



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
ARISA NARA SALDANHA DE ALMEIDA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:
contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito

FORTALEZA-CEARÁ
2009

ARISA NARA SALDANHA DE ALMEIDA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:
contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lia Carneiro Silveira

**FORTALEZA-CEARÁ
2009**

A447c Almeida, Arisa Nara Saldanha de.
Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito / Arisa Nara Saldanha de Almeida. – Fortaleza, 2009.
P83; il.
Orientador: Prof.^a Dr.^a Lia Carneiro Silveira.
Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.
1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Cuidado clínico. 3. Psicanálise. 4. Clínica do sujeito. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 614

ARISA NARA SALDANHA DE ALMEIDA

**CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:
contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, do Centro de Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em: 03 / 12 / 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lia Carneiro Silveira - UECE
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Douat Loyola - UFRJ
(Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Violante Augusta Batista Braga - UFC
(Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Ana Ruth Macedo Monteiro - UECE
(Membro Suplente)

Dedico este trabalho:

*Aos meus Pais,
Neto e Eliza.*

*À minha tia mãe,
Margarida.*

*Ao meu esposo,
Valberto Santos Dumont.*

*À minha grande amiga e
orientadora,
Lia Silveira.*

*Pessoas que, de alguma forma,
São minhas referências de vida
e de cuidado.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me deu o dom da vida e a força necessária para a busca dos meus sonhos.

À professora Lia Silveira pela amizade, carinho, atenção, dedicação, continua orientação e disponibilidade na construção deste trabalho. Agradeço também pelos momentos de escuta quando me sentia angustiada e insegura quanto ao meu objeto de pesquisa. Pelos momentos de construção e desconstrução. Por me indicar caminhos e tornar possível que eu os escolhessem com liberdade. Enfim, obrigada!

Ao Valberto, amor de uma vida toda, pelo apoio, companheirismo, carinho e cumplicidade durante minha formação.

À minha mãe, guerreira, que, ao seu jeito, soube me repassar os valores da vida e o incentivo para eu sempre ir em frente.

À minha eterna tia Margarida, pelo amor incondicional, incentivo e dedicação.

Às minhas irmãs, Ádla, Ana Paula e Ayla, que sempre me ajudaram por diversas vezes em minha caminhada.

Aos meus professores do Mestrado pelos longos momentos de discussões e dedicação na construção do conhecimento em enfermagem.

Aos membros do Laboratório de Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social (LACSU) pelo apoio, incentivo e construção coletiva do conhecimento.

Aos colegas do mestrado, em especial as amigas Juliana, Kelly, Denizelle e Chrystiany, pela amizade, companheirismo durante esses dois anos de mestrado.

À secretária do mestrado pela dedicação e presteza nas resoluções das atividades.

Aos profissionais do CAPS geral da regional IV, em especial a Daniele, Djacira e Célia, pela amizade, atenção, acolhida para o desenvolvimento dessa pesquisa.

À minha banca, Cristina Loyola, Violante Braga e Ana Ruth Macedo, pela contribuição para finalização desse trabalho.

E aos demais que, de alguma forma, contribuíram na elaboração desta dissertação.

*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
Que nem todos os santos, será que
será
O que não tem governo, nem nunca
terá
O que não tem vergonha, nem nunca
terá
O que não tem juízo
(Chico Buarque)*

RESUMO

A partir de observações acerca do cuidado de enfermagem às pessoas em sofrimento psíquico nos serviços de saúde, objetivamos analisar as possibilidades de um cuidado clínico de enfermagem pautado pelo referencial teórico da psicanálise. Apostamos no fato de que, através da consideração da dimensão ética do sujeito articulado ao seu desejo, podemos reinventar novos espaços e ferramentas de atuação da enfermagem psiquiátrica. A psicanálise é o principal referencial teórico dessa pesquisa, articulando a teoria à experiência clínica. Dessa forma, debruça-se nas discussões da clínica psicanalítica para Sigmund Freud e na releitura dessa clínica por Jacques Lacan. O percurso metodológico se deu através da concepção de construção de caso clínico. Esse método trata de situar o sujeito como verdadeiro operador, sendo que ao profissional/pesquisador cabe a função de colocá-lo em condições de sê-lo. Assim, a construção do caso clínico implica em fazer falar, trazendo para a cena discursiva o sujeito que sofre, reconhecendo que seu sofrimento se articula ao modo que sua estrutura psíquica se organizou. Desta forma, a construção do caso clínico inicia-se no momento em que o profissional se prepara para escutar as demandas do sujeito e assim começar a delimitar, junto a ele, o seu desejo inconsciente, a partir da demanda que este faz. O primeiro passo foi o atendimento clínico dos sujeitos com queixas psíquicas no Centro de Atenção Psicossocial da Regional IV de Fortaleza-CE, num período de seis meses, no primeiro semestre de 2009. Só depois se passou ao estágio de construção do relato do caso. As etapas dessa construção do caso consistem em: **escrita do “pathos-doença” e a descrição da história da doença** - escrever a clínica analítica do “patho-doença”, através da mera descrição da história da doença; **escrita do “pathos-transferência” do paciente no tratamento analítico** - nesse momento o destaque recai sobre a mera descrição da história da “paixão-transferência” do paciente em relação ao analista ao longo do tratamento analítico; **escrita da construção teórica** - trata-se de escrever a análise e a interpretação das histórias da doença e da transferência para se realizar a construção teórica em psicanálise. Entendemos que são muitas as vias que se abrem nesse encontro da enfermagem com a psicanálise. Na maioria delas, não se trata de fazer do enfermeiro um analista. Isso nem mesmo seria possível dessa forma. Mas mesmo assim, há aí uma contribuição, no momento em que se começa a entrar na ética do “um a um”, na consideração do “caso a caso”. Dessa forma, exerce-se uma verdadeira “clínica do sujeito”, onde o que importa é exatamente aquilo que do coletivo escapa, ou seja, o cuidado com a singularidade. Finalmente, salientamos a importância dessa clínica do sujeito na construção de novos espaços que façam emergir a fala do sujeito. Almejamos, portanto, que o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental tenha como objeto de sua prática clínica o sujeito inconsciente e suas relações com a emergência da fala.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica; cuidado clínico; psicanálise; clínica do sujeito.

ABSTRACT

From the observations on nursing care to people in psychic suffering in health services, we aimed to analyze the possibilities of a nursing clinical care based on the psychoanalysis theoretical reference. We believe that through the consideration of the ethical dimension of the subject articulate to his desire we can reinvent new spaces and performance tools of psychiatric nursing. Psychoanalysis is the main theoretical reference of this research, articulating theory to clinical experience. It enters in discussions of the psychoanalytical clinic for Sigmund Freud and in the new reading of this clinic by Jacques Lacan. The methodological course happened through the conception of the clinical case construction. This method puts the subject as true operator, and the professional/researcher has the function of putting him in conditions of being himself. The clinical case construction implies in speaking, bringing into discursive scene the subject that suffers, recognizing that his suffering is related to the way his psychic structure was organized. The clinical case construction begins when the professional prepares itself to listen to the subject's demand and then begin to delimit with him his unconscious desire, based on the demand that he has. The first step was the clinical assistance of the subject with psychic complaints in the Psychosocial Care Center of the Administrative District IV of Fortaleza-CE-Brazil, in a period of six months, in the first semester of 2009. Only later we moved to the stage of case report construction. The stages of this case construction consist in: **writing of "pathos-disease" and description of disease history** - to write the analytical clinic of "patho-disease", through the simple description of the disease history; **writing of "pathos-transfer" of the patient in analytical treatment** - at this moment the attention is on the description of the history of the patient's "passion-transfer" regarding the analyst along the analytical treatment; **writing of theoretical construction** - to write the analysis and interpretation of the disease and transfer histories to perform the theoretical construction in psychoanalysis. We understand that there are many possibilities that appear in this nursing- psychoanalysis encounter. In most of them is not about making the nurse an analyst, this wouldn't even be possible this way. But even so there is a contribution there, in the moment it enters in the ethics of "one to one", in the consideration of "case to case". A true "clinic of subject" is exercised, where what matters is exactly that that escapes from the collective, in other words, the care with singularity. Finally, we pointed out the importance of this clinic of subject in the construction of new spaces that make the subject's speech emerge. We hope that the nursing clinical care in mental health has as object of its clinical practice the unconscious subject and its connections with the emergency of speech.

Key-words: Psychiatric nursing; clinical care; psychoanalysis; clinic of the subject.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: estudo de caso em psicanálise	19
2.1 Tipo de Pesquisa e o método da “Construção do Caso Clínico”	19
2.2 O local da pesquisa – apresentando o CAPS da Regional IV	24
2.3 Os sujeitos da pesquisa.....	25
2.4 O desenvolvimento dos atendimentos.....	26
3 DA LOUCURA AO SOFRIMENTO PSÍQUICO: trajetória histórica e clínica.	29
3.1 Construção histórica da abordagem ao sofrimento psíquico.....	29
3.2 O processo de trabalho de enfermagem e o campo da saúde mental	34
3.3 O cuidado clínico de enfermagem em saúde mental	38
4 CLÍNICA DO SUJEITO E PSICANÁLISE: contribuições para uma teoria do sujeito	46
5 O SUJEITO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: uma construção do caso clínico	56
5.1 A escrita do “pathos-doença” e a descrição da história da doença	56
5.1.1 Romance Familiar	58
5.2 A escrita do “pathos-transferência” do paciente no tratamento analítico	59
5.3 A escrita da construção teórica.....	62
6 CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: contribuições da psicanálise	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89

1 INTRODUÇÃO

Durante muitas décadas, a loucura foi alvo de críticas e preconceitos que acabaram resultando na construção de estigmas e estereótipos em torno do sujeito em sofrimento psíquico. Tal instabilidade que envolve a saúde mental acaba influenciando na maneira como se percebe e se trata a loucura. A loucura deixa de ser vista como algo externo relacionado apenas ao outro, mas passa a ser vista como algo que faz parte do nosso próprio ser, uma vez que dentro de cada um sempre se mantém oculto uma verdade ainda não revelada, ainda não descoberta, e que quando aguçada as sensibilidades acabam manifestando-se de forma involuntária. Dessa forma, trabalhar com saúde mental não se trata de se trabalhar apenas com o sujeito em sofrimento psíquico, mas trata-se de trabalhar consigo, com suas dúvidas, anseios e fraquezas.

Muitas vezes o estigma inicia-se dentro da própria instituição e o usuário acaba interiorizando a imagem de dependência e incapacidade que lhe são atribuídos. Segundo Moura (2003) é necessário um cuidado muito especial quanto aos processos que levam às cristalizações identitárias ligadas às classes institucionais, assim como às impregnações de imagem ligadas aos diagnósticos dos pacientes na instituição, não podendo esquecer que um diagnóstico é relativo, temporário e suscetível de evolução.

O movimento de Reforma Psiquiátrica surge como um processo de reformulação crítica e prática que busca o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Traz como princípios bases a desospitalização, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania dos sujeitos, através da formulação de campos de práticas e saberes que se preocupa com os aspectos subjetivos do paciente, não se restringindo à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais.

De acordo com Rotelli e Amarante (1992), a construção dessa proposta de reforma psiquiátrica tal como a que foi adotada no Brasil tem como ponto nevrálgico o deslocamento operado no conceito de loucura, perpassando da "doença mental" para a concepção de "existência-sofrimento" do sujeito em relação ao corpo social.

Entretanto, apesar de esse norte conceitual, percebemos que essa não tem sido a realidade encontrada nos serviços. As práticas de saúde desenvolvidas atualmente ainda traduzem o sofrimento psíquico em quadros psiquiátricos, como transtorno do pânico, depressão, anorexia, tentativa de suicídio, dentre outros. A resposta a todos esses males é anunciada pela ciência – principalmente pela psiquiatria – através da explicação da neurociência e da oferta de determinados objetos – principalmente medicamentos – que, supostamente, aplacam o sofrimento, maquiando os sintomas com ansiolíticos ou antidepressivos. Portanto, continuamos esbarrando na centralização, na medicalização da atenção, na ênfase em modelos biológicos e no estímulo à farmacodependência.

Atualmente, a atenção de enfermagem às pessoas em sofrimento psíquico tem seguido, ora relacionada a esse discurso hegemônico, ora aos reflexos das transformações ocorridas nas últimas décadas no campo da psiquiatria. No entanto, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, a enfermagem em saúde mental ainda não consegue realizar, satisfatoriamente, seu papel de “agente terapêutico”, direcionando sua assistência no modelo organicista (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

A ferramenta clínica teoricamente utilizada pela enfermagem para lidar com o sofrimento psíquico do paciente tem sido o relacionamento terapêutico ou relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente. Apontado na década de 1960 como uma intervenção da enfermeira psiquiátrica, este referencial permitiu ao enfermeiro deixar de limitar-se aos cuidados físicos e passar a abordar o próprio sofrimento psíquico enquanto fenômeno da enfermagem.

No entanto, consideramos que as fontes teóricas que predominaram na teorização e implementação do relacionamento terapêutico na enfermagem tenderam, predominantemente, para o âmbito daquilo que Lacan chamou de “*terapias do ego*”. Esse termo foi utilizado por ele para se referir as abordagens que menosprezavam a força instituinte da descoberta freudiana do inconsciente e por buscarem uma adequação da pessoa ao contexto social, tornando-a mais “madura” e “saudável”.

