi reconhecida como população idosa, segundo classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento, aquela que alcançou ou ultrapassou os 60 anos de idade (BRASIL, 2009).

No quadro seguinte, são descritos os critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos no estudo:

QUADRO 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos no estudo.

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
IDOSOS	• Ser soropositivo para o HIV. • Estar realizando acompanhamento nos SAEs escolhidos como campos de coleta. • Idade igual ou superior a 60 anos. • Aceitar participar da pesquisa.	• Não comparecimento ao serviço no período de coleta de dados. • Dificuldade de comunicação. • Pacientes sem condições emocionais para participar da pesquisa.
ENFERMEIROS	• Enfermeiros de ambos os sexos. • Vinculação ao quadro profissional dos SAEs escolhidos há pelo menos seis meses. • Aceitar participar da pesquisa.	• Estar de licença, férias ou ausente do serviço no período da coleta de dados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a garantia do anonimato dos participantes e do sigilo quanto às informações, foi utilizado como procedimento de codificação a letra I para os idosos e a letra E para os enfermeiros, seguida da letra correspondente à instituição da qual o sujeito faz parte (A, B, C, D ou E) e do número que representa o sujeito (1 a 30

para os idosos e 1 a 12 para os enfermeiros), no qual a numeração não possui relação com a ordem das entrevistas e nem qualquer outra característica que possibilite a identificação dos autores das falas.

Quadro 2 – Caracterização dos idosos

Identificação do Idoso	Idade (anos)	Sexo	Estado Civil	Grau de Escolaridade	Religião	Tempo de acompanhamento no SAE
IA1	65	M	Casado	Fundamental Completo	Católico	6 anos
IA2	64	F	Viúva	Fundamental Incompleto	Católica	10 anos
IA3	61	M	Solteiro	Ensino Médio Completo	Católico	19 anos
IA4	74	M	Solteiro	Sem escolaridade	Católico	10 anos
IA5	69	M	Solteiro	Fundamental Incompleto	Evangélico	7 anos
IA6	66	M	Solteiro	Fundamental Completo	Católico	10 anos
IA7	67	F	Viúva	Fundamental Incompleto	Católica	10 anos
IA8	64	M	Casado	Fundamental Completo	Católico	15 anos
IA9	64	M	Viúvo	Ensino Médio Completo	Católico	25 anos
IA10	68	M	Solteiro	Ensino Médio Completo	Católico	25 anos
IA11	69	M	Solteiro	Fundamental Completo	Católico	5 anos
IA12	64	M	Solteiro	Fundamental Completo	Cristão	22 anos
IA13	75	M	Solteiro	Sem escolaridade	Evangélico	14 anos
IA14	64	M	Solteiro	Fundamental Incompleto	Católico	1 ano

IA15	66	F	Viúva	Fundamental Incompleto	Católica	15 anos
IA16	60	M	Viúvo	Ensino Médio Incompleto	Católico	12 anos
IA17	66	M	Solteiro	Sem escolaridade	Católico	10 anos
IA18	67	M	Solteiro	Fundamental Completo	Católico	13 anos
IB19	63	M	Solteiro	Superior Completo	Católico	4 anos
IB20	63	M	Casado	Fundamental Completo	Católico	1 ano
IB21	65	M	Casado	Ensino Médio Completo	Católico	1 ano
IB22	73	M	Casado	Fundamental Incompleto	Evangélico	5 anos
IB23	67	F	Solteira	Fundamental Completo	Católica	8 anos
IB24	62	F	Solteira	Fundamental Completo	Evangélica	3 anos
IC25	70	F	Solteira	Sem escolaridade	Católica	3 anos
IC26	65	M	Solteiro	Superior Completo	Católico	7 anos
ID27	65	M	Solteiro	Fundamental Completo	Católico	2 anos
ID28	61	M	Solteiro	Técnico Completo	Católico	3 anos
IE29	62	M	Solteiro	Superior Completo	Evangélico	3 anos
IE30	62	F	Solteira	Fundamental Incompleto	Católica	1 ano

Fonte: Elaborado pelo autor.

A caracterização dos idosos nos desvela que a média de idade dos mesmos é de 65,7 anos, que 23 (76,7%) são do sexo masculino e apenas sete

(23,3%) do sexo feminino, a maioria é solteiro(a) (66,7%) e possui ensino fundamental completo (33,3%), a religião católica é prevalente (80%), a média de tempo de acompanhamento nos SAEs é de nove anos.

Quadro 3 – Caracterização das enfermeiras

Identificação da Enfermeira	Idade	Sexo	Religião	Titulação	Tempo de Atuação no SAE
EA1	29	F	Católica	Graduação	2 anos e 6 meses
EA2	56	F	Evangélica	Mestrado	20 anos
EA3	35	F	Católica	Especialização	1 ano
EA4	59	F	Católica	Especialização	2 anos
EA5	54	F	Católica	Especialização	3 anos
EA6	62	F	Católica	Especialização	9 anos
EB7	52	F	Católica	Especialização	6 meses
EC8	50	F	Católica	Especialização	4 anos
EC9	32	F	Católica	Graduação	3 anos
ED10	47	F	Católica	Doutorado	9 anos
ED11	30	F	Católica	Especialização	2 anos
EE12	57	F	Católica	Especialização	4 anos

Fonte: Elaborado pelo autor

A caracterização das enfermeiras indica que a média de idade das mesmas é de 46,9 anos, que são todas do sexo feminino, que a religião católica prevalece, que a maioria apresenta como maior grau de titulação a especialização (66,7%) e que a média de tempo de atuação nos SAEs é de cinco anos.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na pesquisa qualitativa, a entrevista apresenta-se como um importante instrumento, possibilitando a produção de discursos pelos sujeitos envolvidos no processo e a abrangência tanto da objetividade quanto da subjetividade envolvidas. Assim, optou-se pela entrevista individual em profundidade, visto que esta permite a apreensão dos sentidos/significados nos discursos dos sujeitos (SILVA, 2005).

Segundo Silva (2005), a técnica de entrevista em profundidade consiste, de início, em questões de caráter mais concreto e que se relacionam às experiências cotidianas dos sujeitos, para, então, envolver perguntas que necessitem de reflexões mais abstratas. Os questionamentos são formulados com o intuito de perpassarem a espontaneidade a caminho do que, por diversos motivos, não é dito comumente. A autora destaca: “com frequência, o não dito, por exemplo, uma premissa implícita que se omite, pode ser o conteúdo principal relacionado ao objeto de pesquisa” (SILVA, 2005, p. 71).

Logo, tal técnica se constitui como importante aliada na coleta dos dados, uma vez que se pretende com este estudo a apreensão do dito e do não dito pelos sujeitos, considerando o que não está exposto nas falas, mas implícito nas entrelinhas dos discursos. Os roteiros das entrevistas (APÊNDICE A e APÊNDICE B) guiaram o caminho para que os objetivos propostos fossem atendidos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e esse material foi transcrito materializando o *corpus* enunciado para análise dos dados. Também foi realizada a observação direta e o registro de informações significativas em um diário de campo.

A observação direta é um tipo de observação que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Para que a observação, entretanto, atenda aos seus objetivos, é necessário que o pesquisador registre suas anotações de forma completa e detalhada. Assim, foi utilizado também o diário de campo, no qual foram anotadas as informações significativas para o estudo, como as impressões do pesquisador acerca dos locais de coleta e dos participantes do estudo e as informações adicionais que pudessem auxiliar no processo de análise.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de cada uma das quatro instituições coparticipantes que possuem comitê de ética próprio, como exigido pelas mesmas, sendo primeiramente solicitada a anuência do gestor. Uma das cinco instituições é de administração municipal, logo, o projeto de pesquisa foi, primeiramente, submetido à recomendação da

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, órgão denominado pela Secretaria Municipal de Saúde para a análise dos projetos de pesquisa desenvolvidos nas instituições vinculadas ao município de Fortaleza, e seu início também foi aprovado pela regional de saúde correspondente.

O projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, instituição proponente, sob parecer de número 1.040.369 (ANEXO 1), tendo início a sua execução após emissão do parecer ético das instituições envolvidas.

Os imperativos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos foram considerados conforme recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos em todo território nacional brasileiro (BRASIL, 2012).

Aos participantes, foi explicado sobre a realização da pesquisa e suas finalidades; esclarecida a total liberdade de escolha sobre sua participação na pesquisa, bem como os riscos e benefícios envolvidos em sua realização, e assegurados o anonimato e o sigilo das informações, termos evidenciados com a leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo elaborado um termo específico para os idosos e um termo específico para os enfermeiros (APÊNDICE C e APÊNDICE D). Os termos foram assinados em duas vias de igual teor, sendo uma arquivada pela pesquisadora e a outra entregue ao sujeito da pesquisa, o qual autoriza a gravação em áudio para utilização exclusiva nesta pesquisa. As gravações estão sob a guarda do pesquisador responsável, vedando-se a utilização das mesmas para fins outros que não o da presente pesquisa.

4.6 ANÁLISE DE DISCURSO: CONCEITOS IMPORTANTES

Para a análise dos dados do estudo optou-se pela Análise de Discurso (AD) na concepção da corrente francesa de pensamento, cujo maior representante é Michel Pêcheux. Tal método de análise compreende a subjetividade, considera o contexto histórico e social do enunciador e possibilita o desvelar de uma ideologia que se consolida de forma complexa por não estar deliberadamente exposta nas falas, mas obscura nas entrelinhas (ORLANDI, 2008).

A Análise de Discurso da corrente francesa surgiu na década de 60 como reação ao estruturalismo e à gramática gerativa transformacional, tendências relevantes no campo da linguagem. Destaca-se o estruturalismo lingüístico, guiando o novo paradigma, uma vez que a linguística proporciona ferramentas importantes para a análise da língua, considerando o rigor do método e o que era ditado pela ciência. Seu marco inaugural foi a publicação intitulada *Análise Automática do Discurso* (AAD), em 1969, por Michel Pêcheux, juntamente com o lançamento de *Langages*, revista organizada por Jean Dubois, indo em busca do sujeito que havia sido descartado, até então (GUERRA, 2009).

Esse sujeito é encontrado na psicanálise como “um sujeito desejante, sujeito do inconsciente, materialmente constituído pela linguagem e interpelado pela ideologia” (GUERRA, 2009, p. 5).

O afastamento da ideia de um sujeito livre, que pode fazer escolhas, foi um dos pontos importantes de ruptura que possibilitaram o desenvolvimento da AD enquanto disciplina nos estudos da linguagem, uma vez que, para a AD, o que interessa é descrever as vozes que “ressoam, atravessam e abalam” a ilusão do sujeito de unidade, denunciando a ótica de um sujeito da razão priorizado pelo ideal cartesiano (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Na concepção da AD, o sujeito é atravessado pela ideologia e pelo inconsciente, não se constituindo na fonte dos processos discursivos enunciados, pois está inscrito na formação discursiva que determina tais processos. No entanto, esse sujeito acredita ser a fonte do seu discurso. Logo, dois aspectos são relevantes na constituição do sujeito do discurso, o primeiro é que o sujeito acredita-se livre, porém, é interpelado pela ideologia, o segundo é que acredita estar consciente sempre, porém, é dotado de inconsciente (GUERRA, 2009).

Deve-se considerar a ilusão discursiva presente no sujeito que fala, esse sujeito acredita ser a fonte exclusiva do que fala, porém, seu dizer nasce em outros discursos (ORLANDI, 2009). As palavras não são propriedades nossas, os seus sentidos advêm da história e da língua, assim, o sujeito fala, acreditando saber o que diz, mas não tem controle sobre como os sentidos se constituem no seu discurso (ORLANDI, 2001).

Pêcheux, em sua teoria do discurso, busca refletir sobre os efeitos de sentido no discurso, “sua preocupação nunca foi a questão ‘O que isso significa?’, mas como se instituem efeitos de sentido no discurso, no encontro entre a língua, o

efeito-sujeito e a história” (TEIXEIRA, 2005, p. 16). Segundo o autor, a AD se apresenta como articulação de três regiões do conhecimento: o materialismo histórico, sendo aí compreendida a teoria da ideologia; a Linguística, como teoria dos mecanismos sintáticos e processos de enunciação e a Teoria do Discurso, regiões atravessadas por uma teoria psicanalítica da subjetividade (ORLANDI, 2009).

O texto, enquanto perspectiva do discurso, tem relação com outros textos, textos existentes, possíveis ou imaginários, e com suas condições de produção, portanto, não é uma unidade fechada. A interpretação ocorre devido à incompletude do espaço simbólico, à sua relação com o silêncio, de forma que o texto seja pensado em sua ordem significante e não em sua organização. Assim, análise e teoria andam juntas, sempre havendo interpretação, interpretação que desloca sentidos por meio da materialidade discursiva em direção à outra significação, desconstruindo os efeitos do já dito (ORLANDI, 2007).

Além de propor a análise da produção verbal, a AD constitui-se como opção quando o trabalho com o significante (linguística) é de interesse do pesquisador, com o objetivo de se atingir os mecanismos de produção de sentidos que são empregados pelos sujeitos na produção do discurso. Tais mecanismos estão relacionados tanto ao sujeito quanto à sociedade que os determina (GOMES, 2007). Logo, segundo Gomes (2007, p. 556), “a AD não se limita a analisar o *corpus* em si, mas inseri-lo no contexto vivido, considerando o aspecto histórico e social de quem enuncia”.

O analista de discurso não compreende o processo de comunicação apenas como transmissão de informação, mas, parte do pressuposto de que o diálogo caracteriza-se por sentidos edificados a partir dos agentes que interagem, incluindo as vivências, as experiências, a representação do objeto de enunciação, a visão de mundo e a classe social, dentre outros aspectos, como condições básicas para o acontecimento, determinando o dizer e o não-dizer (GOMES, 2007).

A formação discursiva constitui-se como base da AD. É conceituada como o que pode e o que deve ser dito a partir de certas condições de produção. Assim, em uma determinada formação ideológica, partindo-se de uma certa posição e de uma certa condição sócio-histórica, o que pode e o que deve ser dito é definido pela formação discursiva. O que se diz pertence a uma formação discursiva e não outra, para que se tenha um sentido e não outro (ORLANDI, 2009).

Todas as formações discursivas devem partir de uma mesma origem, motivação ou causa, que é a ideologia, “enquanto prática significativa, a ideologia aparece como efeito da relação necessária do sujeito com a língua e com a história para que haja sentido” (ORLANDI, 2001, p. 48).

A ideologia é fundamental, uma vez que une o linguístico ao sócio-histórico. A linguagem passa a ser considerada tanto no seu sistema interno quanto como formação ideológica manifestada no contexto sócio-histórico, não só incidindo na formação dos sujeitos, mas constituindo-os. É na linguagem que as representações e os implícitos ideológicos manifestam-se e que, a partir das condições de produção dos discursos, incide na formação, nas experiências e nas escolhas de vida dos sujeitos (GUERRA, 2009).

Para a AD, o texto é a uma unidade de análise que se constitui de outros elementos, de outros textos e das condições de produção de discurso em sua exterioridade constitutiva. Não se trabalha apenas com as palavras apresentadas, mas com a historicidade do texto denominado de trabalho dos sentidos (ORLANDI, 2007). O uso de dispositivos analíticos da AD propicia a descoberta desses sentidos e a identificação das formações discursivas presentes nos textos. Logo, pretende-se, aqui, discutir os dispositivos que contribuíram mais significativamente para o desenvolvimento deste estudo: a paráfrase, a polissemia, o interdiscurso, a metáfora e as formações imaginárias.

A paráfrase representa o retorno ao mesmo, ou seja, é algo que se mantém, é o dizível, são as mais variadas formulações produzidas a partir de um mesmo dizer. Já a polissemia constitui-se como ruptura, deslocamento, é o diferente que surge a partir do equívoco (ORLANDI, 2001).

O equívoco constitui-se como fato de discurso, ou seja, o equívoco é produzido através da inscrição da língua na história e, sendo o equívoco a falha da língua na história, o mesmo ocorre no funcionamento da ideologia e/ou inconsciente (ORLANDI, 2008).

Mesmo com as construções dos discursos parafraseando tudo o que já foi vivenciado, a ruptura pode ser realizada em alguns momentos, sendo experimentado, então, um novo sentido no dito cotidiano (GOMES, 2006). “E é nesse jogo entre paráfrase e polissemia, entre o mesmo e o diferente, entre o já-dito e o a se dizer que os sujeitos e os sentidos se movimentam, fazem seus percursos, (se) significam” (ORLANDI, 2001, p. 36).

O interdiscurso constitui-se como a memória discursiva, ou seja, são as mais variadas formulações feitas, as quais já foram esquecidas, mas que vão definir o que dizemos (ORLANDI, 2001). O discurso só terá sentido se já fizer sentido, e o sujeito toma esse sentido como propriedade sua, quando, na verdade, representa uma memória discursiva.

Pêcheux nos indica, com o conceito de interdiscurso, que sempre já há discurso, o dizível já está aí, sendo exterior ao sujeito. Esse dispositivo apresenta-se como formulações advindas de enunciações distintas e dispersas, constituindo o domínio da memória, o qual, por sua vez, constitui para o sujeito a exterioridade discursiva (ORLANDI, 2002).

A metáfora é superada quanto ao seu modo concebido de figura de linguagem, sendo descrita como a tomada de uma palavra por outra, de forma que o modo como as palavras significam é instituído por um mecanismo de transferência (GOMES, 2006). São os mais variados sentidos atribuídos a uma determinada palavra, sentidos estes que significam.

O efeito metafórico constitui-se como o lugar no qual língua e história se ligam a partir do equívoco, é o lugar onde o trabalho ideológico é definido, ou seja, o trabalho da interpretação. Esse efeito ao constituir o sentido forma também o sujeito, logo, na base de constituição do sujeito, também encontramos a metáfora, considerando o histórico, o equívoco e a relação língua/discurso (ORLANDI, 2007).

Ainda na constituição dos discursos, é importante a compreensão das formações imaginárias: relação de sentidos, relações de força e antecipação. As formações imaginárias apresentam-se como “base constituinte das condições de produção do discurso, em função da organização mental que estimula o dito, ao mesmo tempo em que permite a construção do que não pode ou não deve ser dito, ou seja, o não-dito” (GOMES, 2006, p. 624).

Segundo a noção de relação de sentidos, o discurso sempre vai se relacionar a outros discursos, ou seja, os sentidos dos discursos vão resultar de relações, nas quais um discurso vai se relacionar com outros que o sustentam, como também com discursos futuros. Assim, nunca vai haver um ponto final para o discurso nem um começo absoluto, pois este é contínuo (ORLANDI, 2001).

Nas relações de força, considera-se que “o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz” (ORLANDI, 2001, p. 39). Tais relações envolvem a hierarquização presente em nossa sociedade, determinando o que,

como e a quem pode ser dito algo (GOMES, 2006). O que se diz a partir de um determinado lugar social significa de forma diferente do que se fosse dito de um outro lugar, como por exemplo, um profissional da saúde cujas palavras significariam de forma diferente caso estivesse na posição de paciente.

A antecipação implica na capacidade do sujeito de colocar-se no lugar de quem ouve, desse modo, o enunciador experimenta, mesmo que de forma parcial, o lugar de ouvinte, por meio do seu lugar de enunciador (GOMES, 2006). A partir do efeito que acredita produzir no outro, o enunciador dirá de uma forma ou de outra, logo, esse mecanismo regula o processo de argumentação (ORLANDI, 2001).

Destaca-se, ainda, outro constituinte de grande importância, sempre acompanhado de sentido: o silêncio. Segundo Orlandi (2002), é importante a compreensão de que “há silêncio nas palavras”, de uma certa forma, as próprias palavras vão transpirar silêncio, o estar em silêncio pode corresponder ao estar no sentido. Para a autora, o silêncio é a “respiração” da significação, lugar necessário para que o sentido faça sentido.

Indica uma totalidade significativa, não é o vazio, o que nos remete a compreender o vazio da linguagem não como falta, mas, sim, como um horizonte. O silêncio atravessa as palavras, o que é essencial para a significação (ORLANDI, 2002).

