

Cuidado de enfermagem em Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids

Nursing care in Specialized HIV/Aids Outpatient Services

Cuidados de enfermería en Servicio Ambulatorio Especializado en VIH/SIDA

**Simara Moreira de Macêdo¹, Karla Corrêa Lima Miranda¹,
Lia Carneiro Silveira¹, Antonio Marcos Tosoli Gomes²**

¹ Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde. Fortaleza-CE, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Como citar este artigo:

Macêdo SM, Miranda KCL, Silveira LC, Gomes AMT. Nursing care in Specialized HIV/Aids Outpatient Services. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):483-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690314i>

Submissão: 05-11-2014

Aprovação: 26-12-2015

RESUMO

Objetivo: analisar os discursos acerca do cuidado produzido por enfermeiros que atuavam em Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids em quatro instituições públicas do município de Fortaleza, Ceará. **Método:** estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, que utilizou como método a análise de discurso. **Resultados:** ao intitular o “cuidado como negativo”, tal denominação surgiu a partir da analogia proposta por Freud (1912) com o negativo fotográfico, representada pelo que o cuidado pode se configurar a partir do movimento inconsciente, uma vez que os enfermeiros não se percebiam nas ações de cuidado que desenvolviam pelo fato de amparar a atuação das demais categorias profissionais, contribuindo para manter a ideologia da biomedicina. **Conclusão:** faz-se necessário fundamentar e teorizar uma prática clínica de enfermagem a partir de questões epistemológicas da profissão, de forma que o enfermeiro perceba sua relevância no contexto de cuidado. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Assistência ao Paciente; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Linguagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the discourses about the care provided by nurses operating in Specialized HIV/Aids Outpatient Services in four public institutions of the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. **Method:** descriptive and exploratory study with a qualitative approach, which used as a method the discourse analysis. **Results:** when titling the “care as negative”, such title came from the analogy proposed by Freud (1912) with the photographic negative, represented by what that care can configure from the unconscious movement, since nurses did not perceive themselves in the care actions developed by supporting the work of other occupational categories, contributing to maintain the ideology of biomedicine. **Conclusion:** it is necessary to justify and theorize a nursing clinical practice from epistemological issues of the profession, in such a way that nurses can understand their relevance within the care provided. **Descriptors:** Nursing Care; Patient Assistance; Acquired Immune Deficiency Syndrome; HIV; Language.

RESUMEN

Objetivo: analizar el discurso sobre el cuidado de enfermeros que trabajan en servicios ambulatorios especializados en VIH/SIDA en cuatro instituciones públicas en la ciudad de Fortaleza (estado de Ceará – CE). **Método:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio que ha utilizado como método el análisis del discurso. **Resultados:** al poner el título “cuidado como negativo”, este nombre proviene de la analogía propuesta por Freud (1912) con el negativo fotográfico, representada por el cuidado que puede ser configurado desde el movimiento inconsciente. Los enfermeros no se percibían a sí mismos en acciones de atención que desarrollaban porque apoyaban el trabajo de otros grupos profesionales, lo que contribuye a la ideología de la biomedicina. **Conclusión:** es necesario apoyar y teorizar una práctica clínica de enfermería desde las cuestiones epistemológicas de la profesión, para que los enfermeros perciban su relevancia en el contexto de la atención. **Descritores:** Atención de Enfermería; Atención al Paciente; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Language.

AUTOR CORRESPONDENTE

Simara Moreira de Macêdo

E-mail: simara.macedo@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A análise do discurso se configura como um dos referenciais da contemporaneidade que se dedica a abordar as maneiras de significar, considerando a produção de sentidos enquanto parte da vida dos sujeitos ou membros de uma determinada forma de sociedade. Os processos e as condições de produção da linguagem são analisados através da relação estabelecida pela língua com os sujeitos que a falam e as situações em que se produz o dizer⁽¹⁾.

Nesse sentido, os discursos são entendidos como impregnados da cultura, do contexto e das intenções daquele que ali se expressa, sendo as interpretações destes materiais uma difícil arte de captar o sentido não aparente do discurso. Por meio do discurso é que melhor se compreende a relação entre linguagem–pensamento–mundo, uma vez que este se configura em uma das instâncias materiais (concretas) dessa relação⁽²⁻³⁾.