Podemos observar essa tendência no material didático ainda hoje utilizado na formação do enfermeiro. Os trabalhos de Hildegard Peplau e de Joyce Travelbee têm sido as principais referências citadas pelos autores que abordam o relacionamento terapêutico hoje (TOWNSEND, 2000). A ênfase nessas abordagens

é a do uso terapêutico que a enfermeira pode fazer de seu próprio eu para proporcionar uma mudança de atitude do paciente frente ao seu problema. Na teoria de Travelbee, esse “Uso Terapêutico do Eu” é descrito como sendo “a capacidade de usar a própria personalidade conscientemente e em plena lucidez na tentativa de estabelecer um relacionamento e de estruturar as intervenções de enfermagem” (TOWNSEND, 2000, p. 75). Sendo assim, esse processo requereria do profissional algumas habilidades como autenticidade, harmonia e, principalmente empatia – descrita como a “capacidade de perceber corretamente a vivência interna de uma pessoa num dado momento” (TOWNSEND, 2000, p. 78).

Entendemos que uma clínica de enfermagem, desenvolvida sob o signo destas concepções, tem um caráter claramente adaptativo e objetivo, à medida que considera o enfermeiro como alguém cuja personalidade pode se “desenvolver” e passar a ocupar um papel “corretivo”, capaz de alterar o funcionamento psíquico de outrem; o paciente como alguém que enfrenta dificuldades (afetivas, de trabalho ou de inserção social) porque ainda não desenvolveu completamente seu eu, ou seja, está em uma relação de defasagem com relação ao profissional que já teria atingido uma relativa “maturidade psíquica”. Além de centrar a atuação de enfermagem na modelização do paciente a um ideal de normalidade propagado, excluindo totalmente a questão do seu desejo e de sua posição subjetiva.

No entanto, malgrado todas as críticas que podemos tecer às concepções teóricas que fundamentam o relacionamento terapêutico na enfermagem, consideramos que se algo dessa prática deve ser resgatado é exatamente a consideração da interação do profissional de enfermagem e cliente como um possível espaço de intervenção clínica, uma vez que reconhecemos que a enfermagem prioriza a permanência junto ao paciente onde se desenvolve o cuidar.

Mas, que clínica pode-se construir para a enfermagem em saúde mental hoje? Aqui enfatizamos um retorno ao conceito original do termo *Kliné*, apreendido na perspectiva de “um ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito” (VIGANÒ, 1999, p. 51). Neste sentido, a clínica tem a função de acolher e assistir à dor e ao sofrimento de quem procura ajuda. No entanto, ao longo do desenvolvimento da própria medicina, a clínica tem assumido características conforme as condições históricas de possibilidade de sua existência e do jogo de interesses que engendram sua produção (FOUCAULT, 1994).

A clínica que predomina na formação e nas práticas dos profissionais de saúde é organizada por saberes e práticas que tomam o corpo anatomo-patológico como objeto e o esquadrinha em órgãos, separa-o em físico e psíquico, físico e emocional. Nessa clínica, o corpo é destituído de sua produção sociocultural, tendo um caráter simplificador dos processos sobre os quais se propõe atuar (FOUCAULT, 1994).

Neste contexto, paralelo a essa clínica anatomo-patológica, caminha uma clínica que enfoca a subjetividade do paciente, articulando ferramentas de escuta do sujeito na prática profissional. Ao colocar o sujeito em foco, ativo na produção da vida, reportamos à clínica do sujeito. O objetivo central dessa clínica do sujeito se desloca do foco na cura, mas não despreza a doença, passando para uma perspectiva de desconstrução/reconstrução de sentidos, atrelada à ética de sustentação do desejo.

Assim, a clínica do sujeito não se refere a uma clínica que se exerce sobre o sujeito. Aliás, afirmar algo assim já seria um paradoxo, pois ao ser situado como o objeto nessa oração, o sujeito já deixa de existir e passa a ser reduzido àquilo que seu lugar na oração lhe destina: um objeto. Portanto, estamos nos referindo ao fato de que ele é verdadeiramente o sujeito dessa clínica, ele é o agente.

Assumir essa postura implica numa dimensão ética, pois impele o profissional de saúde a também deslocar seu lugar. Enquanto que no modelo tradicional é requisitado a ocupar o lugar do especialista, na escuta desenvolvida na clínica do sujeito é preciso que ele saia desse lugar de um saber pré-estabelecido. É preciso que aquele que escuta abra espaço para que o próprio sujeito elabore as especificidades de sua situação, de seu sofrimento. Como lembra Franco e Magalhães Junior (2003, p. 127), “o exercício da clínica em atos de fala, escuta, em que o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo, ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissional e usuário”.

Essa proposta de uma clínica centrada no cuidado pode ser a abertura de um terreno fecundo onde a enfermagem pode se afirmar. Porém, o cuidar é também um conceito que precisa ser resituado. Para abordar o cuidado nessa perspectiva da clínica do sujeito, faz-se necessário um retorno à obra de Michel Foucault,

principalmente a partir da abordagem do conceito grego de *Epiméleia Heautoû* que o autor traduz como “cuidado de si”.

Foucault (2006) em sua obra traça a genealogia do cuidado de si como tecnologia do cuidado e suas implicações do ponto de vista biopolítico, mostrando que esta é anterior ao capitalismo e à moral burguesa, embora nesses contextos possa ter assumido importância particular.

O autor aponta que a ideia de ocupar-se consigo é bem antiga e remonta à cultura grega. Esteve presente, conforme relato de Plutarco, já no ideal do cidadão espartano de treinamento físico e guerreiro em detrimento do cultivo da terra ou na afirmação de Ciro, segundo Xenofonte, de que toda a glória decorrente dos grandes feitos de um homem de nada valia se fosse à custa do sacrifício do ocupar-se consigo mesmo. Sustenta, contudo, que, até então, este ocupar-se de si tinha a conotação de uma prerrogativa (de alguns), ou mesmo de um privilégio, uma dádiva. Mostra, então, que é com o Sócrates do “Alcebiades”, ou da “Apologia”, que esse ocupar-se de si vai ganhar a forma de um cuidado de si, adquirindo progressivamente as dimensões de uma cultura de si (FOUCAULT, 2006).

Foucault, ao discorrer sobre a atuação de Sócrates em sua relação com a noção de *epiméleia heautoû*, compara o cuidado de si à ação do inseto tавão.

O cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de permanente inquietude no curso da existência (FOUCAULT, 2006, p. 11).

Assim, desde o personagem de Sócrates questionando os jovens para lhes falar que se ocupem consigo até o ascetismo cristão que dá início à vida ascética com o cuidado de si, observa-se uma longa história da noção de cuidado de si mesmo que, resumidamente, define-se: é uma atitude para consigo, para com os outros, para com o mundo; é também uma certa forma de atenção, de olhar, ou melhor, é preciso converter o olhar do exterior, dos outros, do mundo para ‘si mesmo’; designa sempre algumas ações, ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos (FOUCAULT, 2006).

Entendemos que o cuidado de si, conforme proposto pelos gregos, é uma noção que remete às peculiaridades históricas, políticas e sociais de uma

determinada época. No entanto, ela pode nos ajudar a resituar o conceito de cuidado em enfermagem, à medida que nos possibilita pensá-lo em termos de uma potencialização do sujeito. Como lembra Bub et al. (2006, p. 156), “esta forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência”.

Sendo assim, o conceito de cuidado de si remete às relações do sujeito consigo e com o mundo, colocando-o numa posição ativa frente à vida. A nosso ver, esta concepção de cuidado aproxima-se do referencial da clínica do sujeito, ao potencializar um cuidado singular, que não se dá a partir do universal do saber, mas, do particular de cada sujeito.

A articulação entre as noções de clínica do sujeito e do cuidado de si também permitem o exercício de uma prática que vai além de uma responsabilização do profissional pelo sujeito que é cuidado.

Desta forma, para transcender uma clínica do cuidado que responda às necessidades humanas é recomendável que tal conceito seja articulado à abordagem do sujeito e ao reconhecimento de sua singularidade. Apostamos no fato de que, através desta consideração da dimensão ética do sujeito articulado ao seu desejo, podemos reinventar os espaços e ferramentas de atuação da enfermagem.

Kirschbaum (2000) afirma que realizar um cuidado de enfermagem a partir de uma clínica do sujeito implica em concebê-lo diferentemente, ou seja, trata-se de responsabilizá-lo, convidando-o a ocupar uma posição diferente da de objeto do desejo do Outro. Mas, o que é esse Outro? Para Lacan, o inconsciente é o discurso do Outro, isto é, o inconsciente consiste naquelas palavras que surgem de algum outro lugar que não o da fala do eu. O inconsciente está repleto da fala de outras pessoas, das conversas de outras pessoas, e dos objetivos, aspirações e fantasias de outras pessoas (FINK, 1998). Assim, a psicanálise surge como uma proposta de abordagem do sintoma, cujo objeto de teorização é o inconsciente revelado no real da linguagem.

Portanto, para realização do cuidado clínico de enfermagem frente à clínica do sujeito é preciso que o enfermeiro ocupe um novo lugar, não do Outro detentor do saber, mas daquele que acompanha o sujeito na descoberta daquilo que

constitui seu desejo, ou seja, possibilitar-lhe dizer ou apreender quais significados emergem da combinação entre os significantes. Segundo Quinet (1997) não se deve nomear o desejo, mas, favorecer condições para que o sujeito entre em contato com o desejo para decifrá-lo. Mas, para isso acontecer é fundamental que o profissional saiba direcionar a tão evocada escuta.

Escutar significa evocar a fala do cliente, o que ele diz e por que diz. O processo de escuta só tem sentido porque permite contar e contar-se, assim a pessoa ameniza sua angústia simplesmente por falar. Essa fala precisa, necessariamente, passar pelo outro, ou seja, é preciso sempre outro para se dizer. Se o outro não está ali, há uma ausência. Assim, a escuta de si passa pelo fato de ser escutado pelo outro (POUJOL, 2006).

Nessa perspectiva, a escuta passa a ser uma estratégia para o desenvolvimento do cuidado clínico em enfermagem, enfocando nesse processo a responsabilização do sujeito à medida que esclarece que cada um possui em si mesmo as respostas de seus problemas. O enfermeiro deve se descolar da posição do profissional que já tem a resposta pronta para os problemas do paciente, renunciando em alguns momentos a fala, a justificativa, o desejo de explicar, de convencer e responder o sofrimento do outro.

Para a realização do cuidado clínico de enfermagem em saúde mental podemos citar os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Esses serviços surgiram após reivindicações propostas pela Reforma Psiquiátrica, na década de 1980, em que se exigiu uma substituição dos serviços hospitalares para um aparato de cuidados externos, com a criação de novos serviços substitutivos, bem como um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário que serve de referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Nesse ambiente, a enfermagem deve aplicar sua clínica do cuidar ao se deparar com o sofrimento psíquico dessa clientela. Entretanto, é importante que

esse cuidar não se restrinja às tecnologias duras¹, mas, que envolva também aquelas voltadas para o acolhimento, o vínculo e a escuta desse sujeito.

Em meio a esta trama conceitual, desenvolvemos este projeto buscando responder aos seguintes questionamentos: quais as possibilidades de desenvolvimento de um cuidado clínico de enfermagem em saúde mental fundamentado na clínica do sujeito? Como o cuidado clínico em enfermagem pode ser desenvolvido em uma perspectiva que considere a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito dessa prática?

Frente a estes questionamentos, desenvolvemos este estudo objetivando analisar as possibilidades de um cuidado clínica de enfermagem em saúde mental, a partir do referencial teórico da clínica do sujeito. Para alcançar esse objetivo, buscamos desenvolver atendimentos de enfermagem junto a pacientes de um serviço de saúde mental, ressaltando a singularidade de cada caso; construir o caso clínico a partir dos atendimentos realizados utilizando as ferramentas da psicanálise e, finalmente, refletir acerca das possíveis contribuições do referencial teórico-metodológico utilizado para o cuidado clínico de enfermagem.

¹ Segundo Merhy (1997), tecnologias duras referem-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações. Por outro lado, as tecnologias leves se expressam como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que se constroem no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: estudo de caso em psicanálise

Para melhor organização deste capítulo, dividimo-lo em quatro momentos: abordagem do tipo de pesquisa e método da construção do caso clínico; local da pesquisa; sujeitos do estudo; e desenvolvimento dos atendimentos.

2.1 Tipo de Pesquisa e o método da “Construção do Caso Clínico”

Para alcançarmos o objetivo proposto pelo estudo, optamos por realizar uma pesquisa descritiva, utilizando uma abordagem qualitativa, desenvolvida pelo método de estudo de caso.

Nos estudos de abordagem qualitativa, o pesquisador tenta estabelecer o significado de um fenômeno a partir do ponto de vista dos participantes, ou seja, o investigador realiza alegações de conhecimento com base, principalmente, em perspectivas construtivistas ou em perspectivas participatórias, ou em ambas (CRESWELL, 2007).

Nesse tipo de estudo, o que interessa não é a coisa (fenômeno) em si, mas o significado que as coisas ganham; significados que um indivíduo, em particular ou um grupo determinado, atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito (TURATO, 2000). Assim, o fenômeno é apreendido em seu *setting* natural e os pesquisadores buscam dar sentido e interpretar o fenômeno que os sujeitos lhes trazem.

Devido ao fato de esta pesquisa tomar como objeto de estudo a questão da experiência humana, notadamente no que diz respeito ao sofrimento psíquico e à forma como cada sujeito diz o seu sintoma, entendemos que este não pode ser abordado de forma generalizada, implicando uma investigação caso a caso, considerando os elementos particulares a cada um deles. No entanto, o fato de nos

debruçarmos no aspecto singular desse sofrimento não nos impede de buscar importantes considerações sobre o corpo de conhecimentos da clínica em geral.

Dessa forma, dentre as estratégias de investigação para estudos qualitativos, utilizaremos a de estudo de caso, uma investigação empírica acerca de “[...] um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real” (YIN, 2005, p. 32). Utiliza-se esse método quando deliberadamente se deseja lidar com condições contextuais, acreditando que elas podem ser altamente pertinentes ao seu fenômeno em estudo. Assim, o estudo de caso aqui proposto será desenvolvido a partir da concepção de construção de caso clínico em psicanálise.

