



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

PETRA KELLY RABELO DE SOUSA

SINTOMAS SEM BASE ORGÂNICA EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS: POSSIBILIDADES PARA A CLÍNICA NA
ENFERMAGEM

FORTALEZA – CEARÁ

2015

PETRA KELLY RABELO DE SOUSA

SINTOMAS SEM BASE ORGÂNICA EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS: POSSIBILIDADES PARA A CLÍNICA NA
ENFERMAGEM

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

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

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Sousa, Petra Kelly Rabelo de Sousa.

Sintomas sem base orgânica em Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS: possibilidades para a clínica na enfermagem [recurso eletrônico] / Petra Kelly Rabelo de Sousa Sousa. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 3/4 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 81 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, 2015.

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

1. Sintomas. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Pesquisa em Enfermagem Clínica. I. Título.

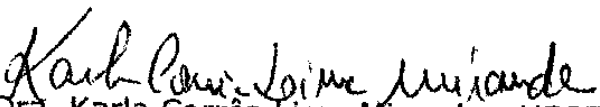
PETRA KELLY RABELO DE SOUSA

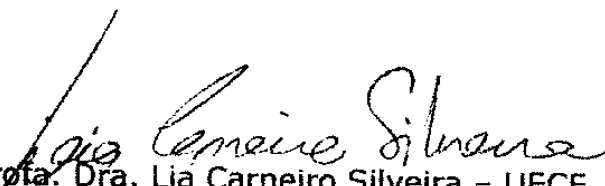
SINTOMAS SEM BASE ORGÂNICA EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS: POSSIBILIDADES PARA A CLÍNICA NA
ENFERMAGEM

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

Aprovada em: 26 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA


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


Profa. Dra. Lia Carneiro Silveira - UECE
(1º membro)


Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE
(2º membro)

Aos meus pais João Carlos e Eliane.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela fé e força que me sustentam em todos os momentos.

À minha mãe, Maria Eliane Rabelo, meu exemplo de vida, pelo amor, apoio, compreensão e dedicação, fazendo-me acreditar que os meus sonhos são possíveis.

Ao meu noivo, Marcelo Costa Fernandes, amor da minha vida, pelo amor, apoio, compreensão e cumplicidade.

À minha orientadora, Karla Corrêa Lima Miranda, por ser essa pessoa maravilhosa e encantadora que me proporcionou momentos, além das orientações, de amizade, carinho e atenção durante todos esses anos de formação. Agradeço também pelas contínuas construções e desconstruções e pelos momentos de escuta quando me sentia angustiada e insegura diante de alguma adversidade. Muito obrigada!

Aos membros da banca examinadora, Lia Carneiro Silveira, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Antonio Marcos Tosoli Gomes, pela disponibilização e importantes considerações para finalização desse trabalho.

Aos colegas e professores do Mestrado, pelo crescimento compartilhado e pelos momentos de discussões que me proporcionaram grande aprendizado.

Ao meu grupo de pesquisa, pelo apoio, confiança, companheirismo, além dos momentos de discussão que me proporcionaram um crescimento pessoal e acadêmico.

Aos enfermeiros que participaram do estudo, pela acolhida para o desenvolvimento dessa pesquisa.

E aos demais, amigos e familiares que, de alguma forma, estiveram presentes nessa caminhada.

O que será que me dá
Que me bole por dentro, será que me dá
Que brota à flor da pele, será que me dá
E que me sobe às faces e me faz corar
E que me salta aos olhos a me atraíçoar
E que me aperta o peito e me faz confessar
O que não tem mais jeito de dissimular
E que nem é direito ninguém recusar
E que me faz mendigo, me faz suplicar
O que não tem medida, nem nunca terá
O que não tem remédio, nem nunca terá
O que não tem receita

O que será que será
Que dá dentro da gente e que não devia
Que desacata a gente, que é revelia
Que é feito uma aguardente que não sacia
Que é feito estar doente de uma folia
Que nem dez mandamentos vão conciliar
Nem todos os unguentos vão aliviar
Nem todos os quebrantos, toda alquimia
E nem todos os santos, será que será
O que não tem descanso, nem nunca terá
O que não tem cansaço, nem nunca terá
O que não tem limite

O que será que me dá
Que me queima por dentro, será que me dá
Que me perturba o sono, será que me dá
Que todos os tremores me vêm agitar
Que todos os ardores me vêm atiçar
Que todos os suores me vêm encharcar
Que todos os meus nervos estão a rogar
Que todos os meus órgãos estão a clamar
E uma aflição medonha me faz implorar
O que não tem vergonha, nem nunca terá
O que não tem governo, nem nunca terá
O que não tem juízo

(Chico Buarque)

RESUMO

Compreendemos que a percepção de sintoma do enfermeiro pode influenciar diretamente na realização do seu cuidado, por isso propomos que os enfermeiros possam perceber de maneira diferente os sintomas sem base orgânica, que não apresentam relação com a patologia do paciente, mas que precisam ser desvelados, pois porta um sentido sobre a história de vida do sujeito. Portanto, pensando o sintoma não com um significado patológico, mas como uma verdade do sujeito a ser relevada, o objetivo do nosso estudo é analisar a percepção do enfermeiro acerca dos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/AIDS. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com 19 enfermeiros que atuam em sete Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS do município de Fortaleza – CE. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e analisados pela análise de discurso. Foram respeitados os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A partir da compreensão das condições de produção dos discursos, percebemos que o que pauta os discursos dos enfermeiros são práticas que lhe são instituídas a partir do modelo biomédico e preconizações do Ministério da Saúde, sendo que tudo que escapa a isso se torna invisível aos olhos dos enfermeiros, como o próprio sujeito que é cuidado e, apesar de esses profissionais apontarem para o trabalho com uma subjetividade do paciente, eles não o fazem. Compreendemos, assim, que o sintoma é do próprio enfermeiro que não consegue atuar de outra forma, a não ser reproduzindo o (sim) toma a medicação, pois todo o seu empenho está em torno do (sim) toma o paciente como objeto que deve seguir suas recomendações. Dessa maneira, pretendemos lançar outro olhar para além da clínica biológica, a partir de uma reinvenção da clínica para a enfermagem, que não esteja pautada apenas no modelo biomédico, mas que possibilite a emersão de outras questões que dizem respeito à singularidade e à constituição do paciente como sujeito.

Palavras-chave: Sintomas. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Pesquisa em Enfermagem Clínica.

ABSTRACT

We understand that the perception of symptom to nurse can directly influence the realization of their care, so we propose that nurses may perceive differently the symptoms without organic basis, which no relation to the pathology of the patient, but that need to be revealed, it carries a sense of the history of the subject's life. So, thinking the symptom not with a pathological significance, but as a truth of the subject to be in relief, the aim of our study is to analyze the perception of nurses about the symptoms without organic basis on clinical HIV / AIDS. This is a descriptive qualitative study performed with 19 nurses working in seven Specialized Care Services in HIV / AIDS in the city of Fortaleza - CE. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed by discourse analysis. The ethical and legal aspects recommended by Resolution 466/12 of the National Health Council were respected. By understanding the conditions of production of discourse, we realize the underlying the speeches of nurses are practices that are imposed from the biomedical model and recommendations of the Ministry of Health, and all that escapes it becomes invisible to nurses, as the subject who is careful and although these professionals point to work with a subjectivity of the patient, they do not. We understand, therefore, that the symptom is the own nurse that cannot act otherwise, unless reproducing the (yes) takes the medication, because all their work is around (yes) takes the patient as object to follow its recommendations. Thus, we plan to release another look beyond the biological clinic, from a reinvention of the clinic for nursing, that is not guided only in the biomedical model, but that will allow the emergence of other issues concerning the uniqueness and the formation of patient as a subject.

Keywords: Symptoms. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Clinical Nursing Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema de funcionamento do psiquismo.....	25
Figura 2 - Síntese dos resultados obtidos após o processo de análise.....	44
Figura 3 - Esquema representativo do percurso da comunicação no Discurso Pedagógico.....	54
 Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos.....	 34
Tabela 2 - Simbologia convencionada para materialidade linguística do texto.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
AD	Análise de Discurso
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SR	Secretaria Regional
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	CIÊNCIA E PSICANÁLISE: DOIS DISCURSOS DE UM MESMO SUJEITO.....	19
2.2	A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO PARA A PSICANÁLISE.....	23
2.3	O SENTIDO DO SINTOMA: DA DOENÇA AO SUJEITO DO INCONSCIENTE.....	28
3	METODOLOGIA	33
3.1	TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM.....	33
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	33
3.3	PERÍODO E SUJEITOS DO ESTUDO.....	34
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	36
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.6	PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4	CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS	41
5	APRESENTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SENTIDO	45
5.1	FORMAÇÃO DISCURSIVA – ACOLHER PARA CONDUZIR: A HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA DE DOCILIZAÇÃO DO PACIENTE.....	45
5.2	FORMAÇÃO DISCURSIVA – EU ORIENTO E VOCÊ SEGUE: PEDAGOGIZAÇÃO COMO FIDELIZAÇÃO AO DISCURSO CIENTÍFICO.....	51
5.3	FORMAÇÃO DISCURSIVA – O QUE ESCAPA AO (SIM) TOMA A MEDICAÇÃO: A INVISIBILIDADE DO SUJEITO.....	58
6	O QUE RESISTE AO DISCURSO CIENTÍFICO: POSSIBILIDADES PARA A CLÍNICA NA ENFERMAGEM.....	63
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	74
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	76
	ANEXOS.....	77
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA.....	78
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UECE.....	79

1 INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem, desde sua origem, esteve relacionado a práticas realizadas de maneira empírica, sendo definido como as técnicas e os procedimentos realizados. Assim, as primeiras formas de assistência de enfermagem foram caracterizadas como uma prática, e o profissional de enfermagem passou a ser reconhecido por sua habilidade e destreza manual.

Embora a enfermagem tenha desenvolvido o seu saber mediante o fazer, tornou-se necessário, a partir das práticas realizadas por Florence Nightingale durante a Guerra da Criméia, a fundamentação desse fazer. Essa fundamentação se tornou possível com a aproximação da enfermagem com outros campos de saberes científicos, como a medicina, a partir dos conhecimentos de anatomia, fisiologia, microbiologia, patologia, dentre outros.

Segundo Oguisso (2007), Nightingale, com sua visão e habilidade prática para organização, conseguiu dar à enfermagem os fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a ética que impulsionaram a profissão e criaram oportunidades impensáveis anteriormente.

Dessa maneira, a partir do marco histórico do trabalho desenvolvido por Nightingale, tornou-se imprescindível para a enfermagem se desenvolver fundamentada em bases científicas e atuar por meio da aplicação do método científico.

Para Santo e Porto (2006), foi a partir de Nightingale que tomou lugar o paradigma científico na enfermagem, e, com ela, foi sistematizado um campo de conhecimentos, uma nova arte e nova ciência que enfatizava a necessidade de uma educação formal, organizada e científica dos seus agentes.

A evolução da enfermagem enquanto ciência foi possível a partir da elaboração das teorias de enfermagem, como base teórica na qual o enfermeiro se apoia para fundamentar suas ações e, posteriormente, do processo de enfermagem e da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, como meio de organizar o ambiente de trabalho e sistematizar as ações de enfermagem.

Por meio da análise do processo histórico de formação da enfermagem, podemos perceber que o seu saber passou por etapas distintas que vão desde o enfoque técnico à busca dos princípios científicos, e da utilização do método científico para o planejamento da

assistência à formulação de concepções teóricas que deem conta da complexidade que envolve o cuidado (SANTO; PORTO, 2006).

Porém, embora isso tenha representado um grande avanço para a enfermagem se constituir enquanto profissão, nos parece que quanto mais próxima a enfermagem fica da ciência, talvez mais distante ela fique do sujeito, promovendo um apagamento desse, de sua singularidade e subjetividade.

A definição das etapas da assistência de enfermagem, assim como a determinação de diagnósticos e de um plano de cuidados preestabelecidos pelo enfermeiro requer um enquadramento do sujeito e de suas necessidades em padrões científicos. Padrões esses que, embora abordem aspectos emocionais do paciente, não contemplam todas as dimensões do sujeito e não permitem a sua expressão.

Esse modelo de assistência tem grande influência no modelo tradicional de assistência à saúde, o modelo biomédico, centrado na doença e no papel do médico, que é o de descobrir a doença no doente e, a clínica passa a ser um instrumento utilizado não para descobrir uma verdade do paciente, ainda desconhecida, mas uma maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la como um saber inteiramente estruturado (FOUCAULT, 2004).

Segundo Foucault (2004), a soberania do saber médico vem a ser reforçada pela medicina anatomopatológica do século XIX, pois o olhar médico constituía a principal ferramenta de confirmação diagnóstica. O olhar médico era definido como a experiência que lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas.

O que muitas vezes se apresenta no cotidiano dos serviços de saúde é uma sujeição daqueles que buscam assistência aos saberes dos já prontos, em que o profissional já sabe, de antemão, o que cada um deve ou não fazer para alcançar a cura. O saber científico representa a verdade sobre os sujeitos, e esses não são detentores de nenhum saber. Reduzir a experiência subjetiva às questões patológicas é desconhecer que o sujeito, apesar de habitar um corpo, não se reduz a ele (AGUIAR; SILVEIRA; DOURADO, 2011).

Logo, nesse modelo de intervenção, o sujeito não é o paciente, mas o profissional da saúde, pois esse quem detém o saber, o conhecimento sobre a doença, e o paciente torna-se um objeto, uma vez que tem de seguir as condutas estabelecidas pelo profissional.

A maior relevância da doença em relação ao paciente tem se dado desde a configuração primária da doença, pois, para se conhecer a verdade do fato patológico, o médico deveria abstrair o doente, uma vez que a principal perturbação é trazida com e pelo

próprio paciente, sendo esse percebido apenas como um fato exterior em relação àquilo de que sofre (FOUCAULT, 2004).

Seguindo o modelo da história natural, a medicina clássica teve como sujeito e como objeto, respectivamente, o olhar de superfície do médico e o espaço plano de classificação das doenças, de forma que definir uma doença é enumerar seus sintomas, devendo-se, para tanto, abstrair o doente deste contexto, o que se configura em uma medicina das espécies patológicas (MACHADO, 2006).

Como afirma Foucault (2004), essa percepção é reforçada pelo fato de a doença se apresentar ao observador segundo sintomas e signos. O sintoma era interpretado como a própria forma da doença se apresentar, e o signo era valorizado por sua capacidade de prognosticar o que vai se passar, fazer a anamnese do que se passou e diagnosticar o que ocorre no momento.

Assim, o sintoma para a medicina permite designar um estado patológico, sendo interpretado como a forma da doença se apresentar. Nesse sentido, o sintoma transforma-se em sinal da doença que adquire sentido para o médico, competindo a ele identificar se esse sintoma indica a presença ou a possibilidade de uma doença e elaborar o diagnóstico.

Na clínica médica, o significado do sintoma como significante é sempre patológico. Para que haja a relação entre o sintoma e a doença, ou seja, o estabelecimento da relação do significante com o significado, é necessária a intervenção do olhar médico. Esse transforma o sintoma em um significante que significa imediatamente a doença como sua verdade, fazendo assim do sintoma um sinal (QUINET, 2011).

Porém, essa percepção de sintoma para a medicina difere da percepção de outro campo de saber, como a psicanálise, para a qual o sintoma não representa o sinal de uma doença que pode ser detectável no organismo e diagnosticado pelo médico. Como para a medicina, também para a psicanálise o sintoma é um significante, porém não com significado patológico. É também um sinal, mas não o sinal de uma doença. Esta compreensão surgiu a partir de estudos de um neurologista chamado Sigmund Freud com pacientes histéricas.

Essas mulheres histéricas perdiam a visão, a fala ou a sensibilidade de alguma parte do corpo, sem que fossem identificadas causas de natureza orgânica. E, a partir de um método de escuta desenvolvido junto a essas mulheres, Freud descobriu que suas falas desvelavam uma outra racionalidade que, embora desconhecida por quem falava, portava um sentido a respeito dos sintomas e da verdade do sujeito. Trata-se da descoberta do inconsciente (FREUD, 1911-1913).

Em *Estudos sobre a histeria*, Freud (1893-1895) lançou suas ideias sobre os sintomas da histeria, como sendo originários de uma fonte da qual as pacientes relutavam em falar ou mesmo não conseguiam discernir sua origem. Tal origem seria encontrada em um trauma psíquico ocorrido na infância, em que uma representação atrelada a um afeto aflitivo teria sido isolada do circuito consciente de ideias, sendo o afeto dissociado desta e descarregado no corpo.

Logo, para Freud, o sentido do sintoma se refere a algo que poderá ser compreendido a partir da história de vida de cada sujeito, podendo ser decifrado com a participação do psicanalista, mas que só terá sentido se identificado pelo próprio paciente. Assim, a psicanálise demonstra que o significado de cada sintoma é sempre particular, sendo necessário construir um novo saber para dar conta do sintoma, que é efetuado a cada vez em uma análise.

O sintoma, dessa forma, foge aos moldes da racionalidade científica e classificatória. Garcia-Roza (1985) se refere a esses sintomas como sintomas sem lesão orgânica. Optamos, nesse estudo, por denominá-los sintomas sem base orgânica, pois, por não estarem relacionados a uma lesão orgânica, não remetem a uma doença detectável no organismo, mas a uma verdade do sujeito, desconhecida para o próprio sujeito, mas possível de ser revelada a partir do inconsciente pelo processo de escuta.

Analizando historicamente o contexto do nascimento da clínica, no qual a atuação médica foi condutora, percebe-se porque a soberania de suas ações ainda continua prevalente nos serviços de saúde, inclusive com forte influência sobre as demais categorias profissionais e, por conseguinte, na atuação dos enfermeiros, que interiorizaram tais princípios e reproduzem no cuidado que realiza ao paciente o modelo assistencial pautado na biomedicina (MACÊDO, 2011).