No campo da saúde, notadamente no que tange ao cuidado clínico ao paciente com HIV/Aids, percebemos que se faz importante saber como esses discursos são construídos pela aproximação e inclusão da linguagem em um sistema abstrato, no qual os indivíduos produzem sentidos para evidenciar suas compreensões sobre a determinação do processo saúde–doença. Para aproximações à compreensão deste contexto, devem ser explicitadas as subjetividades e as singularidades dos indivíduos, porém somadas às particularidades e questões estruturais.

Sendo assim, a análise do discurso destaca-se como um importante instrumento de produção subjetiva, podendo este ser aplicado para o aprofundamento de questões que permeiam a prática profissional do enfermeiro no contexto da assistência aos sujeitos acometidos pelo HIV/Aids. Destacamos que identificar a formação dos discursos sobre a Aids, a que necessidades eles respondem, como se modificam e se deslocam, tem importância central para se compreender as práticas de saúde, como estratégia de atenção integral direcionada ao fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde e de prevenção ao HIV/Aids⁽⁴⁾.

Esse artigo é parte de uma pesquisa desenvolvida com o objetivo de analisar os discursos acerca do cuidado produzido por enfermeiros que atuam em Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids, buscando identificar as concepções de cuidado que permeiam a atuação do profissional. A análise culminou com a construção de quatro núcleos de sentido, representando os discursos que se entrecruzam no contexto assistencial em enfermagem: discurso pedagógico, discurso moralizante, discurso humanista e discurso da negativa do cuidado.

No presente artigo, nos deteremos a analisar o último deles, que convencionamos chamar “Discurso da negativa do cuidado”. Nessa modalidade de discurso, o cuidado de enfermagem é situado, não pela sua positividade, ou seja, pela afirmação de determinadas qualidades que poderiam conceituá-lo, mas sim, por uma espécie de negatividade, que aponta para um cuidado não visível, impossível de ser dito.

O discurso da negativa do cuidado é definido aqui a partir de uma analogia proposta por Freud⁽⁵⁾ com o campo da fotografia. Antes de se configurar como realidade positiva, ou seja, a fotografia em si, o material passa antes por um estado “negativo”.

Fazendo equivaler a fotografia com aquilo que é suportado na consciência, Freud afirma que cada imagem fotográfica tem que passar pelo “processo negativo”, e somente alguns destes negativos, que foram aprovados, são admitidos ao “processo positivo”, que afinal termina na imagem fotográfica. No plano do inconsciente, portanto, restaria uma parte dos elementos recusados pelo processo de constituição da consciência, mas que buscam se exprimir no discurso consciente através de lapsos e equívocos, como se um saber não-sabido se dissesse para além da compreensão consciente daquele que fala.

Além disso, a teorização do campo da análise do discurso aponta para o fato de que as interdições que atingem o discurso dos sujeitos revelam sua ligação com o desejo e com o poder, não sendo simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que e pelo que se luta, o poder do qual se deseja apoderar. Assim, o discurso é ao mesmo tempo controlado, selecionado, organizado e redistribuído por procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, de forma a esquivar sua pesada e temível materialidade⁽⁶⁾.

Sendo assim, entendemos que essa modalidade de discurso que presentifica o cuidado de enfermagem pela sua negatividade situa elementos inconscientes e não ditos do contexto de produção subjetiva desses sujeitos. Nem por isso eles são menos importantes, repercutindo diretamente na maneira como o cuidado é direcionado ao paciente.

Aqui, aponta-se a relevância em pensar e discutir sobre o cuidado realizado por enfermeiros como forma de contribuir para o desenvolvimento de um suporte teórico sobre cuidado em HIV/Aids, assim como uma possibilidade de construção ou reconstrução de uma prática clínica de cuidado em enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O campo de coleta dos dados foi constituído pelos Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids de quatro instituições públicas do município de Fortaleza, Ceará.