Passamos, então, a apresentar este método, tomando como ponto de partida os autores dessa proposta. Antes de tudo, precisamos considerar que, a psicanálise já nasce fazendo uso da proposta casuística. Segundo Guimarães e Bento (2008, p. 92),

Freud construiu sua teoria baseada em seus atendimentos clínicos, ou seja, após atender seus pacientes no divã, passava em seguida para um outro estágio: o de fazer o relato do caso. Porém, não se tratava aqui apenas de uma mera descrição do caso. Freud ia além do descritivo, construindo sua teoria a partir da análise e da interpretação de sua clínica. Ou seja, a partir dos fragmentos de lembranças e associações aparentemente sem sentido trazido pelos pacientes em análise, Freud ia formulando inferências sobre os não-ditos nesta clínica. Assim, Freud construía o caso e a teoria psicanalítica.

Senso assim, podemos perceber inicialmente porque trata-se na verdade de uma “construção” e não de uma simples “descrição”. Não partimos de um saber pronto, mas consideramos que construir o caso é também construir a teoria (VIGANÒ, 1999). O encontro, sempre único, com cada sujeito, em cada momento de escuta, permite a reedição do momento analítico, fazendo-nos questionar, validar ou reformular a teoria em questão. Trata-se, portanto, de fazer avançar a teoria a partir do caso, e não de adequar o caso à teoria previamente estabelecida.

Segundo Viganò (1999) o método da construção do caso clínico trata de situar o sujeito como verdadeiro operador, sendo que ao profissional cabe a função de colocá-lo em condições de sê-lo. Assim, a construção do caso clínico implica em fazer falar, trazendo para a cena discursiva o sujeito que sofre, reconhecendo que seu sofrimento se articula ao modo que sua estrutura psíquica se organizou – seja ela neurótica, psicótica ou perversa.

A construção de caso clínico consiste no testemunho das diversas fases do trabalho do analisante, momento este que o analista se prepara para receber do paciente a sua demanda. Isto é, construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente, é colocar o paciente em trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quanto esta vier (VIGANÒ, 1999). Segundo Dinardi e Andrade,

[...] é compor a história do sujeito e de sua doença, delimitando, assim, os fatores que precipitaram a doença, buscando reconhecer os pontos mortíferos, os pontos de repetição, os tratamentos realizados, e as saídas que o próprio sujeito tem desenvolvido para lidar com seu sofrimento (DINARDI e ANDRADE, 2005, p. 49).

A construção do caso está, intimamente, ligada à experiência clínica, em que o saber não precede a construção, mas se segue à construção. É um saber que se dá a partir do particular, não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito. Isso implica em operar com o saber do paciente e não, um saber sobre o paciente. Essa dimensão clínica do particular do sujeito nos remete a trabalhar trazendo à luz a relação do sujeito com o Outro, ou seja, serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso do Outro (VIGANÒ, 1999).

A construção serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso. É necessário reativar a relação do sujeito com o Outro, de forma que essa relação possa se sustentar na realidade. A partir da história do sujeito, apreendemos a sua relação com o Outro e como esse sujeito interpreta o mundo. O objetivo é intervir na relação do sujeito com o Outro e em seu modo de gozo, possibilitando alguma mudança subjetiva (DINARDI e ANDRADE, 2005, p. 49).

Para captar o discurso do paciente, é preciso escutar aquilo que ele traz, e como ele fala. Para operacionalizar essa escuta, recorreremos ao pai da psicanálise, Sigmund Freud, utilizando a regra fundamental de sua teoria, ou seja, a técnica da “associação livre”, na qual o paciente é instigado a falar sobre tudo que lhe vier à mente. Freud delimitou esta técnica ao perceber que o inconsciente tem uma articulação profunda com o mal-estar do qual o sujeito sofre. Sendo assim, não importa de onde ele parta, o inconsciente vai sempre estar presente na cena discursiva. (FREUD, [1913]1996; LACAN, 1998a; FIGUEIREDO, 2004). Do lado do profissional, a escuta segue também uma técnica designada por Freud como “atenção flutuante” que não centra a atenção somente em elementos que interessem ao profissional, mas a tudo que o paciente disser (FREUD, [1913]1996).

É importante saber receber, ou melhor, escutar a fala do paciente nos momentos de rupturas (ditos espirituosos, atos falhos, repetições, lapsos, sonhos), ou seja, nos intervalos onde surge o sujeito do inconsciente. Dessa forma, esse momento de ruptura possibilitará ao analista em parceria com o paciente desenvolver um trabalho de decifração dos significantes. Esta posição demarca uma possibilidade de inscrição do sujeito (que é inconsciente e, portanto, evanescente), despontada a partir da transferência (GARCIA, 2004).

A partir dessas considerações, podemos perceber que, o objeto da teorização psicanalítica tem particularidades únicas. Segundo Guimarães e Bento (2008, p. 93), trata-se da “memória inconsciente”. Sendo assim, para abordar tal objeto, faz-se necessária a adoção de um método que contemple o inconsciente como categoria teórica-clínica.

Este método é a própria psicanálise que, por definição, comporta uma teoria e um método de investigação. Silva e Kirschbaum (2008, p. 487) apontam:

Freud traz à discussão importante questão: a utilização da Psicanálise como método de pesquisa por todo aquele que desejar. Autorizados pelo próprio Freud, pode-se tomar elementos da teoria psicanalítica, sem que isso implique transformar profissionais das mais diversas áreas de conhecimento em psicanalistas. Trata-se de uma proposta de utilização da teoria e do método como possíveis operadores necessários à compreensão do humano.

Para operacionalizar nosso estudo, optamos pelo “método de estudo de caso em psicanálise”, conforme proposto por Guimarães e Bento (2008, p. 94).

Escrever a clínica analítica remeterá, então, à escrita do “patho-doença”, que se faz no primeiro momento do estudo de caso voltado para a mera descrição da história da doença, e, também, à escrita do “pathos-paixão-sofrimento”, realizado no segundo momento do estudo de caso centrado na mera descrição da história da “paixão-transferência” do paciente em relação ao analista ao longo do tratamento analítico. Haverá ainda um terceiro momento do estudo de caso em psicanálise, aonde o objetivo será escrever sobre a análise e a interpretação das histórias da doença e da transferência para se realizar a construção teórica em psicanálise chamada “metapsicologia” (o prefixo “meta” significando aqui “além de”).

A seguir, passamos a abordar as etapas propostas no método, explicitando os procedimentos desenvolvidos em cada uma delas.

a) A escrita do “pathos-doença” e a descrição da história da doença -

O primeiro passo na experiência clínica analítica se inicia com o registro dos dados anamnésicos necessários para compor a queixa do paciente. A escrita desta clínica deverá também articular a história da doença com os acontecimentos da história de vida do paciente. Objetiva-se colocar a ênfase na mera descrição da evolução da sintomatologia do paciente, desde seu aparecimento até suas manifestações atuais, antes da análise propriamente dita do caso. Este passo tem por objetivo apresentar claramente a queixa do paciente, descrevendo-a de forma neutra. Citações literais da fala do paciente sobre sua doença são bastante recomendáveis aqui. Deve-se também procurar construir uma história da evolução da doença do paciente, relacionando-a com os principais acontecimentos da sua história de vida associados à aparição dos seus sintomas.

b) A escrita do “pathos-transferência” do paciente no tratamento analítico - O segundo passo da clínica analítica é o estabelecimento da relação transferencial pesquisador-sujeito, centrado na promoção de uma retificação subjetiva, estimulando o sujeito a aplicar-se naquilo de que vem a se queixar. Aqui, tracemos o conceito de transferência descrito por Laplanche e Pontalis (1998, p. 514) como sendo “o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Segundo Guimarães e Bento (2008) o objeto principal da queixa deixa ser o sofrimento pela doença para ser o sofrimento por sua relação com o analista, isto é, sua transferência. Nesta etapa, cada analista/pesquisador buscará construir a história do tratamento do paciente, valorizando especialmente a descrição dos cenários transferenciais que apareceram no contexto da relação analista-analisando, trazendo citações literais da fala do sujeito e as intervenções e/ou do entendimento do analista. Serão, ainda, destacadas as “questões problema” que serão analisadas e interpretadas no passo seguinte.

c) A escrita da construção teórica - Trata-se de escrever a análise e a interpretação das histórias da doença e da transferência do sujeito, para aceder ao nível da construção teórica em psicanálise. Tem por objetivo realizar uma discussão

clínica, analisando e interpretando os dados descritivos do “pathos-doença” e do “pathos-paixão-transferência”. Aqui, cada analista/pesquisador escolhe uma situação problema do tratamento para orientar sua pesquisa. Parte-se, assim, de alguma questão central extraída da clínica do caso, o analista-pesquisador fará uma delimitação conceitual daquilo que servirá como objeto da investigação. Nessa delimitação são selecionados fenômenos, temas ou questões que nortearão a pesquisa teórica. Segundo Guimarães e Bento (2008), os estudos de casos em psicanálise não devem funcionar como vinhetas clínicas, isto é, como ilustrações clínicas da teoria, mas sim, como possibilidade de se recorrer a clínica do caso como ponto de partida da construção, da aceitação e da refutação.

Por fim, a construção do caso é uma segunda escrita que será ao mesmo tempo lugar da construção teórica e lugar do preparo para que o pesquisador possa receber o paciente e a sua demanda para transformá-la em um enigma, para que o paciente possa elucidar (VIGANÒ, 1999; FIQUEIREDO, 2004). Portanto, a construção do caso será a um só tempo o lugar do tratamento e também da pesquisa que nos propomos a desenvolver.

2.2 O local da pesquisa – apresentando o CAPS da Regional IV

O campo onde se realizou a pesquisa foi um serviço da rede extra-hospitalar em saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do município de Fortaleza/CE, no primeiro semestre de 2009. O CAPS da Secretaria Executiva Regional IV nasceu de uma parceria entre a Universidade Estadual do Ceará e Prefeitura Municipal de Fortaleza que, sensibilizados pela condição de saúde mental da população de Fortaleza, investiram esforços em oportunizar o novo modelo de atenção à saúde mental.

Inaugurado em 8 de dezembro de 2001, o CAPS IV localiza-se na Avenida Borges de Melo, s/n – Montese, no prédio que antes abrigava o Mercado de Nazaré. O projeto que adaptou o prédio para funcionar como unidade de saúde foi desenvolvido respeitando o estilo arquitetônico, como forma de preservar um pouco

a história da comunidade. Trata-se de um CAPS de nível II que, segundo normatização da portaria 336, é o serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. No caso do município de Fortaleza, a divisão é feita por secretarias executivas regionais, e o CAPS em questão destina-se ao atendimento dos habitantes da regional IV.

O serviço conta atualmente com uma equipe multiprofissional composta por: quatro psiquiatras; três psicólogas; duas assistentes sociais; duas terapeutas ocupacionais; dois enfermeiros; dois farmacêuticos; seis auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo. As atividades desenvolvidas são: atendimento individual (médico, psicológico e de enfermagem); trabalhos em grupos; oficinas de arteterapia; oficinas produtivas; grupo de mulheres e grupos de psicoterapia.

2.3 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram pacientes do CAPS que são acompanhados de dois em dois mês pela enfermeira do serviço nas consultas de enfermagem. Para seleção dos sujeitos da pesquisa, adotamos os seguintes critérios: portadores de alguma queixa psíquica no momento da consulta; pessoas encaminhadas pela equipe do serviço, que tenham condições físicas e econômicas de se locomoverem para o serviço; pessoas com idade superior a 18 anos. Além disso, foram considerados aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

Inicialmente, para seleção dos pacientes, participamos diariamente, durante duas semanas, das consultas de enfermagem desenvolvidas pelas enfermeiras do serviço. A partir daí, identificamos aqueles que contemplavam os critérios de inclusão da pesquisa, e convidamo-los para a realização de um atendimento individual. Durante esse momento, convidamos um total de 16 pacientes. Desses, apenas quatro compareceram regularmente aos atendimentos marcados.

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, atendendo a resolução 196/96 – que estabelece a

regulamentação para a pesquisa com seres humanos, tendo aprovação nº 083501630. A autorização para realização da pesquisa no campo de prática foi obtida.

Foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pacientes para o desenvolvimento da construção do caso de caso clínico e a inserção deste na análise e resultados do presente estudo. O sigilo sobre a identidade dos indivíduos participantes foi mantido, sendo o nome próprio substituído por um pseudônimo.

2.4 O desenvolvimento dos atendimentos

Considerando os elementos teóricos - metodológicos propostos neste estudo, desenvolvemos pelo período de seis meses, atendimentos no CAPS referido, fazendo uso de um dispositivo que compete a prática profissional do enfermeiro, a consulta de enfermagem. Segundo a Lei 7.498/86 artigo 11, §9, a consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro (ABEN, 1987). Na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 159/1993 a consulta de enfermagem é definida como sendo uma atividade que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 1993).

A consulta de enfermagem psiquiátrica tem suas especificidades e, dentre suas ferramentas pode-se citar o relacionamento terapêutico enfermeira-cliente ou relacionamento interpessoal. Segundo Kantorski et al. (2005) o relacionamento terapêutico é uma tecnologia de cuidado de enfermagem que permite o entendimento das experiências de vida do paciente, o estímulo à sua participação na tomada das decisões terapêuticas e o reconhecimento de paciente e enfermeiro enquanto seres humanos dotados de saberes próprios, limitações pessoais e potencialidades.

Criado na década de 1960 com a contribuição de teóricas da enfermagem como Hildegard E. Peplau e Joyce Travelbee, o relacionamento terapêutico pode ser considerado como uma tecnologia de enfermagem que visa sistematizar a escuta ao paciente. Sendo assim, entendemos que a realização da consulta de enfermagem e a ferramenta do relacionamento terapêutico podem ser tomadas como espaços que permitem ao enfermeiro desenvolver uma escuta individualizada junto aos pacientes que este atende, inclusive apropriando-se da psicanálise como referencial teórico e metodológico.