Existe uma forte influência desse modelo na atuação dos enfermeiros, que se apropriam dos princípios da medicina clássica e trabalham com o sintoma no sentido da semiologia médica, a partir da identificação de sinais e sintomas no paciente, classificação e, posterior, intervenção voltada para a eliminação dos sintomas.

Buscando esse contexto em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/AIDS, no que diz respeito ao modo como os enfermeiros lidam com os pacientes soropositivos para o HIV, não pensamos diferente. De acordo com observações empíricas e pesquisas realizadas em um ambulatório de referência, partimos do pressuposto que o olhar

que é direcionado a esse paciente é mais focado na doença e na adesão ao tratamento do que no sujeito.

Entendemos que os pacientes atendidos nos SAEs em HIV/AIDS não buscam apenas um acompanhamento clínico de sua patologia, mas profissionais que os acolham e os compreendam além do processo de adoecimento, como sujeitos com suas singularidades e subjetividades, pois muito mais do que um processo patológico, o viver com HIV/AIDS está inserido em uma ampla rede de significações.

Por compreendermos que a percepção de sintoma do enfermeiro pode influenciar diretamente na realização do seu cuidado, propomos que os enfermeiros possam perceber de maneira diferente esses sintomas sem base orgânica, que não apresentam relação com a patologia do paciente e, por isso, escapam ao saber científico, mas que precisam ser desvelados, pois porta um sentido sobre a história de vida do sujeito.

Não estamos propondo transformar um atendimento ou uma consulta de enfermagem em uma análise, mas trazer outro olhar para além da clínica médica, que não objetive apenas o tratamento de sinais e sintomas biológicos, mas que possibilite a escuta e a emergência de outras questões que dizem respeito ao sujeito.

Porém, para lidar com a dimensão do inconsciente do outro, compreendemos que o enfermeiro pode buscar o contato com o seu próprio inconsciente em um processo de análise, pois isso implica em um momento de estranhamento, de lidar com algo insuportável para a consciência, e o enfermeiro não consegue sem antes lidar com suas próprias questões.

Assim propomos, ao invés da limitação, a abrangência; no lugar do modelo reducionista, a complexidade, com o conhecimento de que o saber sobre o sujeito não está ao alcance de todos e não estará ao alcance de ninguém, a não ser pela reintrodução de um questionamento sobre o sujeito, sua história de vida, seus significantes (AGUIAR; SILVEIRA; DOURADO, 2011).

Segundo Oliveira et al. (2009), como uma relação entre sujeitos, a prática clínica na enfermagem não lida apenas com necessidades biofisiológicas do sujeito, mas com a dimensão do saber, das necessidades e do desejo do outro. Logo, torna-se de fundamental importância pensarmos qual é a noção de sujeito que temos e como este se relaciona consigo e com os outros, pois essa concepção é que deveria nortear e fundamentar os conceitos e a prática clínica do enfermeiro (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

A minha aproximação com este estudo se deu a partir da realização de algumas pesquisas em um ambulatório de referência especializado em HIV/AIDS. Essas pesquisas

permitiram o aprofundamento em diversas questões relacionadas a essa temática, principalmente no que diz respeito aos sujeitos, suas histórias de vida, suas singularidades e subjetividades. Neste percurso, pude perceber que o cuidado prestado ao paciente com HIV/AIDS envolve outras questões além da doença e do tratamento, pois lidamos antes de tudo com um sujeito que é singular, e que ele muito tem a nos dizer além de suas necessidades biofisiológicas.

A busca pelo referencial teórico da psicanálise surgiu no Mestrado, porém não foi uma escolha pontual e desvinculada da minha história de vida. A minha inquietação em compreender melhor esse referencial vem desde o meu quinto semestre da graduação, no qual tive o primeiro contato com o estudo da psicanálise. A partir disso, minha implicação com esses estudos se tornavam cada vez mais presentes, pois pude me perceber como sujeito. Pude compreender que muitos conflitos pessoais vivenciados, muitas vezes difíceis de lidar, diziam respeito a minha constituição enquanto sujeito. Muitos sentimentos e angústias inexplicáveis se tornaram mais compreensíveis, pois compreendi que nem tudo está inscrito na ordem do consciente.

Assim, minha aproximação com a psicanálise e minha formação acadêmica me permitiram compreender a enfermagem como uma prática que deve trabalhar não apenas com o processo de adoecimento, mas com o sujeito. Portanto, pensando o sujeito como um sujeito do inconsciente e, o sintoma não com um significado patológico, mas como uma verdade do sujeito a ser relevada, nos questionamos: como o enfermeiro percebe esses sintomas sem base orgânica, que fogem a um sistema classificatório e não correspondem à história clínica e patológica do sujeito?

Frente a esse questionamento, o objetivo do nosso estudo é analisar a percepção do enfermeiro acerca dos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/AIDS.

Compreendemos a relevância deste estudo a partir da possibilidade de redirecionar o atendimento ao paciente com HIV/AIDS, por meio da redefinição do conceito de sujeito, trazendo como fundamento a necessidade de subsidiar uma prática clínica pautada na escuta e propondo que a intervenção do enfermeiro possa considerar o sujeito na sua relação com o sintoma.

Assim, este estudo poderá contribuir para os SAEs em HIV/AIDS, no sentido de melhoria da qualidade da assistência, para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, uma vez que estes poderão compreender melhor os sujeitos que eles atendem e

para os pacientes, pois a esses poderá ser possibilitado um espaço de escuta, em que ele possa se colocar enquanto sujeito.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CIÊNCIA E PSICANÁLISE: DOIS DISCURSOS DE UM MESMO SUJEITO

Durante a Idade Média até o século XVII, o discurso do saber e da verdade estava relacionado a um único agente, Deus, fundamento último de todas as coisas. Deus era o ser responsável não só pela criação, mas também pela conservação de todas as coisas. Assim, havia uma dependência do mundo em relação ao seu criador, pois sem Ele instaurar-se-ia o caos, a quebra da ordem e da harmonia do mundo (BICCA, 1997).

Porém, a partir do século XVIII, com a Idade Moderna, Deus, que era a garantia de sobrevivência da aristocracia e do clero, é descentrado e surge um novo saber para dar conta da classe burguesa emergente. Diversas teorias, como as de Copérnico, Kepler, Galileu e Newton, foram formuladas para contestar o paradigma dogmático da igreja.

Além disso, segundo Bicca (1997), o conceito de autoconservação não é mais pensado como um processo naturalmente regulado, ou seja, não se reconheciam legalidades naturais como condição suficiente para a conservação do mundo. O conceito de Deus, como fundamento teológico e metafísico da conservação, é tendencialmente afastado, dando lugar à noção de “homem”. O homem, assim, passa a ser responsável pela sua conservação, sendo o responsável último pelo seu próprio ser.

Pela primeira vez não se tratava apenas de situar os seres, de pensá-los por meio de uma ontologia, de uma metafísica, mas de colocar em questão o próprio pensar sobre o ser, que se torna, assim, também pensável (ELIA, 2010).

O homem passa a ser responsável pelo acesso à verdade, antes garantida por Deus. Surge, então, a necessidade de um embasamento que sustente esse novo saber formulado pelo homem. Essa mudança da produção da verdade foi contemporânea ao surgimento da ciência moderna. O homem passa a ser a garantia de seu pensar e torna-se produtor da verdade, utilizando-se da ciência como fundamento. Portanto, a noção de homem nasce com o surgimento da ciência.

Inicialmente, surgiram duas correntes para explicar a garantia de um conhecimento verdadeiro, como o empirismo e o racionalismo. O empirismo defendia a tese de que a origem fundamental de todo conhecimento localizava-se na observação e que só a experiência nos permitiria decidir sobre o que é verdadeiro, o puro pensamento não daria conta da verdade factual. Já para o racionalismo, o conhecimento tinha origem nos atos de

apreensão do puro intelecto e, encontrar a verdade seria algo que dependeria somente de um apelo a razão (BICCA, 1997).

Segundo esse autor, em relação à subjetividade, para o empirismo há algo que pode ser considerado como um objeto interior: eu, alma, mente e espírito e, que é objetivado nos atos de reflexão ou introspecção, sendo possível uma auto apreensão ou auto percepção, uma relação direta e imediata a si mesmo. Enquanto os empiristas privilegiam a objetivação do Eu, os racionalistas enfatizam a subjetividade do Eu. O racionalismo propõe que o conhecimento da alma, do espírito é de uma ordem diferente do conhecimento das coisas ou objetos naturais. Surge o conceito de “consciência de si” como fundamento da consciência, como certeza de si ou saber imediato de si.

Essa dicotomia entre razão e subjetividade, consciência e consciência de si foi superada por Descartes que articulou a concepção de racionalidade com o conceito paradigmático de subjetividade. Para ele, a consciência se apresenta como algo que é interior e que não pode ser separada da consciência de si (BICCA, 1997).

Descartes, quando se opôs ao saber existente e se pôs a duvidar de tudo, formula a resposta “posso duvidar de tudo, apenas não posso duvidar que aquele que duvida pensa” e inaugura o *cogito* cartesiano “Penso, logo existo”, que veio ratificar essa apropriação do saber pelo homem. Ele põe-se a duvidar da existência de tudo e recusa qualquer autoridade externa, mesmo divina, afirmando como único ponto de certeza o pensamento.

O *cogito* cartesiano passou a ser a única verdade da qual não se pode duvidar. Segundo Lopes (2008), Descartes introduziu uma perda no campo do saber: a da garantia da voz de Deus como referente único e, ao ligar a existência à certeza do ato de pensar, Descartes a dissocia de tudo o que não seja racional. Assim, separa a existência e seus possíveis atributos, separação que se torna um ideal para a ciência moderna.

A noção de sujeito começa com Descartes e, o sujeito cartesiano passou a ser caracterizado como aquele da consciência, do pensamento, o qual procura a verdade na razão lógica dos fatos. Sendo o homem um ser de pensamento, pode, através da aplicação rigorosa do método da dúvida, alcançar a verdade.

Percebemos então a dependência do existir para com o pensar, pois é por meio do processo de pensar que surge um sujeito, o sujeito do pensamento. Nesse sentido, a subjetividade é algo puramente acessível e apreendido intelectualmente.

Segundo Bicca (1997), é a partir de Immanuel Kant que se dá um novo direcionamento à separação entre o lado intelectual e o lado sensível do ser humano. Kant

afirma que, de um lado, existe uma consciência de si pura, que corresponde à atividade intelectual, porém, por outro lado, existe uma consciência de si empírica relacionada com nossa sensibilidade interna, que caracteriza e determina o Eu como objeto de percepções sensíveis. Quando se afirma “Eu sou consciente de mim mesmo” já se supõe a existência de um duplo Eu, o Eu enquanto sujeito que pensa e, o Eu como objeto que é pensado.

Além disso, segundo Kant, enquanto que o eu que pensa, o eu da reflexão e coerente é uno, indivisível e constante, o eu-empírico, que é pensado, por outro lado, é fenomênico, composto de múltiplas determinações. Assim, o eu como subjetividade conserva-se por meio das experiências diversas ou das múltiplas determinações, e do conceito do puro Eu extrai-se sua persistência, seu ser constante, permitindo que se afirme sua identidade (BICCA, 1997).

É a partir de Hegel que as bases desse paradoxo poderão ser repensadas, exigindo um movimento dialético. Para ele, só há consciência de si mediante o reconhecimento de outra consciência. Para Bicca (1997), o que se evidencia no desfecho é uma simetria entre auto referência e referência ao Outro, na necessidade de reciprocidade do reconhecimento onde a oposição entre sujeito e objeto cede espaço à identidade entre autênticas subjetividades.

Para Hegel, o Eu não é o da auto constituição mediante uma obscura atividade interior de apreensão de si mesmo, e sim o que se vincula à constituição mediatizada dialógico-prática resultante da interação e interlocução dos atores conscientes de si. Assim, a consciência de si passa pela consciência do Outro, e o mesmo Eu que resume o sentido de excluir os outros resume a necessidade de identificação com eles: “É um eu que é um nós, é um nós que é um eu” (BICCA, 1997).

Hegel é, assim, o primeiro a romper com a noção de subjetividade proposta pela filosofia moderna. Essa ruptura representa o abandono da compreensão interiorizada e imediatizante da subjetividade, que passa a ser compreendida como transsubjetividade ou intersubjetividade.

Dessa forma, como afirma Bicca (1997), consciência de si não é um dado imediato, nem uma intuição intelectual, nem alguma forma tão privilegiada quanto enigmática de auto apreensão, mas é um produto, consequência de um processo que pressupõe igualmente exteriorização e interiorização, distanciamento e identificação.

Podemos afirmar então que o *cogito* cartesiano funda a ciência moderna e inaugura o conceito de sujeito. Porém, segundo Elia (2010), se ela estabelece as condições de

aparição real do sujeito, como dito acima, não o toma em consideração, não opera com ele nem sobre ele. O sujeito é suposto pela ciência para, no mesmo ato, ser dela excluído, ou, mais exatamente, ser excluído do campo de operação da ciência.

Como a ciência não opera com o sujeito, surge outro campo de saber que vem retomar esse conceito de sujeito, operando-o sobre ele: a psicanálise. A psicanálise, apesar de não ter se restringido ao campo discursivo da ciência, advém desta, promovendo uma ruptura com o paradigma dominante e propondo uma subversão do conceito de sujeito para criar as condições de operar com ele.

A psicanálise vai operar sobre o mesmo sujeito da ciência, eis a tese de Lacan, pois sem o advento do sujeito com Descartes, a psicanálise não poderia ter vindo à luz (QUINET, 2011). Isso significa que há um sujeito da ciência e, que esse, é o mesmo sobre o qual a psicanálise opera, porém o que vai interessar à psicanálise é justamente aquilo que não é considerado pela ciência, o que escapa à racionalidade, o que não é acessível e que não pode ser representado no consciente.

Freud, considerado o pai da psicanálise, ao dar a voz a suas pacientes histéricas, percebeu o saber do lado delas e, que suas falas revelavam algo de outra ordem que, mesmo desconhecido por quem falava, portava um sentido a respeito da verdade do sujeito. Freud descobriu algo que determinava a fala dessas mulheres e que fugia às regras da racionalidade, e que, por meio da palavra, elas chegavam à outra forma de saber, a um saber não sabido. Surge, então, o conceito de inconsciente.

Foi a partir disso que a psicanálise propôs a subversão do conceito de sujeito elaborado pela ciência, pois, para ele, o sujeito não é aquele centrado e indivisível, determinado pelo pensamento consciente, mas ao contrário, é descentrado e dividido, governado por outra instância: o inconsciente.

Para a filosofia cartesiana, o sujeito é Uno, inteiro, identificável, enquanto para a psicanálise não é identificável, mas sujeito a identificação e, longe de ser unificado, ele é dividido. Ao romper com o discurso de totalidade e indivisibilidade do sujeito, Freud inaugura sobre este um novo saber: o de que o sujeito é dividido entre o consciente e o inconsciente. Inconsciente este que determina as ações do sujeito e que lhe marca (QUINET, 2011).

Segundo Quinet (2011), o sujeito da psicanálise é também sujeito do pensamento e da razão, mas do pensamento e da razão inconsciente, cuja lógica é apreendida não pelo método científico, mas pelo método psicanalítico. Quinet descreve que o procedimento

freudiano para se chegar ao inconsciente foi análogo ao de Descartes para se chegar ao *cogito*, pois sendo a partir da dúvida que ele inaugurou o *cogito*, para a psicanálise, foi a partir da dúvida que se assinalou a presença de uma formação do inconsciente. E é nesse lugar da dúvida que se manifesta o sujeito, no campo do inconsciente como pensamento ausente.

Para Lacan, o discurso psicanalítico renovou a questão do saber colocada por Descartes, pois o inconsciente surge como um saber que não se sabe, que escapa ao ser falante. Assim, contrapondo o *cogito* cartesiano “Penso, logo sou”, ele afirma “Sou onde não penso”.

Diferentemente da ciência, para a qual o pensamento define o ser, substantificando o sujeito, para a psicanálise, o sujeito não tem substância e seu ser está fora do pensamento. O sujeito é um vazio, falta constitutiva do desejo de ser. O sujeito é aquele constituído a partir de sua falta, não sendo, portanto, um todo completo e indivisível, como afirma a ciência (QUINET, 2011).

Segundo Lopes (2008), a ciência desconhece a divisão subjetiva pela qual o sujeito sustenta o desejo, já a psicanálise não desvincula o advento do sujeito do advento do desejo que o gerou. É lá onde falta alguma coisa que se encontra o sujeito, esse significante que falta, esse vazio de representação em que se manifesta o desejo. O sujeito é, portanto, constituído pelo seu desejo. E que desejo é esse? Para chegarmos a esse desejo, é necessário explicar o modo pelo qual o sujeito se constitui.

2.2 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO PARA A PSICANÁLISE

A psicanálise pensa o sujeito como social, afirmando essa dimensão como essencial à constituição do sujeito do inconsciente, ou seja, o sujeito só pode se constituir em um ser ao entrar em uma ordem social a partir da família (ELIA, 2010). A essa condição Freud deu o nome de desamparo fundamental do ser humano, que exige a intervenção de um adulto próximo. Já Lacan nomeia de Outro, com o qual o ser vai entrar em contato para se constituir enquanto sujeito. Portanto, não nascemos sujeito, mas nos constituímos enquanto tal.

O bebê, ao nascer, ainda não é um sujeito, mas um ser de necessidade. Quem atende a essa necessidade? Um Outro, que chamaremos de mãe (mesmo se não for a genitora) inserido no campo da linguagem que atende à necessidade do filho por meio da linguagem (ELIA, 2010). Assim, é a mãe quem introduz a palavra no campo da criança para satisfazer às

suas necessidades. Porém, diferentemente da necessidade de um animal que é satisfeita pela relação direta deste com a natureza, a necessidade do bebê é satisfeita por meio de um Outro.