Os Serviços Ambulatoriais Especializados realizam ações de assistência secundária às pessoas vivendo com HIV ou Aids, cujo objetivo é prestar um atendimento integral aos usuários, concentrando as consultas com especialistas e os exames de maior complexidade, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar⁽⁷⁾.

Os dados foram coletados entre março e junho de 2011. Os sujeitos da pesquisa foram compostos por dez enfermeiras que atuavam nos Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids. Definiram-se como critério de inclusão: enfermeiro de ambos os sexos que atuassem nos serviços especializados em estudo há pelo menos 6 meses.

Os instrumentos utilizados foram a entrevista aberta e observação direta com diário de campo. Através da observação direta, buscou-se por meio dos sentidos capturar aspectos da realidade, o que possibilitou a apreensão da dinâmica de atendimento nos serviços estudados. A entrevista foi realizada através da aplicação da seguinte pergunta norteadora: como você realiza o cuidado no Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids?

Para garantir o anonimato desses sujeitos foi utilizado como procedimento de codificação a identificação das falas através de letras (A, B, C, D) representando as instituições de realização do estudo, seguidas de números escolhidos aleatoriamente (1, 2, 3, 4) que representam os sujeitos, de maneira que esta numeração não possui correlação com a ordem das entrevistas ou qualquer outro atributo que possibilite a identificação da autoria das falas.

As entrevistas foram gravadas a partir da reprodução em formato MP3 e posteriormente transcritas, buscando resguardar todas as pausas, rupturas e os equívocos linguísticos identificados nos discursos, o que compôs o *corpus* do estudo. Utilizou-se, para tanto, a aplicação de marcadores textuais, configurando-se em simbologias utilizadas para caracterizar cada situação específica.

Este estudo apoiou-se na análise de discurso da escola francesa, cuja filiação teórica principal se iniciou nos anos de 1970 com M. Pêcheux, ocupando-se da questão do sentido e da determinação histórica dos processos de significação. Para encontrar as regularidades da linguagem em sua produção, o analista de discurso considera o homem na sua história, relacionando a linguagem à sua exterioridade⁽¹⁻³⁾.

Do *corpus* dos textos, foram demarcadas as situações existenciais em uma série de quadros analíticos, que permitiu a codificação das temáticas, procurando explicitar os mecanismos de produção de sentido utilizados pelos sujeitos em sua discursividade. Para tanto, utilizaram-se os seguintes dispositivos analíticos propostos pela análise de discurso: paráfrase, polissemia, interdiscurso e metáfora.

A partir da identificação dos diferentes discursos que perpassam a realização do cuidado de enfermagem nos serviços em estudo, decidiu-se por denominá-los de núcleos de sentido, e, a partir das convergências entre estes, obtivemos a construção teórica de quatro núcleos de sentido, sendo que, neste estudo, será exposto um deles, denominado “discurso da negativa do cuidado”.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelas quatro instituições de realização do estudo, tendo em vista que três delas, sendo de administração estadual, contavam com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) próprio, exigindo a submissão no CEP da instituição, independentemente dos pareceres de aprovação emitidos em outros locais. Apenas um dos Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids era de administração municipal, contando com o órgão denominado pelo Sistema Municipal de Saúde Escola, tendo sido este desenvolvido para analisar os projetos de pesquisa aplicados nas instituições vinculadas ao município de Fortaleza, no qual o projeto também teve de ser submetido.

RESULTADOS

A abstração do cuidado de enfermagem

A profissional ED1, ao ser questionada acerca da realização do cuidado de enfermagem, explicitou atividades de outras categorias profissionais, destacando-as como de maior relevância para o acompanhamento do paciente:

Os pacientes que são acompanhados aqui, uma das coisas que ajuda muito a ele entender a importância do

tratamento é o atendimento psicológico, é o atendimento médico. (ED1)

Não sou só eu que vou, não é, é ter um peso enorme no que ele vai, na conduta dele, a partir do momento que eu entrego um exame, muito vai ser da contribuição da psicóloga. (ED1)