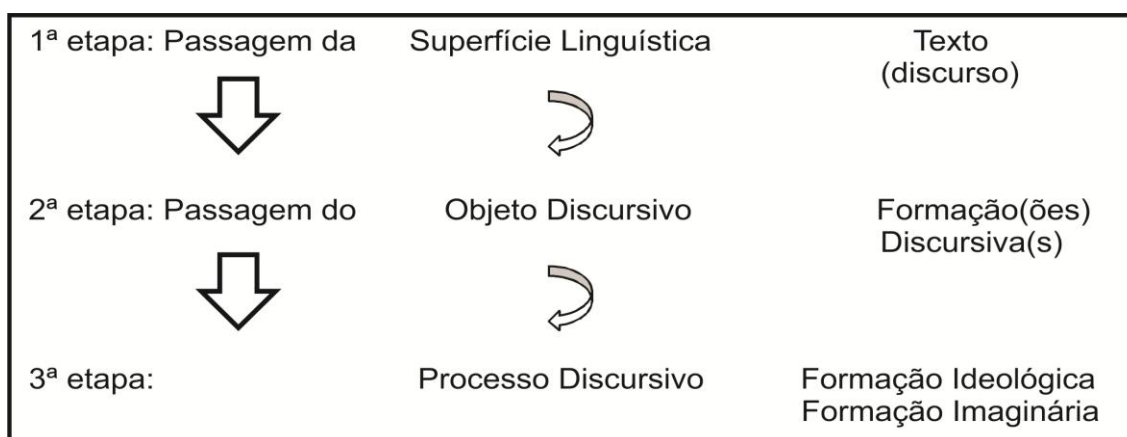
São distinguidas duas formas de silêncio: o silêncio fundador e o silenciamento ou a política do silêncio. O silêncio fundador consiste no lugar de recuo necessário para que se possa significar e o sentido faça sentido, já o silenciamento divide-se em silêncio constitutivo e em silêncio local, nos quais o primeiro parte do princípio de que, para se dizer, é preciso não-dizer e o segundo é a censura, o que é proibido em uma determinada conjuntura e, portanto, não é dito (ORLANDI, 2001).

O ocultamento abrange estratégias de enunciação que comumente encontram-se impregnadas de ironia ou de resistência, devido ao entrecruzamento das dimensões discursivas interior e exterior, ele resulta do social infiltrado no enunciador. Tal fenômeno encontra-se na origem da particularidade das construções das frases, das rupturas de sintaxe e das especificidades do estilo que possibilitam ocultar, esconder ou mesmo não explicitar algo que é ideologicamente rechaçado, no entanto, presente tanto na vivência quanto no discurso interno dos sujeitos (BAKHTIN, 1992 *apud* GOMES; CABRAL, 2010).

4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

As falas dos sujeitos foram transcritas perpassando pela dessuperficialização dos textos, identificando as proposições culturais e ideológicas que constituem as vivências dos idosos soropositivos para o HIV e o cuidado concebido a esses sujeitos, para tanto, foram seguidas as etapas do processo de realização da análise de discurso amparadas por Orlandi (2001) e Gomes (2007), as quais são: passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e passagem do processo discursivo para as formações ideológicas.

Figura 1 – Etapas do processo de realização da análise de discurso e suas correlações



Fonte: Gomes, 2007, p. 557.

A primeira etapa de realização da análise teve início através da transcrição das produções verbais, obedecendo-se o rigor necessário, com utilização de recursos linguísticos para que o sentido fosse preservado e considerando as partículas linguísticas as quais fazem parte da enunciação. Assim, realiza-se o tratamento do material empírico o qual se deseja analisar, evitando lacunas ou impressões não condizentes com o objeto a ser estudado (GOMES, 2007).

A consideração da pontuação apresenta grande importância, uma vez que é capaz de fornecer elementos necessários para que se compreenda a ideologia no funcionamento discursivo, sendo esse o lugar no qual o sujeito trabalha seus pontos de subjetivação. Logo, as marcas de pontuação podem ser percebidas como a manifestação da linguagem enquanto incompleta (ORLANDI, 2008).

Para a construção da materialidade linguística, que se dá por meio da inserção de símbolos no *corpus* para a busca da maior fidedignidade possível do momento enunciado, foi utilizada a simbologia proposta por Gomes (2007) e novas simbologias de acordo com a necessidade:

1. < Interrupção da fala do sujeito pelo pesquisador.
2. (-) Interrupção da fala do pesquisador.
3. (*itálico*) Comentários do pesquisador esclarecendo o contexto da enunciação.
4. ... Incompletude do pensamento.
5. (INAUDÍVEL) A fala é inaudível e não foi transcrita.
6. // Pausa na fala do sujeito.
7. ! Ênfase na frase.

A dessuperficialização dos textos consiste em uma etapa fundamental para que haja a transformação da superfície linguística em objeto discursivo, na qual foi realizada uma primeira análise superficial (ORLANDI, 2001).

Após várias leituras e um constante ir e vir ao *corpus*, com realização de anotações pertinentes ao entendimento do contexto, acreditando sempre que o que foi dito poderia sê-lo de outra maneira, foram configurando-se as formas específicas de dizer, caracterizadoras dos sujeitos frente ao objeto de estudo, com superação da superfície linguística.

Para a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, torna-se fundamental que os dispositivos analíticos sejam evidenciados. Assim, de forma a facilitar a apreensão dos discursos, foi utilizada a técnica de colorimetria para a identificação dos dispositivos analíticos. Tal técnica consiste na atribuição de cores aos dispositivos de análise. As cores utilizadas e os respectivos dispositivos analíticos que representam foram: **azul** para paráfrase, **vermelho** para polissemia, **verde** para metáfora e **laranja** para Interdiscurso.

Na segunda etapa do processo de análise, a origem das formações discursivas apreendidas no *corpus* devem ser questionadas. Devem-se considerar as metáforas e as indicações dos processos parafrásticos, uma vez que estes estruturam o dizer e se ligam ao dito já cristalizado na sociedade, lugar onde a ideologia pode se mostrar (GOMES, 2007).

O analista procura relacionar as diferentes formações discursivas com a formação ideológica cujas relações são regidas a partir do objeto discursivo. Assim, a constituição dos processos discursivos responsáveis pelos efeitos de sentidos é atingida (ORLANDI, 2001).

Após desvelar a ideologia presente nos discursos dos sujeitos, deve-se confirmar a coerência das formações discursivas com esta, sendo, então, a terceira etapa da análise atingida a partir da demonstração das formações discursivas e da ideologia dos sujeitos (GOMES, 2007).

A partir dos processos discursivos que constituem as vivências dos idosos e o cuidado de enfermagem nos SAEs, foram identificadas as formações discursivas específicas que contemplam os dizeres dos sujeitos entrevistados e que convergem para as ideologias as quais amparam os discursos de quem cuida e de quem é cuidado.

Quadro 4: Formações Discursivas

SUJEITOS	FORMAÇÕES DISCURSIVAS
IDOSOS	Lembranças repletas de perdas
	Silêncios que falam: o não-dito associado à Aids
ENFERMEIRAS	Pedagogização do cuidado: eu sei e você não sabe
	O lugar do idoso na concepção do enfermeiro: infantilização

Fonte: Elaborado pelo autor.

5 AS VIVÊNCIAS DOS IDOSOS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM: CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS

Para Pêcheux (1977) o discurso sempre é pronunciado partindo-se de dadas condições de produção, devendo-se considerar as relações de sentido em que foi produzido, logo, um discurso remete a um outro, assim, o processo discursivo não tem um início, vai sempre se conjugar sobre um discurso prévio.

Cabe ressaltar que tais condições apresentam como base constituinte as formações imaginárias (relações de sentido, relações de força e antecipação), em função da organização mental que estimula o dito e, ao mesmo tempo, permitindo a construção do não-dito, o que não pode ou não deve ser dito num determinado contexto (GOMES, 2006).

As condições de produção do discurso “compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação” (ORLANDI, 2001, p. 30). Segundo Orlandi (2001), podemos considerar as condições de produção em dois sentidos, um sentido estrito e um sentido amplo. No sentido estrito, inclui-se o contexto imediato, já no sentido amplo, considera-se o contexto sócio-histórico, ideológico.

Acredito na relevância da discussão de alguns dos aspectos que envolvem o sentido estrito e o sentido amplo das condições de produção dos discursos dos idosos e das enfermeiras, a fim de que as formações discursivas e as ideologias presentes nesses discursos possam ser melhores compreendidas. O lugar do qual esses sujeitos falam, o contexto sócio-histórico no qual se encontram inseridos, o objeto discursivo e o meu lugar enquanto enfermeira interlocutora muito nos desvela sobre as construções dos ditos e não-ditos.

5.1 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO DISCURSO: SENTIDO ESTRITO

Antes de iniciar a coleta e de ir para os campos de pesquisa, deparei-me com algumas questões as quais acreditava que fariam parte do processo, relacionadas, principalmente, à subjetividade que permeia o HIV. Acreditava que teria certa dificuldade para entrevistar os idosos sobre um tema que envolve questões tão delicadas. Nunca tinha tido nenhum contato com os idosos entrevistados. Um dos meus receios era de que, por não termos um vínculo, os

mesmos não se sentissem à vontade para expor sentimentos e vivências. No entanto, ao contrário do que esperava, surpreendi-me com a riqueza de sentimentos e de vivências compartilhadas.

Todas as entrevistas foram realizadas no próprio SAE em que cada sujeito é acompanhado, local já conhecido pelos mesmos e que está relacionado ao processo de adoecimento. Cada local faz parte das histórias dos idosos, tendo representações diversas para os mesmos, desde um lugar que traz dor e tristeza, por remeter à soropositividade, ao lugar em que o sofrimento trazido pela Aids pode ser reduzido pela oportunidade de iniciar o tratamento e de ser acompanhado.

Destaco que não faço parte do quadro funcional de nenhuma das instituições e conhecia apenas um dos SAE, no qual tive a oportunidade de conhecer a rotina e alguns dos profissionais durante a graduação.

Durante as entrevistas, encontrava-me de jaleco, explicava para os entrevistados que sou enfermeira e estudante de pós-graduação, mas que não possuo nenhum vínculo com as instituições.

Algumas das enfermeiras que participaram do estudo relataram não se sentir à vontade com a entrevista, desconforto que percebi durante as falas, por meio das expressões e gestos. Acredito que o meu lugar enquanto enfermeira, entrevistando “colegas de profissão”, muito tenha influenciado nesse certo desconforto.

A coleta de dados foi realizada em cinco Serviços Assistenciais Especializados em HIV/Aids, localizados em cinco diferentes instituições de saúde, cada instituição apresenta características peculiares. Enquanto contexto imediato, cabe considerar também algumas destas características e como se deu o processo de realização das entrevistas em cada local.

O **SAE A** faz parte de uma instituição de referência estadual em doenças infecciosas de nível terciário, que por muitos anos foi a única unidade de saúde no atendimento aos pacientes que vivem com HIV/Aids no Estado do Ceará, considerada pioneira na implantação dos Serviços Assistenciais Especializados em HIV/Aids no município de Fortaleza. Tal instituição configura-se como um importante centro de pesquisa e de ensino, acolhendo internos, residentes e estagiários dos variados âmbitos da saúde e de diversas instituições de ensino.

O SAE A possui uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiras, psicóloga, assistente social e dentista, contempla diferentes ambientes

e o hospital-dia. É o serviço que apresenta o maior número de enfermeiras, comparado aos outros campos de coleta, no período da coleta de dados, seis enfermeiras estavam atuando no serviço, as seis foram entrevistadas. Apresenta, também, a maior demanda de pacientes. Logo, foram entrevistados 18 idosos acompanhados no serviço.

As entrevistas com os idosos do SAE A ocorreram nos dias de atendimento dos mesmos, enquanto os idosos aguardavam a consulta na sala de espera eram convidados a participarem da pesquisa e a entrevista, caso consentida, era realizada em uma sala disponível no próprio SAE, um ambiente reservado, com respeito à privacidade dos mesmos.

Quanto às enfermeiras, a entrevista foi realizada de acordo com o dia e o horário que as mesmas acreditaram ser mais conveniente, a fim de que o serviço não fosse comprometido, e também foram realizadas em uma sala do SAE.

O papel do enfermeiro neste SAE constitui-se da realização do aconselhamento pré e pós-teste, que também pode ser realizado pela assistente social ou psicóloga do serviço, e os pacientes são encaminhados para as enfermeiras caso o médico perceba alguma necessidade durante a consulta, principalmente relacionada à medicação, sendo realizadas orientações, não havendo um acompanhamento sistemático dos pacientes pela enfermagem.

O **SAE B** faz parte de uma instituição de saúde de nível terciário que também é um importante centro de pesquisa e de ensino, considerado um centro de referência na formação de profissionais e no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. O ambulatório de infectologia fica próximo a outros ambulatórios, os quais atendem às mais diversas especialidades, e apresenta um espaço pequeno, considerando a grande demanda do serviço.

No período da coleta de dados, a equipe do SAE B era composta por médicos, técnicos de enfermagem e uma enfermeira, que não fica exclusivamente no SAE, mas dando suporte também para os outros ambulatórios. No ambulatório de infectologia, a mesma é responsável pela realização da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e se detém mais aos pacientes do hospital-dia com diagnóstico de leishmaniose, como explicado pela mesma durante a entrevista. Nesse serviço, as entrevistas foram realizadas com a enfermeira e com seis idosos.

Neste SAE, um pouco antes do início dos atendimentos, os pacientes são recebidos no ambulatório, de acordo com a ordem de chegada, para aferição da pressão arterial, do peso e organização da ordem de atendimento, nesse momento abordava os pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo e convidava-os para uma sala do ambulatório, para que, após consentimento dos mesmos, a entrevista fosse realizada em local reservado, antes das consultas. Por ser um local pequeno em relação à demanda, as entrevistas nesse local tiveram que ser rápidas, para que a sala utilizada logo fosse desocupada, de forma a não atrapalhar a dinâmica do serviço. Quanto à entrevista com a enfermeira, combinei com a mesma o melhor dia e horário e a entrevista foi realizada em uma sala da enfermagem no hospital.

O **SAE C** encontra-se em uma instituição de nível terciário que é referência em procedimentos de alta complexidade. Este SAE possui uma estrutura relativamente pequena, considerando a demanda de pacientes, compreendendo poucas salas para atendimento e uma sala mais ampla onde os pacientes podem aguardar a consulta, atualmente, aproximadamente 850 pacientes são acompanhados no serviço. Enquanto os pacientes aguardam a consulta, a psicóloga e a assistente social realizam orientações diversas em grupo de acordo com a demanda dos mesmos.

A equipe é composta por médicos, duas enfermeiras, assistente social, psicóloga e uma técnica de enfermagem. Quando o paciente chega ao serviço a técnica de enfermagem afere sua pressão arterial e seu peso, o mesmo tem a opção de aguardar a consulta na sala de espera dentro do ambulatório ou aguardar do lado de fora.

As enfermeiras realizam teste rápido, aconselhamento pré e pós-teste e orientações e informações diversas para os pacientes encaminhados pelo médico ou quando as mesmas acreditam que algum paciente tem essa necessidade, uma das enfermeiras destacou que, no caso dos idosos, essa necessidade é maior.

Para realizar as entrevistas com os pacientes idosos, compareci ao serviço durante os dias de atendimento e fiquei na sala de espera aguardando os mesmos, realizei a entrevista com dois idosos em uma sala reservada e confortável em outro ambulatório, no qual a psicóloga realiza atendimentos, pois no próprio SAE todas as salas eram ocupadas. A princípio, a intenção era que as entrevistas fossem realizadas com pelo menos seis idosos, por ser um serviço com a demanda maior de

pacientes, no entanto, devido ao tempo para realização da coleta e pelos idosos serem um público mais reduzido, foram entrevistados apenas dois. Quanto às enfermeiras, entrevistei as duas na sala da enfermagem, de acordo com melhor dia e horário escolhido pelas mesmas para que o serviço não fosse comprometido.

O **SAE D** encontra-se em uma unidade primária de atenção à saúde, foi implantado nesta unidade em 2011, possui uma estrutura pequena e o número de pacientes acompanhados é bem menor, aproximadamente, 110 pacientes. A equipe conta com duas enfermeiras, farmacêutica, assistente social e médicos. Atualmente, o serviço recebe, principalmente, os pacientes da área de abrangência, e quando o paciente procura o serviço e tem o diagnóstico positivo para o HIV, mas este não é da área de abrangência, o mesmo é encaminhado para ser acompanhado em outro serviço.

As enfermeiras realizam o aconselhamento pré e pós-teste, o teste rápido e orientações e informações diversas de acordo com a necessidade dos pacientes que são recebidos pelas mesmas por demanda espontânea, não há um acompanhamento sistemático de enfermagem, porém, percebi que há um vínculo maior entre os pacientes e os profissionais, acredito que a menor demanda de pacientes facilite esse vínculo.

O SAE D possui um grupo de adesão desenvolvido por diferentes profissionais da equipe, na qual são trabalhadas temáticas variadas, e um grupo de terapia desenvolvida por uma psicóloga do NASF, ambos os grupos possuem encontros mensais. Foi durante um dos encontros do grupo de adesão que pude entrar em contato com dois idosos acompanhados no local e que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo e, após consentimento dos mesmos, as entrevistas foram realizadas em uma sala do SAE. Quanto às duas enfermeiras, as entrevistas foram realizadas de acordo com dia e horário combinado com as mesmas, nas salas em que realizavam atendimentos no serviço.

O **SAE E** foi inaugurado em 2012 e faz parte de uma instituição particular que recebe a população em geral, sem custos. Possui uma estrutura física muito boa com várias salas, sala de espera, farmácia e um amplo espaço, no qual é desenvolvida mensalmente uma oficina terapêutica com os pacientes, sendo discutidos assuntos diversos.

Este SAE conta com uma equipe composta por médicos, enfermeira, farmacêuticos, psicóloga e dentista e recebe pacientes encaminhados de outras

instituições e também por demanda livre, no período da coleta de dados havia 285 pacientes em acompanhamento.

A enfermeira realiza o teste rápido, o aconselhamento pré e pós-teste, a notificação no SINAN e orientações e informações diversas; também não há um acompanhamento sistemático da enfermeira com os pacientes, no entanto, a mesma me informou que pretende realizar a implantação desse atendimento sistemático com os pacientes com o auxílio de outras enfermeiras e também o desenvolvimento de uma roda de conversa com os pacientes que aguardam na sala de espera.

Realizei a entrevista com a enfermeira, em uma das salas do serviço, e com dois idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos. Pude conhecer um dos idosos no dia da realização da oficina terapêutica, antes da reunião expliquei para o mesmo sobre o estudo e a entrevista foi realizada, após consentimento, em uma das salas do SAE. O outro idoso foi convidado pela enfermeira para comparecer ao serviço no dia e horário que fosse mais conveniente para o mesmo, e no dia marcado compareci ao serviço, expliquei para o mesmo sobre o estudo e, após consentimento, a entrevista também foi realizada em uma sala do SAE.

No SAE E percebi que há um grande vínculo entre os profissionais e os pacientes, foi perceptível o carinho com que a enfermeira recebe os pacientes e a atenção dispensada para os mesmos, tal atenção diferenciada foi relatada pelos entrevistados que salientaram a importância desse vínculo.

5.2 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO DISCURSO: SENTIDO AMPLO

5.2.1 O lugar do idoso na sociedade

Na percepção social, o envelhecer associa-se com o fim de uma etapa, caracterizando-se como sinônimo de sofrimento, solidão, doença, perda de autonomia e morte. Neste imaginário, dificilmente é percebido algum prazer nessa fase da vida. Essa imagem negativa da velhice foi construída historicamente na sociedade, com variações nos diferentes grupos sociais, dependendo da visão de mundo compartilhada a partir de práticas, crenças e valores (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006).

Na grande maioria das vezes, o envelhecimento está associado às mudanças físicas, destacando-se a perda de força, a diminuição da coordenação e do domínio corporal, além da deterioração da saúde, e às alterações cognitivas, como problemas na memória e na aquisição de conhecimentos, dentre outras, deixando de lado as diferenças individuais e os fatores ambientais e sociais envolvidos (BLESSMANN, 2004).