A partir do espaço da consulta de enfermagem que disponibilizamos dois turnos de quatro horas por semana para realização dos atendimentos. Os pacientes compareciam ao serviço com horário previamente agendado e dirigiam-se para a sala onde o aguardávamos. A escuta se deu de acordo com os princípios teóricos e metodológicos da psicanálise, iniciando com aquilo que Freud [1913 (1996)] chamou de tratamento de ensaio”. Isso corresponde ao que Lacan nomeou de entrevistas preliminares.

Segundo Quinet (2005) as entrevistas preliminares têm suas funções sintomal, transferencial e diagnóstica. Nesse momento, o paciente deve estar disposto a divagar sobre seu próprio discurso, produzindo através da regra fundamental - a associação livre. Tratará de encarar o sintoma como motivo do tratamento, produzindo um saber próprio, a verdade acerca de seu sintoma. Além disso, é preciso que esse sintoma, que é um significado para o sujeito, readquira sua dimensão de significante, implicando o sujeito e o desejo. A constituição do sintoma analítico é correlata ao estabelecimento da transferência que faz emergir o sujeito suposto saber, pivô da transferência. Permite, ainda, ao analista construir um diagnóstico clínico que irá lhe permitir conduzir o tratamento.

Iniciamos, então, o processo de escuta, seguindo essas recomendações e a própria fundamentação da prática psicanalítica, conforme descrita (associação livre e atenção flutuante). Ao final de cada turno de atendimentos, realizamos anotações de cada caso, utilizando um diário de campo.

Observamos que o engajamento no processo de acompanhamento terapêutico durante um período relativamente longo como o que propomos, demanda um envolvimento do paciente que nem sempre ocorreu. Depende também das possibilidades do enfermeiro em saber manejar os elementos da transferência

junto ao paciente que foram surgindo ao longo do processo. Sendo assim, ao final do estudo, selecionamos para compor nosso material de análise da pesquisa, apenas um dos casos atendidos. Optamos por esta seleção por acreditarmos que o atendimento deste foi aquele onde pudemos supor que realmente se deu uma relação transferencial. Só assim, foi possível construir o caso clínico, conforme nos propusemos.

Foram, desenvolvidas, ainda, no decorrer da pesquisa, sessões clínicas para discussão dos casos atendidos junto à professora orientadora e convidados com reconhecida experiência no tema. Participamos de oficinas de supervisão para discussão dos casos atendidos quinzenalmente.

O caso, atendido por um período de seis meses, será apresentado no capítulo cinco, seguindo as etapas do método do estudo de caso em psicanálise. Além disso, foram discutidos os conceitos e técnicas que o enfermeiro poderá lançar mão para desenvolver o cuidado clínico em enfermagem, no capítulo seis.

3 DA LOUCURA AO SOFRIMENTO PSÍQUICO: trajetória histórica e clínica

Para entendermos como se desenvolve atualmente o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, é preciso antes, abordarmos como vem se construindo essa prática e o campo de saber que a fundamenta. Sendo assim, apresentamos a seguir como se deu historicamente a construção das abordagens ao sofrimento psíquico, especificando também como tem sido a atuação da enfermagem frente a este objeto de cuidado.

3.1 Construção histórica da abordagem ao sofrimento psíquico

Na Grécia Antiga, a loucura não era considerada uma doença, mas sim uma forma de acesso à verdade divina através dos delírios. Isso não quer dizer que essas pessoas fossem consideradas normais ou iguais, mas que eram portadoras de uma desrazão, entendida como tudo aquilo que uma sociedade enxerga como sendo seu “outro”: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical (SILVEIRA e BRAGA, 2005).

Já na Antiguidade Clássica, a loucura vai desprendendo-se da experiência mística dos gregos e se encaminhando em uma direção completamente oposta. Após a ruptura entre o misticismo e a consciência crítica, a loucura já não é mais porta-voz da verdade divina e em pouco tempo passará a ocupar o lugar de representante simbólico do mal. Nesse sentido, na Idade Média, foram criados os primeiros estabelecimentos para aprisionar os loucos, retirando-os do convívio social, mas sem nenhuma assistência específica (SILVEIRA e BRAGA, 2005).

Em meados do século XVII, no cenário do iluminismo, deu-se a institucionalização da psiquiatria no mundo ocidental. A razão dos antigos gregos foi resgatada pelos filósofos dessa época e a irracionalidade, representada pelos loucos e “perturbadores da ordem”, era contida e corrigida nas prisões, escolas, casa de correção e casas de loucos que surgiram em toda a Europa nos séculos XVIII e XIX

(PORTER, 1990). Portanto, a psiquiatria surgiu e se institucionalizou neste momento em que o homem ocupava o centro do mundo e no qual a racionalidade humana era reconhecida como a única possibilidade de construção do conhecimento.

A psiquiatria clássica desenvolveu-se a partir da criação dos asilos considerados a modalidade terapêutica mais eficaz, utilizando o isolamento e as práticas abusivas como um mal necessário para a busca da cura. Como afirma Amarante (1995), “o asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço de exclusão, de sonegação e notificação das subjetividades”.

Depois do surgimento da psiquiatria, na metade do século XX, vários movimentos foram surgindo, contrários a este saber e prática instituídos, dos quais os com experiências mais significativas são as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e nos Estados Unidos (EUA); Psicoterapia Institucional, na França; Psiquiatria de Setor, na França; Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos EUA; Antipsiquiatria, na Inglaterra e Psiquiatria Democrática, na Itália. Esses movimentos se caracterizaram pela crítica ao campo teórico assistencial da psiquiatria, visando a uma reforma do modelo de atenção psiquiátrico.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi desencadeada no contexto político de luta pela redemocratização do país e foi fortemente influenciada por movimentos de reforma da assistência psiquiátrica na Itália e nos EUA, no final da década de 1970. Como destaca Oliveira e Alessi (2005), a situação crítica em que se encontrava a assistência psiquiátrica brasileira, nessa época, marcada pela falência de um modelo privatizante que havia se instalado no setor saúde do país, desencadeou movimentos sociais contestadores. Os hospitais psiquiátricos tiveram as condições internas de maus tratos aos internados desnudados e denunciadas no processo social brasileiro de “abertura democrática”.

Compreendemos a Reforma Psiquiátrica como um processo de reformulação crítica e prática que busca o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Objetivando, portanto, a desospitalização, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania dos sujeitos, através da formulação de campos de práticas e saberes que

se preocupassem com os aspectos subjetivos do paciente, não se restringindo à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais. Tenório (2002) afirma que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo que envolve a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de novos atores, entre eles a família e o próprio sofredor psíquico.

Em 1979, o Brasil recebe a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia, cujo discurso sobre a desinstitucionalização do aparato psiquiátrico repercute no meio social e político que passa por contestações e desejos de mudança. Em seguida, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi decisivo para a concretização do processo de reforma psiquiátrica, constituindo um pensamento crítico no campo da saúde mental, que permite visualizar uma possibilidade de inversão do modelo clássico a partir do conceito de desinstitucionalização (GUIMARÃES et al., 2001).

Outro momento importante foi o surgimento do projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989, que dispõe sobre a superação progressiva dos hospitais psiquiátricos e regulamentação das internações, sendo o divisor de águas entre defensores e opositores do repensar da psiquiatria brasileira. Além disso, a realização da conferência realizada em 1990, que resultou na Declaração de Caracas, preconizando a reestruturação da assistência psiquiátrica do continente americano, repercutiu consideravelmente no Brasil, acelerando o processo reformista e determinando uma ampliação estratégica no financiamento da saúde mental pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (GUIMARÃES e SAEKI, 2001).

O processo de Reforma Psiquiátrica é definido como a articulação política de reestruturação do funcionamento dos serviços de atenção à saúde mental, que se difunde pelo mundo através de programas governamentais amparados por lei. Conforme Araújo et al. (2003) os objetivos e metas da Reforma mais significantes são: desenvolvimento de uma nova organização de um cuidado em saúde mental, de caráter descentralizado; integração dos pacientes psiquiátricos nos cuidados de saúde primários; criação de uma extensa comunidade de centros de saúde; além de promover a permanência dos pacientes perto de suas esferas familiar e social, atenção integral às necessidades individuais, respeito às diferenças individuais, práticas reabilitativas e reinserção social.

A desinstitucionalização não significa apenas a desospitalização, mas uma transformação do modelo arcaico centrado apenas no conceito de doença. Portanto, desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, construindo novas possibilidades de sociabilidade e subjetividade. Este processo não é apenas técnico-administrativo, jurídico ou político; é, acima de tudo, um processo ético que tenta oferecer a pessoa enferma um cuidado verdadeiro através de uma terapêutica cidadã (AMARANTE, 1995).

Portanto, para que o processo de desinstitucionalização possa ocorrer de forma concreta, é preciso a criação de serviços substitutivos que atendam as reais necessidades dos pacientes e proporcionem a reabilitação psicossocial através da reinserção social desse sujeito.

Como destaca Furtado (2001, p. 166),

[...] desinstitucionalização aqui entendida como uma reorganização política, organizacional e clínica, efetivada através de uma transposição modificada e adaptada dos cuidados exercidos no interior do hospital para a comunidade – principalmente a residência do usuário. Este processo pressupõe a inserção de novos participantes em sua condução com familiares, vizinhos, grupos religiosos e outros serviços sociais ou de saúde.

A Reforma Psiquiátrica traz estratégias de atuação pautada em um modelo descentralizado de saúde, que incentiva a redução asilar, assim como as internações abusivas, o redirecionamento do financiamento público, a reorganização e qualificação da rede ambulatorial e um programa de implantação de uma rede de CAPS regionalizada, visando à substituição do hospital psiquiátrico. Além disso, busca a reinserção do paciente na sociedade através da redução do seu vínculo institucional e do incentivo de vínculos extra-hospitalares, possibilitando, assim, a autogerência de suas vidas (GUIMARÃES e SAEKI, 2001; TENÓRIO, 2002).

A participação ativa dos gestores políticos e da comunidade em geral é de fundamental importância no processo de Reforma, representando um suporte moral, uma vez que proporciona mais força e confiabilidade ao novo modelo de terapêutica defendido pelo movimento.

Observamos que o processo de implantação do movimento de Reforma Psiquiátrica é bastante complexo, uma vez que este ainda encontra-se em

andamento e enfrenta uma série de barreiras que se contrapõem aos seus objetivos. Assim, a conquista de aliados em prol desta “luta antimanicomial” é imprescindível para o sucesso do movimento, sendo relatados como de fundamental importância o apoio dos profissionais de saúde (neste caso, enfermeiros) e a sua efetiva participação neste processo de reformulação das práticas de saúde mental.

Trata-se de uma quebra no paradigma da psiquiatria que pregou, durante anos, a necessidade de reclusão do louco em hospitais psiquiátricos e sua, conseqüente, exclusão social. Esclarecer a sociedade em relação à importância da sua participação no processo de reforma, assim como discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura, é fator essencial para a efetivação do processo de reforma.

Podemos citar como principais obstáculos à reforma, ainda hoje, o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, sobretudo pelo setor contratado, à medida que elas cristalizam um sistema manicômio-dependente; assim como os limites ideológicos que partem tanto dos profissionais de saúde como da comunidade que apresenta uma visão estigmatizante do paciente psiquiátrico. Como em todo movimento, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil enfrentou e enfrenta inúmeros obstáculos para a sua efetivação. A superação de tais problemas torna-se difícil frente à complexa situação em que se encontra o sistema de saúde do país. Dentre estes, podemos destacar a falta de apoio político, financeiro, social, assim como a visão tradicionalista e preconceituosa na qual sempre foi associada à imagem de portador de transtorno psíquico.

A Reforma Psiquiátrica consiste na tentativa de desenvolver uma outra forma de assistência psiquiátrica, determinada pelo exercício ativo de cidadania de profissionais e usuários dos serviços, necessitando de contínua e dedicada exploração de suas contradições.

Dessa forma, a nova direção dada ao modelo assistencial conseguiu estabelecer as bases de uma nova maneira de tratar o doente mental, para além inclusive do universo psiquiátrico. Consiste basicamente em oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao doente mental.

É possível observar que, embora já tenha havido consideráveis avanços no campo da saúde mental, ainda são muitos os obstáculos encontrados diante da tentativa de implantação do movimento de Reforma Psiquiátrica. Transformar a visão tida pela maioria da população a respeito da doença mental, cujo portador é considerado um ser perigoso e impossibilitado de convívio social, tem sido um dos grandes desafios do movimento.

Verificamos que o modelo assistencial brasileiro ainda concentra-se no hospital psiquiátrico, sendo insuficientes às modalidades intermediárias, serviços ambulatoriais e de reabilitação. Conceitos como cidadania, autonomia e socialização se apresentam, ainda, de modo bastante conflituoso no cotidiano das equipes de saúde mental, assim como nas suas relações com os usuários.

Além disso, percebemos que as instituições de ensino superior não têm voltado sua visão para a preparação de profissionais para a prática em saúde mental, revelando “descaso e preconceito” que se manifestam desde o ambiente universitário e que, muitas vezes, ultrapassam tais limites e acabam sendo aplicados e transmitidos na própria assistência. Portanto, não basta apenas uma equipe capacitada e preparada tecnicamente para assumir um trabalho nesse parâmetro, mas, necessita-se, sobretudo, de uma equipe consciente do seu papel e engajada com a nova proposta.

Sendo assim, faz-se necessário uma contextualização acerca do processo de trabalho de enfermagem para entendermos como o pensamento contemporâneo vem influenciando o cuidado em saúde mental.