Identificou-se na fala dos enfermeiros a presença de equívocos, lapsos e partículas negativas que evidenciaram elementos anteriormente não explicitados pelo sujeito entrevistado, revelando o que até então se procurou omitir no discurso, como observado nestes dois fragmentos:

[...] ele é um profissional (enfermeiro) que ele trabalha realmente com o cuidado, não é? (EA1)

[...] voltando aqui à questão do cuidado. (EA1)

A repetição da expressão “não é” no discurso dessa entrevistada, se configura como um mecanismo de negação que se apresenta cada vez que ela tenta situar o que é o cuidado de enfermagem, retendo ainda uma busca de algum sinal de aprovação do lado do pesquisador que possa confirmar o que ela vem explicitando em seu discurso. Além disso, percebemos que o discurso se dá para a terceira pessoa gramatical, como se a entrevistada não estivesse implicada na realização do cuidado.

Outra expressão dessa negatividade do cuidado de enfermagem na fala dos entrevistados refere-se à dificuldade de dar seguimento às consultas de enfermagem já que o paciente frequentemente não retorna para as mesmas. Quando o paciente retorna ao serviço, o faz por vários outros motivos, prioritariamente para a consulta médica e para receber a medicação antirretroviral:

[...] eu penso que muito importante era que ele tivesse retornado realmente, essa é uma questão que nós não temos. [...] Esses retornos não acontecem porque esse paciente não re / ele retorna, mas ele retorna porque ele vem para a farmácia, ele retorna porque vem para fazer exames, ele retorna porque vem para a consulta médica. (EA1)

Esse paciente aí que vai começar a medicação, a gente já agenda para ele voltar, quando voltar para fazer o exame de CD4, para voltar para o médico, a gente já aproveita essa volta dele para conversar conosco de novo, para nós vermos se ele realmente está aderindo a medicação. (EA3)

Como consequência natural da abstração que se observa na realização do cuidado, em que este não consegue ser claramente percebido nem mesmo pelos profissionais que o realizam, o enfermeiro busca materializar o cuidado através da execução de tarefas palpáveis, mensuráveis, como observamos a seguir:

Então assim, se ele vem para a consulta médica, ele passa aqui para pegar um vale-transporte ou então ele vai na farmácia e não tem preservativo, ele passa aqui para pegar um preservativo. (ED1)

Relação estabelecida entre a enfermagem e as demais categorias profissionais

As profissionais também relataram a importância de referenciar o paciente para outras categorias profissionais que pudessem contribuir no seu acompanhamento ou da convocação de familiares para participarem mais ativamente do seu processo terapêutico, uma vez que esta acontece no sentido de garantir a adesão do paciente ao tratamento, como identificado a seguir:

Os pacientes que tem dificuldade de aderir ao tratamento, ao acompanhamento, aí a gente identifica quais são as suas dificuldades afetadas e procura é / referenciar para o psicólogo, para a assistente social, chama os familiares, alguns vizinhos para ajudar. (EA4)

[...] aí você já identifica se ele precisa de um acompanhamento psicológico, se ele precisa ir para o dentista, se ele precisa ir para o acompanhamento com o serviço social, se ele tem alguma DST, se ele precisa ir para a médica que cuida dessa parte de DST, então você vai articular com várias / várias / várias coisas que ele precisa. (EA3)

[...] também alguns que iniciam a terapia e precisam falar, e a gente escuta, faz algum tipo de encaminhamento necessário para um serviço secundário, [...], aí a gente demanda tanto para o serviço social da instituição como para a psicologia. (EC1)

O enfermeiro, ao emitir uma crítica à limitação que se observava nas condutas médicas, de se restringirem ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso do paciente, esta foi cautelosamente enunciada, buscando não manifestar uma afirmação generalista, utilizando-se a metáfora “pesada” como mecanismo de justificativa, no intuito de não comprometer a categoria que tinha papel central na assistência.