Em meio às mais variadas modificações e perdas que permeiam a velhice, o discurso capitalista tende a perceber o idoso, por um lado, como objeto de cuidados, e por outro, como mercado de consumo. É visto, por vezes, como improdutivo. A localização do mesmo enquanto mercado de consumo resulta nas mais variadas ofertas de produtos e de técnicas que têm como objetivo encobrir o que a idade mostra: a passagem do tempo, os ideais de juventude que não podem ser sustentados e, até mesmo, a própria finitude. Nas duas vertentes, o idoso é abordado como objeto (CASTILHO, 2012).

Na sociedade atual em que o corpo apresenta-se como meio de expressão e de construção de identidades, a juventude e o vigor se destacam como elementos centrais. O corpo, então, passa a ser controlado em uma concepção de que nada pode fugir ao controle, devendo-se manter uma pele lisa e sem rugas, um corpo belo, jovem e vigoroso. Dessa forma, os sujeitos buscam um ideal de perfectibilidade e juventude, sendo a velhice percebida como uma falha que precisa ser corrigida (MAIA, 2008). “A dinâmica que expressa o modo de ser do homem e que só pode ser compreendida no vivido é a corporeidade, e dela o corpo só emerge pela ajuda da linguagem que o significa” (BLESSMANN, 2004, p. 22).

Temos a imagem de dois corpos, que significam: de um lado o natural, resultante do processo evolutivo que compreende o nascimento, o desenvolvimento, o adoecimento, o envelhecimento e a morte; do outro lado, temos o corpo simbólico, que é resultante das construções sociais, que concebem como imagem ideal a saúde e a beleza relacionadas à juventude (BLESSMANN, 2004).

A mídia, cada vez mais, enaltece a imagem do belo e da perfeição, na qual as características físicas devem sobrepor-se, influenciando as imagens negativas da velhice, uma vez que, nessa fase da vida, o corpo perde o vigor, a saúde e a beleza estereotipada.

No imaginário social, a velhice também é vista como uma carga econômica para a família e sociedade, representando, também, uma ameaça à

mudança. Essa imagem tem influenciado a negação, por parte da sociedade, do direito do idoso de decidir o próprio destino (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002).

No entanto, na concepção de Silva (2008), atualmente, há o surgimento de condutas, de hábitos e de crenças que modificam as concepções tradicionalmente arraigadas ao processo de envelhecimento. As tradicionais imagens que articulam o envelhecimento apenas ao descanso e à quietude, inativamente, estão dando lugar a um modelo identitário que inclui o estímulo à atividade, à aprendizagem, à flexibilidade, a maior satisfação pessoal e formação de vínculos afetivos.

Tais características do novo modelo identitário estão reunidas sob o signo da “terceira idade”, “o rótulo que vem sendo utilizado para identificar a nova sensibilidade que passa a compor o processo de envelhecimento” (SILVA, 2008, p. 802). Porém, essa inovação é valorizada, mas também sofre muitas críticas, tanto entre os estudiosos como na sociedade em geral. O debate sobre esse fenômeno engloba tanto a suposição de que a terceira idade pode ser compreendida a partir de uma nova identidade, autônoma e diferenciada da velhice, como engloba também a percepção de seu surgimento como uma negação social da velhice, e, ainda, a percepção dessa experiência como sendo de uma geração específica, que não será transposta para gerações futuras (SILVA, 2008).

5.2.2 Aids: estigma e preconceito

Na história da humanidade, sempre existiram doenças que marcaram época e comportamentos, compostas não apenas por sinais e sintomas, mas, sim, por significados que tanto modificavam quanto ameaçavam a vida, tanto individualmente quanto coletivamente, são doenças que acometiam para além do biológico – temos como exemplo a lepra, a peste bubônica e a tuberculose. No caso do século XX, não foi diferente, duas doenças marcaram esse período: o câncer e a Aids (SOUSA; KANTORSKI; BIELEMANN, 2004).

Em 1981, foram relatados por médicos dos Estados Unidos casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de sarcoma de Kaposi, casos que a imprensa nomeou de “câncer gay”. Posteriormente, a nova doença que se espalhava passou a ser relacionada ao sangue e os casos passaram a ser identificados também em mulheres, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, recém-nascidos e receptores

de transfusão de sangue. A síndrome foi renomeada Aids e, em 1982, 14 países já haviam relatado casos da doença, dentre eles o Brasil (BRASIL, 2005).

Em 3 de junho de 1983, a Aids é relatada pela mídia brasileira, o jornal Folha de São Paulo publica a matéria intitulada “Congresso debate doença comum entre homossexuais” e, em 12 de junho do mesmo ano, o Jornal do Brasil divulga “Brasil registra dois casos de câncer gay”. Logo, inicia-se o surgimento no país do movimento comunitário de luta contra a Aids, por meio da ação dos militantes do movimento homossexual dos anos 80. A luta era contra o terror, a falta de informação e o preconceito que permeavam a doença no meio médico e na mídia (BRASIL, 2005).

Desde os primeiros casos de Aids, a doença é relacionada aos grupos socialmente marginalizados como homossexuais, usuários de droga e profissionais do sexo, mesmo essa relação tendo sido superada, ainda permeia o imaginário social (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014).

A associação entre o HIV e a Aids e a homossexualidade e, posteriormente, à prostituição, à promiscuidade e ao desvio sexual, formas diferentes de estigmatização, marca a história da epidemia, e, atualmente, ainda é o aspecto mais enraizado do estigma e da discriminação relacionados à doença (PARKER; AGGLETON, 2001).

As pessoas que contraíam uma doença através de relações sexuais sentiam, e até hoje sentem, tanto a vergonha social como a autodiscriminação e, considerando a Aids, a inexistência de cura e as grandes dimensões que têm tomado a pandemia a tornam mais angustiante (LOPES; FRAGA, 1998).

Ser portador de um vírus que traz consigo estigmas e preconceito pode causar a sensação de desvio de conduta e, ainda, o receio da exclusão social (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014).

Na concepção de Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) as reações negativas das pessoas, em relação aos que vivem com HIV, consistem em um processo de simbolização construído socialmente, elaborado no imaginário diante do diagnóstico, o qual é relacionado por uma grande parcela da sociedade a condutas e práticas sexuais desviantes ou promíscuas. Dessa forma, a pessoa que vive com o vírus apresenta comportamentos impróprios. Cabe ressaltar os sinais físicos dos doentes no início da epidemia, que também parecem estar relacionados ao

imaginário, uma vez que as manifestações perceptíveis não fazem parte do modelo de indivíduo aceito socialmente.

O esteriótipo do indivíduo com Aids ainda é um elemento vivo no imaginário social, os sujeitos, ao descobrirem o diagnóstico HIV positivo, acabam remetendo-se a imagem de uma pessoa em fase terminal, emagrecida e enfraquecida, com o diagnóstico perceptível fisicamente. No entanto, com todos os avanços, os novos recursos terapêuticos e aumento da sobrevida, surpreendem-se por manter sua forma física e perceber que não demonstram sinais da doença (MALISKA et al., 2009).

A forma como as pessoas reagem à Aids está diretamente relacionada às ideias e aos recursos que fazem parte das culturas locais. Mesmo as reações negativas não sendo inevitáveis, acabam por, normalmente, reforçar as ideologias dominantes do bem e do mal não apenas ligadas à sexualidade como também à doença e, provavelmente, ainda mais ao que se compreende como comportamentos próprios e impróprios (PARKER; AGGLETON, 2001).

A rejeição e a intolerância sociais são dirigidas a quem sofre o preconceito, sendo enaltecidas pela inconsciência do medo que é direcionado a esses sujeitos, ocorrendo a propagação no tecido social sem que haja um exame crítico. Mesmo as categorizações excludentes fazendo parte de todos os grupos humanos, no caso da sociedade capitalista, que apresenta um contexto classista, o preconceito preenche, mais ou menos de forma intencional, uma função ideológica que encobre a preferência de oportunidade para os grupos hegemônicos (CANIATO, 2008).

Os sujeitos estigmatizados pelo preconceito têm suas vidas permeadas por consequências destrutivas, principalmente quando internalizam inconscientemente as representações (CANIATO, 2008). Segundo Seben et al. (2008, p. 66):

As diversas configurações dos discursos que repercutem na produção da subjetividade influem diretamente na maneira como os indivíduos portadores do vírus HIV “captam” e significam sua doença. Portanto, as perspectivas de vida e de enfrentamento de cada sujeito se correlacionam com as realidades interna e externa de cada um, que são intersecções da multiplicidade de variáveis que circundam o problema.

A problemática dos sujeitos que vivem com HIV/Aids vai além das fronteiras estatísticas, uma vez em que se convive com uma doença com implicações psicossocioemocionais e espirituais (SOUZA; SILVA; SILVA, 2003). Esses sujeitos enfrentam o medo da morte, o medo do preconceito, o medo da exclusão e do abandono, a angústia, a tristeza, a culpa, a autodiscriminação.

A discriminação e o preconceito também são perpassados para as pessoas que convivem com o portador do vírus, pois estas também passam por adaptações que necessitam de mudanças e de enfrentamento (WAIDMAN; BESSA; SILVA, 2011).

5.2.3 A formação do enfermeiro

A formação do enfermeiro tem evoluído desde a época de Florence Nightingale. Inicialmente, esse processo estava relacionado aos aspectos de controle do ambiente, guiado pela teoria ambientalista de Florence, logo depois, passa por uma fase com uma ênfase maior nas questões técnicas, cujo foco se encontrava nas tarefas e nos procedimentos de enfermagem, já a fase de cunho científico foi iniciada a partir do ensino direcionado para o desenvolvimento de procedimentos com bases científicas (SOUZA et al., 2006).

Logo, o ensino científico focado na aprendizagem dos aspectos técnicos, que fazem parte do cuidado, reforça o modelo biomédico, tornando-se mais difícil a aproximação com o paciente e dificultando, também, o envolvimento dos profissionais com outros aspectos para além do biológico (SOUZA et al., 2006).

Atualmente, as diretrizes curriculares que orientam a elaboração dos currículos que devem ser adotados pelas instituições de ensino superior estimulam o abandono das concepções antigas das grades curriculares (aprisionadoras), que atuam, na maioria das vezes, como instrumento de transmissão de conhecimento e informação (BRASIL, 2001). No entanto, o que é percebido é que a prática pedagógica desenvolvida na maioria dos cursos de graduação em enfermagem é baseada na abordagem tradicional de ensino.

Na abordagem tradicional de ensino, o vínculo entre o professor e o aluno é vertical, no qual o professor encontra-se em um dos pólos como detentor do poder de decisão, decide sobre a metodologia que será utilizada, o conteúdo, a forma de avaliação e a interação, dentre outros aspectos. No pólo inferior, encontra-se o

aluno, sendo esperada do mesmo a submissão a esse poder. O professor tem o papel de informar e de conduzir os alunos ao encontro de objetivos escolhidos pela instituição de ensino e/ou sociedade que lhe são externos, não sendo internalizados/assumidos pelos mesmos (PINTO; PEPE, 2007).

Tal modelo educativo, em que o saber é depositado pelo professor, que o detém, no ser vazio o qual deve absorver as informações que lhe são transmitidas como mero receptor, foi denominado por Paulo Freire de educação bancária. Nesse modelo, o educador é o agente máximo e deve preencher os espaços vazios do educando, sem que haja uma relação com suas realidades e transformação desta (FREIRE, 2005).

Na abordagem tradicional de ensino, procura-se quantificar, por exemplo, com notas e frequências, o desempenho do aluno, e a avaliação é realizada de acordo com a capacidade de reprodução do que foi “ensinado”, o que deve ter exatidão. Nessa prática educacional, não há espaço para o aluno criar, inovar e pensar criticamente, o que é necessário para a transformação da realidade (ROZENDO et al., 1999).

Os enfermeiros, na sua maioria, foram formados sobre a égide da abordagem tradicional de ensino, formação que teve como base a educação bancária, e tal modelo é reproduzido no cuidado ao paciente.

6 DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS IDOSOS

6.1 FORMAÇÃO DISCURSIVA – LEMBRANÇAS REPLETAS DE PERDAS

A presente formação discursiva compreende as perdas que fazem parte das vivências dos idosos que, quando questionados sobre suas lembranças, estas ganham espaço nos discursos, constituindo processos parafrásticos que sustentam tal formação; são tanto perdas esperadas, relacionadas ao passar dos anos, como advindas a partir da descoberta do diagnóstico.

As perdas fazem parte do processo de envelhecimento, o envelhecer compreende o enfrentamento de perdas diversas, reais e simbólicas (CARVALHO; COELHO, 2006). Em relação às perdas orgânicas, o objeto perdido pode ser a acuidade visual e auditiva, a memória, a potência sexual, o vigor físico e a beleza que faz parte da juventude, tão valorizada em nossa sociedade. As perdas também podem incluir o status profissional alcançado, a convivência com colegas de trabalho e a redução da renda. Há, também, a perda do cônjuge, de familiares e de amigos, podendo, assim, ser desenvolvido um processo de luto. São perdas experimentadas e que geralmente são conscientes para o sujeito que envelhece (CONCENTINO; VIANA, 2011).

Para Yokoyama, Carvalho e Vizzoto (2006), a velhice, enquanto parte do ciclo de vida, constitui-se como um processo complexo que compreende perdas e ganhos, que podem ser mais intensos de acordo com fatores internos e externos, estrutura social e cultural que envolve o sujeito.

Em relação aos idosos entrevistados, estes trazem perdas diversas, como, por exemplo, as perdas advindas com o processo de envelhecimento. Um dos idosos traz em sua fala perceptíveis mudanças que acompanharam o passar dos anos:

(...) eu tenho 60 anos então... tudo eu fui muito ativo, trabalhando e tudo, então pra você aceitar né, às vezes eu vou subir em um batente topo, mas é uma coisa que você nunca foi... porque a idade vai chegando e vai fazendo aquilo com você, você sente, a gente vai aí quando dá fé você tropeça a escada assim (...) (IA16)

A baixa autoestima relacionada às alterações físicas pode ser percebida na fala do idoso, o mesmo destaca a vida ativa que sempre teve e a dificuldade que está tendo para lidar com as novas condições advindas com o avançar dos anos.

A velhice é uma fase da vida que sempre foi associada às perdas e limitações. A influência do modelo biomédico estigmatiza a velhice como o período em que ocorre a decadência e perdas diversas. Até hoje, essa visão negativa se sobrepõe, na qual as doenças e as alterações físicas trazem o significado negativo, contribuindo para a baixa autoestima relacionada à possibilidade da dependência ou da possibilidade de que as atividades diárias não possam mais ser exercidas (MENESES et al., 2013).

Estudo realizado por Fernandes (2009) demonstra que o homem idoso sente-se condicionado a estar bem, principalmente no que se concerne à sua condição física, afastando a velhice de alguma forma, de modo a manter-se ativo e se esforçar para se incluir no modelo hegemônico e estereotipado de juventude da nossa sociedade.

O medo diante da possibilidade da perda da independência pode ser percebido também na fala de outro idoso entrevistado, o mesmo nos remete à perda da saúde e do dinheiro, características tão valorizadas em nossa sociedade, a qual enaltece o saudável e o produtivo:

Hoje eu nem tenho saúde e não tenho dinheiro, mas do mesmo jeito tá bom ainda, vou pra onde quero, não tem quem me segure e por aí por diante. (IA5)

O idoso fala que não tem nem saúde e nem dinheiro e tenta se conformar com seu pensamento quando completa “mas, do mesmo jeito, tá bom ainda”, deixando transparecer seu incômodo com as situações em que se encontra as quais requerem adaptação, o mesmo completa ressaltando a importância de ir pra onde quer, ou seja, ser independente.

Em estudo, Fernandes e Garcia (2010) identificam, nos discursos dos idosos entrevistados, que homens e mulheres percebem a velhice como finitude, doença, problemas e limitações, sentidos atribuídos que levam ao medo da dependência e rejeição.

Além do receio da perda da independência e da liberdade, outra perda teve destaque entre os discursos, sendo lembrada pela maioria quando

questionados sobre uma lembrança de suas vidas, a perda da figura materna foi trazida a partir de formulações diversas, constituindo um mesmo dizer, tais paráfrases podem ser percebidas nas falas a seguir:

Foi uma perda (*perda da mãe*) que ainda não caiu a ficha sabe? Que ela era velhinha, mas eu não queria que morresse, o tempo de Deus é esse, né, já estou me conformando, né? (...) (IA13)

Marcou muito a vida da minha mãe, meus pais que eram muito bons pra mim, né, e, quando eu perdi, pra mim perdi o mundo quase todo, né? (IA14)

A coisa que marcou mais foi quando eu perdi minha mãe. (IA17)

A coisa mais marcante que teve na minha vida foi a morte da minha mãe. (IA18)

Quando questionados sobre lembranças de suas vidas, a maioria dos idosos cita a morte da mãe como acontecimento mais marcante, lembrando o quanto essa perda causa-lhes dor. Um dos idosos diz que ainda não “caiu a ficha”, metáfora utilizada remetendo ao fato de não querer acreditar no que aconteceu. Algumas falas demonstram o quanto tal fato ainda causa dor, mesmo tendo acontecido há anos:

A minha mãe (...) eu perdi em 2005 e ainda hoje choro por ela! (IA12)

Pra mim dia de finados e dia das mães são os dias mais tristes que tem na minha vida... Às vezes eu me acordo meia noite e a primeira coisa que eu lembro é dela (*mãe*), com tanto de anos desses, acredita? (IA17)

A morte é rejeitada pela consciência como parte da vida, uma vez que a libido está focada na construção da vida, havendo pouco lugar para a morte, pois esta representa limite, dor, sofrimento (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

Estudo realizado com idosos demonstra que a perda de pessoas amadas foi trazida pela maioria dos sujeitos como algo ainda doloroso e irreparável, não tendo ocorrido uma recomposição simbólica e de ressignificação relacionada ao luto pela morte ou por outras faltas e ausências (GUTIERREZ; SOUSA; GRUBITS, 2015).

A forma como uma perda vai repercutir para cada sujeito depende de fatores pessoais, sociais e de iniciativas de enfrentamento. Diante do processo de morte de um ente querido ou mesmo de si próprio, buscam-se formas de superar medos e frustrações. Esse processo abrange estágios emocionais, compreendendo a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. No entanto, este consiste em um processo particular, no qual os sujeitos não passarão necessariamente por todos os estágios ou podem não demonstrar características comportamentais associadas (SILVA et al., 2007).

Segundo Oliveira e Lopes (2008), o luto não se trata de um processo linear, logo, não há uma data para terminar, pode durar meses ou até mesmo por toda a vida, dependendo diretamente das características de cada sujeito e da intensidade da relação que se mantinha com a pessoa que faleceu.

Um dos motivos pelo qual o idoso pode ter dificuldade com o luto é devido à dificuldade de falar sobre a sua dor. A velhice geralmente é vista como a fase da vida permeada por sabedoria e amadurecimento, características que deveriam favorecer tal vivência, no entanto, esta se apresenta como uma fase de pouca disponibilidade para que a perda seja elaborada, ou, ainda, como a fase em que as condições emocionais do próprio idoso faltam, bem como as advindas a partir do entrosamento com o outro (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

É importante que o profissional de saúde perceba a dificuldade do idoso em expressar seus sentimentos nesse momento e possa dar o suporte emocional necessário para que esse sujeito se sinta à vontade para falar e se expressar, de forma a tentar reduzir seu sofrimento.

Além da perda da mãe, alguns idosos trouxeram também a perda do cônjuge como algo marcante, seja por morte ou separação. Um dos idosos explica como esta perda repercute em sua vida:

O negócio é a falta que faz uma mulher, porque quem não sabe, não conhece a vida de casado, não sabe a falta que um faz ao outro se separar e geralmente quando fica nessa idade que eu estou... (IA4)

A fala do idoso salienta a sua percepção sobre a importância de uma companheira e a falta que esta faz em sua vida, pode-se relacionar essa falta a um possível sentimento de solidão enaltecido pelo idoso ao destacar sua idade e não concluir sua fala, silenciando o que pode lhe trazer tristeza.