3.2 O processo de trabalhado de enfermagem e o campo da saúde mental

É de interesse para este estudo, compreendermos como vem se desenvolvendo o processo de trabalho de enfermagem, direcionando para o campo da saúde mental e, assim, refletirmos acerca do cuidado clínico de enfermagem em paciente com sofrimento psíquico.

Até o final da Idade Média, o trabalho de enfermagem foi executado por religiosas, viúvas, nobres e prostitutas, estas buscando a salvação, tendo como objetivo central a caridade (HADDAD, 2000). Na Europa, até o início do século XIX, o cuidar de enfermos não era reconhecido como trabalho que exigia treinamento específico para sua realização, sendo que começa a ter caráter profissional somente a partir do ano de 1854 com Florence Nightingale (SILVA, 1986). Esse modelo educacional de Nightingale tinha por objetivo:

[...] a implementação de técnica disciplinar que possibilitasse a transformação do espaço hospitalar em local de cura, de disciplinamento dos trabalhadores e das tarefas, sob direção médica (OLIVEIRA e ALESSI, 2003, p. 334).

No Brasil, com a chegada da Família Real em 1808, houve as construções dos hospitais, não propondo intervenção sobre a doença, mas como medida de controle e organizador do espaço social. Era um espaço destinado a recolher loucos, mendigos e desocupados. Esses hospitais passaram a ser foco de grandes epidemias ao longo dos anos, questionando-se a necessidade do saber científico para operar em tais espaços e, assim, a loucura começa a ser direcionada pelo saber médico.

O surgimento da enfermagem psiquiátrica como campo de saber também se deu no mesmo contexto de apreensão da loucura como fenômeno de adoecimento. No final do século XIX é criado, no Brasil, inspirado no modelo francês e na medicina social moderna, a primeira escola de enfermagem ligada ao Hospital Nacional de Alienados. A formação dos enfermeiros tinha como objetivo a preparação de pessoas para o trabalho de cuidar dos alienados, além da organização interna do espaço asilar/hospitalar. Essa Escola era orientada por médicos, os quais preparavam a enfermagem para acompanhar o processo de medicalização dos asilos, além de organizar o ambiente (OLIVEIRA, ALESSI, 2003).

Como os avanços da medicina, o trabalho da enfermagem passou a ser direcionado para o cuidado do paciente, necessitando ser fragmentado para melhorar a organização e a produtividade do serviço. Desta forma, os trabalhadores se transformaram em força de trabalho especializada em funções específicas e comprada de acordo com a demanda da função. Este aspecto introduziu elementos contraditórios na relação de cuidado do paciente, pois é mediado por pelo menos

três fatores complicadores e inter-relacionados: o salário, que é a fonte de sobrevivência do trabalhador; o fantasma da perda do paciente seja por alta ou por óbito; e a obrigação de se mostrar frente ao paciente sempre como profissional, não lhe sendo permitido expressar recusas ou sentimentos (HADDAD, 2000).

Na história da enfermagem brasileira, a legislação que norteia o exercício profissional muitas vezes veio regulamentar uma situação já consolidada na realidade de saúde do país, buscando estabelecer uma situação mais favorável à prática profissional (DANTAS e AGUILLAR, 1999). No entanto, sabe-se que essa prática sofreu e sofre influência de fatores sociais políticos e econômicos que buscam atender às necessidades ditadas pelo capitalismo, cujo modelo assistencial hegemônico é direcionado para ações hospitalocêntricas.

Nesse contexto, o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental se constituiu dentro desse modelo hegemônico em que as atividades eram voltadas para a doença e a cura. E, assim, as ações de enfermagem eram destinadas na reeducação do louco, além disso, os enfermeiros atuavam como vigias e controladores da ordem.

Ao longo dos anos, acompanhamos processos de reforma no cenário da política em saúde mental. No final dos anos de 1970, deu-se o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se constituiu como processo de reivindicações por melhor assistência ao portador de sofrimento psíquico, instituindo propostas de mudança no processo de trabalho que assiste esses sujeitos. O objeto de intervenção e cuidado passa a ser a “existência-sofrimento” e sua relação com o corpo social (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

Compreendemos que a Reforma Psiquiátrica é um movimento que pretende formular estratégias para reordenar as práticas de trabalho relacionadas à saúde mental. Além de pretender revisar e transformar “conceitos, posturas e ações terapêuticas, colocando em questão paradigmas conhecidos e hegemônicos” (MACHADO e COLVERO, 2003, p. 673).

Dessa forma, o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental vem sendo caracterizado pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais” para a incorporação de novos princípios, na busca pela interdisciplinaridade, aberta às contingências dos

sujeitos envolvidos, superando a perspectiva disciplinar de suas ações (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

O cotidiano da prática profissional do enfermeiro, que se constrói coletiva e individualmente e precisa estar fundado em espaço reflexivo e deliberante para constituir-se como projeto social-histórico, desde a formação profissional, apresenta-se caracterizado por sobrecarga de atividades que o fragiliza para governar o próprio espaço de trabalho e a vida, resultando na negação de si e abandono do cuidado com o seu corpo e com todos os elementos que compõem o seu bem-estar (SCUCATO, 2004).

Nesse sentido, observamos que o desenvolvimento científico, tecnológico e social tem alterado substancialmente o processo de trabalho da enfermagem e que na organização do trabalho, a enfermagem pôde ser pensada como um produto passivo para atender às necessidades surgidas, em que cuidado de si e do outro é posto em um espaço diminuto e pouco trabalhado.

No entanto, apesar dos grandes avanços nessa área o trabalho em saúde ao qual se vivencia ainda está sob o jugo do modo de produção capitalista, que implica em alterações significativas no processo de trabalho e no modo de cuidar dos enfermeiros.

Daí, justificamos a necessidade de uma reestruturação produtiva do trabalhador de enfermagem, que busca fugir da sujeição ao biopoder² exercido pelo sistema organizacional, que o limita a preocupar-se com interesses outros, que não os seus.

Tal reestruturação poderá encontrar sustentação em territórios tecnológicos não materiais, territórios estes de tecnologias leves e leve-duras, as quais se expressam nos processos relacionais dos atos vivos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho (MERHY, 2002). O processo de trabalho vai envolver também mecanismos de relacionamentos interpessoais (profissional e cliente), no qual, necessariamente, esses momentos vão ser perpassados por ferramentas como a escuta.

² Foucault (2006) define biopoder como uma estratégia de esvaziamento da subjetividade e do direito sobre o próprio corpo, utilizada pelo Estado para racionalizar os problemas com os quais o governo terá de se confrontar.

Frente a essas tecnologias leves, percebemos profundas transformações nos processos de trabalho em saúde mental. Desse modo, refletimos acerca do cuidado clínico de enfermagem em saúde mental e a nos questionamos: o que precisa mudar na assistência ao sofrimento psíquico? Como direcionar uma prática de cuidar que considere a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito dessa prática?

Destacamos aqui a necessidade de uma equipe profissional consciente de seu papel frente a esta nova realidade e que esteja voltado para as subjetividades dos sujeitos assistidos. Trata-se de desenvolver um campo de prática que rompa com a assistência psiquiátrica tradicional (voltada apenas para a doença), e desenvolva um ambiente de trabalho mais voltado para as especificidades de cada paciente, desmistificando-o como um ser passivo, que deve ser conduzido segundo o pensamento racional, mas, encarando-o como sujeito ativo de sua vida, cujos pensamentos, embora diferentes daqueles considerados “normais”, pela maioria da população, devem ser respeitados e inseridos ao seu plano terapêutico.

3.3 O cuidado clínico de enfermagem em saúde mental

Nas últimas décadas, a enfermagem vem buscando delinear seu corpo teórico e definir epistemologicamente seu objeto. Ao longo dessa elaboração o “cuidado” vem sendo delimitado como a essência da profissão (WALDOW, 2001). O cuidado existe desde que há vida humana e, como atos de intervenção do outro, é por meio dele que a vida se mantém. Durante milhares de anos, não esteve associado a nenhum ofício ou profissão e sua história se constrói sob duas orientações que coexistem, complementam-se e se geram mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte (COELHO e FONSECA, 2005).

Ao se tornar foco das ações de enfermagem, o cuidado passa a ser conceitualizado a partir dos referenciais humanistas latinos como o ato de envia esforços no sentido de proteger, promover e preservar a vida. Seu desenvolvimento se dá no processo de interação terapêutica e é fundamentado no conhecimento

empírico, pessoal, ético, estético e político. Podemos ainda delimitar duas esferas distintas que compõem o cuidado de enfermagem: “uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser” (SOUSA et al., 2005, p. 269).

Assim, ao pensarmos as relações entre a prática de cuidado e o processo de trabalho no campo da saúde mental, chegamos à conclusão de que se trata de um espaço onde clínica e política precisam estar articuladas. Isso ocorre exatamente porque a despotencialização política (tanto do trabalhador como do usuário), a ênfase no saber do especialista, em detrimento da vivência subjetiva dos envolvidos e a naturalização/biologização do sofrimento humano repercutem diretamente nas (im)possibilidades de construção de novos territórios subjetivos.

Sendo assim, o primeiro aspecto que destacamos como um desafio para o trabalhador na implementação do cuidado clínico em saúde mental é o mapeamento/reconhecimento das forças de saberes e poderes que perpassam a organização dos processos de trabalho e de cuidar nos serviços. Afinal de contas, se não é mais de cura que se trata, qual deve ser a ênfase dos novos serviços? A que demanda estaremos atendendo? Será que estamos realmente comprometidos com a criação de espaços onde o sujeito possa existir? Ou estaremos repetindo a estratégia de limpeza das ruas cobrada pela sociedade que não suporta encarar seu Outro radical? A investigação de possíveis respostas a estas perguntas é o primeiro passo para nos apropriarmos da lógica que perpassa nossos processos de trabalho e, só assim, reinventarmos nossa forma de atuação.

Entendemos que não é possível implantar uma forma de serviço que vá contra o modelo hospitalocêntrico e biomédico de assistência, se a própria equipe profissional ainda se encontra engajada neste sistema. Faz-se importante que o trabalhador de saúde mental se veja como ser ativo no serviço e que sua conduta, embora de caráter interdisciplinar, seja conduzida de forma a proporcionar ao paciente autonomia e confiança frente ao plano terapêutico.

A partir da implantação do movimento de Reforma, o ser humano passa a ser pensado na sua integralidade, iniciando-se uma discussão acerca de outras possibilidades de tratamento conforme tais princípios. Por meio da construção de uma rede de possibilidades que explore a autonomia dos que estão em tratamento e

ainda promovam trabalhos de desconstrução dos rótulos atribuídos à doença mental, se tornará possível promover a aceitação social dos portadores de transtorno psíquico (JORGE e BEZERRA; 2004).

Desta forma, faz-se necessário definir um plano terapêutico, de forma que este haja não como um instrumento de controle, mas, sim, como um dispositivo de potencialização dos sujeitos. Nesta perspectiva, o cuidado clínico à pessoa com sofrimento psíquico deve ser contemplado em seus aspectos éticos, que englobam a atenção integral, a indissociabilidade do biopsicossocial, a solidariedade, o respeito aos costumes, à cultura e a diferença desta pessoa. Assisti-lo requer conhecimento criativo e reflexivo para que os profissionais possam intervir de forma competente, utilizando, para isso, o relacionamento interpessoal e a comunicação terapêutica (MARZANO, SOUSA; 2003).

Consideramos o relacionamento terapêutico um instrumento necessário ao cuidado clínico de um paciente em sofrimento psíquico. Esse método permite que o sujeito reflita sobre habilidades para enfrentamento do sofrimento e da reintegração social. Além do crescimento pessoal e reconhecimento do ser humano como importante promotor do cuidado de si (KANTORSKI et al., 2005).

Entendemos que para acompanhar um sujeito em sofrimento psíquico em serviços abertos, dependemos da construção de novos dispositivos terapêuticos, além de medicação e escuta, tais como visitas domiciliares, reuniões com a família, agenciamento de escola, trabalho e passeios (MOURA, 2003).

Como instrumento de aproximação entre o profissional e a pessoa em sofrimento psíquico, podemos citar o acolhimento, que não se limita apenas a recepção do paciente, nem mesmo a uma equipe de referência ou um tratamento terapêutico especializado que, eventualmente, ele venha a receber. Muitas vezes, uma simples presença, um simples reconhecimento do outro como sujeito, pode resultar na superação da terapêutica tradicional.

Acolher é tornar mais visíveis os diversos elementos do grande mosaico que somos, sem segregá-los, e ir além dos elementos tradicionalmente realçados, geralmente focados na doença, no equipamento de doença mental e no próprio contexto do tratamento. Acolher nada mais é do que aceitar e tomar em

consideração o outro, reconhecendo-o em seu estilo e suas riquezas (MOURA, 2003).

Segundo Faria (1999) o processo terapêutico torna-se educativo e cumpre sua finalidade quando o profissional e o cliente chegam a se reconhecer como pessoas que participam na solução dos problemas identificados mutuamente, sobretudo, permitindo que cada um se manifeste, sendo livre para verbalizar suas dúvidas e exercendo sua cidadania.

Dentre os vários cenários que a enfermagem exerce seu processo terapêutico, ou seja, seu cuidado clínico, temos como espaço privilegiado de interação a consulta de enfermagem. Esta é contemplada, como atividade privativa do enfermeiro, na lei do exercício profissional n.º 7.498/86 e definida como sendo:

(...) a utilização do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Constitui a Consulta de Enfermagem: Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (COFEn, 2008).

Entretanto, percebemos que a consulta de enfermagem, para além do conceito referido acima, pode ser tomada como um campo pautado por intervenções que extrapolam o caráter instrumental e o direcionamento para a recuperação de um ideal de saúde. Ao retomar seus conceitos por uma via ética, comprometida com o reconhecimento do sujeito do cuidado em seu modo singular de existência, considerando sua história de vida, sua posição subjetiva e seu caráter ativo no processo de cuidar.