Por exemplo, o bebê ao chorar faz com que a mãe interprete esse choro de diversas maneiras, uma delas a fome, logo, a atitude da mãe é atender a necessidade do filho com o leite. Porém, se a criança visa o leite, como objeto de satisfação da fome, ela o recebe de alguém que a introduz no campo da linguagem. Isso faz com que ela passe a não mais querer somente o leite, mas também a presença daquele que lhe trouxe o leite. A criança passa a querer o objeto de satisfação trazido e aquele que o trouxe.

Lacan afirma que muito antes de uma criança nascer, um lugar já está preparado para ela no universo linguístico dos pais, e as palavras que constituem esse universo ele chamou de o Outro da linguagem. Logo, assim como a maioria das crianças são obrigadas a aprender a língua falada pelos pais, seus desejos são suscitados nesse mesmo processo e, os seus sentidos são determinados não pelo bebê, mas por outras pessoas (FINK, 1998).

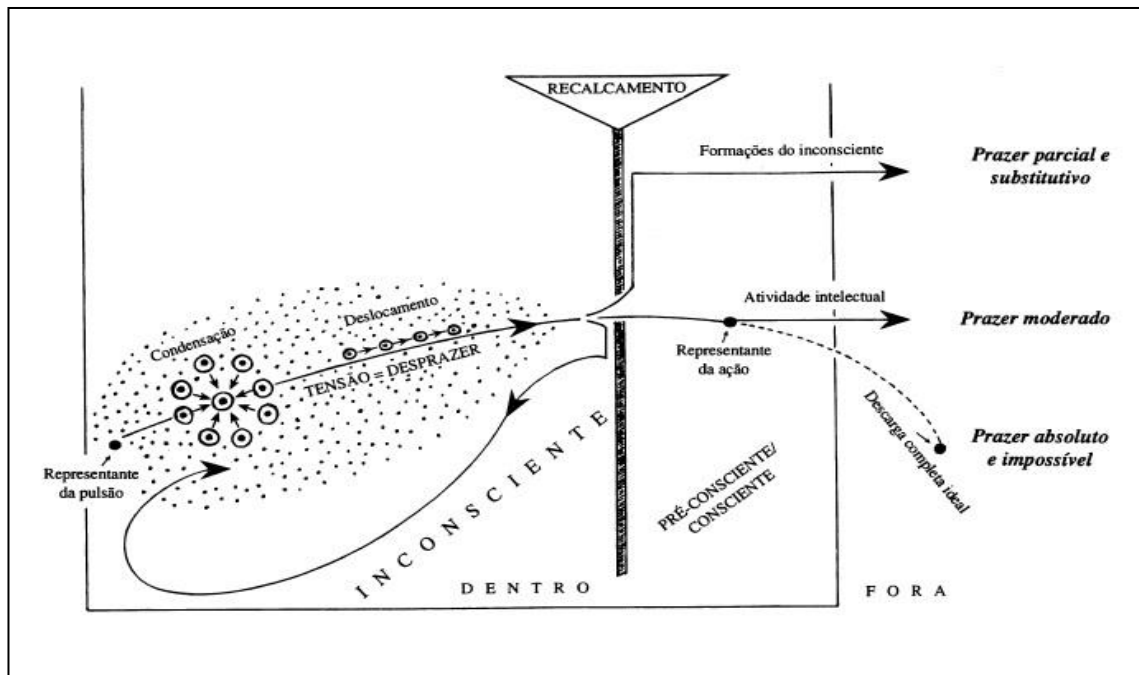
Segundo Elia (2010), Freud precisou claramente a passagem do objeto da necessidade (leite) para o objeto do desejo (quem trouxe o leite). Dizer que o sujeito registra e é marcado por essa experiência é dizer que ele a perde como natural e sempre procurará reencontrar essa primeira experiência de satisfação. Foi esse movimento de busca que Freud denominou de desejo.

Assim, o Outro como linguagem, como denominou Lacan, é o que permite o intermédio entre a necessidade e o desejo. Daí dizer que é a partir do encontro com o Outro que o bebê deixa de ser um ser de necessidade e passa a se constituir enquanto sujeito e sujeito do desejo.

Portanto, o sujeito é constituído por essa incessante busca de satisfação, o desejo, que constitui o jogo de pulsões do inconsciente. Para demonstrar como esse desejo se manifesta, Freud explicou o funcionamento do aparelho psíquico: o processo primário baseado no princípio do prazer, que visa apenas a satisfação; e o processo secundário, dominado pelo consciente, que visa o recalamento dos desejos que impulsionam o processo primário. Esse funcionamento constitui a primeira tópica, que afirma a existência do inconsciente e do consciente ou pré-consciente (QUINET, 2011).

Nasio (1999) propôs o seguinte esquema de funcionamento do psiquismo baseado no arco reflexo de transmissão do impulso nervoso.

Figura 1- Esquema de funcionamento do psiquismo



Fonte: Nasio (1999)

A divisão do sujeito entre o consciente e o inconsciente se dá pelo recalque, representado no esquema por uma barreira. No inconsciente, estão presentes pulsões que geram tensão e desprazer e que buscam a satisfação total, o prazer absoluto, porém essa descarga total de energia é impossível, pois significaria o fim do funcionamento psíquico. Porém, mesmo impossível, essa tensão não deixa de se manifestar em busca de alguma experiência de satisfação, o que aumenta a tensão e torna possível uma descarga parcial dessa energia. É esse conteúdo do inconsciente que passa pela barreira do recalque e que chega ao consciente que permite um prazer parcial ou moderado.

Como mencionado, esse prazer absoluto nunca é alcançado, é da ordem do impossível, no entanto a busca por esse prazer não cessa, ela insiste em se satisfazer, ela burla a barreira de recalque e encontra outras formas de se manifestar, ou seja, o conteúdo inconsciente, que é impossível de aparecer totalmente no consciente, surge no consciente de forma mascarada, para satisfazer de forma parcial ou moderada essa satisfação.

Segundo Quinet (2011), Freud formula, logo de início, a subjetividade humana em conflito, estirada em dois topos, designando a divisão do sujeito entre o que ele quer inconscientemente e o que ele conscientemente não quer ou ignora que quer. Encontramos aqui a própria definição de sujeito por Lacan como sujeito dividido: o primeiro nome dessa divisão em Freud é a divisão entre o inconsciente e o consciente (ou pré-consciente).

Posteriormente, Freud deduziu que o recalçamento é um gesto do eu tão inconsciente quanto as representações inconscientes que ele recalca. Assim, tornou-se impossível continuar a pensar que haveria um eu consciente que recalca e um recalcado inconsciente. Com essas reformulações teóricas, o inconsciente adotou um novo estatuto. Já que os três componentes do aparelho psíquico podem ser inconscientes, o inconsciente deixa de ser uma entidade plena e torna-se uma propriedade de cada uma dessas instâncias (NASIO, 1999).

Além disso, Freud, ao afirmar que a criança tem uma sexualidade, avança sobre o conceito de pulsão, que é a impulsão do sujeito que tende à satisfação. Essas pulsões que constituem a sexualidade humana são sempre parciais e tem uma representação de linguagem no inconsciente. Porém, há uma parte que não é representada, na pulsão há um real de gozo impossível de ser simbolizado, pois se encontra fora do significante, o que Freud denominou pulsão de morte (QUINET, 2011).

Ele percebeu que essa pulsão de morte é responsável pela repetição, trazendo ao sujeito uma satisfação paradoxal para-além do princípio do prazer. Assim, o inconsciente encontra-se amarrado na repetição, pois se está sempre repetindo os mesmos circuitos da cadeia significante, retornando a um mesmo lugar que faz sofrer.

Em *Além do princípio de prazer*, Freud (1920) revela como chegou à hipótese da pulsão de morte. Ele partiu dos sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas, os quais têm por característica conduzir o paciente de volta à situação em que ocorreu o seu acidente. Se um dos seus postulados fundamentais era o de que os sonhos são realizações de desejos, como explicar a existência de sonhos que repetidamente fazem o paciente reviver uma situação traumática? Para responder a essa questão, ele apresentou uma história sobre as brincadeiras das crianças.

A história é a de uma criança que tinha o hábito de apanhar quaisquer objetos que estivessem ao seu alcance e de jogá-los atrás dos móveis para em seguida apanhá-los. Freud percebeu que a criança brincava de “ir embora” com os objetos, o que foi confirmado no dia em que ela brincava com um carretel de madeira amarrado com um pedaço de barbante. Em vez de simplesmente puxar o carretel pelo barbante como se fosse um carro, o menino segurava a ponta do barbante e arremessava o carretel por sobre a borda de sua cama de modo a fazê-lo desaparecer, no que exclamava “fort” e em seguida puxava o carretel, e quando este aparecia, exclamava alegremente “da!”, e isso se repetia incansavelmente.

Freud concluiu que a brincadeira era uma encenação que representava simbolicamente a saída e a volta da mãe. A repetição por parte da criança de uma experiência desagradável faz-se em obediência ao princípio do prazer, pois é exatamente para superar e dominar o desprazer que ela transporta para o plano simbólico a saída e a volta da mãe (GARCIA-ROZA, 1985).

Assim, a partir da reformulação do inconsciente, da pulsão de morte e da repetição, Freud percebeu uma limitação em sua teoria e, para tentar dar conta do que é essa satisfação paradoxal, para-além do princípio do prazer, que faz o sujeito gozar de seu mal-estar, propôs uma nova divisão das instâncias psíquicas que constitui a segunda tópica: o isso, o eu e o supereu.

Segundo Quinet (2011), o eu representa o senhor da consciência e do corpo, que se encontra entre as exigências pulsionais do isso, reservatório das pulsões, e as do supereu, que exige do sujeito um comportamento ideal.

Logo, das três instâncias psíquicas, é o isso que, no novo mapa do psiquismo, torna-se a região mais facilmente identificável ao inconsciente. Esse pronome demonstrativo parece particularmente adequado para expressar o caráter de ser estranho ao eu, para designar essa coisa em nós tão íntima que nos faz agir, e, paradoxalmente, tão obscura, primitiva e inapreensível (NASIO, 1999).

Segundo Kahn (2011), o isso é totalmente inconsciente, sempre funciona de acordo com o princípio do prazer, exigindo uma satisfação completa e sem demora das pulsões. O supereu é a nossa instância moral, representando a absorção mental dos padrões e proibições da sociedade. Já ao eu é conferida a tarefa de mediar o isso, o supereu e o mundo exterior. Ele funciona de acordo com as leis do processo secundário e do princípio da realidade.

A partir do que Freud percebeu, ao longo de sua investigação com as histéricas, e com essa teorização sobre o inconsciente e o funcionamento do aparelho psíquico, ele denominou as manifestações do inconsciente que tem acesso ao consciente como formações do inconsciente: atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e chistes.

Assim, ele explicou essa coisa estranha que fazia com que essas mulheres sentissem coisas que não correspondiam ao saber da medicina. A descoberta do inconsciente retrata, então, esse algo que parece estranho, mas ao mesmo tempo tão íntimo.

Segundo Aguiar, Silveira e Dourado (2011), a descoberta freudiana do inconsciente é a de que ele tem certas leis de funcionamento e comporta o desejo, sobre o qual

nem sempre o sujeito quer saber, pois esse desejo inconsciente é proibido, interditado, incestuoso e, portanto, insuportável para o eu, para o sujeito consciente. No entanto, o fato de não querermos saber, não faz com que ele desapareça. Há algo lá querendo se realizar, fazendo pressão. Às vezes, essa pressão é enorme e vaza na forma de angústia; às vezes fazemos algum sintoma, que tem por função satisfazer, de alguma forma esse desejo.

Assim, como esse sintoma surge? Como ele representa a satisfação desse desejo? No capítulo seguinte, abordaremos o sentido do sintoma, a partir de como ele é compreendido para a medicina até a dimensão considerada pela psicanálise.

2.3 O SENTIDO DO SINTOMA: DA DOENÇA AO SUJEITO DO INCONSCIENTE

Segundo Pimenta e Ferreira (2003), a palavra sintoma é usada ampla e livremente, mas muda de conceito em contextos e disciplinas diferentes. Assim, o significado do sintoma pode ser compreendido de diversas maneiras.

Foucault (2004) afirma que, a partir do paradigma anatomoclínico no século XVIII, a doença passou a se constituir para a medicina segundo sintomas e signos, sendo o sintoma interpretado como a própria forma da doença se apresentar. O mesmo autor aponta que:

O sintoma – daí seu lugar de destaque – é a forma como se apresenta a doença: de tudo que é visível, ele é o que está mais próximo do essencial; ele é a transcrição primeira da inacessível natureza da doença. Tosse, febre, dor lateral, dificuldade para respirar não são a própria pleurisia, mas formam o sintoma essencial, visto que permitem designar um estado patológico. Os sintomas deixam transparecer a figura invariável, um pouco em recato, visível e invisível, da doença (FOUCAULT, 2004, p. 101).

Corroborando com essa visão, Pimenta e Ferreira (2003) descrevem que o sintoma, na medicina, significa algo de anormal, uma alteração de função ou alerta de doença e que compete ao médico decifrar se o sintoma indica a presença ou a possibilidade de uma doença.

Logo, na clínica médica, o significado do sintoma como significante é sempre patológico. Para que haja a relação entre o sintoma e a doença, ou seja, o estabelecimento da relação do significante com o significado, é necessária a intervenção do olhar médico. Este transforma o sintoma em um significante que significa imediatamente a doença como sua verdade, fazendo assim do sintoma um sinal (QUINET, 2011).

Compreendemos que o corpo humano para a medicina tornou-se objeto de investigação e de aplicação do conhecimento científico. Sendo assim, o saber do sintoma é constituído por meio do olhar clínico do médico e da construção do quadro clínico.

Portanto, na medicina, o sintoma é dotado de sentido, mas compete ao médico dar a sua significação, com o objetivo de eliminá-lo. Já na psicanálise, o sintoma também é dotado de sentido, mas a clínica psicanalítica toma-o em outra dimensão e exige sua redefinição.

Quinet (2011) afirma que o sintoma na medicina tem relação com a estatística desde a constituição de sua clínica, pois cada relação estabelecida entre sintoma e doença era registrada e entrava na estatística. Já a psicanálise rompe com a estatística, pois nenhum caso é igual ao outro, e em cada análise a psicanálise deve ser refeita, pois um caso não serve de modelo para o outro. Assim, demonstra que o significado de cada sintoma é sempre particular, sendo necessário construir um novo saber para dar conta daquele sintoma.

O sintoma, para a psicanálise, só pode ser considerado patológico por se referir ao *pathos*, a paixão do sujeito que é paixão sintomatizada pelo sexo, pois o sentido de todo sintoma é sexual. Por outro lado, há um *pathos* como padecimento do sujeito, já que ele padece da estrutura da linguagem. O sujeito padece da linguagem e do sexo, e o sintoma revela esse duplo padecimento, pois é tecido de linguagem e é a forma de satisfação sexual do neurótico (QUINET, 2011).

Freud (1917a), em *O sentido dos sintomas*, afirma que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente, com a vida de quem os produz. Logo, o sintoma não remete a uma doença que tem algum substrato anatomopatológico, não remete a um significado generalizável nem a um significado patológico. O sintoma para a psicanálise não revela a verdade de uma doença orgânica, mas revela outra verdade: a verdade do sujeito do inconsciente (QUINET, 2011).

A trajetória de Freud do sintoma ao inconsciente foi possível pelo estudo das neuroses que são expressão de conflitos entre o eu e as pulsões que, por serem incompatíveis com a integridade ou com os padrões éticos do eu, são recalcadas, são impedidas de se tornar conscientes. Porém o recalçamento facilmente fracassa e a libido represada, que foi repelida pela realidade, procura outras vias de satisfação. O resultado é um sintoma (DIAS, 2006). Assim, o sintoma se apresenta como um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional, sendo uma consequência do processo de recalçamento.

Como vimos no capítulo anterior, o sintoma é uma formação do inconsciente, ou seja, é algo que escapa do inconsciente e chega ao consciente na forma de sintoma em busca de realizar alguma experiência de satisfação. Segundo Dias (2006), o sintoma representa uma satisfação sexual substitutiva para desejos sexuais não realizados, ou seja, um substituto de algo que foi afastado pelo recalçamento, uma indicação de um retorno do recalcado.

Freud (1917b), em *Os caminhos da formação dos sintomas*, esclarece o caminho indireto, via inconsciente, pelo qual a libido consegue achar uma saída de satisfação real, o sintoma, mesmo que seja uma satisfação extremamente restrita e que mal se reconheça como tal. Assim, o sintoma repete, de algum modo, uma experiência de satisfação.

Porém, a formação dos sintomas não representa apenas satisfação, mas também angústia. Freud estabeleceu a relação altamente significativa entre a geração de angústia e a formação de sintomas, verificando que os dois processos se representam e substituem um ao outro. Em *Angústia e vida pulsional* (1933), ele concluiu que a geração da angústia veio primeiro, e a formação dos sintomas, o que veio depois, como se os sintomas fossem criados a fim de evitar o estado de angústia.

Segundo Dias (2006), o sintoma é o lugar paradoxal onde o sujeito, sem que ele o saiba, tem a sua satisfação sexual e, também, o seu sofrimento. Assim, representa, ao mesmo tempo, dor e alívio, tanto sofrimento para o eu quanto alívio para o inconsciente. Alívio, pois é uma forma parcial da tensão retida no inconsciente se manifestar.

Nasio (1993) aborda o sintoma como um mal-estar que se impõe a nós, além de nós, e nos interpela, sendo um ato involuntário, produzido além de qualquer intencionalidade e de qualquer saber consciente. É, portanto, uma manifestação do inconsciente.