[...] o trabalho médico é muito pesado, porque ele tem que escrever muito, ele tem que ver tudo, e no final ele fica limitado, não é, a medicação, a diagnóstico e a medicação. Não é culpa deles não, não é culpa do médico. (EA1)

[...] limpar um pouco a barra desse paciente, e ao mesmo tempo, dizer, não é, confie no seu médico, e tal, vocês precisam conversar, porque eu já fiz isso para, entre aspas, limpar a barra mesmo, porque o médico pegou pesado. (EA1)

O desgaste emocional vivenciado pelo enfermeiro

No momento da entrevista, uma das enfermeiras encontrava-se abalada emocionalmente, em virtude de mudanças estruturais na dinâmica do serviço impostas pela instituição, e que, segundo esta, a agrediram como profissional, tendo sido aquele dia o primeiro da implantação de tais mudanças.

Depois de um trator ter passado por cima de mim (risos), não estou mais nem sabendo como é que eu cuido, estou querendo ser cuidada (risos). Hoje eu estou querendo ser cuidada por incrível que pareça. É porque hoje teve muita mudança aqui no hospital, entendeu, muita mudança que me agrediu, assim, tanto me agrediu como profissional como me agrediu de todas... (EA2)

DISCUSSÃO

Para abordarmos o discurso da negatividade do cuidado de enfermagem, faz-se necessário, inicialmente, situar a diferença que há entre discurso e fala. A palavra discurso, etimologicamente, tem em si a ideia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem. Nessa análise, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, buscando conhecer melhor aquilo que faz do homem um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se⁽¹⁾.

Considerando o psiquismo individual como a fonte da língua, estabelecido como elemento do ato de criação daquele que fala, este se caracteriza por ser subsidiado pela energia psíquica, e por constituir-se como um fluxo ininterrupto de construção verbal. No entanto, nem tudo em um discurso é falado. Além do que é explicitamente dito, encontramos também na tessitura de um discurso os espaços vazios do silêncio e do não dito. Esse vazio está na origem da particularidade das construções das frases, das rupturas de sintaxe e das especificidades do estilo que permitem ocultar, esconder ou não explicitar algo que se apresenta ideologicamente rechaçado, mas presente na vivência e no discurso interno dos sujeitos⁽⁸⁻⁹⁾.

Na incompletude da linguagem é que se inscreve a questão do silêncio, sendo este sempre acompanhado de sentido. Em princípio, o silêncio não fala, ele significa, e quando se traduz este silêncio em palavras há transferência; logo, deslizamento de sentidos, o que produz outros efeitos. A possibilidade de movimento, deslocamento das palavras entre presença e ausência produz uma relação fundamental entre a linguagem e o tempo, um ritmo entre o dizer e o silêncio, característico de todo processo de significação⁽³⁻¹⁰⁾.

Podem-se distinguir dois tipos de silêncio, sendo estes o silêncio fundador e a política do silêncio. O silêncio fundador é tido como o princípio de toda significação, ou seja, a própria condição de produção do sentido, que significa o não dito, produzindo as condições para a linguagem significar. Na política do silêncio, ao contrário, encontra-se a cisão entre o que pode e o que não pode ser dito, desdobrando-se em duas formas de existência: o silêncio constitutivo e o local. O primeiro indica que para dizer é preciso não dizer, ou seja, dizendo “x” para não dizer “y”, de forma que todo dizer apaga necessariamente outras palavras, produzindo um silêncio sobre os sentidos. O silêncio local apresenta-se como interdição do dizer, coibindo e proibindo o que se diz, determinando aquilo que é proibido dizer em uma certa conjuntura⁽¹⁻¹⁰⁾.

Para a psicanálise, esse impossível de ser dito é a base do conceito de inconsciente. Para Freud⁽⁵⁾, o inconsciente é o lugar do negativo. O negativo não é tomado como o oposto ao positivo, mas o fundamento deste. Faz-se necessário que uma marca inaugure este inconsciente. Logo, existe o que se prestou a ser fotografado, alguém que olhou para a foto, um outro. O negativo constitui-se a partir de uma experiência entre os sujeitos. As marcas desta relação, no entanto, ficam; e o negativo seria uma marca inconsciente e se constitui a partir de algo que foi perdido.