Nesse sentido, a escuta surge como ferramenta básica para a intervenção de enfermagem, tendo em vista que a abordagem do sujeito somente é viável através da possibilidade de recorrer à sua própria fala. Entretanto, o conceito de “escuta” precisa ser melhor delimitado, pois é frequente que este seja reduzido a uma coleta de informações do paciente (ainda que preocupando-se com a dimensão subjetiva), tendo em vistas a construção de subsídios para que o enfermeiro possa intervir segundo suas intenções, geralmente comprometidas com um ideal de saúde.

Para problematizarmos esse conceito de escuta recorreremos ao referencial da clínica do sujeito, pois ele nos possibilita pensar a construção de uma prática que

se desloca do foco na cura, passando para uma perspectiva de desconstrução/reconstrução de sentidos, atrelada à ética da singularidade de cada caso.

Entretanto, o que frequentemente ocorre é que, aquele que busca a consulta de enfermagem, chega exatamente buscando no profissional que o atende uma resposta, pois julga que não sabe a causa de seu sofrimento. Mas, de que saber se trata? Estaríamos diante de um paradoxo? Para sairmos desse impasse, é preciso que, primeiro, especifiquemos de que “sujeito” se trata.

Segundo Marcon (2007), a primeira noção de sujeito foi proposta por René Descartes, filósofo francês da antiguidade clássica; nasce da sua célebre formulação *cogito ergo sum*, do seu *Discurso do Método* que traduzido significa: “Penso, logo existo”. Em seu método científico, Descartes inaugura o sujeito cartesiano onde se centra na consciência reflexiva.

Mas, Sigmund Freud, subverte o sentido cartesiano dizendo: “Sou lá onde não penso”, e dá um passo a mais, dirige-se ao sujeito do inconsciente, ao dizer que no campo do sonho, do lapso, do ato falho, do chiste o sujeito está de volta para a sua casa no inconsciente, ou seja, é nas formações do inconsciente que o sujeito aparece.

O modelo tradicional de saúde é pautado na noção de sujeito cartesiano. Supõe um sujeito racional, capaz de dirigir conscientemente suas ações rumo à superação do sofrimento e à busca da cura. Se ele se distancia desse ideal, basta receber as informações corretas, ser orientado adequadamente, motivado corretamente ou ainda condicionado, segundo uma norma, para que se aproxime dos objetivos pautados pelo profissional de saúde.

A clínica do sujeito, por outro lado, inaugura o advento de um novo sujeito: aquele que “é aonde não pensa e pensa aonde não é”. Trata-se do sujeito do inconsciente, que aparece na cadeia significativa quando nela se produzem fendas, troços, descontinuidades através dos sonhos, atos falhos, chistes e sintomas.

Assim, nessa clínica, o sujeito é aquele que fala e se relaciona com os outros, na mesma posição em que se insere na realidade sócio-histórica. Em contraposição à psicologia clássica, fundada em Descartes e materializada nas

práticas de interpretação, esse novo referencial coloca o sujeito no campo da alteridade e de seus impasses (BIRMAN, 1997). Portanto, é através da compreensão de que fala e linguagem se inserem num campo de forças imanente ao corpo, aos seus objetivos de satisfação/repulsa e aos outros, que é possível o desenvolvimento de uma relação terapêutica duplamente ativa, em que o sujeito disponha de autonomia para atuar diante de novas configurações que possam advir de seus ditos.

Sendo assim, uma clínica desenvolvida sob essa concepção de sujeito não pode se organizar através de estratégias de observação direta ou com a aplicação de questionários previamente elaborados através dos quais se chegaria a uma conclusão que confirmaria, ou não, a hipótese enunciada. Pelo contrário, as formas de desenvolver o cuidado clínico de enfermagem, de intervir junto ao paciente, são infinitas e precisam ser inventadas e re-inventadas a cada dia, com cada sujeito, não havendo, portanto, um modelo a ser seguido, repetido ou passível de sistematização a partir da padronização de condutas, procedimentos, técnicas, atos tão caros e comuns a nossa prática profissional (KIRSCHBAUM, 2000).

Essa escuta implica que se ponha o sujeito em posição ativa e diretamente responsável por sua posição e gozo. Ao fazer parte de um processo de sofrimento psíquico, o sujeito deve ser alvo de uma escuta viva, onde haja a elaboração de um discurso no qual sejam evidenciados significantes e, a partir destes, produzir novos significados.

Assim, como afirma Kirschbaum (2000), colocar o sujeito em foco, ativo, significa realizar um cuidado de enfermagem a partir de uma clínica do sujeito; implica em concebê-lo diferentemente, ou seja, trata-se de responsabilizá-lo, convidando-o a ocupar uma posição diferente da de objeto do desejo do Outro. Dessa forma, para realização do cuidado clínico de enfermagem frente à clínica do sujeito é preciso que o enfermeiro ocupe um novo lugar, não do Outro detentor do saber, mas, daquele que acompanha o sujeito na descoberta daquilo que constitui seu desejo; ou seja, possibilitar-lhe dizer ou apreender quais significados emergem da combinação entre os significantes. Portanto, o enfermeiro não deve nomear o desejo, mas, favorecer condições para que o sujeito entre em contato com o desejo para decifrá-lo (QUINET, 1997). Mas, para isso acontecer, é fundamental que o profissional saiba direcionar a tão evocada escuta.

Escutar significa evocar a fala do cliente, o que ele diz e por que diz. O processo de escuta só tem sentido porque permite contar e contar-se. Essa fala precisa, necessariamente, passar pelo outro, ou seja, é preciso sempre outro para se dizer. Se o outro não está ali, há uma ausência. Assim a “escuta de si” passa pelo fato de ser escutado pelo outro (POUJOL, 2006).

Para uma compreensão mais ampla dos mecanismos da escuta é preciso que se considere um ponto fundamental, a linguagem. Freud investigou as articulações entre as representações e o corpo, e, em sua aventura psicanalítica, não mediu esforços a fim de esclarecer cientificamente o poder mágico das palavras.

O leigo por certo achará difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras. Achará que lhe estão pedindo para acreditar em bruxarias. E não estará tão errado assim: as palavras de nossa fala cotidiana não passam de magia mais atenuada. Mas será preciso tomarmos um caminho indireto para tornar compreensível o modo como a ciência é empregada para restituir às palavras pelo menos parte de seu antigo poder mágico (Freud, 1905, p. 283).

A linguagem não é um simples meio de comunicação, compreensão; que o falante utiliza para se expressar, acontece tanto para a comunicação, quanto para o mal-entendido e o desconhecimento. Para Fingermann (2007) a palavra é a unidade funcional da linguagem e um conceito complexo construído a partir de impressões distintas; corresponde a um intrincado processo de associações no qual intervêm elementos de origem visual, acústico e sinestésico. A linguagem é a condição do inconsciente, do humano – alienado e forçado às representações pelo seu sistema de signos que possui. Portanto, o inconsciente ficou censurado quanto às suas representações, e essa censura, por sua vez, parte do sistema pré-consciente e é responsável por aquilo que Freud chama de recalque.

Existem alguns instrumentos que devem delinear o trabalho na escuta sensível, que são: associação livre e atenção flutuante.

Freud (1914) acredita que a fala do paciente deve diferir, em determinado aspecto, de uma conversa comum, na qual se tenta manter um fio de ligação ao longo das observações, excluindo quaisquer idéias intrusivas, bem como quaisquer temas laterais, de maneira a não se distanciar demais do assunto. Ele deve dizer tudo que se passa pela mente, não deve ceder às críticas, objeções, àquilo que acha inteiramente sem importância ou irrelevante. O que mais se tem vontade de rejeitar é o que mais precisa ser dito.

De acordo com Garcia e Martins (2002), o método analítico inventado por Freud (associação livre – atenção flutuante) encontra e aceita as duas dimensões da fala: estrutura dos ditos e emergência de seu não dito. Na associação livre, o filtro que normalmente é usado nas conversas, para que aquilo que é dito possa se adequar ao assunto, deve ser então retirado. Na atenção flutuante, um interlocutor escuta, não dirige o reparo para algo específico e mantém a mesma atenção uniformemente suspensa em face de tudo que escuta.

O princípio cooperacional da psicanálise configura-se na regra fundamental — associação livre e sua contrapartida, a atenção flutuante — que formam um princípio conversacional específico, para o propósito psicanalítico. Pode ser enunciado, basicamente, da seguinte maneira: “Diga tudo que lhe ocorra à mente, e eu escutarei prestando igual reparo a tudo” (GARCIA e MARTINS, 2002, p. 267).

A partir de uma fala em associação livre e de uma escuta uniformemente flutuante é que podemos considerar aquilo que está mais além nas palavras. O ponto que se marca no final da análise é a transformação da falta em causa: o que fazia falta e assombrava o destino se descobre causa e renova a história (FINGERMAN, 2007).

Na clínica psicanalítica, o que importa é a realidade do sujeito, não a realidade em si. Nessa perspectiva, a escuta passa a ser uma estratégia para o desenvolvimento do cuidado clínico em enfermagem, enfocando nesse processo a responsabilização do sujeito à medida que esclarece que cada um possui em si mesmo as respostas de seus problemas.

Percebemos que o enfermeiro pode estar muito mais sensível para a produção de conteúdos a partir da fala dos sujeitos, promovendo um cuidado clínico mais comprometido com a potencialização da vida.

4 CLÍNICA DO SUJEITO E PSICANÁLISE: contribuições para uma teoria do sujeito

O atual contexto histórico se apresenta perpassado por intensas mudanças nos planos social, econômico e cultural relacionados às inovações tecnológicas e à reorganização política em torno do paradigma da globalização. Essas mudanças nasceram com a medicina científica do século XX, que trouxe para o campo da saúde mental a “patologização” da loucura. Podemos destacar que a revolução pineliana capturou a loucura para o campo da medicina, libertando-a da animalidade.

Nesse contexto, as práticas de saúde são desenvolvidas para uma tradução do sofrimento psíquico em quadros psiquiátricos como transtorno do pânico, depressão, anorexia, tentativa de suicídio, dentre outros. A resposta a todos esses males é anunciada pela ciência – principalmente pela psiquiatria – através da explicação da neurociência e da oferta de determinados objetos - principalmente medicamentos – que, supostamente, aplacariam o sofrimento, maquiando os sintomas com ansiolíticos ou antidepressivos.

Na década de 1980, com a Reforma Psiquiátrica houve um processo de reformulação crítica e prática do paradigma psiquiátrico. De acordo com Rotelli e Amarante (1992) uma importante questão dessa visão da reforma diz respeito ao conceito de "doença mental", que deu lugar a uma nova forma de perceber a loucura enquanto "existência-sofrimento" do sujeito em relação ao corpo social, ou seja, redireciona o objetivo da psiquiatria, passando da 'cura' para a produção de vida, de sociabilidade, de subjetividades.

Atualmente, cogita-se sobre a necessidade de considerar a subjetividade do usuário no serviço de saúde. A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde traz a proposta de humanização do atendimento, subentendendo certa noção de humano, de sujeito e de subjetividade, mas, tais noções não aparecem de modo explícito (MARCON, 2007).

Destarte, de que modo de subjetividade estamos nos reportando? A que teórico nos respaldamos quando falamos de subjetividade? Além disso, qual a concepção de sujeito a ser considerada ao falarmos de clínica do sujeito? Para responder a esses questionamentos, buscaremos abordar, a seguir, de que sujeito estamos falando, traçando um percurso das primeiras definições sobre o ser sujeito, até a dimensão do sujeito na psicanálise.

No século XVII, com o questionamento “O que sou eu?” Descartes inaugura as primeiras ideias sobre o conceito de sujeito. Em sua obra *Discurso do Método*, o filósofo racionalista busca na razão os recursos para a recuperação da certeza científica, ou seja, o que é verdadeiro para Descartes é o que pode ser concebido “clara e distintamente” unicamente pela razão. Eis o passo precursor para o desenvolvimento da ciência moderna (QUINET, 2000).

A exacerbação da dúvida coloca em xeque a objetividade do conhecimento científico. Se da máxima incerteza desponta uma primeira certeza – “Se duvido, penso” –, esta é ainda, contudo, uma certeza a respeito da própria subjetividade (“penso”) (PESSANHA, 1999, p. 21).

Diante dessa explicitação de Descartes “Se duvido, penso”, inaugura-se assim o *cogito* pela proposição que se tornou famosa: *Cogito ergo sum*, traduzida como “Penso, logo sou”. Nasce, portanto, o sujeito do conhecimento e, com ele, a certeza de que a razão humana seria capaz de conhecer completamente as paixões e as emoções, governando-as e dominando-as (CHAUÍ, 2000). O sujeito do conhecimento que será definido pelo método cartesiano não é outro senão o sujeito da ciência. É esse mesmo sujeito da ciência sobre o qual opera a psicanálise – eis a tese de Lacan – sem o advento do sujeito com Descartes, a psicanálise não poderia ter vindo à luz (QUINET, 2000).

Vários autores dedicaram-se aos estudos em psicanálise, porém, é impossível não citar o responsável pela fundamentação teórica desta prática, Sigmund Freud. Sua inovação ocorreu pela concepção de um psiquismo inconsciente, de maneira que o sujeito não se restringia ao registro da consciência. Essa hipótese pressupunha, então, uma divisão do sujeito de caráter estrutural, pois transcenderia o campo da patologia mental e se evidenciaria na experiência psíquica normal através das formações do inconsciente (BIRMAN, 1997). Freud formalizou suas descobertas sobre o inconsciente e descreveu o funcionamento do aparelho psíquico através de seus estudos sobre os sonhos.