Para esse autor, o sintoma deve ser compreendido a partir de três características: a primeira é a maneira como o paciente enuncia seu sofrimento, os detalhes inesperados do seu relato e, em particular, suas palavras ditas de improviso; a segunda é a teoria formulada pelo analisando para compreender seu mal-estar, pois não há sofrimento na análise sem que a pessoa se pergunte porque está sofrendo; e a terceira é o fato de o analista fazer parte do sintoma.

A psicanálise nomeou essa terceira característica do sintoma como transferência analítica, ou seja, o analista participa do sintoma do paciente. Para o paciente, não se trata tanto de supor que o analista sabe o que se passa com ele, mas de supor, principalmente, que ele está na origem de seu sofrimento para que algo comece a ser revelado.

Segundo Nasio (1993), o sintoma conduz inicialmente ao inconsciente e depois ao gozo, considerando assim a tríade sintoma-inconsciente-gozo. O sintoma remete inicialmente ao inconsciente, pois porta um sentido, um saber não sabido a respeito da verdade do sujeito. Esse sentido, no entanto, não é propriamente um sentido *a priori*, mas um sentido que será revelado em uma análise. Porém, como a verdade do sintoma é correlativa à própria estrutura do inconsciente, por mais que algo seja dito, algo não será simbolizado e permanecerá na ordem do não dito.

Para explicar a dimensão de gozo do sintoma, Nasio associa os três destinos da energia psíquica, descritos no capítulo anterior, aos três estados do gozar designados por Lacan: o gozo fálico, o mais-gozar e o gozo do Outro.

O gozo fálico corresponderia à energia dissipada durante a descarga parcial, tendo como efeito um alívio relativo, um alívio incompleto da tensão inconsciente. O mais-gozar corresponderia ao gozo que, em contrapartida, permanece retido no interior do sistema psíquico, e cuja saída é impedida pela barreira do recalçamento. O advérbio “mais” indica que a parcela de energia não descarregada, o gozo residual, é um excedente que aumenta constantemente a intensidade da tensão interna. Já o gozo do Outro corresponderia à situação ideal em que a tensão fosse totalmente descarregada, estado fundamentalmente hipotético, pois representaria o fim do funcionamento do aparelho psíquico (NASIO, 1993).

Assim, compreendemos que o sintoma representa o gozo fálico, uma vez que significa uma forma de liberar parcialmente a tensão retida no inconsciente, como uma maneira de satisfação.

Porém, esse gozo não coincide com prazer, mas é um modo de satisfação que leva o sujeito em direção ao seu pior: a pulsão de morte. O que o sujeito sente é um sofrimento intolerável que, paradoxalmente, é uma satisfação. O gozo, assim, diferentemente do prazer, não encontra satisfação a não ser voltando sempre ao mesmo lugar, repetindo (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012).

Lacan (1992), em *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*, descreve a vida como um conjunto de forças que resiste à morte, mas que essa tendência de retorno ao inanimado se faz presente na experiência analítica e afirma que esse caminho para a morte nada mais é do que aquilo que se chama gozo.

O sintoma como gozo representa essa satisfação que sustenta o sujeito. Segundo Maia, Medeiros e Fontes (2012), essa satisfação aparece para tratar a falta estrutural do Outro da linguagem. O sujeito em sua constituição se descobre faltoso e acredita que veio para

completar o Outro, porém descobre a falta também no Outro e, a partir disso, cria um mecanismo de tamponar essa angústia que o constituiu, o sintoma. Assim, o sintoma porta uma satisfação que não para de querer se manifestar, mas, ao mesmo tempo, nunca poderá ser alcançada por completa.

Para Conde (2008), o sintoma pode ser compreendido como resultado de uma estrutura marcada por uma falta, representando a verdade que aponta para essa falta inerente. Aí residiria o aspecto “incurável” do sintoma.

O que Freud vai encontrando em sua prática clínica é que os sintomas carregam em si uma satisfação que torna o tratamento difícil. Assim, o sintoma, após 1920, passa ter duas faces: o de mensagem, passível de interpretação, e o de satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012).

Daí o fato de a psicanálise compreender o sintoma de maneira diferente, não com o intuito de eliminá-lo, mas de decifrá-lo e indicar ao sujeito o modo como ele pode lidar com o seu sintoma.

Portanto, a conceituação do recalque, do inconsciente enquanto sistema, das pulsões e seus destinos proporcionou a Freud a condição de elaborar a teoria psicanalítica, a fim de dar conta de outro espaço, de outra cena e, assim, captar e decifrar as mensagens contidas nos sintomas neuróticos. E, contrariamente, ao sintoma médico, sinal de doença e que deve ser eliminado, o sintoma para a psicanálise deve ser acolhido e decifrado.

Não tivemos aqui a pretensão de descrever todos os conceitos psicanalíticos, mas apenas de citar alguns que apontem um caminho que possa nos levar a melhor compreensão do sintoma como uma verdade do sujeito.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM

A pesquisa foi de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas estudam as características de um grupo, buscando levantar opiniões, atitudes e crenças deste grupo. A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010), responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Além disso, nos direcionamos para uma abordagem qualitativa a partir da escolha do método de análise de dados que visa compreender não apenas o texto, mas o funcionamento do discurso, por meio da análise de suas condições de produção e do contexto político, histórico e social em que foi produzido (ORLANDI, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em sete SAEs em HIV/AIDS, do município de Fortaleza – CE. Atualmente, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, existem 11 SAE atuantes, sendo um localizado na Secretaria Regional (SR) do Centro, um na SR I, dois na SR II, três na SR III, dois na SR V e dois na SR VI (BRASIL, 2013a).

O motivo da escolha dos sete deveu-se ao fato de escolhermos a SR III, que contém o SAE de maior referência, e as regionais localizadas mais próximas a ela, que são as SR do Centro, a I e a V. Portanto, os SAEs que constituíram campos de pesquisa foram: SAE do Centro de Especialidades Médicas José de Alencar; SAE do Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter; SAE da Unidade de Atenção Primária a Saúde Carlos Ribeiro; SAE do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição; SAE da Unidade de Atenção Primária a Saúde Anastácio Magalhães; SAE do Hospital São José de Doenças Infecciosas e SAE do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Os SAEs em HIV/AIDS são serviços de saúde que realizam ações de assistência secundária às pessoas vivendo com HIV ou AIDS. O objetivo destes serviços é prestar um

atendimento integral aos usuários, concentrando as consultas com especialistas e os exames de maior complexidade, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar. Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação, consulta de enfermagem e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e AIDS (BRASIL, 2013b).

3.3 PERÍODO E SUJEITOS DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2014 e, os participantes desta pesquisa foram 19 enfermeiros que atuam nos sete SAEs escolhidos pelo estudo. Foram definidos como critérios de inclusão os enfermeiros de ambos os sexos e que atuassem nestes serviços há pelo menos um ano e, como critério de exclusão os enfermeiros que, no período de coleta dos dados, estivessem ausentes no serviço por férias ou licença médica.

O anonimato foi garantido aos participantes do estudo, sendo utilizado como procedimento de codificação a identificação das falas através da letra E seguida por números por números de 1 a 19 que representam a quantidade de sujeitos.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos

Identificação do enfermeiro	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação profissional (anos)	Tempo de atuação no SAE (anos)	SAE de atuação
E1	Feminino	34	14	01	Hospital São José
E2	Feminino	56	30	09	Hospital São José
E3	Feminino	30	05	02	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
E4	Feminino	27	05	02	Unidade de Atenção Primária a Saúde Carlos Ribeiro
E5	Feminino	29	06	02	Unidade de Atenção

					Primária a Saúde Carlos Ribeiro
E6	Feminino	57	30	06	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
E7	Feminino	49	26	05	Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter
E8	Feminino	62	30	04	Hospital São José
E9	Feminino	28	02	01	Hospital São José
E10	Feminino	40	15	05	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
E11	Masculino	32	09	02	Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição
E12	Feminino	26	03	01	Unidade de Atenção Primária a Saúde Anastácio Magalhães
E13	Feminino	53	26	04	Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição
E14	Feminino	43	18	05	Hospital São José
E15	Feminino	36	10	03	Unidade de Atenção Primária a Saúde Anastácio Magalhães
E16	Feminino	27	03	01	Hospital Universitário Walter Cantidio
E17	Feminino	57	30	06	Hospital São José
E18	Feminino	39	16	04	Hospital Universitário Walter Cantidio
E19	Feminino	63	36	06	Hospital Universitário Walter Cantidio

Fonte: Elaborado pelo autor

A caracterização dos sujeitos demonstrou que 18 são do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Quanto à idade, os enfermeiros tinham em média 41 anos, com tempo de

formação profissional em média de 17 anos, e, uma média de 04 anos de atuação junto ao SAE. Dos 19 enfermeiros, 03 atuam no SAE do Centro de Especialidades Médicas José de Alencar, 01 no SAE do Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter, 02 no SAE da Unidade de Atenção Primária a Saúde Carlos Ribeiro, 02 no SAE do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, 02 no SAE da Unidade de Atenção Primária a Saúde Anastácio Magalhães, 06 no SAE do Hospital São José de Doenças Infecciosas e 03 no SAE do Hospital Universitário Walter Cantídio.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada. Segundo Gil (2008), a entrevista semiestruturada é guiada por uma relação de questões de interesse, as quais o investigador vai explorando ao longo de seu desenvolvimento. Será solicitada autorização para a gravação das entrevistas, sendo esclarecido que estas servirão apenas para análise dos dados não sendo disponibilizadas para outros fins.

A entrevista foi composta por dados de identificação do participante da pesquisa e por questões norteadoras que guiaram o pesquisador (APÊNDICE B).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve início após a anuência da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, sobre o processo nº P056049/2013 e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, sob o parecer de número 651.759. Ambos os pareceres estão em anexo.

Os objetivos do estudo foram esclarecidos e foi realizado o convite às pessoas de interesse da pesquisa. Foram respeitados os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a), como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), a garantia do anonimato, a liberdade dos sujeitos em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa e a relevância social da pesquisa. Além disso, foi respeitada a autorização ou não pelo sujeito para a gravação das entrevistas.

3.6 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da Análise de Discurso (AD), entendendo que esta trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido, tendo a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A AD aborda maneiras de significar e considera a produção de sentidos enquanto parte da vida dos sujeitos. Considera o homem na sua história, os processos e as condições de produção da linguagem, pela análise da relação estabelecida entre a língua e os sujeitos que a falam e as situações em que se produz o dizer. Assim, Orlandi (2005) descreve o discurso como espaço de compreensão entre língua, ideologia e sentido para aqueles que o proferem.

A AD se define pela sua proposta das novas maneiras de ler, colocando o dito em relação ao não dito, ao dito em outro lugar, problematizando as leituras de arquivo, expondo o olhar leitor à opacidade do texto (ORLANDI, 2008).

Assim, não considera o texto como uma unidade fechada, mas como um meio para se chegar ao discurso e, a partir dele, explicitar os processos de significação, compreender a produção de sentidos, o funcionamento do discurso e os gestos de interpretação constitutivos dos sentidos e dos sujeitos.

A compreensão do processo da AD também nos remete ao referencial teórico da psicanálise, uma vez que a compreensão de sujeito para a psicanálise contribuiu para o conceito de heterogeneidade enunciativa trabalhado na AD. Essa heterogeneidade do discurso perpassa pela própria heterogeneidade constitutiva do sujeito, pois não falamos sempre o que queremos, como e da maneira que queremos, mas estamos “sujeitos” a inúmeros fatores e um deles é a manifestação do inconsciente (SANTOS, 2012).

A análise compreendeu três etapas. Inicialmente, realizou-se uma transcrição minuciosa das falas dos sujeitos entrevistados, buscando resguardar a fidedignidade dos discursos, com atenção para as pausas, rupturas e equívocos linguísticos identificados, tendo sido esta etapa de fundamental importância para o seguimento de toda a análise. Utilizou-se, para tanto, a simbologia convencionada por Gomes (2005) para a (re)construção da materialidade linguística, para caracterizar cada situação específica.

Tabela 2 - Simbologia convencionada para materialidade linguística do texto

Símbolo	Utilização
<i>(itálico)</i>	Comentários do pesquisador esclarecendo o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem, motivações que levaram os participantes a falarem, entre outras coisas.
[frase]	Explicação dos fatos exteriores que possuem relação com o dito dos sujeitos.
...	Incompletude do pensamento.
<	Interrupção da fala de um sujeito pelo pesquisador.
(-)	Interrupção da fala do pesquisador.
(INAUDÍVEL)	A fala não pode ser transcrita, pois é inaudível.
/	Pausa breve da fala do sujeito.
//	Pausa longa da fala do sujeito.
!	Ênfase na frase.
—	Início de enunciação.
\	Incompletude do dizer.

Fonte: Gomes (2005)

A análise propriamente dita foi iniciada através da realização da dessuperficialização dos textos, que consistiu em uma passagem fundamental que se fez de transformação da superfície linguística (o material de linguagem bruto coletado, no caso as entrevistas) em objeto discursivo, cujo *corpus* recebeu um primeiro tratamento de análise superficial. Nesta fase de configuração do *corpus*, foi possível o delineamento de seus limites,

fazendo recortes, na medida em que se foi incidindo um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções (ORLANDI, 2005).

A segunda etapa se constituiu na passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, com a aplicação dos dispositivos analíticos, na procura de pistas no texto que indicassem os processos discursivos, responsáveis pelos efeitos de sentidos produzidos. Na última etapa, na passagem do objeto para o processo discursivo, perpassou-se o delineamento das formações discursivas para sua relação com a ideologia, permitindo compreender como se constituem constituíram o sentido dos dizeres (GOMES, 2007).

A partir desse momento, tornou-se possível um aprofundamento do material empírico, com a sensação de estar imersa no processo de análise na busca por captar como o discurso significa para, assim, analisar a discursividade, tendo em vista que já se iniciou a entrada no processo discursivo, saindo de seu produto acabado, nos quais estavam presos, e cujos efeitos afetavam linguística e ideologicamente (ORLANDI, 2005).

Como dispositivos analíticos da AD, utilizamos, como referência, os descritos por Gomes (2006) e Orlandi (2005).

Paráfrase: constitui o que se mantém em todo dizer, isto é, o dizível, a memória, representando o retorno aos mesmos espaços do dizer. A partir desse dispositivo, podem ser produzidas diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado.

Polissemia: representa o deslocamento e a ruptura do discurso, dos processos de significação. Apesar da base do sentido do dizer ser sustentada pela repetição do dizível, abre-se também a possibilidade do equívoco dessa continuidade. Os autores relatam o processo parafrástico e polissêmico como movimentos tensionais e necessários para a constituição de todo discurso, representando o mesmo e o diferente.

Metáfora: supera o modo como a retórica a concebe, como figura de linguagem, passando a se caracterizar pela tomada de uma palavra por outra, por meio de um mecanismo de transferência que estabelece o modo como as palavras significam.

Interdiscurso: definido como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. Trata-se da memória discursiva e, é através dessa memória que os sentidos se constroem, dando a impressão de que a pessoa sabe do que está falando e de que esse dizer possui origem exclusiva em seu pensar.

A partir da compreensão das condições de produção dos discursos e da identificação dos diferentes núcleos de sentido, com o delineamento das formações discursivas, foi possível perceber o processo de produção dos sentidos. Após essa

compreensão, buscamos relacionar as diferentes formações discursivas com a formação ideológica dominante, que rege o discurso, uma vez que a ideologia é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos e, portanto, do discurso.

4 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS

A AD, por entender que o processo de comunicação não pode ser reduzido à transmissão de informações, de forma linear e inequívoca, parte do pressuposto de que a discursividade se caracteriza pelos sentidos construídos a partir dos agentes que interagem, o que inclui como condição básica para o acontecimento, não só as vivências e as experiências, como também a representação do objeto central da enunciação, a visão de mundo e o pertencimento a determinada classe social, entre outros aspectos que determinam o dizer e o não-dizer (GOMES, 2007).

Dessa maneira, não se limita à análise do dito em si, mas busca inseri-lo no contexto vivido, relacionando-o com sua exterioridade e com as condições em que ele é produzido. Os dizeres, assim, tornam-se efeitos de sentidos que são produzidos em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no modo como se diz, deixando vestígios que o analista de discurso tem de apreender (ORLANDI, 2005).

Compreender, pois, as condições nas quais os discursos são produzidos torna-se de fundamental importância no processo de análise. Podemos considerar, segundo Orlandi (2005), as condições de produção dos discursos em sentido estrito (contexto imediato) e em sentido amplo (contexto sócio histórico, ideológico).

Além desses sentidos, as condições de produção funcionam de acordo com certos fatores. Um deles constituem a relação de sentidos, que resultam das relações de um discurso com outros. Nenhum dizer está pronto e inacabado, sempre aponta para outros dizeres que o sustentam, imaginados ou possíveis, assim como para dizeres futuros. Outro fator seria o mecanismo de antecipação, no qual o locutor tem a capacidade de se colocar no lugar do seu interlocutor e antever o sentido que suas palavras produzem. E, por último, temos a relação de forças, que representa o lugar a partir do qual o sujeito fala, lugar este que é constitutivo do que ele diz (ORLANDI, 2005).

Em sentido estrito, podemos perceber as circunstâncias imediatas nas quais a enunciação foi produzida. No cenário desse estudo, temos os SAEs como locais da pesquisa, os enfermeiros como sujeitos locutores, a pesquisadora como sujeito interlocutor e as questões norteadoras da pesquisa como uma maneira de se chegar ao objeto discursivo.

Analisando essas condições, podemos entender um jogo imaginário que permeia o discurso. Os locais da pesquisa constituíam os locais de trabalho dos enfermeiros e, os

enfermeiros foram questionados acerca da sua prática por uma pesquisadora que ocupa também a posição de enfermeira.