Destaca-se também, nos processos discursivos, a percepção do idoso sobre a própria morte, a relação entre a morte e a idade pode ser percebida no trecho a seguir:

(...) porque assim, minha idade, eu chego assim no centro e tem muito amigo meu, aí morreu um e morreu outro (...) aí eu digo: “Minha filha a minha senha está bem pertinho!” (*falando com a filha se referindo à morte*). (IA16)

O idoso lembra a morte de amigos, que parece ser um fato cada vez mais comum em sua vida, e acredita que a sua morte também está próxima por causa da sua idade, fazendo uma comparação com uma fila ou uma espécie de espera que está chegando ao fim, ao dizer que sua “senha” já está perto.

A morte de amigos pode trazer tristeza e dor de acordo com o grau da relação que se mantinha, todavia, a morte de amigos também pode revelar a finitude, o fim tão negado pela sociedade.

No entanto, segundo Hohendorff e Melo (2009), a forma como a morte é compreendida apresenta-se de forma dinâmica ao longo do desenvolvimento humano. Desde a infância, temos contatos com perdas. na adolescência, passamos a compreender melhor a morte e seu significado; na idade adulta, este fato torna-se algo possível, mas é na velhice que a morte parece ter uma maior aceitação, pois esta se constitui como a última etapa do ciclo de desenvolvimento humano.

Na fala do idoso, essa maior aceitação parece estar presente, uma vez que o mesmo ironiza o fato metaforicamente. No entanto, a ironia pode ser utilizada também como uma forma de encobrir a angústia e a ansiedade diante do desconhecido.

Além de relacionar a morte à idade, há também a relação da morte com a Aids.

(...) e atualmente a consciência de que não tenho assim receio da morte pelo fato do vírus né, mas que... é... como eu sou católico e tenho uma fé ainda muito pouca, porque deveria ser maior e melhor, eu penso que fica à critério de meu Deus a possibilidade de permanecer mais ou menos tempo. (IA10)

(...) eu tenho certeza que vou morrer, mas eu vou morrer... pode até ser dele (*vírus HIV*), mas eu tenho certeza que vai ser de outra coisa porque como eu trato ele muito bem, respeito rigorosamente minha medicação, tanto é que eu tenho quase sete anos que eu venho

como indetectável, do, do, do vírus, então isso pra mim é uma glória muito grande né?! (IC26)

Na primeira fala, o idoso diz não ter receio da morte decorrente da Aids, no entanto, o receio pode ser percebido quando complementa a fala, utilizando da espiritualidade como forma de se conformar com seu pensamento e até como forma de responsabilizar pela sua vida. Na segunda fala, o receio da morte decorrente da manifestação do vírus também é perceptível, o idoso sustenta sua esperança não na espiritualidade, mas na medicação.

Sabe-se que, atualmente, um diagnóstico reagente para o HIV e até mesmo o desenvolvimento da doença não significam uma condição terminal, os avanços das medicações antirretovirais resultaram na inibição, de forma significativa, da ação do vírus no organismo. Uma pessoa que adere de forma satisfatória ao tratamento, algo que é facilitado também pela elaboração psíquica da sua soropositividade, está diante de uma doença crônica que pode ser controlada e pode ter uma longa expectativa de vida. No entanto, há o imaginário social e a simbologia despertada pelo HIV (VERAS, 2007).

O imaginário social que relaciona a Aids a uma doença que provoca a morte iminente é uma percepção permeada por preconceito e desconhecimento, que traz tristeza e angústia para os pacientes.

(...) agora tem aquela coisa como amigo meu estava citando: “a pessoa que tem HIV é um cadáver em pé”, segundo ele... (IA12)
Por que ele diz isso? (Pesquisadora)

Porque ele acha que a qualquer momento você pode ir embora... (IA12)

Em sua fala, o idoso traz uma comparação feita pelo seu amigo que caracteriza uma pessoa portadora do vírus HIV como um “cadáver em pé”, metáfora utilizada, como o próprio idoso explicita, para se referir à ideia de morte iminente associada ao vírus. Em sua resposta ao questionamento da pesquisadora, o idoso utiliza o termo “ir embora” para substituir “morrer”, como uma forma de se distanciar do que pode lhe causar tristeza e, até mesmo, medo.

Na concepção de Veras (2007), é comum que um diagnóstico positivo para o HIV traga consigo as fantasias e os pensamentos relacionados à morte, pois a Aids consiste em uma epidemia mundial que já fez um grande número de vítimas

fatais, além de seu significado perpassar pela morte psíquica, um outro tipo de morte.

Quando as pessoas sabem (*o diagnóstico HIV positivo*) elas olham muito pra gente, já ficam achando que a gente vai morrer, mas só que eu não tenho medo da morte não, acredita? Temo, porque Jesus temeu, mas eu não temo, assim, eu temo a morte só que eu não tenho medo de morrer, faço o tratamento, não fico pensando que vou morrer, quando chegar a hora Deus sabe né?! (...) (IA2)

As representações sociais negativas sobre a Aids influenciam a forma como o sujeito percebe e vivencia a doença. No caso dos idosos entrevistados, mesmo a maioria tendo uma boa qualidade de vida e nunca tendo passado por internações, o que se sobrepõe nos discursos são as representações negativas.

A idosa acima fala sobre o olhar das pessoas quando sabem seu diagnóstico, olhar permeado pela percepção preconceituosa sobre a Aids, e sobre seu temor à morte, mesmo tentando dizer para si mesma que não tem medo, utilizando também da espiritualidade para se conformar e responsabilizar.

. Meneghel et al. (2008) remetem-nos à religião e à espiritualidade como recursos poderosos para resistir e enfrentar a doença, comumente utilizados em nosso país. Mesmo podendo atuar como mecanismos de negação, são recursos que possibilitam a aceitação, a escuta sem julgamento, o perdão, destacando-se a possibilidade de um novo sentido para a doença.

Outra idosa também expõe o seu receio, que parece ser potencializado pela concepção preconceituosa de uma familiar que mora em sua mesma residência:

Será que essa mulher (*se referindo a uma pessoa de sua família*) tá pensando que eu vou morrer de um dia pro outro por causa disso (*HIV*)? Porque eu acho que se fosse pra eu morrer disso aí, disso aqui, eu tinha morrido logo, se eu não tivesse cuidado também, não é verdade? Porque muita gente morre porque não se cuida né? (IE30)

A idosa demonstra o seu receio, que é intensificado pela percepção do outro, e complementa parecendo dizer aquilo que lhe conforta e até pedindo a afirmação da pesquisadora para o seu dizer.

Nos discursos dos idosos, os sentimentos de tristeza, angústia e medo da morte perante o diagnóstico e o olhar do outro foram claramente expostos.

Em um estudo realizado com 30 sujeitos acompanhados em SAE, os autores também constataram os sentimentos de tristeza, angústia e medo da morte dentre os entrevistados (SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013). Corroborando também com o estudo de Araújo et al. (2008), realizado com gestantes com HIV/Aids, em que esses sentimentos foram evidenciados.

A perda da alegria, da autoestima, da vontade de continuar a vida e os sonhos acompanham o diagnóstico e, no caso dos sujeitos do estudo, mesmo os que são acompanhados há anos destacam as perdas relacionadas à vivência da soropositividade.

(...) depois que eu soube que eu tinha isso eu perdi a alegria, não tenho mais alegria, não sou mais aquela, perdi tudo // (IB23)

Foi a doença mesmo... o que marcou mais minha vida, o que acabou com minha vida foi a doença, HIV. (IA9)

(...) o que mudou muito na minha vida foi quando eu descobri que era portador do vírus... me abalou muito //

No entanto, em meio às perdas, surge a ruptura, o deslocamento, um novo sentido atribuído à Aids e à vida, que pode ser percebido na seguinte resposta de um dos idosos, quando questionado se mudou algo em sua vida depois que descobriu seu diagnóstico:

Mudou e foi muito (...) o que mudou foi realmente **melhorar a minha situação de vida**, me alimentar melhor, dormir melhor, que no final de semana eu não dormia, virava a noite, amanhecia o dia, só dormia duas noites depois, entendeu? Por causa da bebida e tal, e melhorou assim, o relacionamento com a minha família, que eu não tinha muito, eu sempre morei fora de casa, fui embora de casa muito cedo (...) vivo bem, graças a Deus, eu acho que eu tenho uma qualidade melhor de vida depois da situação (...) (IA3)

Diferente da maioria dos idosos entrevistados que responderam a mesma pergunta trazendo os aspectos negativos da doença, o idoso em questão atribuiu um novo sentido para a sua vida após o diagnóstico e coloca aspectos positivos como a melhora da sua qualidade de vida e a aproximação com a família, um novo sentido, então, é experimentado em meio às paráfrases.

O sujeito com HIV vivencia o sofrimento, em que, primeiramente, a morte parece estar próxima, no entanto, a vida pode ser ressignificada, havendo uma

transformação interior. Ao perceber que a morte não é algo iminente como se acreditava, mas que para o resto da vida conviverá com uma doença até então incurável, a vida pode ser resignificada e um novo sentido pode lhe ser atribuído, modificando sentimentos e ações do sujeito em relação a si e ao próximo (SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

A perda do vigor físico, de entes queridos, da saúde e da própria vida, foram perdas que marcaram os processos discursivos dos idosos. As perdas parecem constituir suas vivências e serem mais marcantes que os ganhos, ganhos que certamente também existiram com o passar dos anos, no entanto, dificilmente são trazidos em meio às vivências, corroborando com a percepção social que relaciona a velhice às perdas, esta parece ser também a percepção dos mesmos enquanto idosos incluídos em uma ideologia que enaltece a beleza, a juventude e o produtivo.

6.2 FORMAÇÃO DISCURSIVA – SILÊNCIOS QUE FALAM: O NÃO-DITO ASSOCIADO À AIDS

Tal formação discursiva compreende o silêncio e o ocultamento que fazem parte dos discursos dos idosos, em suas falas, é comum o silêncio em relação ao que traz desconforto, assim como o ocultamento do que tem que ser mantido em segredo. O uso de metáforas é uma característica marcante do grupo, estas nos desvelam o significado que a Aids apresenta em suas vidas.

O silêncio não é transparente, este é tão ambíguo quanto as palavras, uma vez que é produzido em condições específicas e estas vão constituir seu modo de significar. Em certas condições, fala-se para não dizer, ou mesmo, não permitir que seja dito o que pode causar rupturas na relação de sentidos (ORLANDI, 2002).

O silêncio perpassa os processos discursivos dos idosos, estando presente principalmente ao se falar da Aids, o que ocorre devido ao preconceito, ao estigma e a todos os sentimentos negativos relacionados à doença.

Lembrança assim, de... dessa **coisa** que apareceu em mim, que descobriu por acaso, foi em 2011, mas eu não sabia que tinha, eu vivo com ela, mas pra mim eu não tenho! (IB24)

No trecho acima, o idoso, ao ser questionado sobre uma lembrança que marcou sua vida, lembra do HIV, não citando o nome do vírus ou da Aids, substituindo por “coisa”, palavra que supõe indiferença, distanciamento, algo não determinado. Diz que o vírus apareceu nele, logo, não é responsabilidade sua, podendo essa ser uma forma de tentar eximir-se da possível culpa ou responsabilidade. Completa, ainda, dizendo que, na sua percepção, ele não tem o vírus, dizer para si e para o outro que não tem o diagnóstico surge como uma forma de silenciar o que pode causar sofrimento ao ser lembrado. Em seu discurso, a negação da doença se destaca, mesmo seu diagnóstico tendo sido descoberto há um tempo, ainda não é aceito.

Pode-se perceber que existe uma forma do paciente se distanciar da Aids, não se sentindo com o vírus por não apresentar manifestações orgânicas.

O sofrimento que advém da Aids pode ser causado por diversos fatores envolvidos, podendo ser destacado: “o diagnóstico, o processo de adoecer, a iminência de morte, a discriminação, as limitações e as perdas decorrentes da mesma” (CASTANHA et al., 2006, p. 50). São fatores que levam à negação da doença e ao silenciamento do assunto, tanto para si quanto para os outros, o que também pode ser percebido nas falas a seguir:

(...) eu, pra mim, eu digo que já estive doente, não sou mais doente, sabe com o quê eu comparo hoje essa doença? Com o diabetes, qualquer outra doença, você mantém ela adormecida, se eu sair da medicação ela “envivece”, mas enquanto ela estiver adormecida ela não está me fazendo mal, não sei se você concorda com isso, já leu sobre isso? (IA8)

Não, não mudou nada assim, porque também eu não botei aquilo na cabeça, que eu tenho essa doença, que eu tenho essa doença, o médico disse logo, dez mil vezes do que se fosse aquela outra doença, o CA (*câncer*). (IB24)

Na falas acima, encontramos o interdiscurso, no qual é colocado pelos idosos a comparação entre a Aids e a diabetes e a Aids e o câncer, assim como a importância do uso da medicação, um discurso comum aos profissionais da saúde ao informar sobre a doença e sobre a importância da medicação e seu uso correto.

No estudo de Brasileiro e Freitas (2006), os sujeitos entrevistados também trazem em suas falas a relação entre o câncer e a Aids, na qual as duas doenças são representadas de acordo com a gravidade. Os autores supõem que

essa comparação surge como uma forma de se ter esperança, uma vez que o câncer é percebido como uma doença perigosa e que mata, a Aids, então, pode ser mais aceitável que o câncer. Tal representação constitui-se como um mecanismo de defesa, ao se colocar que há situações piores que a Aids, como o câncer.

É importante destacar o lugar do profissional de saúde como detentor do saber que traz em seu discurso estratégias de superação da doença, como, por exemplo, a comparação com outras doenças, como forma de tentar minimizar a dor do outro e até mesmo de não ouvir, não deixar o outro falar e formular sua dor, pois, muitas vezes, esse profissional não sabe o que fazer com o que ouve, com o que não tem uma fórmula pronta, com o que não está nos livros e nos manuais.

O silenciamento também se destaca em outras falas, refletindo o desconforto ao falar da Aids, falar sobre o assunto ou ouvir alguém falar parece trazer para a realidade algo que se quer esquecer, deixar em silêncio é uma forma de não lembrar para si e para o outro os sentimentos que permeiam a vivência do HIV:

Eu tenho esse problema pro resto da vida, quando acontece uma reportagem na televisão sobre isso eu saio de perto, eu desligo, se ela (*esposa*) estiver eu respeito, deixo ela ouvir, mas eu saio, peço pra que ela nunca fale no assunto, ela respeita, não fala (...) (IB20)

Às vezes ela (*esposa*) dizia: “Vá tomar o remédio!”, eu digo: “Não, nem fale, eu vou lá e tomo, é um trabalho que você não tem que ter!” (...) (IB20)

Essas falas também refletem um sentimento de culpa, no qual o idoso possui o diagnóstico HIV positivo e sua esposa apresenta sorologia negativa, até o fato da esposa lhe lembrar da medicação lhe incomoda, pois o mesmo acredita que esse é “um trabalho” que ela não tem que ter, demonstrando a culpa que carrega consigo perante a situação.

Além do silenciamento, destaca-se também, dentre os discursos dos idosos, o ocultamento, o ocultamento da sexualidade, do diagnóstico e da medicação foram colocados pelos mesmos durante as entrevistas.

O ocultamento da sexualidade, por exemplo, é expresso por uma das idosas entrevistadas que lembra quando foi ao mercantil comprar preservativo:

Um dia eu fui comprar (*preservativo*) lá perto de casa em um mercantil grande que tem, aí ficaram fazendo hora comigo: “Dona IE30 a senhora vai usar...”, eu digo: “Olhe, isso aqui é pra minha filha, não é pra mim!”, “Dona IE30, dona IE30!”, desse jeito, eu digo: “Sim e se for qual é o problema? Não tenho marido né? Não tenho marido, e aí qual é? Mas isso aqui é pra minha filha!” (IE30)

A percepção social que relaciona sexualidade na velhice e vergonha é destacada no discurso quando a idosa diz que ficaram “fazendo hora” com ela, a metáfora nos alude à sexualidade percebida como algo irônico pelo fato de ser vivenciada por alguém com uma idade mais avançada, que geralmente é percebido como assexuado. Esta imagem influencia diretamente na própria percepção da idosa sobre si, que tenta se explicar ao dizer que o preservativo é para sua filha.

Em estudo realizado com idosas que vivenciaram a viuvez, Souza et al. (2015) notaram que há, entre as idosas, uma preocupação com o julgamento da sociedade, fato que as leva a mudar sua imagem corporal para que uma postura discreta, desejada e imposta socialmente seja mantida.

Vários mitos e atitudes, culturalmente construídos são direcionados às pessoas idosas, relacionados principalmente à sexualidade, o que interfere na manifestação desta em suas vidas (GRADIM; SOUSA; LOBO, 2007). Foucault (2009) nos remete à relação que sempre existiu entre o sentido da sexualidade e um conjunto de valores e controles sexuais que amparam a sexualidade dita adequada ou inadequada.

A partir de uma visão restrita sobre a sexualidade e sobre o envelhecimento, a sociedade tem, muitas vezes, classificado a velhice como uma fase assexuada, em que o indivíduo teria que assumir exclusivamente a função de avô ou avó (RISMAN, 2005). Segundo Vasconcellos et al. (2004, p. 414):

Acuados entre as múltiplas exigências adaptativas que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades, para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo aqueles relativos à sexualidade que a sociedade atentamente vigia e sanciona.

A concepção errônea que relaciona a idade com a inexistência da atividade sexual tem influenciado profundamente a autoestima, a autoconfiança, o rendimento físico e social dos idosos (ALMEIDA; LOURENÇO, 2008).

Até recentemente, ainda acreditava-se que, com o envelhecimento, seria inevitável o declínio da função sexual, devido à menopausa nas mulheres e às disfunções progressivas de ereção nos homens, além da perda de sua função socialmente relacionada à procriação (SOUSA, 2008). Porém, mesmo com as mudanças típicas do envelhecimento, o prazer feminino e masculino não serão necessariamente afetados, podendo a sexualidade ser vivenciada por toda a vida (GRADIM; SOUSA; LOBO, 2007).

A importância da vivência da sexualidade também é destacada pela idosa, que enfatiza que está com 62 anos, mas que sua idade não interfere na sua sexualidade:

(...) eu tô com 62 anos, mas os meus hormônios são tudo lá em cima né? A vontade que uma nova tem eu tenho também, não é verdade? (IE30)

Para Frugoli e Magalhães Júnior (2011) conhecendo adequadamente seu corpo e as mudanças que ocorreram, bem como tendo informações sobre sexualidade, o idoso pode manter satisfatoriamente a atividade sexual.

Vale ressaltar a problemática do envelhecimento e da Aids, que também se encontra relacionada à questão cultural e de exclusão, destacando-se o preconceito social direcionado ao sexo na velhice, uma vez que a infecção de pessoas com 60 anos ou mais pelo HIV ocorre predominantemente por via sexual (SANTOS; ASSIS, 2011; ARAÚJO et al., 2007). É importante que a sociedade e os profissionais de saúde reconheçam a sexualidade do idoso.

Há também, dentre as falas, o ocultamento do diagnóstico, algo comum nos discursos dos idosos entrevistados. Não falar sobre a condição sorológica para a família, para amigos e para o companheiro(a) é destacado como um fato importante:

(...) você fica diferente, é outra coisa né? Você tem a doença, nem todo mundo né... na minha casa sabe, na minha casa as minhas duas filhas e um genro, pronto! (IA16)

(...) mas só meu filho que me acompanha, é quem sabe de tudo, ele sabe que eu venho aqui receber remédio, que eu faço exame e tudo, mas nunca entraram assim em detalhe pra saber o que é que eu tenho, não, não, e também nunca cheguei assim a conversar com ninguém (...) (IA15)

Eu tenho um relacionamento, mas só que a pessoa não sabe que eu tenho esse problema! (IE30)

O não falar sobre o diagnóstico surge como paráfrase, os idosos destacam a importância de manter sua condição sorológica oculta, a decisão surge por medo da reação do outro, do abandono, da exclusão, do preconceito, do julgamento.