Em seus escritos sobre a interpretação dos sonhos, Freud ([1900] 1996) propõe que o sonho é um processo inconsciente, destarte não pode ser interpretado como uma formulação ocorrida ao acaso, isto é, o sonho é uma estrutura provida de sentido.

No entanto, antes dessa formalização das leis que regem os processos oníricos, Freud ensaiava uma forma de fazer surgir os conteúdos inconscientes, que apesar de não sabidos, não paravam de interferir a todo momento na vida vígil de seus pacientes. Na França, ele havia aprendido com Charcot a prática da hipnose e se surpreendera com seus efeitos em pacientes neuróticos. Em estado hipnóide falavam livremente sobre coisas relacionadas aos seus sintomas e com isso experimentavam certo alívio. Freud passou, então, a aplicar a técnica com seus pacientes, mas, logo percebeu as limitações do método: apesar de falarem durante a sessão de hipnose, os pacientes pouco lembravam do que disseram ao acordar. Elia (2004) lembra que, assim como na ciência ou na medicina, na hipnose não há sujeito. Além disso, os sintomas apresentados retornavam em pouco tempo. Foi aí que a intervenção de uma paciente de Freud ao relatar: “cale a boca e me deixe falar”, provocou um deslocamento no método (MANNONI, 1994).

Dessa maneira, Freud abandonou o uso da hipnose e da sugestão pós-hipnótica e passou a instituir o método da associação livre, chamando-a de “regra fundamental”, que consiste em permitir a livre expressão do paciente sobre o que lhe vier à cabeça. Elia (2004) propõe-se ao analisante que se entregue à experiência da fala de um determinado modo, muito peculiar, que consiste precisamente em não qualificar, de modo algum que esteja ao seu alcance, a sua fala. O mesmo autor afirma que:

Desqualificar a fala do sujeito equivale, portanto, a criar as condições de desqualificação, de ausência de qualidades, que pavimentam as vias de acesso do inconsciente à fala, ao discurso concreto do sujeito. Desqualificar a fala do sujeito é o equivalente a “qualificar” o sujeito do inconsciente como “um sujeito sem qualidades” e é a única forma de criar um acesso precisamente pela via da fala assim proposta a que o sujeito do inconsciente possa emergir nessa fala (ELIA, 2004, p. 19).

Nesse contexto, a fala revela o sujeito, que emergirá nos tropeços das intenções conscientes daquele que fala; além de emergir nesses tropeços, reconhece-se como tal pelo falante. Assim, a partir desse reconhecimento, não será

mais o mesmo, porquanto terá sido incentivado a admitir como sua uma produção que desconhecia, mas, que faz parte dele (ELIA, 2004).

Freud destaca que, nessa nova regra, o crédito de seu dispositivo não está na pessoa do analisante, mas na sua palavra. Porém, poder-se-ia perguntar: por que a fala? “Ora, o inconsciente é estruturado como uma linguagem e que, sendo assim, é a palavra, a via de acesso a ele” (ELIA, 2004, p. 20).

Em seus textos *A interpretação dos sonhos* (1900), *A psicopatologia da vida cotidiana* (1901) e *Os chistes e suas relações com o inconsciente* (1905b), Freud teoriza sobre os mecanismos do que ele chamou de pensamento inconsciente, isto é, trata-se do sujeito não da desrazão e sim da razão inconsciente. Lacan, em seu artigo amplamente discutido *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, vem conceituar esse inconsciente estruturado pela linguagem.

Lacan foi outro autor que também dedicou esforços ao desenvolvimento psicanalítico, principalmente ao estabelecer um sujeito constituído pela inserção nos laços sociais e determinado pelo “Outro”, através da linguagem. Ao discorrer sobre o sujeito lacaniano, Quinet (2000) afirma que esse sujeito não é o homem e tampouco é a mente suscetível de estar doente ou saudável, visto que tais acepções reduzem-no a uma simples dimensão objetiva. O sujeito é patológico por definição, afetado pela estrutura que obedece a uma lógica: os significantes que o determinam e o gozo do sexo que o divide, fazendo-o advir como desejo.

Para o mesmo autor, o sujeito é essa lembrança apagada, esse significante que falta, esse vazio de representação em que se manifesta o desejo. Para Freud, o inconsciente nos ensina a seguinte proposição: “penso logo desejo” (*cogito ergo desidero*), pois a cogitação inconsciente presentifica o desejo sexual, indestrutível, inominável, sempre desejo de outra coisa. Mas, o pensamento não o define, pois não há representação própria para o desejo, pois, como o sujeito, ele não tem substância; é vazio, aspiração, falta, se não deixaria de ser desejo (QUINET, 2000).

Como já se pode ter percebido, o cogito freudiano, *cogito ergo desidero*, é, antes de tudo, *desidero ergo sum*, isto é, lá onde se encontra o desejo está o sujeito como efeito da associação das representações. Desejo logo sou. Desejo é o nome do sujeito de nossa era: a era freudiana (QUINET, 2000).

O sujeito é desejo e sua existência mantém uma correlação com a cadeia de significantes do inconsciente. Cadeias essas descritas por Lacan (1998b, p. 505) como “anéis cujo colar se fecha no anel de um outro colar feito de anéis”. Essa articulação em cadeias produz uma ordem capaz de engendrar o significado, que não se encontra constituído desde o começo, antes da articulação significativa. O sujeito se constitui e não só nasce e se desenvolve. Dessa maneira, o sujeito só pode se constituir em um ser humano que tem a vicissitude obrigatória e não eventual de entrar em uma ordem social a partir da família ou de seus substitutos sociais e jurídicos (ELIA, 2004).

Para um ser recém-nascido se manter vivo é necessária a intervenção de um adulto próximo que realize ações essenciais para sua sobrevivência. A esse fenômeno, Lacan propõe a categoria de Outro (escrito com “o” maiúsculo) para designar não apenas esse adulto próximo, mas também a ordem que este adulto encarna para o ser recém-aparecido, ou seja, o que chega ao bebê “é um conjunto de marcas materiais e simbólicas – significantes – introduzidas pelo Outro materno, que suscitarão, no corpo do bebê, um ato de resposta que se chama de sujeito” (ELIA, 2004, p. 41).

Lacan é radical ao afirmar que uma criança não sabe o que quer antes da assimilação da linguagem, pois quando um bebê chora, o sentido desse ato é dado pelos pais ou pelas pessoas que cuidam dele que tentam nomear a dor que a criança parece estar expressando. Deste modo, o Outro pode ser visto como um intruso traiçoeiro que transforma nossos desejos, mas é, ao mesmo tempo, aquilo que nos capacita a revelar uns aos outros nossos desejos e a nos comunicarmos (FINK, 1998).

Seguindo essa linha de raciocínio, para Lacan o inconsciente é o discurso desse Outro, isto é, o inconsciente consiste naquelas palavras que surgem de algum outro lugar que não o da fala do eu, ou seja, o inconsciente está repleto da fala, das conversas, dos objetivos, das aspirações e das fantasias de outras pessoas (FINK, 1998).

Dessa forma, ao entender o inconsciente como linguagem, o sujeito se constitui nesse mundo através daquilo que não pode ser satisfeito pela demanda entendida no sentido estritamente biológico, que lhe garante a manutenção da própria vida (fome, frio, desconforto físico, etc.) (GARCIA et al, 2006).

Entretanto, apesar de marcado por ele, o sujeito não é o significante. O significante é o que representa o sujeito para outro significante. O sujeito surge nos intervalos da cadeia significante, ou seja, “sobre a brecha que separa o consciente do inconsciente” (CABAS, 2009, p. 44). Assim, para a psicanálise o sujeito não está inserido no pensamento – “sou onde não penso” – fora do significante, lá onde se encontra a pulsão sexual. É também não identificável, mas sujeito à identificação, e longe de ser unificado, ele é dividido – ele se divide em relação ao sexo e à castração (QUINET, 2000).

Em seus textos os *Três ensaios da teoria da sexualidade* (1905) e *As pulsões e suas vicissitudes* (1915), Freud avança sua teoria sobre o inconsciente, atrelando a noção de pulsão à sexualidade. Ele refere que “uma pulsão nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do corpo e alcançam a mente” (FREUD, [1915] 1996, p. 127). A pulsão liga o corpo à mente, aparecendo como um conceito limítrofe entre o psíquico e o somático. Deixa a “evidência de que o inconsciente é a tentativa de aprender, por meio da representação psíquica da meta pulsional, aquilo que, em nome da satisfação, faz palpitar uma vida” (CABAS, 2009, p. 48). Essas pulsões sempre insistem em cumprir com seu objetivo de descarga, tendendo à satisfação.

Segundo Quinet (2000), as pulsões são sempre pulsões parciais e são elas que constituem o que é propriamente a sexualidade humana. Nessa perspectiva, Furtado (2005) discute que a sexualidade encontra suas raízes na vida infantil e se organiza segundo fases relacionadas à primazia de zonas erógenas diversas. O momento organizador da libido infantil é conhecido como complexo de Édipo e encontra seu desfecho com a descoberta da diferença sexual. Esta descoberta, por sua vez, marca uma separação definitiva entre a criança e a mãe e é chamada de castração.

Para Lacan, o complexo de Édipo quer dizer que a relação imaginária, conflituosa, incestuosa nela mesma, está destinada ao conflito e à ruína. Para que o ser humano possa estabelecer a relação mais natural, aquela do macho com a fêmea, é preciso que intervenha um terceiro, que seja a imagem de alguma coisa de bem sucedido. É preciso uma lei, uma cadeia, uma ordem simbólica, a intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai. Não o pai natural, mas, do que se chama o pai.

A ordem que impede a colisão e o rebentar da situação no conjunto está fundada na existência desse nome do pai (WHEATLEY, 2006).

A situação ocorrida no complexo de Édipo, quando o sujeito se depara com a exigência da satisfação pulsional e, ao mesmo tempo, um ameaça de castração é semelhante à formação sintomática. Há a produção do prazer, por um lado, e, por outro, um aumento de tenção. Nesse sentido, o sintoma é uma maneira de obter satisfação sexual, portanto a maneira de o neurótico gozar é o sintoma (QUINET, 2000).

Entretanto, o sintoma é um fenômeno que dependendo da área em que está sendo abordada leva a interpretações e condutas distintas. Esse termo é muito utilizado pela medicina como sendo distúrbios subjetivos referido pelo paciente, no qual o médico apresenta a sua significação, decifrando-o. Diferentemente dos sinais que são revelações objetivas da doença, observado por vários meios.

Na psicanálise, o sintoma é tomado como algo dotado de sentido, como um enigma a ser decifrado. No entanto, seu sentido não está do lado do profissional, mas do próprio sujeito. Além disso, para Freud, o sintoma é, também, uma forma substitutiva de satisfação libidinal, substituição a algo que foi sentido como traumático nas vivências infantis. Freud sustenta que o sintoma é eleito e colocado no lugar de um conflito e estabelece a satisfação pulsional que permaneceu em seu estado latente. É uma consequência do processo de recalque e tem como finalidade orientar o curso dos fatos mentais de conformidade com o princípio de prazer (GARCIA, 2004).

A libido insatisfeita liga-se a lembranças de experiências abandonadas na infância, nas quais restos de energia libidinal ficaram desde então (FURTADO, 2005).

O sintoma que leva alguém a procurar análise geralmente faz sofrer, causa dor, esgana. Mas a dor a que o sintoma se refere (conversões, obsessões, fobias) não é exatamente a mesma que gerou sua constituição. Essa causa é inconsciente, e o sujeito a recalca por ser traumático. Em seu lugar, aparecem outras motivações que convergem para o sintoma. O sintoma em sua vertente significativa é sempre enganador (QUINET, 2003, p. 9).

Essa citação elucidada que o sintoma é uma formação do inconsciente, como o sonho, o chiste e o ato falho. Assim, seu sentido só poderá ser entendido dentro da história de cada sujeito. Podendo ser decifrado com a participação do

psicanalista, mas, só trará benefício ao paciente se adquirir sentido para o próprio sujeito.

Nesse sentido, Freud afirma em seus textos que o analista não deve negar ou combater o sintoma, mas sim acolhê-lo, pois este traz, tanto o engano, quanto revelações. Tentar supri-lo é aumentar seu poder de engano, uma vez que a dor ressurgirá em outro lugar, dessa forma, não adianta um maquilador: ansiolíticos, antidepressivos (QUINET, 2003).

Não existe sujeito sem sintoma, sem falta. Quinet (2000, p. 47) escreve que:

Essa falta, que se situa no nível dos significantes, corresponde estruturalmente à falta descrita por Freud no complexo de castração. Esse Outro é, portanto, marcado por uma falta que podemos chamar de castração, mas o sujeito não quer saber da falta no Outro nem da sua própria. Na análise, o sujeito deve ser levado a se confrontar com a falta para chegar à pura diferença. Trata-se de sua diferença, de sua singularidade.

Para que exista um sujeito, é preciso reconhecer o outro também como faltante, ou seja, como algo que também se revela desejante (por exemplo, o bebê ao perceber que a mãe tem outras ocupações além dele, que ela volta sua atenção para o pai, para o trabalho, observa que a mãe é faltante). Nessas idas e vindas, o sujeito percebe que a mãe não é completa, que a ela também faltam coisas que busca alcançar. Esse ponto fraco aparece justamente porque o outro também tem que recorrer à linguagem, impossível de dizer tudo.

Essa linguagem não diz tudo porque inexiste o conjunto de todos os significantes (Outro). Logo, todas as palavras de uma língua são incompletas para conseguir expressar o que o sujeito (S) do inconsciente demanda. Diante disso, o sujeito é levado a tentar preencher a falta do Outro se perguntando: mas o que é que ele quer de mim?