Temos assim, a imagem da posição enfermeiro locutor (quem sou eu para lhe falar assim?), da posição do enfermeiro interlocutor (quem é ele para me falar assim, ou para que eu lhe fale assim?) e também a do objeto do discurso (do que estou lhe falando, do que ele me fala?). Além disso, pelo mecanismo de antecipação, temos a imagem que o enfermeiro locutor faz da imagem que o enfermeiro interlocutor faz dele e a imagem que o enfermeiro interlocutor faz da imagem que o enfermeiro locutor faz do objeto do discurso.

Logo, para Orlandi (2005), o que nos interessa na relação discursiva são essas imagens que nos permitem passar dos lugares empíricos dos sujeitos para suas posições discursivas, nas quais estão implicadas o contexto sócio histórico e a memória discursiva. Assim, no processo discursivo, são considerados o material, o institucional e o imaginário para, assim, chegarmos ao entendimento das relações e dos sentidos dos discursos.

Em sentido amplo, as condições de produção nos remetem ao contexto sócio histórico e ideológico. Os sentidos, como afirma Orlandi (2005), não estão nas palavras, mas são determinados pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio histórico em que o discurso é produzido.

Logo, as condições que favorecem a produção dos discursos dos enfermeiros participantes do estudo são fundamentais para a compreensão de seus fundamentos discursivos e embasamento ideológico, onde torna-se necessário compreender de que lugar fala esse enfermeiro, como ele se coloca para falar e trabalhar com esse paciente e quais componentes estão envolvidos no processo de intervenção terapêutica.

Iniciamos a compreensão das condições de produção dos discursos a partir da percepção que o enfermeiro tem do paciente. Essa percepção desvela as relações de força mantidas entre esses sujeitos, pois o paciente visto como desprovido de conhecimento necessita do enfermeiro, detentor do saber científico, para orientar sobre o que ele deve ou não fazer.

Isso nos remete ao próprio processo de formação desses enfermeiros, provenientes de um modelo de educação tradicional, em que os professores constituíam o centro no processo de ensino, sendo detentores da verdade e, os alunos estavam ali como espectadores para absorver as informações transmitidas pelo professor, sem questioná-las.

Esse modelo educativo foi denominado por Paulo Freire de educação bancária. Esta mantém o educador como agente máximo, com a tarefa de encher e preencher os espaços

vazios do educando de forma desconectada de suas realidades, mantendo o ato educativo funcionante apenas na sonoridade da palavra. Nessa relação, o objetivo é conduzir o receptor a um pensamento que interessasse o locutor, destituído de qualquer reflexão que possa proporcionar transformação da realidade (FREIRE, 2005).

Os Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de enfermagem mantêm de forma predominante uma metodologia tradicional de ensino, detentora atual de diversas críticas por não facilitarem o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo dos alunos, assim como desconsiderar os processos de subjetivação dos sujeitos (THERRIEN et al, 2008; PEREIRA, TAVARES, 2010).

Além disso, a estrutura curricular dos cursos de enfermagem privilegia as disciplinas biomédicas, onde tudo se organiza com base em sistemas de classificação com o intuito de promover a universalização do conhecimento a partir da aplicação do método científico. Seguindo essa lógica, a enfermagem também buscou por uma universalidade de sua assistência por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que se utiliza da proposta do método científico em suas etapas de investigação (histórico de enfermagem), formulação de hipótese (diagnóstico de enfermagem), implementação/ intervenção e avaliação.

Assim, a enfermagem tem sido profundamente perpassada por uma prática baseada em evidências, com a criação de protocolos e normas de atuação, a classificação dos diagnósticos, intervenções e resultados que têm encaminhado os enfermeiros no sentido dessa prática centrada na objetividade, na obediência do método da ciência moderna seguindo o modelo da medicina biomédica (AGUIAR, 2011).

Segundo Coelho (2012), a formação acadêmica da enfermagem é determinante e direciona as práticas dos profissionais, então se os enfermeiros não foram formados numa perspectiva crítico reflexivo, torna-se difícil vivenciar essa prática na assistência.

Assim, a influência da formação acadêmica, com práticas clínicas voltadas para o processo de adoecimento dos sujeitos, condicionam a atuação dos enfermeiros ao cuidado curativo, onde o saber fazer impera. Essa influência torna-se ainda mais forte quando refletimos sobre a atuação dos enfermeiros dos SAEs, que tem suas ações ainda conduzidas por normatizações ministeriais.

Logo, torna-se mais cômodo para o enfermeiro continuar utilizando sua cientificidade e sua posição de conhecedor em favor de outro a quem desconhece, mantendo o controle de relações que se sustentam na opressão. Essa fidelização ao modelo biomédico e ao

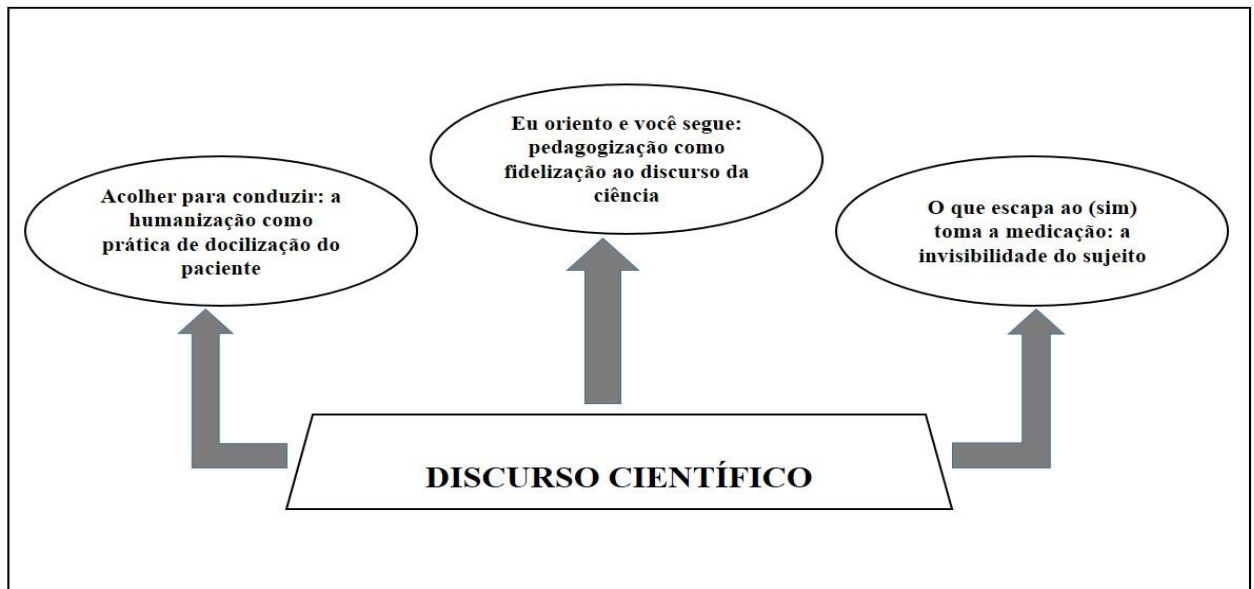
discurso da ciência faz com que o que escape a isso se torne invisível aos olhos dos enfermeiros, que não conseguem atuar de forma diferente do que lhe é imposto.

Além das condições de produção dos discursos, o processo de compreensão dos sentidos, em sentido amplo, perpassa pela noção de formação discursiva e sua relação com a ideologia, que determina o que pode e deve ser dito em um determinado contexto. É pela referência à formação discursiva que podemos apreender o funcionamento do discurso.

Orlandi (2005) assim define em grande parte o trabalho do analista: observando as condições de produção e verificando o funcionamento da memória, o analista deve remeter o dizer a uma determinada formação discursiva para compreender o sentido do que ali está dito.

Logo, a compreensão do funcionamento dos discursos foi organizada a partir de três núcleos de sentidos identificados, que fundamentaram a construção teórica das seguintes formações discursivas: “Acolher para conduzir: a humanização como prática de docilização do paciente”; “Eu oriento e você segue: pedagogização como fidelização ao discurso da ciência” e “O que escapa ao (sim) toma a medicação: a invisibilidade do sujeito”. Como ideologia, apontamos o discurso científico como a base que sustenta toda a prática significativa dos discursos, como representado na seguinte figura.

Figura 2 - Síntese dos resultados obtidos após o processo de análise



Fonte: Elaborado pelo autor

5 APRESENTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SENTIDO

5.1 FORMAÇÃO DISCURSIVA – ACOLHER PARA CONDUZIR: A HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA DE DOCILIZAÇÃO DO PACIENTE

Nessa formação discursiva, compreendemos a dimensão humanista do enfermeiro como norteadora de sua prática. Os discursos que subsidiaram a construção dessa formação apontaram a percepção do paciente enquanto sujeito, reconhecendo que este precisa ser ouvido e valorizado.

Percebemos que, no momento inicial de aconselhamento com o paciente diagnosticado com HIV/AIDS, os enfermeiros deixam o paciente à vontade para ele expor suas questões.

*[...] deixar o paciente realmente **desabafar**[...] (E1)*

*Então assim, quando eles (pacientes) vem, quando o paciente vem buscar ajuda é porque ele realmente tá necessitando, eu (enfermeiro) acolho, nem que seja pra sentar cinco minutos e **desabafar**, contar o que aconteceu na casa dele e, ele chorar e você acolhê-lo, né? E, pronto, acabou ali, e já é uma ajuda. (E4)*

*Mas a maioria dos pacientes, eles ficam abertos a conversar, né? [...] a **desabafar**, a dizer o que tá sentindo, o que tá pensando, né? Então assim, eu (enfermeiro) deixo eles bem à vontade, né? É um acolhimento! Nesse momento, é ... se ele (paciente) quiser chorar, ele chora, né? Se ele quiser ficar sozinho, ele fica [...] (E5)*

Nesses discursos, os enfermeiros abrem um espaço para o paciente se colocar e falar tudo o que está sentindo, sendo o enfermeiro quem vai acolhê-lo nesse momento inicial de desamparo e permitir um desabafo como mecanismo de ajuda.

Na construção desses discursos, evidenciamos a utilização da metáfora “desabafar”, que remete à maneira como o enfermeiro percebe o aconselhamento. Nesse primeiro contato com o paciente, percebemos que o enfermeiro compreende a prática do aconselhamento apenas como um desabafo, em que o profissional deve se mostrar disponível para ouvir o seu próximo, utilizando de sua sensibilidade e empatia.

Pessoalmente, eu (enfermeiro) utilizo muito a minha sensibilidade, né? A minha empatia com o outro, né? (E14)

[...]de tentar se colocar no lugar do paciente, de tentar é diminuir um pouco a aflição daquele paciente naquele momento, né? (E15)

A escuta, um dos dispositivos terapêuticos evidenciados nos discursos, é ressaltada como mecanismo que possibilita ao paciente se manifestar, de colocar suas questões, para que ele se sinta valorizado e importante.

*Eu (enfermeiro) acredito que você se dispor desse período pra ouvir o paciente na queixa dele é algo que é importante pra ele se **sentir acolhido**. Tem que ter uma pessoa pra simplesmente ouvir, é uma terapia e, eu acho que é uma ajuda sim. (E2)*

*Pra mim (enfermeiro), ouvir, escutar é isso. É **valorizar aquilo que a outra pessoa tá trazendo pra mim**, seja o que for e seja quem for. (E9)*

*A minha intervenção (de enfermeiro) foi fazer o paciente perceber que **ele tava sendo ouvido**, fazer o paciente perceber que **ele era um sujeito**, né? Que tudo que ele dizia era importante. (E10)*

*[...] Então assim, todo o meu empenho (do enfermeiro) era em torno disso, né? De fazer essa pessoa se **sentir sujeito e importante naquele momento**. Escutá-la, né? Alguém que tava ali pra prestar atenção nela. Nela toda, no que ela pudesse trazer. (E12)*

Nessas falas, temos a ideia de valorização da pessoa do paciente, cabendo ao enfermeiro ouvir e valorizar tudo o que é trazido pelo paciente. Isso corrobora com a teoria humanista, que propôs um novo olhar acerca desse paciente, na perspectiva de colocá-lo no centro da assistência.

Os discursos, inseridos nessa corrente humanista, apontam, parafrasticamente para umas das teorias que embasam o aconselhamento em HIV/AIDS: a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), formulada por Carl Rogers, conforme evidenciado nas falas:

*Eu (enfermeiro) trabalho a partir das necessidades do paciente, **cuidado centrado no paciente**, para que ele (paciente) **se sinta acolhido**, ele se veja uma pessoa importante [...] (E9)*

*Todo o nosso trabalho (de enfermagem) é voltado pro paciente como um todo, **centralizado no paciente**, para que ele se sinta à vontade e seguro, **acolhido**, principalmente, para falar da abertura de sua vida, possibilitando, assim, que ele se expresse, dando todo o espaço que essa pessoa precise para que haja esse processo de interação [...] (E10)*

A ACP caracteriza o aconselhamento centrado no cliente, fundamentalmente, pela implementação de uma concepção específica da natureza humana. Dessa maneira, as atitudes do aconselhador devem emergir de suas convicções filosóficas concernentes ao ser humano e, o próprio processo de aconselhamento deve representar uma elaboração dessa concepção (SCHEEFFER, 1978).

De acordo com Moreira (2010), essa abordagem adota uma prática não-diretiva, na qual o maior foco de interesse é a pessoa e não o problema, e toma a própria relação terapêutica como uma experiência de crescimento. Com base nisso, as atitudes do profissional privilegiam uma postura de neutralidade, onde é o paciente quem conduz o processo e não o profissional.

Essa abordagem defende, ainda, a aplicação de atitudes facilitadoras voltadas para o crescimento do cliente através de mudanças construtivas de personalidade, pautando-se em três condições principais: empatia, aceitação positiva incondicional e congruência. O profissional busca através da empatia perceber e compreender o mundo do cliente na perspectiva dele. A aceitação positiva incondicional consiste no respeito incondicional, por parte do aconselhador, à individualidade do cliente. A congruência, ou autenticidade, é descrita como o grau de correspondência entre o que o profissional experiencia e o que comunica ao cliente (SCHEEFFER, 1978).

A determinação das condições, segundo Rogers, necessárias e suficientes para a realização do aconselhamento eficaz constitui um dos pontos principais e, provavelmente, a sua mais significativa contribuição para o campo do aconselhamento. À medida que o aconselhador é capaz de proporcionar, na situação de aconselhamento, as condições necessárias e suficientes e, à medida que essas condições são percebidas pelo aconselhando, ocorrem as mudanças que se esperam como objetivo do aconselhamento.

Por sua atitude, o aconselhador expressa a sua confiança de que o aconselhando é realmente capaz de auto compreensão e de encontrar a resposta para as dificuldades. O papel do aconselhador, porém, não é passivo, pois o relacionamento é implementado ativamente pelo calor humano, sensibilidade e aceitação genuína por ele expressas (SCHEEFFER, 1978).

A dimensão humanista ressalta a importância de o paciente ser ativo no processo terapêutico, de forma que possa se tornar o protagonista do seu cuidado. Também destaca que o profissional deve direcionar o cuidado a partir das necessidades expostas pelo paciente, como exemplificado a seguir:

A gente (enfermeiros) não tem um roteiro a seguir, a gente tem que desenvolver a partir das necessidades do nosso paciente. (E5)

Cada paciente é um mundo novo que a gente (enfermeiros) se depara, né? Não tem uma fórmula pra seguir [...] (E8)

Ao encontro da teoria de Rogers, o enfermeiro, por meio de sua empatia com o paciente e, por aceitar e valorizar tudo o que o ele traz, é capaz de propiciar as condições necessárias para que haja mudanças nas suas atitudes, para que eles possam superar suas dificuldades e lidar com o tratamento.

Na perspectiva de estabelecer um novo tipo de interação e acolher o paciente, os discursos parafraseiam a Política Nacional de Humanização (PNH) criada pelo Ministério da Saúde (MS), que aborda a humanização como uma das estratégias para alcançar a qualidade do cuidado e se refere ao acolhimento como uma de suas diretrizes.

O acolhimento, conforme preconizado pelo MS, deve comparecer e sustentar a relação entre profissionais e usuários, tendo como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2015).

Assim, os discursos, ao abordarem preceitos humanísticos, se ancoraram em muito nos pressupostos da PNH e da ACP, no sentido de o enfermeiro ser capaz de se disponibilizar para o paciente para tentar compreendê-lo e, a partir dessa interação mútua, tornar possível o processo de cuidado.

Poderíamos vislumbrar que esse discurso humanista parece apontar para alguma diferença no modo como o enfermeiro percebe esse paciente, percebendo suas singularidades que estão implicadas no processo de cuidado, como afirma a seguinte fala:

[...] não tem um modelo a seguir, cada paciente é um paciente, cada um traz demandas específicas. (E3)

Porém, nos parece, que se trata de um discurso “vazio”, do qual o enfermeiro não se apropriou, pois o enfermeiro até percebe as particularidades de cada paciente, porém não consegue trabalhar sua dimensão subjetiva, uma vez que é mais cômodo seguir o que já está instituído, sendo esse discurso humanista utilizado como uma forma de cumprimento à política ministerial.

Segundo Vieira, Silveira e Franco (2011), a centralidade nos sujeitos possibilita a reconfiguração da clínica em função dos sentidos e das necessidades trazidas para o encontro

com os profissionais de saúde, pressupondo uma fuga dos movimentos institucionalizados na atenção à saúde e a instauração de um caminho repleto por movimentos inacabados da existência, do qual os profissionais são partícipes e não condutores.