(...) só que meu filho perguntou: “Mãe, quer que diga pra alguém?”, eu disse: “Não, não quero não porque o pessoal vai só fazer falatório”, se falecer for disso aí, “Não, faleceu de doença normal e pronto!” (...) nem na família ninguém sabe, só meus filhos, só dois, tenho três, mas se um soubesse todo mundo ia saber, que quando ele estivesse bêbado ele dizia pra todo mundo, pronto... (IB24)

Nesse trecho, a idosa traz a Aids como uma doença que não é “normal”, ao enfatizar que, se falecer, não é pra ser divulgada a Aids como a causa do falecimento, mas, sim, outra doença que seja considerada “normal”, esta anormalidade percebida pela idosa pode estar associada, principalmente, ao preconceito e estigma.

Outro idoso diz ter revelado seu diagnóstico apenas para sua esposa e que nenhum de seus filhos sabem:

(...) eu tenho um casal de filhos, nenhum sabe, só eu e ela (*esposa*) e eu sinto que ela ainda tá um pouco **engasgada** com isso né? Com razão né? Então isso mudou muuuuito meu ego (...) (IB20)

O sentir que a esposa ainda está “engasgada” com a situação parece dizer muito sobre o próprio idoso, pode inferir-se que é o mesmo quem está “engasgado”, que ainda não conseguiu “engolir” a situação, a Aids ainda está “engasgada”, metáfora que substitui o ato de aceitar o diagnóstico, a fala ainda é complementada pela mudança causada no seu ego.

As pessoas que vivem com HIV/Aids sofrem, muitas vezes, a discriminação, o isolamento do convívio social, apesar do conhecimento existente sobre a doença. A discriminação pode estar presente, muitas vezes, dentro do próprio núcleo familiar, o que se configura como algo alarmante, uma vez que família e amigos são importantes no desenvolvimento de uma rede de apoio (CASTANHA et al., 2006).

Lima e Pedro (2008) concluem, em seu estudo realizado com cuidadoras de adolescentes com HIV/Aids, que estas se preocupam em manter o diagnóstico velado, inclusive para familiares, por compreenderem a doença associada ao estigma, o que pode causar julgamentos e discriminação, atingindo também a família.

Percebe-se que um número bem restrito de pessoas do círculo social é escolhido para saber sobre o diagnóstico, geralmente, pessoas bem mais próximas e que possuem intimidade, ou mesmo, o HIV não é revelado para ninguém, o que pode ser algo negativo pelo fato do paciente não ter um suporte, alguém pra lhe ajudar e dividir sentimentos e vivências relacionadas à doença.

O estudo de Camargo, Capitão e Felipe (2014) demonstra a importância do suporte familiar, sendo este um fator que facilita a adesão ao tratamento e, ainda, um fator atenuador no que diz respeito à saúde mental no contexto HIV/Aids.

Para Sousa, Kantorski e Bielemann (2004), a família constitui-se como uma unidade de cuidado, sendo também uma fonte de ajuda para o sujeito que vivencia a Aids, tendo uma grande contribuição para que o equilíbrio físico e mental seja mantido. No entanto, os variados significados atribuídos à Aids podem acabar por afetar os comportamentos da família dirigidos ao sujeito doente, podendo haver discriminação e exclusão. Cada família vai possuir suas singularidades e vai interpretar a situação de acordo com a cultura, código e regras que acabam por influenciar seus comportamentos.

Um dos idosos explica seu receio em revelar seu diagnóstico para sua família:

(...) toda família tem um **exemplar** e eu sou um deles, é como se eu fosse a esponja da família, todo problema da família eu que resolvo, eu que faço, todo mundo confia muito em mim, e eu ser o exemplo da família e estar passando por uma situação dessa! (IB20)

A ideia de desvio de conduta e de vergonha perante sua família que o percebe como um “exemplar” causa um grande incômodo para o idoso, o mesmo cita até a questão da confiança, pode-se supor que, na sua percepção, viver com o HIV seja um motivo para que não confiem nele. Parece ser muito angustiante para o idoso viver com esse silêncio e com o medo de perder sua imagem de exemplar da família caso seu diagnóstico seja descoberto.

Dentre o que é ocultado, destaca-se também o ocultamento da medicação, esta se configura como uma forma de também manter o diagnóstico oculto.

(...) tomava ele (*antirretroviral injetável*) nas pernas e na barriga, duas vezes de manhã e à tarde, eu ficava todo inchado, cheio de nódulos, eu passei dois anos, eu pedi pra ela (*médica*) botar pra me matar, pra eu morrer, que eu não aguentava mais, porque além de você ficar mutilado com tantos nódulos na barriga e na perna, inchado, você não tomava em qualquer canto (...) (IC26)

(...) eu estava tão apavorado assim, com a cabeça assim a mil, que eu peguei e fui comprei vitamina C e peguei e misturei o coquetel com a vitamina C, porque a pessoa perguntava: “Tu tá tomando o quê?”, “Eu tô tomando vitamina C!”, “Ah! Deixa eu ver aí!”, aí ele ia ver a vitamina C mas o HIV tava dentro, o coquetel (...) (IC26)

O idoso diz que quando começou seu tratamento a medicação que usava era injetável e, além do incômodo que esta lhe causava fisicamente, ainda tinha o incômodo relacionado ao fato de ser algo que tinha que ser administrado em um local mais reservado para que não despertasse questionamentos por parte das outras pessoas que poderiam presenciar esse momento.

Pode-se destacar também os nódulos e o inchaço causados pela medicação como marcas que lembram ao idoso do seu diagnóstico, marcas que também podem causar questionamentos das pessoas que veem e, logo, também precisam ser ocultadas.

No caso da medicação oral, o mesmo também procura uma forma de ocultá-la, misturando com vitamina C para que, ao ser questionado, não precise dizer que se trata de antirretroviral.

No estudo de Gomes e Cabral (2010) realizado com cuidadores de crianças em terapia antirretroviral, o ocultamento da medicação também é uma característica do grupo entrevistado, os autores constataram que há uma necessidade de que os antirretrovirais sejam ingeridos de forma escondida para que não tenham que responder às possíveis perguntas. O ocultamento surge como uma maneira específica do grupo de evitar que o diagnóstico sorológico seja revelado.

Em outra fala, o idoso dá ênfase a uma questão que, segundo o mesmo, é de suma importância, a questão é o rótulo da medicação:

(...) a questão que eu acho de suma importância é a questão da medicação que a gente recebe e citar no rótulo da medicação, tem uma frase que diz assim: “A falha dessa medicação gera uma, gera a, a, é, fortalece o vírus do HIV”, isso é uma frase que não devia sair nessa medicação, eu acho assim, sabe por quê? Porque todo mundo que recebe essa medicação **rasga o rótulo**, porque é que pelo menos eles não colocam uma coisa, não fazem de um jeito, de um modo que mesmo que eles coloquem isso, essa frase que a falha da medicação fortalece o vírus HIV, pra você chegar em casa e tirar com facilidade, você acaba com as unhas todas arranhando, acaba com as unhas pra tirar aquilo ali porque eu, por exemplo, tenho mais de dez irmãos e quarenta sobrinhos que andam na minha casa e eu tenho que tirar porque eles vêm me perguntar: “Tio, você tá tomando remédio pra HIV?”, eles nunca chegaram, graças a Deus, pra perguntar isso, o meu vírus só quem sabe são duas pessoas, é o meu médico e Deus, só! (IC26)

O idoso destaca o seu incômodo com a frase que vem no rótulo da medicação, a qual acaba revelando a finalidade da mesma, diz sempre rasgar o rótulo para que, no caso do frasco da medicação ser vista por alguém, não denuncie a quem ver a sua condição sorológica. Na fala, é perceptível o receio de que seus sobrinhos ou outras pessoas descubram, destacando que só quem sabe seu diagnóstico é o médico e Deus. Pode-se supor o ato de rasgar o rótulo relacionado a uma forma de se livrar de algo, de tirar uma marca.

A frase também pode ser percebida como algo que lembra para o idoso a necessidade de tomar a medicação corretamente e que se caso isso não ocorra sua condição de saúde pode ser prejudicada, lembra, ainda, a situação de cronicidade da doença e que, para o resto de sua vida, a terapêutica tem que ser respeitada para que agravos possam ser evitados.

Ocultar a medicação e o diagnóstico pode surgir como uma forma de ocultar não apenas dos outros, mas de si próprio algo que pode estar permeado por dor, culpa, tristeza, angústia; algo que se deseja esquecer, mas que sempre tem que ser lembrado. Assumir a medicação é também assumir a Aids e todos os sentimentos associados.

Cabe ressaltar que, ao iniciar o tratamento com os antirretrovirais, o sujeito pode estar confirmando a infecção para a sociedade e a necessidade de tratamento para continuar vivendo (TEIXEIRA; SILVA 2008). Iniciar o tratamento também é uma forma de assumir para si que possui o vírus e necessita de cuidados.

A terapêutica utilizada para se combater a Aids, na maioria das vezes, é difícil de ser administrada e de difícil permanência. A dificuldade do sujeito em

aceitar o seu diagnóstico se configura como um aspecto importante relacionado a não-adesão (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Diante das falas dos idosos é perceptível que muito é silenciado e ocultado, principalmente devido ao estigma e ao preconceito que acompanham historicamente a Aids.

// pra falar a verdade, mudou assim, tem a discriminação né? Tem muita gente que discrimina, mas isso aí eu tiro de letra, não me ofende não // (IA9)

(...) então aquele medo que a gente tem né? De ser exposto, de pessoal entrar no hospital e falar: “Olha, aquele cara é doente de HIV!” (...) (IC26)

Eu tive uma situação (*quando estava internado*) muito difícil porque eu estava com a cama, não podia tocar na cama porque estava com um aparelho e pedi pra ela levantar a cama e a faxineira não fez, não foi, pra não tocar em mim, pra não pegar o HIV! (...) eu chorei por causa disso, eu tive pena dela né? (IA12)

Diante da fala de IA2, em que o mesmo retrata uma possível situação de preconceito vivenciada durante um processo de internação, cabe-nos questionar, quando é falado pelo idoso que chorou com pena da faxineira, se o choro não foi o resultado da angústia que compreende a pena de si próprio e não da faxineira.

O difícil contexto social, permeado por preconceito, facilita uma maior vulnerabilidade dos sujeitos que vivem com o vírus da Aids, à uma maior resistência aos antirretrovirais e ao processo de adoecimento e, ainda, criando situações que colaboram para um maior risco de depressão e desesperança (PAIVA et al., 2000).

Ao longo dos processos discursivos, destacaram-se as mais variadas metáforas utilizadas pelos idosos para substituir as palavras HIV e Aids, as quais são mantidas em “estado de ocultamento” (GOMES; CABRAL, 2010, p. 722), constituindo uma característica do grupo entrevistado. Algumas metáforas encontram-se nos trechos supracitados e, abaixo, são destacados mais exemplos:

(...) apanhei esse **negócio** também, sem querer, mas fazer o quê? (IA13)

(...) quando a gente pega essa **infeliz doença**, a pessoa se aposenta logo né? (IA13)

(...) eu vivo minha vida normal, com a **bomba atômica** adormecida (*risos*) (IA8)

(...) eu só me lembro mais que eu tenho a **tal coisa**, ou quando eu vejo falar na televisão, ou quando é à noite, quando eu vou tomar meu remédio. (IE30)

Nesses trechos, HIV/Aids são substituídos por “negócio”, “infeliz doença”, “bomba atômica” e “tal coisa”, metáforas que demonstram significados para a doença e são uma forma de manter o não-dito, de silenciar, de se distanciar do que pode não ser socialmente aceito.

Perceber o silêncio sob uma perspectiva discursiva requer, portanto, uma revisão de conceitos e de ideias implicadas, logo, é tomado, na linguagem, como sinal da incompletude, produzindo a possibilidade de múltiplos efeitos de sentidos.

A comparação da Aids a uma bomba atômica destaca-se pela profundidade da expressão, carregada de sentido para o sujeito. Uma bomba atômica é algo que, ao explodir, tem um grande potencial de destruição, esse parece ser o sentimento do idoso perante a Aids, algo que a qualquer momento pode explodir, pode vir à tona, que é esperado, que causa medo, destruição e até mesmo a morte, que impossibilita a vida normal citada pelo mesmo.

No estudo de Gomes (2005), os recursos metafóricos também foram utilizados comumente pelos entrevistados, onde Aids e HIV são substituídos por outras palavras e expressões. No mesmo estudo, o autor demonstra a substituição de HIV/Aids pela palavra problema, o que desvela o sentido atribuído pelos sujeitos ao vírus e à Aids.

No presente estudo, a palavra problema foi a mais utilizada pelos idosos para substituir HIV e Aids, revelando que a doença representa um problema em suas vidas.

(...) aí devido a esse **problema** né, eu tive que sair né, achei melhor sair! (IA18)

Eu me internei e foi detectado o **problema** (...) (IB20)

(...) olhe, uma vez aí eu conheci um amigo, aí ele tava com esse **problema** e eu que aconselhei ele vir pra cá (...) (IE29)

(...) comecei doente, doente, até que quando descobriu aí já foi né? Esse **problema**... (...) (IE30)

Os discursos dos idosos ganham sentido em meio aos processos parafrásticos e metafóricos muito utilizados pelos mesmos, principalmente ao se referir à Aids. Assim como no estudo de Gomes (2005, p. 125), “ao longo de toda a produção dos dados, os sujeitos ficaram nessa tensão entre o dizer e o não dizer, o explicitar e o velar, de forma natural e espontânea, o que reforça ainda mais a ideia de uma ideologia comum a todos”.

7 DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS ENFERMEIROS

7.1 FORMAÇÃO DISCURSIVA – PEDAGOGIZAÇÃO DO CUIDADO: EU SEI E VOCÊ NÃO SABE

A presente formação discursiva compreende os discursos dos enfermeiros enquanto cuidadores que detêm o saber e, logo, a verdade sobre o que é melhor para o paciente, e o mesmo é moldado de acordo com as necessidades do profissional, em nome de um discurso científico pautado no modelo biomédico.

O cuidado é realizado de forma vertical, em que de um lado encontramos o enfermeiro, detentor do saber e do poder de decisão, e, do outro lado, encontramos o paciente, um ser vazio, que não sabe o que é melhor para si, no qual o saber deve ser depositado, configurando-se um cuidado sustentado pelo discurso pedagógico.

Orlandi (2009) define o discurso pedagógico como um discurso circular, caracterizando-se como um dizer institucionalizado sobre as coisas, que se garante a instituição a qual se origina e pela qual tende. Esse discurso apresenta como objetivos a transmissão de informação e a fixação desta, nele, o professor apropria-se do cientista, havendo um apagamento do modo pelo qual essa apropriação é realizada. O mesmo possui o saber e está na escola para ensinar e o aluno nada sabe e vai para a escola com o objetivo de aprender.

Assim configura-se o cuidado de enfermagem nos SAE, sustentado pelo discurso pedagógico. Esse cuidado apresenta como principais objetivos orientar, explicar e esclarecer, no qual o enfermeiro apropria-se do saber em nome da ciência e, logo, supõe saber o que é melhor para o paciente.

A gente faz a primeira consulta, geralmente é a primeira consulta, onde você **esclarece** < (EA3)

A enfermeira na verdade ela tem um papel assim fundamental né, quanto ao tratamento do paciente, porque às vezes ele sai do médico e muitas vezes o médico não tem o tempo ou por negligência mesmo, não sei, ele não **explica** direito às vezes, aí ele vai pra gente, aí a gente **orienta** (...) (EA4)

Daí a gente faz os **esclarecimentos** sobre a doença, sobre o tratamento, sobre a medicação que ele vai tomar que é para o resto da vida né, que é uma doença incurável, a gente tenta tratar todos

esses aspectos pra que ele saiba o máximo de informação possível. (EA3)

Só o fato de você tá escutando o que ele tá dizendo já é também cuidado, **orientando** alguma coisa, não aquele cuidado assim de fazer procedimentos... (EC9)

Orientar, explicar e esclarecer constituem o foco do cuidado realizado. A enfermeira transmite a informação para que o paciente fixe-a, apropriando-se principalmente dos manuais do Ministério da Saúde para tal. O paciente de nada sabe e vai aprender com o profissional, que pretende que “ele saiba o máximo de informação possível”. É o enfermeiro quem decide qual informação será transmitida, uma vez que o paciente é destituído do saber e não conhece o que lhe interessa, constituindo o que Orlandi (2009) denomina de inculcação.

No discurso pedagógico, ensinar aparece como inculcar, indo além do informar, explicar, influenciar ou persuadir. Na inculcação, alguém resolve pelo aluno enquanto ele estiver nesse lugar, pois ele não sabe o que lhe interessa verdadeiramente (ORLANDI, 2009).

Na fala de EA4, a mesma diz que o enfermeiro tem um papel fundamental quanto ao tratamento do paciente, esse papel seria o de orientar, pois acredita que o médico muitas vezes não explica direito. É perceptível o cuidado centrado na figura do médico, restando para o enfermeiro orientar, quando o médico não o faz, o paciente fica desorientado. Resta-nos entender, então, que, segundo o discurso de EA4, o enfermeiro não tem nenhum papel fundamental no cuidado ao paciente, caso o médico oriente o necessário.

É a enfermeira quem tem o entendimento, é ela quem sabe o que é melhor para o paciente; a hierarquização e o poder são mantidos sob os ditames da ciência, o paciente está perdido e precisa ser pedagogizado:

(...) o paciente chega com alguma dúvida, então, o que eu faço aqui é tentar esclarecer o máximo de dúvidas que ele tem, entendeu? Assim, quando ele vem pra consulta né, a primeira vez, ele tá **perdido**, então aqui eu faço toda uma **orientação**, explico o que é a doença, o que é que vai acontecer com ele, entendeu? (...) (EA1)

O paciente chega com dúvidas né, assim, meio assim **perdido** né, no espaço, sem saber por que aquilo ali tá acontecendo com ele, então assim, eu tento, tento aqui ajudar ao máximo, entendeu? E assim,

orientar, realmente aqui é o aconselhamento e a **orientação** ao paciente! (EA1)

Na concepção das enfermeiras, o paciente encontra-se perdido e a forma de guiar esse paciente é com orientações relacionadas à doença, e é o profissional quem sabe “o que é que vai acontecer com ele”.

Percebe-se que, em meio aos discursos confusos, as enfermeiras encontram-se perdidas frente à complexidade do cuidar e à subjetividade envolvida.

As orientações, explicações e os esclarecimentos possuem caráter biologicista; procura-se esclarecer a Aids considerando, principalmente, o tratamento, o maior objetivo é a adesão aos antirretrovirais.

Orientar o paciente nos cuidados, é... na medicação é // nas... como é que se diz? Nas reações adversas ao medicamento né, é também ter a percepção de, de, de, de sentir o que o paciente tá precisando, entendeu? (EA4)

O nosso trabalho aqui no ambulatório fica muito focado em cima né, da pessoa é... precisar tomar, trabalhar a adesão né, então a gente trabalha muito essa questão da adesão aqui no ambulatório (...) (EA5)

(...) por se tratar de uma doença crônica então é um cuidado que a gente desenvolve muito focada na questão da adesão ao medicamento né, porque assim, às vezes começa a tomar, aí com o tempo muitos se adaptam, outros relaxam né, com a medicação (...) (ED10)

A adesão é destacada como o foco do cuidado. EA4 fala que é preciso “ter a percepção de sentir o que o paciente tá precisando”, mas, em meio aos processos discursivos, torna-se evidente que o paciente não é percebido enquanto sujeito e sim como objeto; o mesmo não é escutado, o que impossibilita que o enfermeiro realmente tenha consciência do que ele está precisando, pois o que é colocado é o que o enfermeiro precisa para se manter na sua posição de poder e de segurança e os desejos do paciente são reprimidos. Foucault (2001, p. 1193) destaca que “qualquer relação de poder não é má em si mesma, mas isto é um fato que comporta sempre perigos”.