Essa imagem fotográfica nos mostra que não existe fotografia daquilo que já não tenha estado lá. Logo, esta não se opera

no vazio, algo tem que se fazer presente para poder então, quando perdido, deixar uma marca, um negativo fotográfico que foi esquecido. Assim, ao intitular o “cuidado como negativo”, tal denominação surge representada pelo que o cuidado pode se configurar a partir do movimento inconsciente, em que não se sabe que sabe, no qual há sempre algo a se revelar.

A primeira forma de presentificação dessa negatividade do cuidado de enfermagem se dá pela não delimitação daquilo que configura sua prática, assumindo uma dimensão abstrata deste cuidado, tendo em vista que, em alguns momentos, não percebem com clareza as ações que exercem como uma maneira de cuidar e assumem papéis que não necessariamente são da sua especificidade.

Retomando a imagem da fotografia, seria como se o enfermeiro não se visualizasse na foto, percebendo apenas a presença e, por conseguinte, a atuação das outras categorias profissionais. Entretanto, a sua presença estando ali, esta se percebe como o negativo da fotografia, como um pano de fundo, o que está por trás, amparando para que estas possam atuar de forma efetiva.

Através das falas, evidenciou-se que o cuidado de enfermagem encontrava-se amparando a assistência desenvolvida por outras categorias profissionais, uma vez que a hegemonia estando na medicina, e o psiquismo ou a subjetividade sendo objeto da psicologia, o enfermeiro assumia o papel de coadjuvante neste contexto, muitas vezes não se percebendo nas ações que desenvolvia, embora estas também se configurassem em uma maneira de cuidar do paciente.

A liberação de vale-transporte ou de preservativo é posta pela enfermeira como tentativa de configurar visibilidade e concretude às suas ações. Destaca-se, hoje, a necessidade de resgatar o cuidado dentro do contexto assistencial da Enfermagem, fazendo uma releitura e ampliando sua interpretação, considerando-o não só uma atividade técnico-científica. Entretanto, ao buscar-se um posicionamento explícito do cuidar na Enfermagem, prevalece o receio de que o cuidado não seja percebido com características de cientificidade e de ações sistemáticas e tecnologicizadas que tragam resultados pertinentes⁽¹¹⁾.

Acrescente-se que a enfermagem enfrenta um conflito ao tentar desenvolver práticas diferenciadas, construir novas teorias sobre o corpo e maneiras de cuidar, mas, entretanto, permanece com quase nenhuma flexibilidade na forma de pensar e de agir, uma vez que ela não encontra força suficiente para “romper” e “desmontar” o modelo clínico, no qual se manteve inserida ao longo dos anos⁽¹²⁾.

Identificou-se, assim, a atuação da enfermagem no sentido de subsidiar a atuação de outras categorias profissionais, e quando esta não fosse suficiente para convencer o paciente a aderir adequadamente ao tratamento, conforme as prescrições médicas exigidas, convocavam-se familiares ou pessoas próximas que pudessem contribuir com esta função.

Realizar um cuidado fundamentado na hegemonia biomédica e que se posicione como suporte para o outro atuar não é situação isenta de sofrimento para o enfermeiro, uma vez que as relações estabelecidas com a equipe de trabalho e com o paciente perpassam pelas questões subjetivas imersas no contexto de cuidado.

Diante da situação de não saber lidar com o sofrimento do outro, até porque o enfrentamento desta situação também será um gerador de sofrimento para o profissional, busca-se como “válvula de escape” tamponar todas as angústias e promover um afastamento necessário das implicações subjetivas do paciente; e, para tanto, encaminha-se o paciente para que ele possa ser acompanhado por outro profissional.

Constata-se, assim, que a lógica de atendimento circunda em torno da medicalização e da atuação médica, sendo o enfermeiro o profissional que oferece as condições necessárias para que esta lógica seja mantida. Evidencia-se a necessidade de retorno do paciente ao atendimento com o enfermeiro como forma de que as orientações técnicas acerca da patologia sejam reforçadas, assim como supervisionar se estas estão sendo adequadamente seguidas. Além disso, pode-se pontuar o cuidado percebido a partir de uma perspectiva de cunho capitalista, em que cliente precisa retornar como forma de manter o fluxo do sistema de saúde.