Em uma análise superficial dos discursos, entendemos que os enfermeiros se fazem presentes de uma forma reservada com uma preocupação de permitir uma participação ativa do sujeito, porém, em um sentido mais amplo, compreendemos que a preocupação central dos enfermeiros se volta para outra questão. Logo, se faz necessária a presença implicada do profissional com o intuito de fazer com que o paciente seja aderente ao tratamento medicamentoso.

A partir dos discursos a seguir, percebemos que, por meio de um cuidado ou escuta humanizada, existe uma intenção de normatizar uma conduta.

***Temos** (os enfermeiros) **que fazer o acolhimento** pra criar um vínculo com o paciente, né? Pra que ele sinta confiança no nosso trabalho e, assim, **aderir o tratamento**. (E18)*

***Devemos** (os enfermeiros) **ouvir, acolher** esse paciente para que ele se sinta à vontade no serviço e possa retornar **para seguir o tratamento**. (E8)*

Percebemos que o todo o empenho do enfermeiro é voltado para a adesão à terapia medicamentosa. Ele utiliza, em um primeiro momento, todo esse mecanismo de disponibilização, acolhimento, escuta e empatia para, posteriormente, conduzir o paciente ao tratamento.

O discurso humanista reflete também na atuação do enfermeiro como um suporte emocional frente à diversas questões que permeiam o processo de descoberta do diagnóstico de soropositividade para o HIV.

Aqui (no serviço), a gente (enfermeiros) oferece todo o apoio pro paciente, apoio nesse sentido de estar junto dele, pro que ele precisar [...] (E3)

O paciente nesse momento de descoberta (do diagnóstico) precisa muito da gente (enfermeiros), porque muitas vezes eles não encontram apoio em casa [...] (E7)

O enfermeiro, inicialmente, não pode está só passando informações da doença, tem que se dispor pro paciente, oferecer um ombro amigo mesmo. (E9)

Tais discursos salientam a importância de o enfermeiro, em muitos momentos, se destituir da postura de transmitir informações e impor condutas para estar ao lado do paciente, oferecendo esse apoio.

Identificamos que os profissionais percebem a necessidade de desenvolver um cuidado de caráter humanista, em uma tentativa de colocar o paciente como centro do cuidado. Porém, os enfermeiros não conseguem pautar sua atuação neste âmbito em virtude de nem conseguir perceber esse paciente enquanto sujeito, uma vez que necessitam conduzir suas ações no sentido de garantir a adesão ao tratamento.

Segundo Lunardi (1999), quando o enfermeiro decide pelo paciente o que é melhor para ele, antecipando-se às suas manifestações e às suas necessidades, sem possibilitar espaço para a palavra e para o exercício da expressão da sua vontade, dos seus desejos e das suas necessidades, para o exercício, enfim, da sua liberdade, ocorre, também, nesta relação, a negação do paciente, da sua condição de sujeito.

Além disso, ressaltamos uma implicação muito forte de um enfermeiro no seguinte relato:

[...] mas sempre que a gente (enfermeiros) tem oportunidade, esses pacientes estão sendo acompanhados, inclusive via telefone [...] a gente liga pro paciente pra saber por que faltou a consulta, por que que não veio, então assim vai criando um vínculo.
(E4)

Embora pareça uma maneira de aprofundar o vínculo com o paciente, essa atitude pode atuar como fator conflitante na relação estabelecida entre o profissional e o paciente.

Figueiredo (2007) destaca que para a execução do cuidado, o agente que o desempenha pode manter duas formas distintas de presença, destacando a presença implicada, em que a preocupação central se concentra na execução de tarefas, mantendo o sujeito alheio a este processo, e de contraponto, a presença reservada, cujo cuidador renuncia a sua própria onipotência para permitir a participação ativa do sujeito.

O autor aponta ainda que, em qualquer experiência de cuidado, são inegáveis os malefícios da implicação pura – os extravios e excessos das funções cuidadoras –, mesmo quando, e principalmente quando, são justificados pela melhores razões humanitárias: salvar, socorrer, curar a todo custo! Dessa maneira, descreve uma maneira patológica do cuidar, na qual o cuidador, diante de um objeto que lhe pareça requerer cuidados, exerce tiranicamente o poder de fazer e desfazer o outro segundo seu ideal de perfeição (FIGUEIREDO, 2007).

Destacamos a importância de que a presença do profissional consiga estabelecer o equilíbrio entre o implicar-se e o reservar-se, uma vez que esta também precisa oferecer subsídios para que o paciente possa participar do processo de cuidado no qual está inserido, conduzindo suas ações com autonomia e com a certeza de que, quando necessário, a presença implicada será manifesta, não como uma maneira de coagir suas ações, mas oferecendo-lhe apoio e atuando como um facilitador neste contexto (MACÊDO, 2011).

Para Pires (2005), o cuidar, enquanto gesto e atitude solidária, inclina-se para proteger e assegurar vida, direitos e cidadania. Entretanto, a relação fraterna aí impulsionada também é opressora e subjugante, podendo utilizar-se de universalidades éticas tipicamente modernas para manter-se em posição de domínio.

Devemos reconhecer, nesse contexto, a noção de ajuda oferecida pelo profissional. Parece apontar uma conduta solidária, porém reforça uma relação de poder invisível do profissional sobre o paciente, representando mais uma forma de controle sobre o outro.

Dessa maneira, para Macêdo (2011), ao realizar o cuidado no SAE, o enfermeiro encontra-se tão implicado neste processo, que absorve para si a condução de todas as ações de cuidado e, que este posicionamento acontece no sentido de garantir a promoção do bem-estar da saúde do paciente, não sendo percebido com o intuito de aprisionar o sujeito às condutas preestabelecidas.

Portanto, o enfermeiro adota um discurso humanista numa tentativa de docilizar o paciente, de fazer com que esse paciente se sensibilize diante desse cuidado humanizado e permaneça no serviço, como uma forma de estabelecer um controle, de comprovar se as condutas orientadas estão sendo cumpridas adequadamente.

5.2 FORMAÇÃO DISCURSIVA – EU ORIENTO E VOCÊ SEGUE: PEDAGOGIZAÇÃO COMO FIDELIZAÇÃO AO DISCURSO CIENTÍFICO

Nessa formação discursiva, identificamos a atuação dos enfermeiros de cunho, predominantemente, informativo e de orientação, que tem como objetivo de introduzir no paciente a importância do acompanhamento no SAE e a adesão às condutas terapêuticas.

Após o primeiro contato com o paciente, no qual o enfermeiro conseguiu sensibilizá-lo com seu cuidado humanizado, a principal conduta terapêutica é a transmissão de informações sobre a doença e a orientação quanto à importância da adesão ao tratamento.

A gente (enfermeiros) sempre tenta orientar da melhor forma possível pra que eles (pacientes) não venham a contrair outras doenças. (E1)

*Então tenta ajudar o paciente nesse ... **pra tentar fazer entender**... então toda oportunidade que se tem de mostrar o que é a doença, de expor a situação dele, é que o vírus vai causar nele [...] (E4)*

A gente (enfermeiros) vai explicar o que é a doença, como é o tratamento [...] (E13)

*A gente (enfermeiros) procura sempre ter esse respeito pela decisão do paciente, mas sempre lógico tentando mostrar que a doença é uma doença grave, que tem repercussões, **tentando fazer ele entender** a importância do tratamento, né? (E16)*

Caso, ele (o paciente) já saiba sobre o diagnóstico, irei falar um pouco dos antirretrovirais, a importância da adesão ao tratamento para a melhora da própria saúde dele. (E18)

Nas falas acima, identificamos mais um legado do modelo tradicional de educação. No processo de cuidar, a centralidade parece estar no profissional e não no paciente, como afirmado anteriormente.

Os discursos dos enfermeiros se contradizem e, eles não conseguem atuar de uma maneira diferente em virtude da educação bancária e da visão biológica muito arraigada na sua atuação prática, conduzindo suas ações no sentido de garantir a adesão ao tratamento e, por conseguinte, a hegemonia da biomedicina.

Observamos que toda a abordagem humanizada exposta na formação discursiva anterior se fez necessária para que o enfermeiro consiga, inicialmente, sensibilizar esse paciente para que este, posteriormente, possa receber as orientações e compreender a necessidade de aderir ao tratamento.

Os discursos acima remetem ao modelo tradicional de assistência à saúde, o modelo biomédico, no qual o foco de intervenção do profissional de saúde é a doença. Podemos identificar processos parafrásticos a partir da descrição do modelo de intervenção biomédico hegemônico, focado na figura do profissional, no diagnóstico e no tratamento, evidenciado pelo cuidado pautado nos parâmetros científicos, sendo por meio destes que os sujeitos são orientados, esclarecidos e informados sobre tudo que eles precisam saber.

Percebemos, então, a importância dada pelos enfermeiros à orientação direcionada às questões da patologia, sendo tais ações realizadas, sobretudo, para a conscientização do paciente quanto à importância da adesão ao tratamento antirretroviral.

Destacamos, assim, conforme Macêdo (2011), um cuidado que não parte do sujeito, de suas vivências e experiências de vida, mas o regula e o “enforma” para mudanças em nome de sua saúde e para privilégio da norma e da ciência. O profissional assume o lugar de suposto saber que normatiza e formula prescrições e ações na busca de moldar pacientes obedientes e acomodados.

Orlandi (2009) nos permite referenciar esses discursos ao discurso pedagógico, definido por ela como um discurso circular, ou seja, um discurso institucionalizado sobre as coisas, que se garante, garantindo a instituição em que se origina e para qual tende. É um discurso que se dissimula como transmissor de informação, caracterizando essa informação sob a rubrica da cientificidade, utilizando uma linguagem que dilui o objeto ao mesmo tempo que o cristaliza.

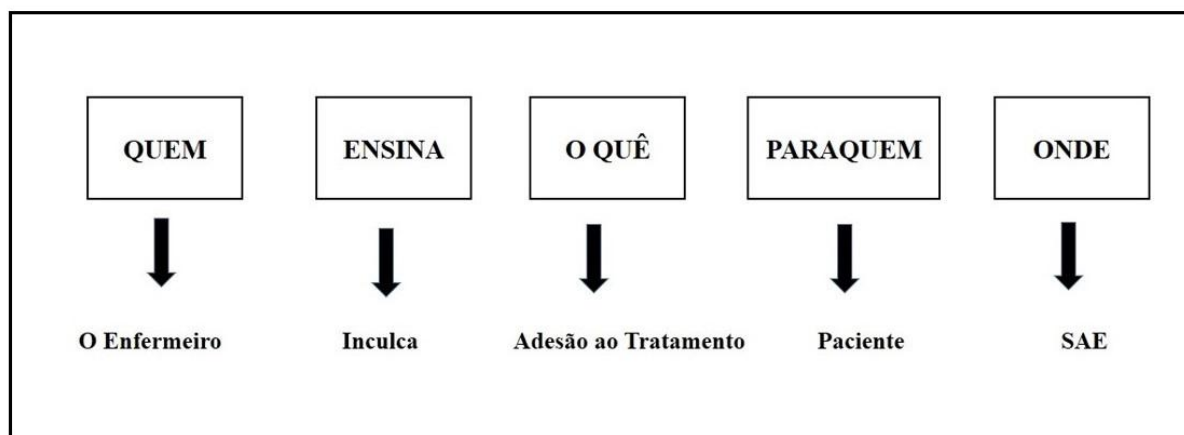
Orlandi caracteriza, ainda, o discurso pedagógico como um discurso autoritário, no qual o referente está “ausente”, oculto pelo dizer. Não há realmente interlocutores, mas um agente exclusivo, o que resulta na *polissemia contida* (o exagero é a ordem do sentido em que se diz “isso é uma ordem”, em que o sujeito passa a instrumento de comando).

Em analogia aos discursos do estudo, temos como único agente do discurso os enfermeiros que, em seus dizeres, oculta o presença do referente, o paciente. Nesse discurso, o paciente, destituído de saber, é moldado e normatizado pelas prescrições impostas pela ciência e ditadas pelos profissionais. Em nome da ciência, o profissional acaba reprimindo qualquer tentativa do sujeito de se manifestar, não tendo espaço para se colocar, apenas cabe-lhe reproduzir o que o enfermeiro diz.

Mais do que informar, explicar ou influenciar, a atitude dos enfermeiros visa uma inculcação, termo utilizado por Orlandi que diz sobre o lugar de não saber que o interlocutor assume (em nosso caso o paciente) e que permite que alguém resolva por ele, porque ele ainda não sabe o que “verdadeiramente lhe interessa” (ORLANDI, 2009).

Analisando os discursos e com o auxílio de Orlandi (2009), podemos representar o esquema que constitui o processo estrito de condução terapêutica na figura a seguir.

Figura 3 - Esquema representativo do percurso da comunicação no Discurso Pedagógico



Fonte: Elaborado pelo autor

Pontuamos, ainda, os discursos dos enfermeiros pautados no discurso científico, a partir do qual o enfermeiro, amparado pela ciência, detém o conhecimento e torna-se responsável por passar para o paciente o que ele deve ou não fazer, cabendo a este apenas seguir as recomendações do profissional para obter sucesso terapêutico.

Os pacientes, muito deles, eles não sabem como é que é a doença, então somos nós (enfermeiros) que vamos, muitas vezes, apontar o caminho, direcioná-los no que eles devem fazer. (E8)

Lunardi (1999) reconhece que, ao direcionar e conduzir o sujeito a determinadas ações sem se ater ao que ele traz, nega-se a possibilidade do sujeito produzir suas próprias questões, podendo incorrer a verticalização de um saber e relações autoritárias que caracterizam estados de dominação.

Os discursos foram produzidos a partir de significantes que remetem ao referencial biomédico e, com base nele, a prática de cuidado foi compreendida como o ato de doutrinar o paciente no plano da consciência, como educação em saúde no sentido de repassar informações a serem repetidas pelo paciente.

Em contrapartida a esse discurso científico, Alvim e Ferreira (2007) abordam que o exercício da prática de educação em saúde pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si. Por isso, a noção de incompletude, pois existe sempre algo mais a se saber ou a ser reformulado por outros saberes.

Nesse contexto, salientamos que a atuação do enfermeiro encontra-se perpassada pelo discurso biomédico, no sentido de garantir o cumprimento das prescrições médicas. Os enfermeiros conduzem a realização do cuidado de forma a reforçar as condutas propostas pelo profissional médico e garantir que estas sejam seguidas pelo paciente.

A crença na ciência tende consciente ou inconscientemente a colocar o profissional em uma posição de hegemonia diante do paciente, cabendo a este submeter-se a sua tutela, de modo por vezes incondicional. Entretanto, esta crença na “verdade científica” faz com que o profissional acredite que pode ou mesmo deve destituir o paciente de sua autonomia para lhe impor a “verdade”, ou, pelo menos, o discurso da “verdade científica”, o que lhe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente (MARTINS, 2004).

Macêdo (2011) ressalta, entretanto, que o enfermeiro ao se apropriar do discurso científico, pautando suas ações de cuidado nos princípios teóricos da biomedicina, este o faz por considerar ser esta a maneira mais adequada para proteger o paciente contra os riscos nos quais este se encontra exposto e que poderão comprometer o bem-estar da sua saúde, muito embora não se configure necessariamente na promoção do bem-estar do sujeito.

Entendemos que quando o poder e o domínio tornam a predominar nas ações do cuidar, uma profunda ambivalência é gerada no objeto do cuidado, que se sente ao mesmo tempo muito cuidado, mas também aprisionado. Assim, no lugar de um exercício criativo e pessoal das atividades de cuidados encontra-se um exercício mecânico, estereotipado, repetitivo e compulsivo (FIGUEIREDO, 2007).

Dessa maneira, a dimensão subjetiva é negada, sendo o paciente objetificado no discurso da biomedicina e, suas demandas alocadas nesse campo discursivo. Nesse processo, organiza-se uma relação de objetificação desses sujeitos conforme o que está preconizado pelo saber científico.

Nem o próprio enfermeiro aparece enquanto sujeito, mas como profissional da saúde, que está em uma posição de suposto saber, a partir da qual ele vai conduzir o tratamento. Ele encontra-se em uma posição na qual ele pode orientar o paciente, ou seja, um cuidado equivalente a um dispositivo de controle.

Em outros momentos, percebemos o deslizamento de sentidos à medida que os discursos dos enfermeiros se contradizem. O enfermeiro que buscava estabelecer um vínculo com o paciente e promover um cuidado adequado a cada sujeito é o mesmo que só dispõe da orientação como mecanismo de ajuda.

O que a gente (enfermeiros) pode fazer mesmo é a parte da orientação, a gente não tem outra ... mecanismo de ajuda não. (E6)

A função do enfermeiro? A função do enfermeiro é ... é orientar e o que mais, meu Deus do céu, orientar é.... (E8)

Nesses discursos, ocorre a sobreposição de orientações em relação aos recursos humanísticos. A própria escuta, mencionada anteriormente como um mecanismo que possibilita ao paciente se manifestar enquanto sujeito, torna-se importante para fornecer subsídios ao profissional para que este possa atuar conforme as necessidades identificadas.

Eu (enfermeiro) procuro ouvir o paciente, o que é que ele traz, o que e que ele sabe, as informações que ele já tem [...] (E1)

Eu (enfermeiro) escuto o paciente [...] para eu poder entender se ele passou por um processo de vulnerabilidade, se ele teve algum fator de risco, e aí eu vou está orientando, sabendo como está a vida sexual dele [...] se ele tem outras doenças. (E3)

[...] escutá-lo (o paciente) e fazer com que ele perceba as vulnerabilidades da vida dele e fazê-lo refletir sobre uma possível mudança de comportamento. (E5)

Logo, o enfermeiro escuta o paciente, não por percebê-lo como sujeito, mas para identificar o nível de conhecimento que este possui e quais são as vulnerabilidades que o impedem de aderir ao tratamento. O enfermeiro permite uma abertura para o paciente se expressar, porém para perceber os riscos, direcioná-lo para uma mudança de comportamento e conseguir com que ele seja aderente ao tratamento.