Na fala de ED10, os pacientes que não se adaptam à medicação “relaxam”, metáfora que parece refletir a ideia de desinteresse, não sendo considerados os diversos fatores biopsicossocioespirituais envolvidos nesse processo.

Para as enfermeiras entrevistadas, o paciente pode não estar tomando a medicação corretamente também devido à dificuldade de entendimento.

A gente faz a consulta né, a gente sempre faz a consulta de primeira vez e assim, a gente aborda toda vida que tem uma necessidade né, principalmente a questão da adesão, a gente trabalha muito isso, o uso correto do medicamento né, porque às vezes você observa que ele (*paciente*) não toma o medicamento correto por conta dessa **dificuldade de entendimento**. (EA5)

(...) aquele paciente que não está **entendendo** bem como tomar os remédios, daí volta pra gente! (EA3)

Segundo as enfermeiras, os pacientes não aderem à medicação por falta de entendimento; a enfermeira é quem entende e quem transmite a informação para que o paciente entenda e faça em nome da sua saúde, e é ela quem sabe quando o paciente necessita da consulta de enfermagem.

Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) verificaram que existem múltiplos fatores relacionados a não-adesão, destacando-se as características sociodemográficas, os fatores psicossociais envolvidos, o acesso aos serviços de saúde, o próprio tratamento, a percepção do sujeito sobre a doença e a gravidade da mesma.

Seidl et al. (2007) destacam a grande relevância das questões psicossociais envolvidas na adesão, devido à estigmatização que envolve a Aids, somando-se ainda os desafios da esfera biomédica. Os autores destacam, também, a importância da escuta e do respeito às escolhas do paciente.

Fazer o paciente tomar a medicação corretamente consiste na materialização do poder biomédico, no qual a enfermeira fica realizada por conseguir aquilo que acredita ser o objetivo maior do seu cuidado: fazer com que o paciente cumpra a prescrição.

O modelo biomédico ou mecanicista estimula os profissionais a adotarem um comportamento cartesiano, com separação entre o observador e o objeto que está sendo observado, havendo a necessidade de um “distanciamento objetivo”, e o indivíduo é dividido em “pedaços”, o que dificulta a valorização do todo (BARROS, 2002).

Com o avanço e a sofisticação da biomedicina, foi percebida a sua impossibilidade de dispor de respostas conclusivas ou satisfatórias para diversos

problemas e, principalmente, para os componentes de ordem subjetiva que fazem parte de qualquer doença (BARROS, 2002).

A medicina, ao se considerar científica, incorre ao erro de não ser científica em si, mas, sim, de utilizar-se da ciência. O outro erro é que considera estar do lado da “verdade”, que suas reduções constituem a verdade do objeto em questão. E, por julgar-se científica e verdadeira, a medicina acaba por esquecer que seu “objeto” é um paciente cuja complexidade vai além dos esquemas orgânicos, fisiopatológicos e fisicoquímicos que a sua ciência, considerada exata, pode abarcar. O ser humano não é exato e nem nunca o será (MARTINS, 2004).

Atualmente, o Ministério da Saúde visa a romper com a ideia do sujeito dividido em pedaços e busca incentivar os profissionais a perceberem o paciente como um todo, discurso que é reproduzido pelas enfermeiras:

Pra mim o cuidado é zelar né, assim, o paciente chega e eu tento fazer tudo pra ajudar ele né, **cuidado como um todo**, entendeu? (EA1)

No nosso cuidado aqui sempre a gente tem uma **visão holística** do paciente (...) (EA3)

(...) é você **ver o paciente como um todo**, é... você ter aquela sensibilidade assim de... de ser uma pessoa, de ter um... de fazer um atendimento humanizado, entendeu? (EA4)

(...) a gente preza muito isso, questão de confiança e olhar **como um todo** né, não só o indivíduo, mas ele dentro da família dele, a gente deixa logo claro assim que é muito importante ter o apoio né (...) (ED11)

Apesar das enfermeiras repetirem o que lhes é inculcado, ou seja, que é preciso perceber o paciente como um todo, e reproduzirem o interdiscurso como se fossem a fonte do dizer, analisando suas falas, percebe-se que tal preceito não ocorre na prática, que o paciente é visto enquanto partes e sua subjetividade dificilmente é considerada.

Na concepção de Barros (2002), por mais que alguns profissionais tenham o desejo de perceber o paciente como um todo, estes acabam por regressar à prática reducionista, uma vez que foi este o modelo em que sua formação foi pautada.

O enfermeiro, assim como molda a técnica, tenta moldar o paciente, reduzindo-o para que se tenha um controle do mesmo, para que nada saia do esperado, o esperado é aquilo a que o profissional acredita estar preparado, o novo foge do seu controle e da sua verdade.

Quando o paciente não faz o que lhe é inculcado como verdade, é preciso “dar um carão” nele:

(...) às vezes o paciente não adere à medicação, aí o médico encaminha pra cá pra gente bri... assim, até **dar um carão** nele né, explicar porque ele tem que tomar e tudo... (EA1)

No ato falho da enfermeira, percebe-se que o intuito é brigar com o paciente que não segue o que lhe é prescrito. A palavra “brigar” não é concluída no discurso, sendo substituída por “carão”, no entanto, torna-se claro que a intenção é brigar. Assim, o paciente é punido quando foge aos moldes da verdade científica que ampara o enfermeiro.

Torna-se necessário a compreensão de que, mesmo havendo explicações racionais acerca das práticas saudáveis, os sujeitos podem ter vontades opostas à boa saúde. Tal paradoxo mostra que existe uma outra ordem, esta consiste na dimensão inconsciente do desejo, que não segue, necessariamente, a lógica da necessidade (TEIXEIRA, 2000).

O paciente consiste em uma construção teórica sob a percepção do paradigma positivista. No entanto, quando surgem os aspectos subjetivos que desafiam tal construção, busca-se por classificá-los, ignorá-los e, até mesmo, eliminá-los (TEIXEIRA, 2000).

Ainda, quando o paciente segue o que lhe é imposto, o mérito é do profissional, é o profissional o responsável pela boa adesão:

A gente tá conseguindo fazer com que nossos pacientes tenham uma boa adesão (...) (ED11)

Logo, analisando os discursos, torna-se evidente que o cuidado é centrado no enfermeiro e não no paciente, que o paciente não possui autonomia e seus desejos não são considerados, apesar da escuta ser destacada pelas enfermeiras:

O cuidado pra mim ele está vinculado à **escuta** né, então, é, ele depende da **escuta** o cuidado, eu preciso **ouvir o paciente**, perceber suas demandas para depois ter uma abordagem do cuidado. (EA2)

O cuidado pra mim vem desde um bom acolhimento que a gente faz né, recepcionar o paciente ali, a conversa, **ouvir**, no momento em que a gente tá mais **ouvindo** as queixas dele do que falando eu acho que a gente tá cuidando muito mais porque eles têm essa necessidade, isso pra mim é o cuidado! (EE12)

A escuta consiste em ouvir as demandas e as queixas dos pacientes. Assim como no estudo de Lima, Vieira e Silveira (2015), na escuta realizada pelas enfermeiras, “há uma predileção por informações que objetificam o sujeito, o seu sofrimento e as suas necessidades de cuidado” (p.159), uma vez que o foco está na fala do enfermeiro e nas demandas e queixas objetivas do paciente.

E quando o paciente fala e deixa transparecer a sua necessidade de ser ouvido, essa necessidade de escuta para além do biológico não é percebida como algo que faz parte da consulta de enfermagem:

Às vezes muitos vêm aqui mais pra conversar né, **não é só pra consulta**, às vezes eles vêm porque aconteceu alguma coisa e não tem com quem conversar, aí eles vêm pra gente também (...) (ED11)

O estudo de Moraes et al. (2011) demonstra uma supervalorização da técnica, sendo minimizada a importância do confortar, do conversar e do ouvir, que são atuações do enfermeiro as quais não são consideradas como cuidado pelos mesmos ou, quando realizadas, acabam não sendo valorizadas.

7.2 FORMAÇÃO DISCURSIVA – O LUGAR DO IDOSO NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO: INFANTILIZAÇÃO

Dentre os discursos, evidenciou-se o lugar do idoso na percepção das enfermeiras, expresso através da linguagem, sendo este percebido e tratado como uma “criança” pelas profissionais, sob a ótica do senso comum. A infantilização é percebida, principalmente, pela falta de autonomia do idoso, uso de diminutivos para se referir ao cuidado com o mesmo e implicação excessiva da enfermeira.

As falas evidenciam, sobretudo, a percepção de que o idoso possui uma maior dificuldade de entendimento e que, logo, necessita de mais cuidado e atenção.

No nosso cuidado aqui sempre a gente tem uma visão holística do paciente, e com o idoso a gente tenta é... ter um pouquinho mais de cuidado porque eles vêm com **mais crenças**, é... com **mais dificuldade também pra entender** aquele diagnóstico, o porquê daquela doença (...) os que já passaram por aqui demonstraram isso, principalmente questão de educação, porque eles têm **pouca educação**, têm pouca instrução, não é nem pouca educação, é **pouca instrução**, eles **estudaram menos**, eles **sabem menos** sobre a doença, então fica bem mais difícil pra eles entenderem o que é! (EA3)

(...) acho que o cuidado assim com o idoso é **mais atenção**, só sai daqui depois que tá sabendo mesmo as coisas da medicação! (EC9)

Na percepção de EA3, é preciso ter mais cuidado com o paciente idoso do que com os pacientes mais jovens, pois o idoso possui mais crenças, mais dificuldade para entender o diagnóstico e a doença, porque sabe menos, tem pouca educação e pouca instrução, apesar da enfermeira corrigir seu dizer, o que se destaca é a ideia da falta de educação do idoso.

A fala de EC9 corrobora essa percepção, uma vez que é a maior dificuldade que o enfermeiro tem com o idoso, colocada para se referir a fazer com que o mesmo entenda o que lhe está sendo inculcado. A enfermeira traz claramente o uso do discurso pedagogizante com o intuito de repassar a informação, refletindo, ainda, o poder que exerce sobre o paciente, considerando que o mesmo só pode sair após estar sabendo sobre a medicação e, no caso do idoso, esse cuidado precisa ter mais atenção.

Cabe-nos refletir, então, que o cuidado a mais que é preciso ter está relacionado ao fato da enfermeira ter mais dificuldade para orientar, explicar e esclarecer do que ao paciente mais jovem, pois o idoso possui dificuldade para entender o que deve ser compreendido: a doença e o diagnóstico. A dificuldade na compreensão também é colocada na fala abaixo:

(...) a questão da doença sexualmente transmissível pra eles (*idosos*) é uma coisa muito distante né, então até esse **entendimento** é difícil né, essa aceitação de... o idoso com uma doença sexualmente transmissível, fora as **limitações**, de visão né, **até de**

conhecimento, os medicamentos têm uns nomes muito difíceis né, então até pra gente **ensinar** esse uso do medicamento fica complicado né?! (EA5)

É ressaltada a questão do entendimento e destacada a limitação de conhecimento que dificulta o “ensinar”, ato que pode ser compreendido como o repasse das informações sobre os medicamentos. Na mesma fala, a enfermeira diz que, para os idosos, a questão da doença sexualmente transmissível é uma coisa muito distante, no entanto, pode-se questionar se essa questão não é algo distante para ela mesma e não para o idoso.

Castro et al. (2013) destaca que a sociedade desconsidera que o idoso pode vivenciar sua sexualidade como algo que faz parte de um processo natural. O idoso como assexuado e impossibilitado de vivenciar a sua sexualidade consiste em uma visão que acarreta negligência por parte dos profissionais de saúde, pois não assistem esse sujeito dentro das inúmeras dimensões que fazem parte da existência humana e, portanto, do envelhecer.

Percebe-se que a concepção do enfermeiro sobre a sexualidade do idoso acompanha o senso comum na crença da assexualidade do mesmo:

Os idosos, às vezes, eu fico pensando assim: meu Deus, às vezes fulano tem uma idade avançada já, é pra tá mais calmo, só com a esposa, e ainda anda à procura de mulheres aí fora né, entendeu? (EA4)

A enfermeira se refere à sexualidade do idoso e acredita que, por ter uma idade já avançada, esse sujeito é para estar mais “calmo”, pois procurar mulheres fora do casamento é algo relacionado às pessoas mais jovens, já que o idoso não é percebido como sexualmente ativo.

Outra característica do idoso que o diferencia do paciente mais jovem e se destaca nas falas é a teimosia, que pode estar relacionada ao fato de não aceitar facilmente o que lhe é imposto.

O idoso ele já é **bem mais teimoso** né, às vezes a gente tem uma dificuldade de tá conversando, a questão das crenças, principalmente no que diz respeito ao uso do preservativo né, muito difícil, porque é uma questão cultural né, quando ele era criança, jovem. (ED10)

A dificuldade de estar conversando, citada acima, está relacionada à dificuldade de fazer com que o idoso siga o que é orientado; as suas crenças não são consideradas, pois apenas parecem atrapalhar o cuidado pedagogizante.

Diante dos discursos das enfermeiras, destaca-se que a autonomia do idoso é totalmente negada, mais ainda do que a autonomia do paciente mais jovem, uma vez que este possui menos entendimento, menos instrução, menos educação e, assim, sabe menos.

As representações sociais que constituem o idoso vão para além das alterações físicas e fisiológicas evidentes, estando inseridas em um contexto cultural. Afirma-se que a constituição dos idosos, estando aí incluso o ser e o experimentar a velhice, atualmente, existe a partir de signos e de significações que a coletividade cria (STACHESKI, 2012).

Considera-se a autonomia como uma vertente central do envelhecimento saudável, no entanto, o envelhecimento encontra-se coberto por preconceitos e estereótipos, os quais têm influenciado o cuidado direcionado a esses sujeitos. Observa-se, muitas vezes, que a capacidade de decisão do idoso não é considerada pelos profissionais, que acabam por adotar uma postura paternalista e impedem o idoso de decidir o que acreditam ser melhor para o seu cuidado (CUNHA et al., 2012).

Segundo Carretta, Bettinelli, Erdmann (2011, p. 960), “a autonomia sugere tomada de decisão deliberada ou mais livre, preservação da integridade e individualidade, baseada em aspirações, valores, crenças e objetivos particulares de cada ser”.

Almeida e Aguiar (2011) destacam que, mesmo com todo o discurso que defende a autonomia, a liberdade e outros direitos dos pacientes, é comum que os profissionais de saúde utilizem-se de uma postura autoritária e opressora, o que é mais frequente quando se concerne ao idoso, pois este é visto como um ser frágil e que não sabe o que é melhor para si.

O idoso não sabe o que é melhor para si, logo, a enfermeira precisa ter mais atenção, mais cuidado, ensinar mais, o que se reflete em uma inculcação mais difícil de ser realizada e que requer, portanto, mais paciência.

O idoso acaba a gente tendo que ter **mais paciência** né, mais... um cuidado mais assim, profundo realmente, questão de entendimento,

porque o idoso acaba sendo um pouquinho mais lento, entendeu? (EA1)

(...) a gente tem um cuidado maior ao paciente idoso né, questão da **paciência** né, explicar, ir com ele pra marcar exame, entendeu? (EA1)

Frente a todas as características negativas que as enfermeiras relacionam ao paciente idoso, destacando, ainda, que é preciso mais cuidado, mais atenção e mais paciência, caracteriza-se o lugar do idoso enquanto criança na percepção das mesmas, levando a um cuidado infantilizado, o que também é legitimado pelo uso de diminutivos para se referir ao idoso e às estratégias utilizadas no cuidado:

Quando a gente chega com um paciente jovem ele já está familiarizado com a doença (...) o idoso não, a gente vê aquela **carinha** mesmo, realmente de espanto, de uma pessoa que não sabia como se prevenir. (EA3)

(...) tem outros (idosos) que tem a família que não tem muito cuidado, como nós temos um **pacientzinho**, que isso me preocupa (...) (EE12)

(...) agora tem paciente assim, principalmente os idosos, que eu explico a medicação, que eu faço assim tudo bem... coloco né, horário, desenho, eu coloco no **vidrinho** um **solzinho** que é de dia, uma **luazinha** que é pra dizer que é de noite e mesmo assim confunde (...) (EC9)

Segundo Macêdo (2011), a utilização de diminutivos no cuidado pode surgir como uma estratégia no intuito de garantir que as ações de cuidado verticalizadas possam ser impostas ao paciente de forma mais amena e suave, como forma de disfarçar o caráter autoritário impositivo.

A imagem do idoso como criança é transmitida por gerações, sendo instituída e legitimada culturalmente, tornando-se naturalizada e aceita pelo próprio idoso. Ao infantilizar o idoso, há uma privação de que o mesmo comande a própria vida, resultando em uma destituição da sua condição de sujeito (SERRA, 2010).

Na concepção de Floriano et al. (2012), a infantilização do idoso pode estar relacionada à teimosia, à resistência ao cuidado e ao comportamento do mesmo. É importante considerar que, ao infantilizar o idoso, o cuidador passa a desconsiderar suas vivências, suas histórias, suas capacidades, dentre outros

aspectos, agindo de maneira negativa e inapropriada, o que pode contribuir para a perda da autonomia desse sujeito e para a dependência emocional.

Analisando os discursos, evidencia-se uma implicação excessiva do enfermeiro no cuidado ao idoso, desconsiderando sua autonomia e suas potencialidades.

Para Figueiredo (2009), como tudo em excesso pode ser prejudicial, com o cuidado pode acontecer do mesmo jeito. O cuidado em demasia pode se tornar onipotente e dominante, gerando um cuidado conduzido pelas vontades e imposições do cuidador. Nesse caso, é confundido com controle, onde a empatia não possui espaço e as vontades, os medos e desejos do ser cuidado são deixados de lado, não havendo respeito às vontades e reais necessidades do outro. Portanto, há necessidade de um equilíbrio dinâmico entre implicações e reservas, possibilitando o estabelecimento de uma confiança mútua e de uma reciprocidade de cuidados entre o agente do cuidado e o sujeito (FIGUEIREDO, 2011).

Na concepção do autor a presença implicada precisa estar em equilíbrio com a presença reservada, esta representa o dar tempo e espaço, o silenciar, permanecer-se disponível sem intervenções exageradas, sabendo o agente do cuidado o momento oportuno de ausentar-se, protegendo o sujeito e deixando-o livre para criar dentro de suas possibilidades e anseios, basicamente, apostando na capacidade do outro e confiando no “vir a ser” ainda não manifestado, que só se revelará na presença em reserva (FIGUEIREDO, 2011).

Diante do exposto, entende-se que o idoso é percebido pelas enfermeiras como uma criança, o que é legitimado a partir das características descritas e do modo de conceber o cuidado, que vão de encontro à percepção que a sociedade construiu historicamente em relação ao idoso, à forma que o idoso é percebido no seu lugar na sociedade, logo, ao senso comum.

8 DISCURSOS DOS IDOSOS E DISCURSOS DOS ENFERMEIROS: SÍNTESE DA ANÁLISE E RELAÇÕES POSSÍVEIS

Duas formações discursivas foram identificadas nos discursos dos idosos: “Lembranças repletas de perdas” e “Silêncios que falam: o não-dito associado à Aids”. Nos discursos das enfermeiras, também foram identificadas duas formações discursivas: “Pedagogização do cuidado: eu sei e você não sabe” e “O lugar do idoso na percepção do enfermeiro: infantilização”.

Em relação aos discursos dos idosos, as formações discursivas convergem para uma ideologia capitalista, como representado na figura a seguir:

Figura 2 – Análise dos discursos dos idosos: síntese dos resultados



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nas falas dos idosos, as perdas ganharam relevância, para esses sujeitos, as perdas parecem constituir suas vivências e sobreporem os ganhos, as mais diversas perdas relacionadas à velhice e à Aids se destacaram.