O sujeito moderno e capitalista é ao mesmo tempo livre e submisso, determinado (pela exterioridade) e determinante (do que diz), sendo essa a condição de sua responsabilidade (sujeito jurídico, sujeito a direitos e deveres) e de sua coerência (não contradição) que lhe garantem, em conjunto, sua impressão de unidade e controle de (por) sua vontade, bastando, para tanto, ter poder⁽¹⁰⁾.

Essa realidade se reflete como consequência da maneira como o cuidado foi sendo direcionado na prática do enfermeiro, que se voltou para o controle de comportamentos, como forma de adequar-se aos parâmetros biomédicos, de modo que os pacientes interiorizam tais princípios e os supervalorizam no seu processo terapêutico em detrimento das outras categorias profissionais.

A colocação do discurso em palavras tem uma relação necessária com o simbólico e o político, uma vez que todo dizer tem uma direção significativa determinada pela articulação material dos signos com as relações de poder. Tais relações se definem por sua inscrição em diferentes formações discursivas que representam diferentes relações com a ideologia, configurando o funcionamento da língua regida pelo imaginário⁽¹⁰⁾.

Em alguns momentos, o enfermeiro atua intermediando a delicada relação que se estabelece entre o médico e o paciente, em que este se reprime frente ao que possui um conhecimento hegemônico e não se permite revelar as questões implícitas que geram angústia e sofrimento no seu processo de adoecimento. Assim, o enfermeiro utiliza a metáfora “limpar a barra” do paciente quando o médico resolve “pegar pesado” com ele, representando a maneira como as relações se desenvolvem no local em estudo.

Nesta perspectiva, temos uma clínica que conforma uma maneira do discurso médico se organizar, configurando saberes e práticas como instrumentos do biopoder e da biopolítica no âmbito das ações e dos serviços de saúde e, conseqüentemente, no âmbito da enfermagem. Essas formas de poder, embora muitas vezes implícitas, foram assimiladas e legitimadas pela enfermagem, delineando sua forma de produzir o cuidado em saúde e levando-a a agir mais em função de interesses externos ao sujeito ao se basear em uma ênfase exacerbada no corpo, atrelados ao consumo de tecnologias e produtos⁽¹²⁾.

O saber científico, aliado ao saber médico, serão os instrumentos sobre os quais o biopoder se sustentará, legitimando verdades na cultura moderna, regulamentando, disciplinando e criando corpos marginais. A constituição desse biopoder reforça os modos como o modelo biomédico se institucionalizou e produziu uma lógica de entendimento do processo de adoecimento e cura pautada na medicalização⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Através dos discursos emitidos, foi possível identificar que a enfermagem, ao subsidiar a atuação das outras categorias profissionais, mantém-se sozinha, sem amparo da equipe e da instituição, lidando com um paciente que sofre, que vivencia angústias partilhadas com o profissional que não tem suporte teórico, psicoterápico e de supervisão para lidar com tais conteúdos que não são abordados em sua formação acadêmica.

Para fundamentar a atuação das outras categorias profissionais, a enfermagem se mantém "em negativo", a qual, embora não seja percebida na fotografia, sabe-se que ela esteve presente neste processo, encarado aqui como processo de cuidado. O que atinge o nível da consciência é a atuação do médico, do psicólogo, mas quem ampara e oferece subsídios para que estes possam atuar é o enfermeiro. O que permanece neste outro fotografado e agora perdido é a abstração de um cuidado configurado como negativo, não pelo fato de suas ações não representarem cuidado ou que este cuidado seja negativo no contexto assistencial do paciente, mas por um movimento que é inconsciente, direciona suas ações com o intuito de contribuir para que o outro possa exercer seu poder sobre o paciente, representado, sobretudo, pela hegemonia do saber biomédico.