Quando os enfermeiros apontam a escuta, esta se volta a ouvir o que os pacientes já sabem da doença. Essa escuta remete ao que o profissional sabe dentro do seu campo discursivo (doença, formas de transmissão, tratamento), o que ratifica a relação sujeito-objeto existente entre o profissional e o paciente.

Em todos esses significados, há a regência do discurso universitário amparado no discurso da ciência, no qual o profissional traz o paciente para seu campo de saber, a verdade da ciência, o que impossibilita a emersão do sujeito, pois a verdade estará sempre do lado do profissional.

O momento da escuta é a nossa consulta (de enfermagem). (E4)

Tem pacientes que eles, eles simplesmente não querem escutar. (E17)

Compreendemos, a partir desses discursos, uma ruptura no discurso dos enfermeiros, o que permitiu experimentar um sentido novo dado à escuta. Essa escuta que antes era do profissional para compreender o paciente, agora se desloca para uma escuta do paciente em relação às orientações do enfermeiro. Na realidade, quem deve escutar não é o enfermeiro, mas sim o paciente, ele quem precisa ser direcionado pelas recomendações de enfermagem.

Diante disso, ponderamos que os sentidos sempre podem ser outros, como consequência da ruptura possível de sentidos. Essa polissemia encontrada se caracteriza pela emergência do diferente e pela multiplicidade de sentidos no discurso.

Em meio a um discurso científico, que norteou, em sua maioria, os ditos dos enfermeiros, existe algo que escapa. Evidenciamos a percepção dos próprios profissionais de uma lacuna na execução das normas e diretrizes utilizadas. Em um determinado momento, o conhecimento científico parece não dar conta de tudo que transcorre, ele falha.

*É ... apesar de a gente (enfermeiros) ter algum embasamento teórico que o Ministério (da Saúde) propõe pra gente, tem alguns momentos difíceis e, a gente, muitas vezes, tem que ir um pouco **pela nossa intuição**. (E1)*

*Tem pacientes bastante **complicados** que não colaboram... às vezes, a gente (enfermeiros) **não sabe como agir**... aí vamos tentar explicar um pouco mais falando um pouco sobre o diagnóstico, né? É ... explicando que não é o fim do mundo pra ele (paciente), que é o que eles pensam, né? Que se eles estão com HIV hoje, eles acham que vão morrer amanhã, aí explicar pra eles que o curso da doença é lento e que existe um tratamento, né? Que eles conseguem/ hoje em dia, um paciente com, vivendo com HIV consegue ter uma qualidade de vida, né?(E6)*

Eu tento é ... levar uma palavra, um pouco de conforto, né? Trago exemplos de vida de outros pacientes que conseguiram superar o diagnóstico. Aí voltando pra aquela questão de que existe um tratamento, que, na verdade, não existe a cura, mas existe um tratamento eficiente, né? E tentando fazer com que a pessoa entenda que não é o final da vida, né? (E11)

Diante desse furo da ciência, surge a angústia do profissional, que é convocado a se colocar como sujeito sem o anteparo do saber científico. Essa angústia leva o enfermeiro a buscar rapidamente um novo suporte na tentativa de tamponar essa falha não esperada da ciência.

Nesse sentido, os enfermeiros encontraram na sua experiência de vida, na sua própria constituição enquanto sujeito, na intuição ou, ainda, nas vivências com outros

pacientes, uma saída de emergência para as situações nas quais a ciência não havia previsto como agir. Percebemos, assim, uma tentativa dos enfermeiros em tamponar o sofrimento dos pacientes com alguma forma de saber, sem, ao menos, permitirem um espaço onde esse sujeito possa colocar suas questões.

Podemos compreender em um dos discursos a metáfora “complicados”, que se refere aos pacientes que não conseguem seguir as recomendações impostas pelo profissional e, por isso, o enfermeiro não sabe como agir e acaba trazendo o paciente para o seu campo de saber, explicando como é a doença e o tratamento, como uma forma de tamponar as angústias tanto do paciente, como do próprio enfermeiro, por não saber como lidar com isso.

A partir do exposto, concebemos o processo de intervenção terapêutica centralizado no enfermeiro que, impregnado pelo poder da pedagogização, reproduz o discurso científico, cabendo ao paciente seguir as condutas preestabelecidas em nome de sua saúde e qualidade de vida.

5.3 FORMAÇÃO DISCURSIVA – O QUE ESCAPA AO (SIM) TOMA A MEDICAÇÃO: A INVISIBILIDADE DO SUJEITO

Nessa formação discursiva, iremos discutir a percepção do enfermeiro em relação aos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/AIDS. A construção das formações discursivas anteriores, apesar de não abordarem o objeto primeiro de nosso estudo, se fez necessária, pois nos permitiu compreender os processos de significação que permeiam a prática clínica dos enfermeiros nos SAEs.

Antes de chegar ao objeto de estudo em si, inicialmente, perguntamos aos enfermeiros quais os sintomas com que eles se deparavam em sua prática clínica.

O que a gente (enfermeiros) pega mais é queixas de pacientes com alguma doença sexualmente transmissível, também com queixas respiratórias, ou seja, são as doenças mais comuns aqui. (E1)

Os principais sintomas que a gente encontra são perda de peso, problema de pele [...] e geralmente eu (enfermeiro) tenho encontrado muito assim, associação com outras DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis). (E7)

Os sintomas mais comuns são diarreias crônicas, febre persistente, herpes zoster é muito comum, perda de peso, né? (E14)

Principais (sintomas) são perda de peso, diarreia, febre, cansaço, artralgia [...] (E16)

Percebemos, nessas falas, a associação que os enfermeiros fazem dos sintomas com a doença. Todos os sintomas relatados representam alguma alteração no organismo devido a presença do HIV/AIDS.

Isso nos faz reportar a percepção do sintoma para a medicina, designada a partir do paradigma anatomoclínico no século XVIII, no qual o sintoma passou a ser como a própria forma da doença se apresentar (FOUCAULT, 2004).

Esse paradigma se constituiu a partir da necessidade de se desvendar a diversidade dos sintomas para se chegar ao princípio e à causa de uma doença. A clínica, como um campo de saber inteiramente estruturado, surgiu assim numa tentativa de ordenar uma ciência pelo exercício e decisões do olhar. Os sintomas, antes obscuros, passaram a se tornar visíveis a partir de um olhar que sabe, que decide e que rege. Olhar este que não é mais de qualquer observador, mas de um médico, apoiado e justificado por uma ciência, que tem o poder de decisão e intervenção (FOUCAULT, 2004).

Percebemos que esse saber exerceu e ainda exerce forte influência na atuação dos enfermeiros, que percebem os sintomas como algo estritamente biológico, alguma disfunção orgânica e que representa uma doença.

Essa percepção se tornou mais clara quando os enfermeiros foram questionados se eles já haviam identificado na sua prática clínica algum sintoma que não correspondia à história patológica do paciente, algum sintoma sem base orgânica.

Como assim? Não entendi. Tu pode repetir a pergunta? (E3)

Como eu já te disse, todos os sintomas que eu (enfermeiro) já identifiquei tem relação com o HIV, né? (E9)

De um modo geral, eu (enfermeiro) tô aqui a quase dois anos, e o que os pacientes apresentam são sintomas físicos mesmo. (E15)

Constatamos, por meio dos discursos, a dificuldade que os enfermeiros sentiram em compreender o que seria esses sintomas sem base orgânica. Eles nem conseguem percebê-los, já que está tão sedimentada a ideia de sintoma orgânico, relacionada ao corpo e que remete a uma doença.

Essa ideia volta-se a concepção de cuidado construída hegemonicamente no campo da saúde. Segundo Araújo, Paz e Moreira (2010), esse cuidado compreende o homem como corpo morfológico e fisiológico, reduzido a um objeto de intervenção.

Logo, nos deparamos com uma concepção amparada nos conceitos de saúde e doença construídos a partir de uma visão estruturalista e funcionalista dos corpos, das vidas e dos próprios sujeitos, em que os sintomas apreendidos nesse corpo eram organizados e classificados em torno da doença, sem haver nenhuma possibilidade de estarem relacionados à história de vida desse sujeito, à cultura e ao contexto em que está inserido (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

Os enfermeiros reforçam ainda que os sintomas que surgem são tratados com a terapia antirretroviral prescrita pelo médico e, a função do enfermeiro seria de orientar quanto a importância da adesão ao tratamento.

Os paciente chegam aqui (no serviço) com uma gama de sintomas, aí a gente (enfermeiros) explica que a terapia vai ajudar, mas que ele (paciente) deve seguir à risca o tratamento. (E5)

A gente (enfermeiros) vai orientar, da melhor forma possível, pra que ele (paciente) consiga tomar os remédios. (E12)

A nossa função (de enfermeiro) é de explicar como funciona o tratamento, como que o paciente deve tomar a medicação, em que horário [...] (E17)

A gente (enfermeiros) diz que o tratamento é eficaz, agora vai depender muito também do paciente se ele vai aderir ou não ao tratamento. (E19)

A impressão que temos, a partir das formações discursivas encontradas, é que existe um fluxo a ser seguido: os enfermeiros acolhem o paciente, realizam um cuidado humanizado, para que eles consigam fazer com que esse paciente faça a adesão ao tratamento. É um trabalho único do enfermeiro para com todos os pacientes e que só depende do paciente se ele vai aderir ou não ao tratamento para obter o sucesso terapêutico.

A partir disso, concordamos com Vieira e Silveira (2011), ao discutirem que o cuidado de enfermagem assumiu perspectivas alicerçadas no pensamento científico moderno, de cunho intervencionista através de políticas e programas ministeriais verticalizados e impositivos dos modos de pensar e de viver, conforme interesses alheios aos próprios sujeitos.

Porém, nos próprios discursos, surgiu algo que não se enquadra. Existe algo que, mesmo com todo esse esforço do enfermeiro, insiste em se manifestar, como referido nas falas a seguir:

*O que eu (enfermeiro) percebo, muitas vezes, é a dificuldade de adesão ao tratamento. A pessoa se queixa que não consegue tomar o remédio! **Não consegue engolir o remédio!** E não há um distúrbio, ela não tem um problema orgânico. (E2)*

O que muda é a questão de ele (paciente) não aceitar o tratamento, né? De não aceitar o diagnóstico, né? (E7)

O que aparece muito é a falta de adesão ao tratamento, que a gente (enfermeiros) não sabe o porquê. Apesar de toda a explicação que a gente dá, eles (pacientes) simplesmente não querem tomar a medicação. (E13)

A não adesão é algo que aparece e que, muitas vezes, não está ligada a doença, mas alguma outra coisa que a gente (enfermeiros) não sabe o que é [...] (E19)

Nos parece que tudo que escapa a lógica relatada nos discursos, os enfermeiros não conseguem lidar, como no caso de o paciente não aceitar o diagnóstico e, consequentemente, não aderir ao tratamento.

Os enfermeiros estão impregnados com normatizações ministeriais e institucionais que não conseguem perceber o sujeito além da doença. Estão tão condicionados a fazer com que o paciente faça a adesão ao tratamento, como se sua única função fosse essa, que, quando surge algo diferente, eles não sabem como atuar.

Em um dos discursos, identificamos a metáfora “engolir o remédio”. Constatamos que, na verdade, não se trata apenas do remédio que o paciente não consegue engolir, mas nos questionamos: o que esse sujeito não consegue engolir? Acreditamos que ele não consegue engolir o remédio por não aceitar a medicação, por não aceitar o diagnóstico, o fato de ele estar como a doença, dentre outras questões de ordem pessoal que possam estar relacionadas a tomada do medicamento.

Dessa maneira, apreendemos que, apesar de alguns discursos apontarem para um trabalho com o sujeito, os enfermeiros não conseguem trabalhar outras questões que dizem respeito ao próprio sujeito, para percebê-lo a partir de sua subjetividade e singularidade, uma vez que o que está em jogo é a adesão ao tratamento.

Interessante um discurso que aponta que essa não adesão do paciente representa uma falha na atuação do enfermeiro:

*Quando o paciente não aceita, né? Eu (enfermeiro) acho que porque talvez ele não criou confiança, **a gente não conseguiu** criar esse vínculo com ele, apesar de tentar e tudo, mas de alguma maneira talvez a gente não tenha conseguido sensibilizar, né? Ou mostrar realmente o quanto é necessário o acompanhamento dele. (E7)*

A partir desse discurso, percebemos que os enfermeiros sentem que falham quando não conseguem fazer com que os pacientes façam a adesão. Nos questionamos pra quem realmente é necessário esse acompanhamento? Pro paciente ou pros enfermeiros? Compreendemos que seja mais importante para os enfermeiros como uma garantia da qualidade e da eficácia de seu trabalho.

Ressaltamos que, apesar de alguns pacientes não seguirem as recomendações, os enfermeiros conseguem fazer com que a maioria faça a adesão e isso lhes causa satisfação, como expressa a seguinte fala:

Hoje, como cinco anos de serviço, a gente (enfermeiros) tem quase 300 pacientes e a gente consegue ... a gente tem que tá olhando, resgatando quem tá faltando, quem não tá vindo pras consultas, quem não tá fazendo exame. E, desses 300, talvez 12 ou 10 pacientes estejam afastados do acompanhamento. Geralmente, a gente consegue com que eles tenham uma boa adesão. (E11)

Dos discursos, podemos apreender que não importa aquele paciente que não se ajusta as orientações do enfermeiro, o que interessa é que ele consiga fazer com que a maioria seja aderente. Então, para os enfermeiros, o dever deles está sendo cumprido.

Compreendemos, assim, que o sintoma é do próprio enfermeiro que não consegue atuar de outra forma, a não ser reproduzindo o (sim) toma a medicação, pois todo o empenho do profissional está em torno do (sim) toma o paciente como objeto que deve seguir suas recomendações e, o que escapa a isso, que é o próprio sujeito, se torna invisível aos olhos dos enfermeiros.

Não estamos aqui com a intenção de julgar esse enfermeiro, uma vez que este não apresenta nenhum suporte pessoal nem mesmo da instituição para lidar com tantas demandas, mas de trazer um outro olhar a esse paciente, para que este não possa ser percebido apenas em seu processo de adoecimento e que precisa ser medicado, mas como sujeito que possui outras questões, além das orgânicas.

6 O QUE RESISTE AO DISCURSO CIENTÍFICO: POSSIBILIDADES PARA A CLÍNICA NA ENFERMAGEM

O que resiste ao discurso científico? O que não se encaixa no modelo da ciência? O que a enfermagem pode fazer com o que foge a isso? O que diz respeito ao sujeito? O que o enfermeiro faz com outras questões que surgem e que não podem ser medicadas? Que é de outra ordem que foge à racionalidade científica?

Pretendemos, com esses questionamentos, apontar outra forma de atuação para os enfermeiros dos SAEs, a partir da possibilidade de um clínica pautada no sujeito. Entendemos que, para se conhecer o sujeito, os enfermeiros devem possibilitar uma abertura para que os pacientes se coloquem de forma a permitir que surjam outras questões além do adoecimento.

Este estudo conta, como referencial teórico, com as contribuições da psicanálise no sentido de apontar possibilidades para que o sujeito possa aparecer, dizer a verdade sobre si, sobre o seu sintoma. Trata-se, portanto, de se ressignificar algumas práticas instituídas para possibilitar um novo modo de conceber o cuidado de enfermagem.

Compreendemos que a enfermagem precisa se questionar, inicialmente, na sua forma de lidar com o saber do outro, para que possa superar a convicção de um saber unilateral, que está do lado do profissional, para se permitir criar momentos onde saberes são partilhados, construídos, (re)construídos e (des)construídos.

Consideramos que a psicanálise pode nos embasar para a elaboração de uma outra maneira de cuidado clínico ao paciente com HIV/AIDS. Assim, os enfermeiros não podem entender a não aceitação do diagnóstico e a não adesão ao tratamento da mesma maneira para todos os pacientes.

É preciso, através da abertura de um espaço para a fala, que se permita a esse sujeito significar o que lhe acontece, ou seja, o sentido do sintoma não está do lado do profissional com seu saber pronto, mas sim do lado da própria pessoa que sofre. Não pode ser visto pelo profissional, somente como algo a ser eliminado, mas sim ser considerado como um sinal de atenção que aponta para algo que não vai bem e que servirá de norte para conduzir a terapia desse sujeito (AGUIAR, 2011).

Nesse sentido, Garcia (2004) explica que essa clínica pode ser pensada como uma experiência em que um sujeito interroga outro, considerando uma expropriação de saber por parte do cuidador — ele interroga um sujeito que é capaz de enunciar um saber sobre si. Tal apreensão considera o paciente o único a poder fazer uma enunciação sobre seu estado, ou

melhor, sobre seu sofrimento. Nesta perspectiva, a fala que o paciente revela pode apresentar um conteúdo singular, motivo pelo qual se considera, então, todo o discurso proferido pelo paciente.

Essa experiência de se trabalhar com o saber proveniente do paciente é possibilitada pela escuta. Todavia, escutar não é sinônimo de ouvir. Escutar não diz respeito a um processo em que o profissional que ouve recolhe informações do paciente para poder compreendê-lo melhor e assim intervir de acordo com condutas preestabelecidas, como compreendido a partir de alguns discursos dos enfermeiros.

Mas, para haver escuta, é preciso que o profissional se destitua de sua necessidade de implicação e, a partir de uma presença reservada, crie condições para que o paciente possa dizer suas questões.

Dessa forma, segundo Kirschbaum (2000) é relevante que as atitudes e palavras de tranquilização, que visam, antes de qualquer coisa, aplacar a angústia de quem as enunciam, talvez com o intuito de defender-se da angústia que advém da percepção da falta no Outro, ou, dito de outra forma, da constatação de nossa impotência, sejam modificadas de nosso discurso, a fim de favorecer a emergência de um outro discurso.