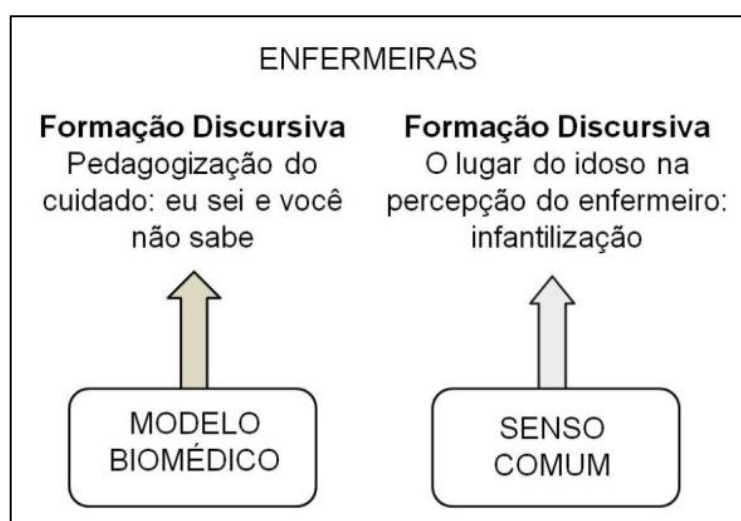
Torna-se claro que a percepção do idoso corrobora com o imaginário social que relaciona a velhice às perdas e exalta a beleza, a juventude e o produtivo. A sociedade enaltece aspectos negativos relacionados ao processo de envelhecimento e a mídia cada vez mais destaca o belo e o jovem, influenciando diretamente a imagem do sujeito sobre si e sobre seu lugar no meio social.

Outro aspecto que ganhou relevância nos discursos dos idosos foi o silêncio, principalmente ao se falar da Aids, no entanto, o silêncio é carregado de sentido e, muitas vezes, fala-se para não dizer. O silêncio, o silenciamento e o ocultamento produziram sentidos em meio às falas dos sujeitos, sendo perceptíveis suas relações com o estigma e o preconceito que acompanham a doença historicamente e com os sentimentos negativos envolvidos no processo de adoecimento: a culpa, o medo, a tristeza, a angústia, a vergonha, constituindo o não-dito, uma vez que tais aspectos influenciam a forma como a doença vai significar para o sujeito e, logo, a sua linguagem.

As formações discursivas direcionaram para uma ideologia capitalista que sustenta os dizeres, pois esta traz a concepção de uma sociedade produtiva que enaltece a juventude. O jovem, o vigoroso e o saudável ganham destaque e devem ser mantidos, a velhice representa perdas, uma vez que o idoso é considerado improdutivo e não tem um lugar na sociedade. A ideologia capitalista também prima pela saúde, pois pessoas saudáveis produzem mais e melhor; é preciso esconder a doença, principalmente a doença que carrega consigo estigmas e preconceitos.

Em relação aos discursos das enfermeiras, as formações discursivas que sustentam os discursos convergem tanto para o modelo biomédico quanto para o senso comum, como mostra a figura a seguir:

Figura 3 – Análise dos discursos das enfermeiras: síntese dos resultados



Fonte: Elaborado pelo autor.

As enfermeiras entrevistadas trouxeram discursos que destacaram a pedagogização do cuidado. A enfermeira detém a verdade e sabe o que é melhor para o paciente em nome da ciência, pautando-se para tal no modelo biomédico, construindo um cuidado verticalizado no qual o paciente de nada sabe e precisa ser orientado em uma relação de objetificação do mesmo.

A relação de poder é mantida através das ações de orientar, explicar e esclarecer, com foco no biológico; o objetivo maior é fazer com que o paciente siga a prescrição médica medicalizadora, configurando-se a inculcação.

Considerando as relações entre os discursos de ambos os sujeitos envolvidos, tanto idosos quanto enfermeiros, podemos destacar os efeitos da inculcação na significação do cuidado. A ênfase no modelo biomédico tão ressaltada pelos profissionais acaba sendo reproduzida pelos pacientes.

A medicação representa algo tão relevante no cuidado e tão inculcado pelos profissionais, que é trazida como principal significação para o cuidado realizado. Quando questionados sobre o cuidado que lhes é concebido, muitos dos idosos relacionam a medicação ao fato de se perceberem como bem cuidados:

Ahhh aqui é muito bom! Toda vida eu fui bem recebido aqui, nunca faltou remédio pra mim e nem nada (...) (IA6)

Aqui é ótimo, toda vez que eu venho eu sou bem recebida, o remédio todo dia na hora certa, toda vida que eu venho marcar eu recebo, é bom demais aqui! (IB23)

É um atendimento perfeito, a gente tem um bom atendimento, a medicação sempre, cada vez mais renovada, enquanto eu tomava 3 tipos de medicamentos, agora resumiu em um né, isso aí tá cada vez mais, tá evoluindo e trazendo mais bem-estar pra gente (...) (ID28)

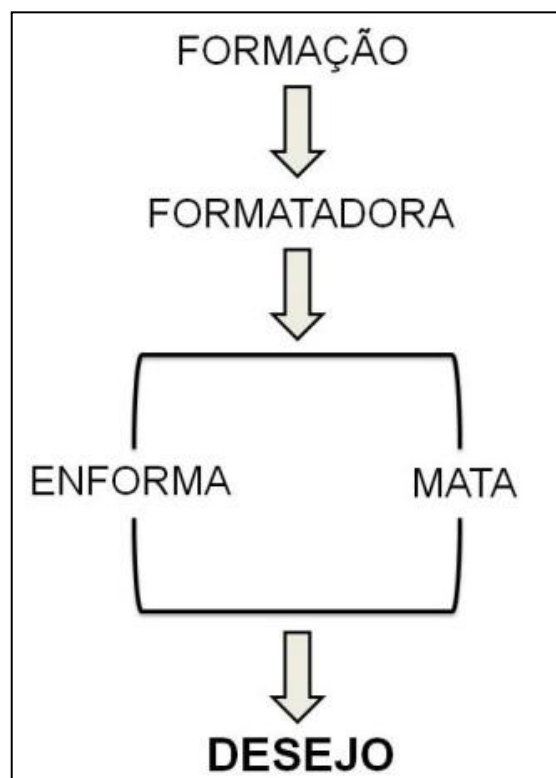
(...) sou bem atendido, sou bem acompanhado, desde o início eu não tenho nada a reclamar, nunca me faltou nada, nem os meus medicamentos, o meu tratamento então eu considero 10! (IB20)

O que se percebe é que os pacientes exaltam no cuidado o que também é exaltado pelo profissional, sendo a percepção do cuidado de qualidade diretamente relacionada à medicação.

É possível afirmar que o cuidado é focado no profissional e não no paciente, este não possui autonomia e seus desejos são reprimidos. Apesar das enfermeiras falarem sobre a importância da escuta, os idosos não são escutados, mas, sim, escutam o profissional e devem seguir o que lhes é inculcado, caso contrário, podem levar um “carão”.

Dessa forma, podemos considerar uma reprodução do processo de formação do enfermeiro na realização do cuidado. A figura demonstra essa dinâmica:

Figura 4 – A formação do enfermeiro



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os enfermeiros fizeram parte de uma formação formatadora, na qual o saber é depositado e o aluno é um sujeito vazio. A formação formatadora molda o aluno de acordo com a verdade instituída, sem que este seja ouvido, e mata seu

desejo. Assim, tal dinâmica é reproduzida no processo de cuidar, no qual o modelo biomédico ganha destaque. O paciente é moldado de acordo com a verdade da ciência detida pelo profissional, que sabe o que é melhor para o paciente em nome da sua saúde; o mesmo não é ouvido, suas inquietações, suas vontades são reprimidas e desconsideradas, pois o profissional precisa estar no controle, barrando o desejo do outro em um processo de desassujeitamento.

Segundo Aguiar, Silveira e Dourado (2011), nos serviços de saúde é comum a “sujeição” dos que procuram por assistência, nos quais o profissional é que sabe o que deve ou não ser feito para que a cura seja alcançada. Os sujeitos não detêm nenhum saber e o saber científico é que representa a verdade.

Essa sujeição é perceptível, e tanto a sujeição quanto o poder mantido pelo profissional encontra-se claramente exposto nesta fala de um dos idosos:

Aqui eu sou muito bem recebido, graças a Deus, não dou trabalho ao médico, o médico mesmo até se orgulha de mim, ele diz que eu sou um paciente que não dou muito trabalho a ele, que eu tomo as medicações bem certinho, nunca tive uma crise, foi só a primeira e pronto (...) (IA13)

Apesar do paciente estar se referindo ao médico, os discursos das enfermeiras também se pautam nessa sujeição, na qual o paciente que não dá trabalho é aquele que segue o que lhe é inculcado.

Nos processos discursivos das enfermeiras, também ganha relevância o lugar do idoso de acordo com suas percepções, sendo o mesmo percebido como um paciente que possui menos autonomia ainda que o paciente mais jovem, pois o idoso, segundo as falas, tem maior dificuldade de entendimento, pouca educação, pouca instrução, limitações, sabe menos e é mais teimoso. Logo, têm-se mais dificuldade para cuidar, ou seja, para orientar, explicar e esclarecer; é preciso ter mais paciência e atenção.

Assim, o idoso é percebido como uma criança e o cuidado é infantilizado, o que é legitimado pela linguagem com uso de diminutivos e na implicação excessiva das enfermeiras no cuidado concebido.

A infantilização do idoso não apresenta cunho científico, a percepção do idoso enquanto criança, com todos os aspectos negativos atribuídos, é resultante do senso comum, da forma com que o idoso é percebido socialmente.

Nas falas das enfermeiras pôde-se constatar que as mesmas encontram-se “perdidas” e reconhecem as necessidades de rompimento com o modelo biomédico e as mudanças no modo de conceber cuidado, pois percebem que o cuidado, realizado da forma que o é, não dá conta.

Só o orientar e explicar não são suficientes para lidar com a complexidade envolvida no processo de cuidar, pois a enfermeira inculca, mas algo foge ao seu controle, o que pode ser percebido, por exemplo, na fala abaixo:

(...) agora tem paciente assim, principalmente os idosos, que eu explico a medicação, que eu faço assim tudo bem... coloco né, horário, desenho, eu coloco no vidrinho um solzinho que é de dia, uma luazinha que é pra dizer que é de noite e **mesmo assim confunde** (...) (EC9)

É preciso refletir sobre as implicações psicoafetivas contidas no processo de cuidar, considerando que quem cuida realiza um compartilhamento de cuidados, e não apenas pratica uma ação ativamente. Pacientes e enfermeiros interagem quando os cuidados são realizados, o que proporciona a produção de subjetividades, um processo contínuo onde há criação e reprodução de sentido (TEIXEIRA, 2004).

Aguiar, Silveira e Dourado (2011) propõem que, no lugar do recorte, esteja a abrangência; no lugar do reducionismo a complexidade; e a noção de que o saber sobre o sujeito não estará ao alcance de ninguém sem que haja a reintrodução de um questionamento sobre o sujeito, considerando sua história de vida, seus significantes.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo para a apreensão das bases ideológicas presentes nas vivências dos idosos com HIV/Aids e no cuidado de enfermagem nos SAE, considerando o discurso e a subjetividade envolvida, constituiu um caminho desafiador, principalmente, devido à riqueza das vivências compartilhadas pelos sujeitos envolvidos.

A análise dos discursos possibilitou a compreensão dos sentidos que constituem o dizer e o não-dizer, mostrando que o silêncio, o silenciamento e o ocultamento são essenciais para a significação e, ainda, que apesar das formações imaginárias conduzirem os discursos e influenciarem na construção do que pode ou do que não pode ser dito, o inconsciente se manifesta.

Nos discursos dos idosos, é importante destacar os processos metafóricos como uma característica desses sujeitos, as mais variadas metáforas foram utilizadas para falar da Aids, trazendo o significado desta em suas vidas. Cabe ressaltar que o discurso metafórico constitui-se em um discurso mais complexo, uma vez que se trabalha com a criação, diferente das paráfrases, nas quais se repete o mesmo. Já nos discursos das enfermeiras, os processos parafrásticos se destacaram, principalmente, ao se falar do cuidado concebido e das suas percepções sobre o idoso.

Os idosos entrevistados se sentiram à vontade para falar sobre as mais diversas vivências, uma vez que a primeira pergunta realizada era sobre uma lembrança que tenha marcado suas vidas, possibilitando a ampliação das possibilidades frente às respostas.

Durante as entrevistas, pode-se constatar a necessidade que esses sujeitos têm de falar e serem ouvidos e de, principalmente, serem percebidos como sujeitos. O espaço de escuta possibilitou um rico compartilhamento de experiências e a percepção de que os mesmos se sentiam bem ao dividir suas vivências, fossem elas alegres ou tristes; o fato de ter alguém que escutasse suas demandas para além do biológico pareceu algo novo em meio às consultas e aos medicamentos.

Em seus discursos, os idosos trouxeram diversas demandas relacionadas à Aids, como, por exemplo, relacionadas à dificuldade de lidar emocionalmente com o diagnóstico, quanto, para além da Aids, como, por exemplo, quando falam sobre

as perdas de entes queridos e do receio da perda da independência com o passar dos anos.

Nas falas das enfermeiras, torna-se perceptível que tais aspectos não são considerados e que o foco é no cuidado objetivo, o qual prima pela transmissão de informação e inculcação, em que o sujeito, principalmente o idoso, não possui nenhuma autonomia. Porém, as mesmas percebem que esta forma de cuidar não dá conta.

Assim, propõe-se aos enfermeiros uma reflexão sobre o cuidado que concebem e a ressignificação deste, considerando a importância de sua percepção para além do biológico e da consideração do saber do paciente frente ao seu cuidado, proporcionando não uma relação objetificada, mas, sim, uma relação horizontalizada em que o mesmo possa se perceber enquanto sujeito.

Para tanto, acredita-se na utilização da escuta como diferencial no cuidado, sendo importante enfatizar que esta escuta não seja o ouvir no sentido de tamponar ou de ouvir para colher dados para depois dar a receita em nome da ciência, é uma escuta na qual o sujeito possa se dizer e, por meio da palavra, possa ir ao encontro de suas questões e se reposicionar frente a elas.

Considera-se de fundamental importância um cuidado que considere o sujeito, seus desejos, anseios, seus saberes, suas vivências, na escuta do sofrimento e do preconceito, a partir da sensibilidade e de um cuidado para além do orgânico.

Acredita-se, também, nos benefícios que a escuta e a ressignificação do cuidado possam trazer para a enfermagem, para que a própria subjetividade do enfermeiro também possa ser considerada, tornando o cuidar uma relação entre sujeitos e não algo que precise ser penosamente formatado aos moldes científicos, possibilitando aprendizados e construções.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. T.; SILVEIRA, L. C.; DOURADO, S. M. N. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 622-628, 2011.
- ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Rev. bioét (Impr.)**, v. 19, n.1, p. 197-217, 2011.
- ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 130-140, 2008.
- ARAÚJO, M. A. L.; QUEIROZ, F. P. A.; MELO, S. P.; SILVEIRA, C. B.; SILVA, R. M. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 2, p. 216-223, 2008.
- ARAÚJO, V. L. B.; BRITO, D. M. S.; GIMENIZ, M. T.; QUEIROZ, T. A.; TAVARES, C. M. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 10, n. 4, p. 544-54, 2007.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 117-139.
- BARBARÁ, A.; SACHETTI, V. A. R.; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. **Interação Psicol.**, v. 9, n. 2, p. 331-9, 2005.
- BARBOZA, R. Aids, envelhecimento, vulnerabilidades: uma nova agenda no campo da saúde coletiva. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (Orgs.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, v. 13, 2011, p. 297-320.
- BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. **A decisão de Saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: Coleção Alagadiço Novo, 2000.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BARROS, T. S. **HIV/Aids em idosos: discursos produzidos por meio de suas vivências**. 2013. 79 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.
- BEZERRA, V. P.; SERRA, M. A. P.; CABRAL, I. P. P.; MOREIRA, M. A. S. P.; ALMEIDA, S. A.; PATRÍCIO, A. C. F. A. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev Gaúcha Enferm.**, V. 36, n. 4, p. 70-6, 2015.

BION, W.R. **Attention and interpretation**. London: Tavistock, 1970.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; MOREIRA, M. A. S. P.; MEIRA, L. C. S.; NÓBREGA, M. M. L.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 4, p. 579-85, 2015.

BLESSMANN, E. J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004.

BOFF, L. **Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

_____. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos**. Inclusão Social: Brasília, v. 1, n.1, p. 28-35, 2005.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n.4, p. 261-278, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares**. Cursos de Graduação. Parecer CNE/CES 1133/2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Ano III, n. 1, dezembro de 2014. Brasília, 2014. 84 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/_p_boletim_2014_1_pdf_p__11585.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano IV, n. 1, dezembro de 2015. Brasília, 2015. 100 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 08 de dezembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 2. ed. Brasília, 2009. 70 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. 192 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 05 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília, 2005. 136 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medic_justica01.pdf>. Acesso em: 05 de janeiro de 2016.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, F. I. M. Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade infectadas pelo HIV. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P. E.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, p. 152-7, 2006.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/AIDS. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014.

CANIATO, A. M. P. A violência do preconceito: a desagregação dos vínculos coletivos e das subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 2, p. 20-31, 2008.

CARRETA, M. B.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 5, p. 958-62, 2011.

CARVALHAES, F. F. **Subjetividade e aids: a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres HIV+ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero**. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97585/carvalhaes_ff_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 de dezembro de 2015.

CARVALHO, I. S.; COELHO, V. L. D. Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. **Psico**, v. 11, n. 1, p. 113-122, 2006.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W.; RIBEIRO, C. G. Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. **PSICO**, v. 37, n. 1, p. 47-56, 2006.

CASTILHO, G. Psicanálise e velhice: o “idoso” é obsoleto? **Trivium**, ano IV, edição I, 1º semestre de 2012. Disponível em: <<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iv/artigos-tematicos/psicanalise-e-velhice-o-idoso-e-obsoleto.pdf>>. Acesso em: 20 de novembro de 2014.

CASTRO, S. F. F.; NASCIMENTO, B. G.; SOARES, S. D.; BARROS JÚNIOR, F. O.; SOUSA, C. M. M.; LAGO, E. C. Sexualidade na terceira idade – a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 10, p. 5907-14, 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico Aids**. Fortaleza, fev. 2013.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico Aids**. Fortaleza, jan. 2015.

CELEDÔNIO, L. P.; ANDRADE, L. S. AIDS na terceira idade: sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 47-60, 2014.

CONCENTINO, J. M. B.; VIANA, T. C. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 591-600, 2011.

COSTA, J. M. **HIV/AIDS na velhice**: a fala dos idosos soropositivos na cidade do Recife. 2013. 123 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: <http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=892>. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

CUNHA, J. X. P.; OLIVEIRA, J. B.; NERY, V. A. S.; SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O.; YARID, S. D. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 657-664, 2012.

FERNANDES, M. G.M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 5, p. 705-10, 2009.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, L. G. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 879-90, 2010.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psyque - Revista de Psicologia**, v. 11, n. 21, p. 13-30, 2007.

_____. A questão do sentido, a intersubjetividade e as teorias das relações de objeto. **Revista Brasileira de Psicanálise**. V. 39, p. 79-88, 2006.

_____. **As diversas faces do cuidar:** novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2009.

_____. Cuidado e saúde: uma visão integrada. **Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 29, n. 2, p. 11-29, 2011.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O.; SUDRÉ, M. R. S. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 543-8, 2012.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **L'herméneutique du sujet:** cours au collège de France. 1981-1982. Édition publiée sur la direction de François Ewald e autres. Paris: Gallimard, 2001.

_____. **História da Sexualidade II**. 13º ed. São Paulo: Edições Graal, 2009.

_____. **O Nascimento da clínica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. 260 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FRUGOLI, A.; MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 15, n. 1, p. 85-93, 2011.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no Contexto Brasileiro: iniquidade de gênero, raça e geração. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, supl. 2, p. 9-20, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. Editora Atlas: São Paulo, 2002.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 555-62, 2007.

_____. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 620-6, 2006.

_____. **Silêncio, silenciamento e ocultamento na terapia antiretroviral:** desvelando o discurso de cuidadores de crianças. 2005. 200 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp122248.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2015.