Torna-se preocupante que o cuidado de enfermagem seja compreendido como derivado de uma prescrição médica, e não de uma avaliação individualizada do enfermeiro. A enfermagem é uma profissão autônoma, que possui um corpo de conhecimentos próprios que embasam suas ações de cuidado; e sua atuação direta junto aos pacientes, realizando a

maior parte dos cuidados em saúde, assegura a importância do trabalho desenvolvido⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos de não-dito (na análise do discurso) e de inconsciente (na psicanálise) permitiram-nos pensar uma dimensão do cuidado de enfermagem que aparece como negativo. Nessa concepção o negativo não é a ausência de cuidado, mas uma forma específica de situar esse cuidado a partir de sua negatividade.

A análise desse discurso mostra que as diferentes modalidades de negação que perpassam a fala dos enfermeiros presentificam um jogo ideológico de saber e poder amparado no modelo da biomedicina, onde o cuidado de enfermagem é o pano de fundo necessário para que esse modelo se desenvolva, mas que, por isso mesmo, não pode aparecer. Desta interação entre a positividade do modelo biomédico e a negatividade do cuidado de enfermagem, surge uma fotografia onde o enfermeiro mal consegue se reconhecer, desenvolvendo um cuidado que não se sabe, que não é percebido, mas que era cediço que ele estava lá. Esse cuidado permitia que as demais categorias conseguissem atuar e contribuía para que a hegemonia biomédica se mantivesse.

Dessa forma, o enfermeiro desenvolve estratégias assistenciais para amparar o paciente e as demais categorias profissionais, embora este não encontre o suporte do qual necessita para lidar com as subjetividades imersas no processo de cuidado.

Faz-se necessário, assim, fundamentar e teorizar uma prática clínica de enfermagem a partir de questões epistemológicas da profissão, acreditando que, ao analisar criticamente suas ações de cuidado, o enfermeiro conseguirá se visualizar na fotografia, reconhecendo a importância da sua atuação, para conseguir realizar um cuidado que tenha como foco o sujeito e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 8ª ed. Campinas: Editora Pontes; 2009.
2. Macedo LC, Larocca LM, Chaves MMN, Mazza VA. [Analysis of speech: a reflection on health research]. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2008[cited 2014 Jul 23];12(26):649-57. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/en_a15.pdf Portuguese.
3. Orlandi EP. *Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. 5ª ed. Campinas: Pontes Editores; 2007.
4. Souza V, Czeresnia D. [Counseling discourse in anti-HIV testing services]. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2007 Dec [cited 2016 Apr 13];11(23):531-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300010&lng=en&nrm=iso Portuguese.
5. Freud, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: o caso Schreber, artigos sobre técnica e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras. 2010
6. Foucault M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Colège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 19ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids [Internet]. [cited 2014 Dec 13]; Available from: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv/aids
8. Miranda RL, Bruckner JP, Cirino SD. [Skinner and Bakhtin: possible dialogues in the study of language]. *Rev Bras Ter Comport Cogn* [Internet]. 2009[cited 2014 Dec 13];11(1):154-71. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v11n1/v11n1a11.pdf> Portuguese.
9. Gomes AMT, Cabral IE. [Family members' concealing and silencing in the care of children under antiretroviral therapy]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010[cited 2014 Dec 13];63(5):719-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/05.pdf> Portuguese.

10. Orlandi E. Discurso e leitura. 9ª ed. São Paulo: Cortez; 2012.
 11. Waldow VR, Borges RF. [Caring and humanization: relationships and meanings]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 13];24(3):414-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf> Portuguese.
 12. Vieira AN, Silveira LC, Franco TB. [Clinical training and the production care in health and nursing]. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 13];9(1):9-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a02.pdf> Portuguese.
 13. Matos RKS, Vieira LLF. [Make it live and let it die: old age in times of biopower]. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2014[cited 2014 Dec 13];34(1):196-213. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n1/v34n1a14.pdf> Portuguese.
 14. Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, Carvalho MCVS. [The discourse on healthy eating as a strategy of biopower]. *Physis* [Internet]. 2014[cited 2014 Dec 13];24(4):1337-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01337.pdf> Portuguese.
 15. Borges MCLA, Silva LMS, Guedes MVC, Caetano JA. [Unveiling nursing care to liver transplanted patients in an Intensive Care Unit]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Dec 13];16(4):754-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/16.pdf> Portuguese.
-