Assim, o profissional, ao invés de barrar o paciente impondo uma realidade que ele não enxerga, passa a criar espaços para o sujeito se manifestar e permite que o próprio sujeito ocupe o lugar de saber de sua clínica. Pois quando nos referimos à clínica do sujeito não significa uma clínica para o sujeito, mas uma clínica na qual o sujeito é quem a conduz (AGUIAR, 2011).

Nossa proposta, portanto, se refere a possibilidade de que os enfermeiros dos SAEs possam oportunizar espaços de manifestação da dimensão do inconsciente do paciente. Essa dimensão permite que o enfermeiro trabalhe com o surgimento do novo, do imprevisível, de algo que escape e que permite, por meio desse escape, a aparição do sujeito e a possibilidade dele dizer outra verdade sobre si, sobre aquilo que lhe acontece.

Foucault (2006) denominou de “cuidado de si” essas práticas que o próprio sujeito desenvolve para consigo, visando apropriar-se de si mesmo, de suas vontades e de seus desejos. Ele afirma que o percurso desse aprendizado deve até envolver um outro: o mestre. Entretanto, o mestre não é o especialista e sua pedagogia se distancia muito dos ideais que marcam o cuidado na perspectiva humanística como o zelo, a ajuda e o bem-estar. Pelo contrário, o mestre é aquele responsável por inquietar, por despertar.

Assim, o saber deixa de ser apenas do profissional e passa a se tornar possível a partir do sujeito, daí a importância de reconhecer a verdade como algo que está do lado do próprio sujeito. Dessa maneira, exerce-se uma nova forma de olhar esse paciente, em que o importante é exatamente aquilo que do coletivo escapa, ou seja, o cuidado com a singularidade, respeitando o princípio da diferença, da subjetividade (ASSAD, 2004).

Salientamos a importância de que a clínica na enfermagem tenha como ponto de partida o saber do sujeito. Para isso, pontuamos a necessidade de um certo equilíbrio entre os dois tipos de cuidado definidos por Figueiredo (2007): um que denota uma presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar; e outro que denota uma presença reservada – dar tempo, espaço, espera, manter-se disponível sem intromissões excessivas. Esse equilíbrio é uma possibilidade para o profissional para que ele possa trabalhar também a partir do que o outro lhe traz.

Ao utilizar-se da escuta como uma ferramenta que permite ao profissional alcançar o saber do sujeito, torna-se fundamental identificar os níveis de comunicação com os quais o sujeito se expressa e ter uma “atenção flutuante”, centrada em todo discurso do sujeito e não nos pontos que interessa ao profissional/analista (FREUD, 1913).

Para isso, é necessária a utilização da técnica de “associação livre” de Freud. Trata-se de uma técnica, onde o sujeito fala livremente sobre qualquer assunto. Não importa de que tempo cronológico o sujeito fale, pois nessa técnica o inconsciente vai se fazer presente na cena discursiva e, o sujeito pode reformular outros significantes para suas angústias, ansiedades e sintomas (FREUD, 1913).

Mas como o enfermeiro, com todo o seu discurso científico, poderia se utilizar da escuta a partir de um referencial psicanalítico? Freud, em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, pontua como isso é possível:

[...] todos que desejem efetuar análise em outras pessoas terão primeiramente de ser analisados por alguém com conhecimento técnico. Todo aquele que tome o trabalho a sério deve escolher este curso, que oferece mais de uma vantagem; o sacrifício que implica revelar-se a outra pessoa, sem ser levado a isso pela doença, é amplamente recompensado. Não apenas o objetivo de aprender a saber o que se acha oculto na própria mente é muito mais rapidamente atingido, e com menos dispêndio de afeto, mas obter-se-ão, em relação a si próprio, impressões e convicções que em vão seriam buscadas no estudo de livro e na assistência a palestras (FREUD, [1912] 1996, p. 130).

Almeida (2009), aponta que isso é uma escolha do sujeito. Um sujeito que, ao se deparar com questões de sua prática (ou mesmo questões de ordem pessoal), decida se

analisar e realizar sua formação. A questão aqui não é que o enfermeiro agora está fadado a ser um analista, mas que seu cuidado clínico possa ser fundamentado numa prática do um a um, enfocando nesse processo a responsabilização do sujeito à medida que reconhece que cada um possui em si mesmo um saber.

Com isso, propomos uma subversão da clínica e do cuidado de enfermagem no que se refere ao deslocamento do lugar de suposto saber do profissional para um lugar que permita perceber o saber do lado do paciente. Assim, permite-se um espaço onde o impensado e o imprevisível roubam a cena e, as soluções, antes ditadas pelo profissional, passam a ser construídas pelo próprio sujeito.

A partir disso, Silveira et al. (2013), destaca que o cuidado clínico de enfermagem pode se constituir em uma perspectiva de estabelecer novas relações entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, na criação de espaços onde a subjetivação possa ser construída a partir dos desejos desses sujeitos e do respeito às formas de se conceber e significar a saúde e a doença, fora das classificações e fragmentações assistenciais que historicamente tentam enquadrar os usuários dos serviços.

Sendo assim, o cuidado clínico de enfermagem não se limita apenas ao uso do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída. Deve envolver questões que digam respeito às relações que cada um estabelece consigo e com o outro, às formas que o sujeito encontra de se apropriar de sua história de vida, de seus signos e de seus sintomas, as maneiras com as quais ele significa a própria vida (AGUIAR, 2011).

Dessa maneira, uma clínica direcionada ao cuidado do sujeito pode ser um caminho que a enfermagem pode desenvolver seu diferencial, pensando em um modelo de intervenção que se desloque da lógica científica positivista para a dimensão do inconsciente, na perspectiva de construção e (re)construção de sentidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na elaboração das considerações finais, confesso que esse trabalho partiu de um caráter bastante ousado de minha parte, uma vez que, no tecer de sua elaboração, me senti “remando contra a maré”, em que a maré representa analogicamente o discurso científico em que estamos mergulhamos. Porém, esse atrevimento de minha parte me proporcionou um prazer enorme em vivenciar outras possibilidades de cuidado e de perceber o sujeito.

Não pretendemos, com esse estudo, chegar a um fim, pois estamos certos que a luta contra a maré continua e que, longe de querer invalidar o modelo científico, estamos apenas trabalhando para que outras cenas sejam permitidas, a partir da desconstrução de paradigmas, e que o cuidado clínico de enfermagem possa ser repensado na perspectiva do sujeito.

Assim, nosso propósito não é apontar soluções, mas de provocar a enfermagem sobre a condução de sua atual prática clínica com pacientes com HIV/AIDS, no sentido de abrir espaços para que esses possam falar sobre sua situação, não só de adoecimento, mas também como eles vivenciam esse processo e como isso implica na sua condição de sujeito.

Inicialmente, conduzimos o estudo com o intuito de analisar a atuação do enfermeiro frente aos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/AIDS, porém percebemos que os enfermeiros não tinham como dizer de sua atuação antes de dizer a sua percepção acerca desse sintoma sem base orgânica.

Dessa maneira, reformulamos o estudo a partir da seguinte questão: como os enfermeiros dos SAEs percebem os sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/AIDS? Partimos para o campo cheio de imprevisibilidades, inclusive o de correr o risco de sermos incompreendidos, o que de fato ocorreu, mas não nos impediu de continuarmos nessa empreitada, na tentativa de conhecer as diversas questões que permeiam o cuidado do enfermeiro ao paciente soropositivo para o HIV.

Consideramos que os enfermeiros nem conseguem perceber os sintomas sem base orgânica, uma vez que suas práticas são instituídas a partir do modelo biomédico e preconizações do MS, sendo tão amarradas a um único discurso que tudo que escapa a isso torna-se invisível aos olhos dos enfermeiros, como o próprio sujeito que é cuidado. E, apesar de os discursos dos enfermeiros apontarem para o trabalho com uma subjetividade do paciente, eles não o fazem, pois todo o empenho do profissional está em torno do (sim) toma o paciente como objeto que deve seguir suas recomendações.

A partir da compreensão das condições de produção dos discursos e das formações discursivas identificadas, percebemos os discursos dos enfermeiros tão fechados em si, tão repetitivos que, na processo de análise, predominou a paráfrase em detrimento dos demais dispositivos analíticos. Isso nos aponta uma ideologia de base muito forte: o discurso científico, que sustenta toda a prática significativa dos discursos.

Compreendemos que esse modo de conceber a atuação profissional pode ser reconsiderado a partir da possibilidade de pensar em um cuidado do sujeito, por meio da escuta, como uma estratégia que proporciona um encontro entre sujeitos e permite romper com a visão objetificante da ciência moderna. Para isso, pontuamos a psicanálise como um possível referencial que o enfermeiro pode adotar na perspectiva de trabalhar além das questões patológicas.

Estamos cientes dos vários desafios a serem encarados ao propormos à enfermagem um trabalho junto a psicanálise, porém pensamos ser uma via possível que leve o profissional ao encontro do sujeito.

Para esse encontro, o enfermeiro precisa se destituir de qualquer conhecimento único e verdadeiro para perceber o saber do lado de quem o procura para, a partir disso, promover condições de escuta de um sujeito que não sabe que sabe.

Assim, faz-se necessário abrir espaços onde a fala do paciente possa nortear o processo de cuidar, sendo o adoecimento percebido como mais uma experiência de sua constituição enquanto sujeito. Entendemos, assim, que o cuidado de enfermagem vai muito além do processo de adoecimento, pois se trata de uma relação entre sujeitos.

Pensando o cuidado ao sujeito como elemento fundamental da prática de enfermagem, podemos romper com a visão patológica e tecnicista do modelo tradicional de assistência à saúde e, portanto, ressignificar o cuidado clínico de enfermagem.

Dessa maneira, pretendemos lançar outro olhar para além da clínica biológica, a partir de uma reinvenção da clínica para a enfermagem, que não esteja pautada apenas no modelo biomédico, mas que possibilite a emersão de outras questões que dizem respeito à singularidade e à constituição do paciente como sujeito.

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**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 622-628, 2011.
- ALMEIDA, A. N. S. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental**: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. 2009. 90f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e Enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.
- ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 560-566, 2010.
- ASSAD, M. M. E. et al. Algumas contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. **Revista Conceitos**. Paraíba, n.11, 2004.
- BICCA, L. **Racionalidade Moderna e Subjetividade**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resoluções 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv aids>. Acesso em: 13 nov. 2013b.
- CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.
- COELHO, M. M. F. **Educação em saúde**: os ditos e não ditos da prática de enfermagem com adolescentes. 2012. 160f. Dissertação ((Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.
- CONDE, H. **O sintoma em Lacan**. São Paulo: Escuta, 2008.
- DIAS, M. G. L. V. O sintoma: de Freud a Lacan. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 399-405, 2006.
- ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.
- FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psyche**, v. 11, n. 21, p. 13-30, 2007.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

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

FREUD, S. [1893-1895]. Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1911-1913]. O caso Schreber: artigos sobre técnica e outros trabalhos. In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1912]. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1913]. Sobre o início do tratamento. In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1917a]. O sentido dos sintomas. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1917b]. Os caminhos da formação dos sintomas. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1920]. Além do princípio de prazer. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1933]. Angústia e vida pulsional. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA, A. P. R. F. **Apreendendo possibilidades de cuidar**. 2004. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. M. T. **Silêncio, Silenciamento e Ocultamento na Terapia Anti-retroviral: desvelando o discurso de cuidadores de crianças**. 2005. 200f. Tese (Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. 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. 620-626, 2006.

_____. 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. 555-562, 2007.

KAHN, M. **Freud básico: pensamentos psicanalíticos para o século XXI**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de Enfermagem e o Cuidado em Saúde Mental: novos rumos? **Cadernos do IPUB**, v.6, n.19, 2000.

LACAN, J. [1992]. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1969-1970.

LOPES, R. G. Quem é o sujeito da psicanálise? **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 249-272, 2008.

LUNARDI, V. L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas: editora da UFPel, Florianópolis: UFSC, 1999.

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

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

MAIA, A. B.; MEDEIROS, C. P.; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-61, 2012.

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.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010.

NASIO, J.-D. **5 lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

_____. **O prazer de ler Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

OGUISSO, T. (org). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2.ed. Barueri: Manole, 2007.

OLIVEIRA, D. C. et al. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-526, 2009.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

_____. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas: Editora Pontes, 2005.

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

_____. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. 5. ed. Campinas: Editora Pontes, 2009.

PEREIRA, W. R.; TAVARES, C. M. M. Práticas pedagógicas no ensino de enfermagem: um estudo na perspectiva da análise institucional **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n. 4, p.1077-1084, 2010.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. S. O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

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. 729-736, 2005.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2011.

SANTO, F. H. E.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006.

SANTOS, K. A. Análise do discurso e psicanálise: diálogos possíveis. **Interfaces**, v. 3, n. 1, p. 39-47, 2012.

SCHEEFFER, R. **Teorias de aconselhamento**. São Paulo: Atlas, 1978.

SILVEIRA, L. C. et al. 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, 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**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 381-384, 2011.

THERRIEN, S. M. N. et al. Formação profissional: mudanças ocorridas nos Cursos de Enfermagem, CE, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 3, p. 354-360, 2008.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab Educ Saúde**, v. 9, n. 1, p. 9-24, 2011.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. O cuidado e a clínica na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 776-783, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro participante,

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada **“Atuação do enfermeiro frente aos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/AIDS”**. Com a mesma, pretendemos analisar a atuação do enfermeiro frente aos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/AIDS. Este estudo terá relevância social à medida que poderá contribuir para um redirecionamento do cuidado do enfermeiro aos pacientes com HIV/AIDS atendidos em serviços especializados. A pesquisa será desenvolvida por meio de uma entrevista que durará aproximadamente 20 minutos. Solicitamos ainda a sua autorização para gravarmos essa entrevista, sendo essa apenas para análise dos dados não sendo disponibilizada para outros fins. Informamos que será mantido o sigilo quanto aos dados envolvidos na pesquisa, pois suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome dos profissionais que participaram desse estudo, nem os locais de trabalho ou outra informação que possibilite a identificação dos participantes. Garantimos ainda a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Informamos, ainda, que você não estará sujeito a nenhum dano físico ou financeiro e que não receberá nenhum tipo de gratificação pela colaboração com a pesquisa. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora de campo Petra Kelly Rabelo de Sousa pelos telefones (85) 87397655/ (85) 99943077 ou e-mail: petrinha_kelly@hotmail.com ou com a orientadora Karla Corrêa Lima Miranda pelo telefone (85) 91712310 ou e-mail: kfor026@terra.com.br. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Fortaleza, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados**Entrevista Semiestruturada****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Iniciais: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Tempo de formação profissional: _____

Tempo de atuação no SAE: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Quais os sintomas com que você se depara em sua prática clínica?
2. Você já identificou algum sintoma sem base orgânica, ou seja, algum sintoma que não correspondia à história patológica do paciente?
3. Qual a sua percepção acerca desse sintoma sem base orgânica?

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Anuência



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Processo Nº.P056049/2013

Título do projeto de pesquisa: **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS SINTOMAS SEM BASE ORGÂNICA NA CLÍNICA DO HIV/AIDS.**

Pesquisadores (as): responsáveis: PETRA KELLY RABELO DE SOUSA.

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar

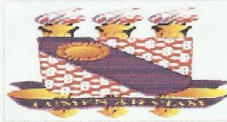
Fortaleza, 21 de janeiro de 2014.

Maria Ivanília T. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SMS.

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da UECE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação do enfermeiro frente aos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/Aids

Pesquisador: Petra Kelly Rabelo de Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28398514.7.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 651.759

Data da Relatoria: 30/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que irá avaliar a atuação do enfermeiro na clínica do HIV/Aids de pacientes portadores que apresentam os sintomas sem base orgânica. Como para a medicina, também para a psicanálise o sintoma é um significante, porém não com significado patológico. É também um sinal, mas não o sinal de uma doença. O sintoma como significante para a psicanálise tem um significado sexual, e, como sinal, o sintoma é um sinal do sujeito. Assim, o sintoma não revela a verdade de uma doença orgânica, mas trata-se da verdade do sujeito do inconsciente (QUINET, 2011). Pesquisa qualitativa que será realizada em sete Serviços de Atendimento Especializados (SAE) em HIV/Aids, no município de Fortaleza. Dados serão coletados por meio de entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a atuação do enfermeiro frente aos sintomas sem base orgânica na clínica do HIV/Aids.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa serão mínimos e a pesquisadora estará apta para resolvê-los ou minimizá-los.

Benefícios:

A pesquisa poderá contribuir para os ambulatórios especializados em HIV/Aids, no sentido de

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

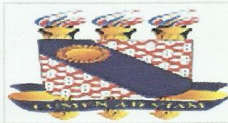
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 651.759

melhoria da qualidade da assistência, para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, uma vez que estes poderão compreender melhor os sujeitos que eles atendem e para os pacientes, pois a esses poderá ser possibilitado um espaço de escuta, em que ele possa se colocar enquanto sujeito.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão analisados por meio da análise de discurso. O processo de análise compreenderá três etapas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois os resultados poderão contribuir com a melhoria da assistência ambulatorial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os seguintes termos:

Folha de rosto assinada.

Termo de anuência.

Termo de consentimento livre e esclarecido em forma de convite, com riscos e benefícios descritos.

Projeto na integra.

Cronograma e orçamento.

Recomendações:

Como recomendação pesquisador deverá deixar os riscos mais claros no projeto. Informo que no TCLE o pesquisador traz os riscos no texto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bem estruturado. Atende as recomendações da Resolução 466/12.

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



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 651.759

FORTALEZA, 19 de Maio de 2014

ACP

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

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