GOMES, A. M. T. G.; CABRAL, I. E. Ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antiretroviral. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 719-26, 2010.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vive com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. Assistir/Cuidar na enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, v. 2, n. 1, p. 2-8, 1998.

GRABOIS, P. F. Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à antiguidade. **Ensaio filosóficos**, v. 3., p. 105-120, 2011.

GRAÇAS, E. M.; SANTOS, G. F. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 200-7, 2009.

GRADIM, C. V. C.; SOUSA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 204-13, 2007.

GUERRA, V. M. L. A análise do discurso de linha francesa e a pesquisa nas ciências humanas. **An. Sciencult**, v. 1, n. 1, Parnaíba, 2009.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

GUTIERREZ, D. M. D.; SOUSA, A. B. L.; GRUBITS, S. Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1731-1740, 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 15ª edição. Petrópolis: Vozes. 2005. Parte I.

_____. **Seminários de Zollikon**. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **Todos nós... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes, 1981. 72 p.

HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à psicologia hospitalar. **Estudos e pesquisas em psicologia**, ano 9, n. 2, p. 480-492, 2009.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo de envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, , 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica: técnicas de pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAZZAROTTO, A. R.; KRAMER, A. S.; HÄDRICH, M.; TONIN, M.; CAPUTO, P.; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1833-40, 2008.

LIMA, A. A. A.; PEDRO, E. N. R. Crescendo com HIV/AIDS: estudo com adolescentes portadoras de HIV/AIDS e suas cuidadoras-familiares. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2008.

LIMA, D. W. C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 154-60, 2015.

LISBOA, M. E. S. **A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS**. In: Congresso Virtual HIV/AIDS. Lisboa, 2006. Disponível em: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=227. Acesso em: 17 de julho de 2012.

LOPES, M. V. O.; FRAGA, M. N. O. Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. **Rev. latino-am enfermagem**, v. 6, n. 4, p. 75-81, 1998.

LUZ, P.M; MIRANDA, K.C.L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1143-1148, 2010.

MACÊDO, S. M. **Cuidado clínico de enfermagem em serviço ambulatorial especializado em HIV/AIDS: os discursos que permeiam essa prática**. 2011. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

MAIA, G. F. Corpo e velhice na contemporaneidade. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, ano 8, n. 3, p. 704-711, 2008.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I.; VIEIRA, M.; BASTIANI, J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 85-91, 2009.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de psicologia da UNESP**, v. 8, n. 2, p. 110-117, 2009.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004.

MASCHIO, M. B. M.; BALBINO, A. P.; SOUZA, P. F. R., KALINKE, L. P. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 583-9, 2011.

MELO, H. M. A.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; MARINO, J. G. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.43-53, 2012.

MENEGHEL, S. N.; FARINA, O.; SILVA, L. B.; WALTER, L.; BRITO, S. G.; SELLI, L.; SCHNEIDER, V. Histórias de dor e de vida: oficinas de contadores de histórias. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 220-228, 2008.

MENESES, D. L. P.; SILVA JÚNIOR, F. J. G.; MELO, H. S. F.; SILVA, J. C.; LUZ, V. L. E. F.; FIGUEIREDO, M. L. F. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 15-18, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade a liberdade e a dependência (introdução). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MORAIS, F. R. C.; SILVA, C. M. C.; RIBEIRO, M. C. M.; PINTO, N. R. S.; SANTOS, I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 305-10, 2011.

NETO, J. D.; NAKAMURA, A. S.; CORTEZ, L. E. R.; YAMAGUCHI, M. U. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3853-3864, 2015.

OLIVEIRA, D. C.; VIDAL, C. R. P. M.; SILVEIRA, L. C.; SILVA, L. M. S. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-6, 2009.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R. G. C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 217-221, 2008.

OLIVEIRA, M. L. C.; PAZ, L. C.; MELO, G. F. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal - Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2013.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 679-685, 2008.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. Campinas (SP): Pontes, 2009. 276 p.

_____. **Análise de discurso**: princípios e fundamentos. Campinas: Pontes, 2001. 100 p.

_____. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 5 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2002. 190 p.

_____. **Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. 5 ed. Campinas: Pontes Editores, 2007. 156 p.

_____. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. 3 ed. Campinas: Editora Pontes, 2008. 218 p.

PAIVA, V.; LEME, B.; NIGRO, R.; CARACIOLO, J. Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (Orgs) **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS, p. 27-78, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Cidadania e Direitos, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, n. 1, 2001.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). In: GADET, F.; HAK, T. (Orgs) **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: Editora da Unicamp, 1977.

PEREIRA, G. S.; BORGES, C. I. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 720-725, 2010.

PESSOA JUNIOR, J. M.; NÓBREGA, V. K. M.; MIRANDA, F. A. N. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 603-6, 2012.

PINTO, J. B. T.; PEPE, A. M. A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 729-36, 2005.

POTTES, F. A.; BRITO, A. M.; GOUVEIA, G. C.; ARAUJO, E. C.; CARNEIRO, R. M. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 3, p. 338-51, 2007.

RISMAN, A. Sexualidade e Terceira Idade: uma visão histórico-cultural. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 89-115, 2005.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.

ROCHA, F. C. V.; FREITAS FILHO, F. C.; MACÊDO JÚNIOR, J. A. M.; ROSA, Y. R. D. Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS. **R. Interd.**, v. 6, n. 2, p. 137-143, 2013.

ROCHA, Z. A ontologia Heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. **SÍNTESE Revista de filosofia**, Belo Horizonte, v. 38, n. 120, p. 71-90, 2011.

ROZENDO, C. A.; CASAGRANDE, L. D. R.; SCHNEIDER, J. F.; PARDINI, L. C. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 15-23, 1999.

SÁ, A. M. S.; CALLEGARI, F. M.; PEREIRA, E. T. Conviver com HIV/AIDS: concepções de pessoas com idade acima de 50 anos. **Ser Social**, Brasília, n. 21, p. 259-284, 2007.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. 205 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01102003-185727/pt-br.php>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

SALES, C. A. O ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 563-8, 2008.

SANTO, C. C. E.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS: um estudo de representações sociais. **Revista de Enfermagem Referência**, III série, n. 10, 2013.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, N. J. S.; BARBOSA, R. M.; PINHO, A. A.; VILLELA, W. V.; AIDAR, T.; FILIPE, E. M. V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 5321-5333, 2009.

SANTOS, R. B. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana**. 2006. 243 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21032007-143657/pt-br.php>. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **R Enferm UERJ**, v. 14, n. 3, p. 455-62, 2006.

SEBEN, G.; GAUER, G. J. C.; GIOVELLI, G. R. M.; VIEIRA, R. G. Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença. **PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 1, p. 63-72, 2008.

SEIDL, E. M. F.; MALCHÍADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, 2007.

SERRA, A.; SARDINHA, A. H. L.; PEREIRA, A. N. S.; LIMA, S. C. V. S. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/Aids atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n.97, p. 294-304, 2013.

SERRA, J. N. Violência simbólica contra os idosos: forma sigilosa e sutil de constrangimento. **R. Pol. Públ. São Luís**, v. 14, n. 1, p. 95-102, 2010.

SILVA, A. L. Entrevista em profundidade como técnica de pesquisa qualitativa em saúde coletiva. **Saúde Coletiva**, v. 02, n. 7, p. 71, 2005.

SILVA, C. A.; CARVALHO, L. S.; SANTOS, A. C. P. O.; MENEZES, M. R. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 97-104, 2007.

SILVA, L. C.; FELÍCIO, E. E. A. A.; CASSÉTTE, J. B.; SOARES, L. A.; MORAIS, R. A.; PRADO, T. S.; GUIMARÃES, D. A. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/Aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 4, p. 821-833, 2015.

SILVA, L. R. F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 801-815, 2008.

SILVA, L. W. S.; FRANCIONI, F. F.; SENA, E. L. S.; CARRARO, T. E.; RANDUNZ, V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 471-5, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; MELLO ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 65-112, 2005.

SILVEIRA, L. C.; VIEIRA, A. N.; MONTEIRO, A. R. M.; MIRANDA, K. C. L.; SILVA, L. F. S. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 548-554, 2013.

SOUSA, A. S.; KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. L. M. A Aids no interior da família – percepção, silêncio e segredo na convivência social. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2004.

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 2, p. 381-4, 2011.

SOUSA, C. S. O.; SILVA, A. L. O cuidado a pessoas com HIV/AIDS na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev esc enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 907-14, 2013.

SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST: J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

SOUZA, A. C. C.; FILHA, M. J. M. M.; SILVA, L. F.; MONTEIRO, A. R. M.; FIALHO, A. V. M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 6, p. 805-7, 2006.

SOUZA, A. I. J.; SILVA, K. M.; SILVA, M. Cuidando de famílias de crianças soropositivas no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 177-185, 2003.

SOUZA, M.; MARCON, S. S.; BUENO, S. M. V.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 3, p. 936-944, 2015.

STACHESKI, D. R. Representações negativas do envelhecimento na comunicação pública brasileira: campanha de conscientização da violência contra a pessoa idosa no trânsito. **Rev. Estud. Comum.**, v. 13, n. 32, p. 255-267, 2012.

TAVARES, J. P.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; BEUTER, M.; PRESTES, F. C.; ROCHA, L. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 253-9, 2010.

TEIXEIRA, E. R. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 8, n. 3, p. 361-9, 2004.

TEIXEIRA, E. R. A subjetividade na enfermagem – o discurso do sujeito no cuidado. **R. Bras. Enferm.**, v. 53, n. 2, p. 233-239, 2000.

TEIXEIRA, M. **Análise de discurso e psicanálise**: elementos para uma abordagem do sentido no discurso. 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. 210 p.

TEIXEIRA, M. G.; SILVA, G. A. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 729-36, 2008.

TERRA, M. G.; CAMPONOGARA, S.; SILVA, L. C.; GIRONDI, J. B. R.; NASCIMENTO, K.; RADUNZ, V.; SANTOS, E. K. A. O significado do cuidar no

contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 15, p. 164-69, 2006.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, R. F.; CASTRO, O. P.; DURY, K. V.; RUSCHEL, A.; COUTO, M. C. P. P.; COLOMBY, P.; GIAMI, A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 413-419, 2004.

VERAS, J. F. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 27, n. 2, p. 266-275, 2007.

VIEIRA, A. N. **Cartografia do cuidado e da clínica na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação**. 2010. 164 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ea000887.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

WAIDMAN, M. A. P.; BESSA, J. B.; SILVA, F. L. C. Viver com AIDS e sofrer psiquicamente. **Rev Rene**, v. 12, n. 1, p. 173-80, 2011.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

YOKOYAMA, C. E.; CARVALHO, R. S.; VIZZOTO, M. M. Qualidade de vida na vehicle segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. **inFormação**, ano 10, n. 10, p. 57-82, 2006.

ZEFERINO, M.T.; SANTOS, V. E. P.; WALL, M. L.; ROCHA, P. K.; BLOIS, J. M.; MEIRELES, B. H. S. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 345- 350, 2008.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - Roteiro de entrevista junto aos idosos acompanhados no
Serviço Assistencial Especializado**

Caracterização dos sujeitos

1. Idade: _____
2. Sexo: M(☐) F(☐)
3. Religião: _____
4. Estado Civil: Casado (☐) Solteiro (☐) Viúvo (☐)
5. Escolaridade: (☐) Analfabeto (☐) Ensino fundamental completo (☐) Ensino fundamental incompleto
(☐) Ensino médio completo (☐) Ensino médio incompleto (☐) Superior completo (☐) Superior incompleto
6. Tempo de acompanhamento no SAE: _____

Perguntas norteadoras

- 1) VOCÊ GOSTARIA DE ME CONTAR ALGUMA DE SUAS LEMBRANÇAS DE VIDA?
- 2) O QUE MUDOU NA SUA VIDA DEPOIS QUE VOCÊ SE DESCOBRIU COM HIV?
- 3) O QUE É O CUIDADO PARA VOCÊ?
- 4) COMO VOCÊ PERCEBE O CUIDADO REALIZADO NO SAE?
- 5) COMO VOCÊ GOSTARIA QUE ESTE CUIDADO FOSSE REALIZADO?

**APÊNDICE B - Roteiro de entrevista junto aos enfermeiros do Serviço
Assistencial Especializado**

Caracterização dos sujeitos

1. Idade: ____
2. Sexo: F() M()
3. Religião: _____
4. Serviço no qual atua: _____
5. Tempo no SAE: _____
6. Titulação: ()Especialização ()Residência ()Mestrado ()Doutorado

Perguntas norteadoras

- 1) O QUE É O CUIDADO PARA VOCÊ?
- 2) COMO É O CUIDADO AO PACIENTE COM HIV?
- 3) COMO É O CUIDAR DO IDOSO COM HIV?
- 4) COMO VOCÊ PERCEBE O IDOSO COM HIV?
- 5) HÁ DIFERENÇA NO CUIDADO CONCEBIDO A UM PACIENTE IDOSO PARA O CUIDADO CONCEBIDO A UM PACIENTE MAIS JOVEM?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Idosos

Caro (a) participante,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“HIV/AIDS EM IDOSOS: DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE CUIDAR”**. Os objetivos desse estudo são: analisar os discursos produzidos por meio de vivências de idosos com HIV/Aids acompanhados em Serviços Assistenciais Especializados em HIV/Aids e analisar os discursos produzidos pelos enfermeiros que cuidam destes idosos.

Sua participação se dará através de entrevista individual sobre o tema estudado. Solicito sua autorização para gravações das entrevistas em áudio, no intuito de obter a maior quantidade de dados possíveis. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome dos participantes desse estudo, nem outra informação que possibilite a identificação dos mesmos.

As informações coletadas serão utilizadas nos resultados da pesquisa, os quais serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos.

Informamos que esta pesquisa não trará riscos diretos à sua saúde, mas se houver algum problema ou desconforto, estes serão acompanhados pela pesquisadora que dará todo o apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los.

Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois serão repassadas aos gestores e aos profissionais, trazendo momentos de reflexão, além de ampliar a visão dos pesquisadores e cuidadores, sobre os pontos importantes a serem melhorados no planejamento e nas ações de cuidados junto aos idosos nessa unidade e em outras.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Garantimos o seu direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e, ainda, a liberdade para retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora Ticyanne Soares Barros, que pode ser encontrada no endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, telefone: (85) 8840-6714 – E-mail: ticyanne_barros@hotmail.com, ou com a orientadora Karla Corrêa Lima Miranda, pelo telefone (85) 9171-2310.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE – Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, telefone: 3101-9890 – E-mail: cep@uece.br

Caso se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para o(a) senhor(a) sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo, e se concordar em participar, solicitamos que assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora.

Termo de Consentimento Pós- Esclarecido

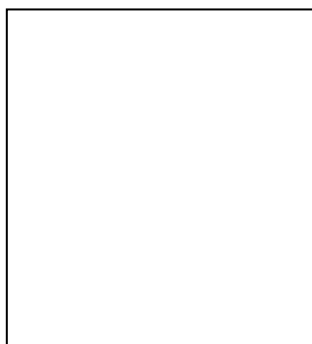
Eu, _____, declaro que depois de ser esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

ou

Impressão Digital do Sujeito da Pesquisa



Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Enfermeiros

Caro (a) participante,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“HIV/AIDS EM IDOSOS: DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE CUIDAR”**. Os objetivos desse estudo são: analisar os discursos produzidos por meio de vivências de idosos com HIV/Aids acompanhados em Serviços Assistenciais Especializados em HIV/AIDS e analisar os discursos produzidos pelos enfermeiros que cuidam destes idosos.

Sua participação se dará através de entrevista individual sobre o tema estudado. Solicito sua autorização para gravações das entrevistas em áudio, no intuito de obter a maior quantidade de dados possíveis. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome dos participantes desse estudo, nem outra informação que possibilite a identificação dos mesmos.

As informações coletadas serão utilizadas nos resultados da pesquisa, os quais serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos.

Informamos que esta pesquisa não trará riscos diretos à sua saúde, mas se houver algum problema ou desconforto, estes serão acompanhados pela pesquisadora que dará todo o apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los.

Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois serão repassadas aos gestores e aos profissionais, trazendo momentos de reflexão, além de ampliar a visão dos pesquisadores e cuidadores, sobre os pontos importantes a serem melhorados no planejamento e nas ações de cuidados junto aos idosos nessa unidade e em outras.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Garantimos o seu direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e, ainda, a liberdade para retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora Ticyanne Soares Barros, que pode ser encontrada no endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, telefone: (85) 8840-6714 – E-mail: ticyanne_barros@hotmail.com, ou com a orientadora Karla Corrêa Lima Miranda, pelo telefone (85) 9171-2310.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE – Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, telefone: 3101-9890 – E-mail: cep@uece.br

Caso se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo, e se concordar em participar, solicitamos que assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora.

Termo de Consentimento Pós- Esclarecido

Eu, _____, declaro que depois de ser esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

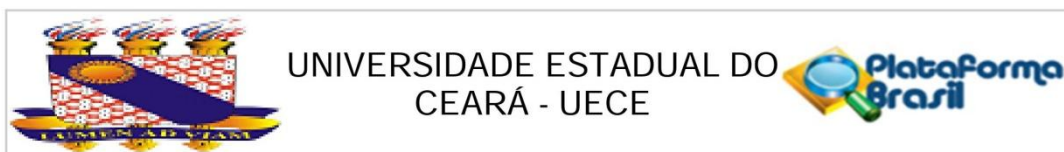
Fortaleza, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HIV/AIDS em idosos: discursos produzidos pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidar

Pesquisador: Ticyanne Soares Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43665715.2.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.040.369

Data da Relatoria: 24/04/2015

Apresentação do Projeto:

O idoso com HIV enfrenta questões complexas e dolorosas relacionadas à doença, além do preconceito e da discriminação por ser idoso e soropositivo. O cuidado de enfermagem destaca-se como fundamental na busca pela ampliação das possibilidades e potencialidades desses sujeitos, tornando-se imprescindível um cuidado que foque dimensões espirituais, éticas e estéticas, considerando não apenas o biológico, mas também a subjetividade que permeia as vivências dos idosos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os discursos produzidos por meio de vivências de idosos soropositivos para o HIV acompanhados em Serviços Assistenciais Especializados em HIV/AIDS.

Conhecer a percepção do idoso sobre o cuidado de enfermagem em Serviços Assistenciais Especializados em HIV/AIDS.

Analisar os discursos produzidos por enfermeiros que cuidam de idosos soropositivos para o HIV em Serviços Assistenciais Especializados em HIV/AIDS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos no projeto, mas apresenta no TCLE.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.040.369

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O aumento da infecção pelo HIV em idosos podendo estar associado ao contexto sociocultural, envelhecimento populacional, avanços na saúde, falhas na prevenção voltada para essa população, vulnerabilidades individual e social justificam o estudo.

Considerar as vivências dos idosos e o cuidado concebido a estes sujeitos, a partir da subjetividade que permeia esse processo, desvela uma compreensão ideológica de constituintes que podem encaminhar às suas necessidades e peculiaridades frente ao envelhecer e à infecção pelo HIV, proporcionando a percepção de sujeitos com existências particulares e históricas, constituídos não apenas por uma doença crônica relacionada a estigmas e preconceitos e os sentimentos trazidos por ela, mas por algo muito além que significa em suas vidas torna este estudo de relevância

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

TCLE

folha de rosto,

termo de anuência, orçamento,

cronograma

Recomendações:

Recomento acrescentar riscos e benefícios no projeto de forma mais clara.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

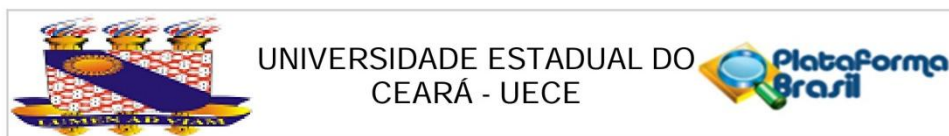
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.040.369

FORTALEZA, 28 de Abril de 2015

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi
UF: CE
Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890
Fax: (85)3101-9906
CEP: 60.714-903
E-mail: anavaleska@usp.br