E, a partir daí, o sujeito segue procurando responder a esta questão, tomando o outro por objeto do seu próprio desejo e se colocando como o objeto que poderia tamponar a falta do outro também desejante. Mas, esse momento é hipotético e irrealizável, visto que o desejo, enquanto efeito de linguagem, já anuncia a impossibilidade da simbolização totalizada, ou seja, de dar significantes a tudo que o implica. Rompe-se a ilusão de totalidade e essa ruptura é uma divisão com resto:

“esse resto, esse Outro derradeiro, esse irracional, essa prova e garantia única, afinal, da alteridade do Outro, é o *a*” (LACAN, [1962-63] 2005, p. 36).

Segundo Fink (1998), o sujeito passa a se apegar ao objeto *a* (desejo do Outro como *causa* do desejo do S) como forma de ignorar sua divisão e é esse mecanismo que Lacan vai chamar de fantasia, formalizando-o no matema $\$ \diamond a$ (sujeito dividido em relação ao objeto *a*). É nessa relação complexa, que Lacan descreve como “envolvimento-desenvolvimento-conjunção-disjunção”, que o sujeito obtém uma sensação fantasmática de completude, preenchimento e bem-estar. Assim, é na escuta da fantasia que o analista percebe como o sujeito gostaria de estar posicionado em relação ao desejo do Outro.

Para Quinet (2002, p. 170), “a fantasia é o quadro que o sujeito pinta para responder ao enigma do desejo do outro; é sua forma de tapar cenicamente o furo no Outro (S(A)) – a incompletude do todo da linguagem - que lhe retorna como castração (- ϕ)”. Além disso, é uma imagem construída sobre uma frase, ou seja, ela não é apenas imaginária, mas contém uma estrutura significante. É essa estrutura significante que vai permitir ao sujeito considerar-se o “diretor da cena”, saindo da mera condição de alienado, marionete do desejo do Outro.

Criada a cena, é como se ela fosse um quadro que o sujeito põe sobre sua janela. “A tendência do neurótico é colocar um quadro em sua janela e constituir, assim, a sua realidade a partir de sua fantasia sem, no entanto, dar-se conta disso” (Quinet, 2002, p. 162). Seria possível uma paisagem além do quadro? Ou seja, uma realidade isenta da fantasia?

Lacan se refere à “travessia da fantasia” como sendo a função da análise: “restabelecer ao Outro o estatuto do lugar da palavra é o ponto de partida necessário onde cada coisa em nossa experiência analítica pode retomar seu justo lugar” (LACAN, 1967, p. 5). Em outras palavras, o sujeito assume uma nova posição em relação ao Outro como linguagem e ao Outro como desejo (FINK, 1998). Entretanto, retirado o quadro (ou pelo menos deslocado) resta ainda a janela (enquadre imaginário) que por sua vez é determinada pelo simbólico. Isso confere caráter equívoco à realidade, “pois ela é estruturada com a equivocidade própria do significante” (QUINET, 2002, p. 132).

Essa discussão sobre as dimensões do sujeito, trazendo à tona o sujeito da linguagem, o sujeito que falta, o sujeito do inconsciente, ou seja, o que emerge nos lapsos, nos atos falhos e nos sintomas. Esse sujeito que definimos acima é a concepção que vai respaldar a clínica do sujeito questionada ao início, podendo contribuir para processo de cuidar clínico, bem como para seu significado entre os sujeitos na relação do cuidado, como também, no respeito ao outro, ao seu saber e à sua condição de participante nesse processo.

5 O SUJEITO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: uma construção do caso clínico

*Fala: movimento... a fala
Acende da poeira. Gira
O cone do ar, as velhas forças
Movendo a luz.
Move, que é onde se apóia
O vértice do pó.
Roda a mecânica esquecida
E, resguardado, o trigo
- o silêncio extremo
acossado de sóis. As cavernas jamais tocadas
vibram.
("A Fala" – Ferreira Gullar)*

5.1 A escrita do “pathos-doença” e a descrição da história da doença

Arlete chegou ao serviço de atenção psicossocial, no qual já vinha sendo acompanhada, desejando uma consulta médica, pois não estava se sentindo bem. Foi então encaminhada para uma avaliação da enfermagem. No momento, a consulta de enfermagem estava sendo realizada pela enfermeira do serviço. Arlete entrou para a consulta muito eufórica e ofegante. Relatou que não se sentia bem e estava quase perdendo o emprego, pois estava sentindo medo de sair de casa para trabalhar, além disso, sentia muitas palpitações, dores nas costas e falta de ar. Antes o chefe dela não sabia que tinha esse problema, mas havia contado há alguns dias, pois estava tendo muitas faltas e precisava se justificar. Ela esteve muito emocionada durante toda a consulta. Após acolher sua demanda, convidamos-a para um acompanhamento individual, semanalmente.

Em sua primeira entrevista, Arlete trouxe como queixas: falta de ar, pânico de tudo e medo de ficar doente. Relatou que tudo começou na infância, pois era alérgica a picadas de insetos. Aos três anos, começou a ter alergias: qualquer inseto que a picasse virava uma ferida. Seus colegas da escola chamavam-a de “corubenta”. Quando chegou à adolescência, passou a ter vergonha de seu corpo,

pois suas pernas eram cheias de feridas. Chegava a vestir calça comprida só para ir até a esquina comprar pão. Assim, não saía, preferia ficar em casa.

Arlete não se importava com aquelas feridas durante sua infância, mas ao entrar na puberdade passou a se isolar: *naquele tempo eu tinha vergonha. Como fui besta! Me isolei por uma besteira. Mas naquela época, uma colega de colégio espalhou para a turma que eu tinha feridas nas pernas (corubas), contava para os meninos. Eles ficavam focando sobre mim. Sentia muita vergonha.*

Sua primeira crise foi por volta dos 17 anos; sentia falta de ar, pressão na garganta e entalhos, dor na coluna, palpitações no coração. Ela não conseguia comer, pois achava que a comida ia “empatar o ar de entrar”, conseqüentemente, o ar faltaria e ela morreria. Foi levada para várias emergências psiquiátricas: *até que uma médica acertou minha medicação, a sertralina.* Arlete trouxe pronto seu diagnóstico médico: *eu tenho Síndrome do Pânico.*

Arlete vem sempre trazendo em seu discurso esse diagnóstico acompanhado de um questionamento insistentemente dirigido à mãe: *essas coisas que eu sinto é da síndrome do pânico, ou tem a possibilidade do meu ar faltar?* A mãe sempre afirma que tudo é coisa da cabeça dela, e insiste para que ela tente abstrair isso de seu pensamento.

Aos 18 anos resolveu trabalhar e seguir sua vida. Mas, continuou sentindo muito medo, medo de ter medo, medo de sair de casa, medo de querer se matar, medo de faltar o ar.

Trabalhava como vendedora numa farmácia; sempre foi dedicada ao trabalho. Iniciou como balconista e depois foi promovida à caixa. Passava o dia trabalhando e à noite ia ver o namorado. Afirma que nessa época *Não tinha tempo para pensar no medo, eu sentia, mas era controlável.* O namorado a ajudava muito, ele sabia que ela tinha esse problema e sempre que vinha o medo, ele estava apoiando e falando que não ia acontecer nada com ela. Foi convidada por outra empresa para trabalhar e aceitou, pois o salário era melhor. Passou a trabalhar como representante de medicamentos.

Entretanto, há cerca de um ano e meio terminou o namoro e perdeu o avô materno. Esses acontecimentos são marcados por ela como momento de muito sofrimento. Diante desse contexto, Arlete não consegue mais se controlar. Começa

a faltar ao emprego e corre o risco de ser demitida. É nesse momento que Arlete recorre ao serviço de saúde para tratar dessas queixas

5.1.1 Romance Familiar

Arlete tem 25 anos, é filha única do primeiro parceiro da mãe. Posteriormente, esta se casou e dessa relação teve mais três filhos. Atualmente, Arlete mora com a mãe, o padrasto e os três irmãos. Segundo ela, tem poucas recordações da infância. Sua mãe teve um romance com seu pai e ela nasceu. Mas, como sua mãe era muito nova e sem experiência, o relacionamento deles não prosperou. Arlete lembra que foi algumas vezes visitar seu pai, mas não consegue lembrar do seu rosto. Quando ela tinha quatro anos, ele foi morar em outra cidade e queria levá-la, *mas lógico que minha mãe não deixaria.*

A mãe passava muito tempo fora de casa trabalhando, pois era sozinha e não tinha ninguém para ajudá-la. Nesse período, Arlete ficava muito tempo em casa e gostava muito de conversar com o vizinho, pai do atual esposo de sua mãe. Quando tinha mais ou menos sete anos, sua mãe casou com o filho de seu vizinho. Ele logo assumiu tanto a sua mãe como a ela. Assumiu ajudando sua mãe. *Mas, nunca ele me deu carinho. Não era como pai.*

Aos 15 anos, teve seu primeiro namorado, mas ele não morava aqui, era do interior de seus avôs maternos onde ela sempre ia passar suas férias. Eles só se encontravam nas férias. *Era aquele namoro bem inocente e muito recatado. Lembro que eu ficava muito tempo em casa deitada e fantasiava muito. Fantasiava os encontros com o namorado.* Mas, com o tempo foi sentindo a necessidade de ter alguém mais perto dela. *Alguém que fizesse parte de tudo na minha vida. Quando me tornei uma mulher, vi que não dava mais certo e acabei.* Para ela, esse fim de namoro marca o “tornar-se mulher”. Algum tempo depois conheceu um outro rapaz, que a proporcionou tudo aquilo que ela estava querendo, ele estava sempre presente.

Nesse período, já com cerca de 19 ou 20 anos inicia-se o namoro com o rapaz que ela refere ter sido “o amor de sua vida”. Sentia-se estimulada para se arrumar, ficar bonita para ele, pois sempre à noite ia vê-lo. No início, ela não contou

que tinha pânico, mas quando resolveu falar, ele a ajudou bastante. *Eu sentia firmeza, segurança nele e ficava feliz ao seu lado. Aquela felicidade me fazia esquecer...*

Perdeu a virgindade com esse namorado e diz que fez isso, pois tinha medo de perdê-lo. *Não foi como eu esperava que fosse, acho que não era o momento certo.* Relata não sentir muitos sintomas nessa época, pois ao pensar no namorado, alcançava o autocontrole. *Passava o dia trabalhando e a noite estava com ele. Não tinha tempo para pensar no medo.* Eles eram muito diferentes, mas mesmo assim gostava muito dele. *Ele estava sempre me controlando em tudo, queria mandar em mim.* Assim, eles começaram a brigar por tudo. Até que um dia (há cerca de um ano e meio) ela resolve acabar o namoro. Fala que, para ela, era só uma brincadeira. Queria só dar uma lição nele, dar um susto, mas ele levou a sério e não quis mais voltar. Afirma que foi momento de muito sofrimento para ela.

Emocionada, lembra também que sofreu muito quando seu avô materno morreu, também, há um ano. *Era muito apegada a ele, abraçava-o, beijava-o, era como se fosse meu pai.* Ele morava com sua avó no interior, mas quando ela morreu, ele veio morar em sua casa. Ficou mais apegada a ele, sentia o carinho de um pai.

Atualmente, Arlete está desempregada, namorando um rapaz e relata estar gostando dele. *Mas, não era como gostava do outro.* Ele sabe das coisas que ela sente e a acompanha em suas consultas no CAPS.

5.2 A escrita do “pathos-transferência” do paciente no tratamento analítico

Em suas sessões Arlete sempre vem com a preocupação de trazer alguma melhora em seu quadro. Ou que veio sozinha para a consulta, ou que saiu a procura de emprego, ou que saiu com amigas. Essas falas são logo seguidas por queixas em relação à “falta de ar”. Além disso, frequentemente, Arlete “falta” às sessões, mas costuma avisar sua falta com justificativas, ou manda uma mensagem avisando, ou pede para alguém (o namorado, o irmão) avisar.

Em uma das sessões, Arlete inicia falando que veio sozinha (ela sempre vinha acompanhada do atual namorado), mas teve medo de sentir algo. No entanto,

como não queria faltar, enfrentou o medo. Ainda, continua sentindo o medo de sair de casa, pois pode faltar o ar. Nesse momento surge a pergunta: mas, alguma vez já lhe faltou o ar? Ela responde que não: *não, nunca faltou, até porque se faltasse eu teria desmaiado*. E pergunta: *quando falta o ar a pessoa desmaia?* Frente a essa pergunta surge nova interrogação: se não faltou o ar, o que foi que lhe faltou? Ela responde: *o carinho de meu pai*.

Nunca teve o carinho de seu pai, que ela lembrasse. Via seus irmãos mais novos recebendo o carinho de seu padrasto, mas ele não era carinhoso com ela. Ela também não conseguia ser carinhosa com ele. Transferiu todo seu carinho para o avô. Lembra que fantasiava muito. *Adorava ficar fantasiando histórias, fantasiava com seu pai. Na adolescência, mais ou menos, aos 13 anos, parei de fantasiar e surgiram os sintomas*.

Na sessão seguinte a essa, Arlete ligou avisando que não viria à consulta, pois não estava se sentindo bem e iria parar com as consultas, pois não aguentava mais “ficar falando aquelas bobagens”. Estava no momento se sentindo mal, com o medo de faltar o ar e estava decidida a procurar um pneumologista. Perguntei-lhe se eu poderia ajudar. Solicitei que ela viesse à consulta para que a gente conversasse sobre isso. Mas, ela respondeu que não tinha como ir, seu namorado que sempre a acompanha não podia ir e ela não tinha condições de ir sozinha. Agendei retorno para a semana seguinte.

Retornou a sessão falando que quase que não vinha, “mas agora era real”, tinha comido algo e estava com diarreia. Perguntei-lhe se as faltas anteriores tinham sido irreais? Ela se atrapalhou e disse que as faltas eram por motivos de pânico (medo) de sair e acontecer alguma coisa. *Mas, depois procurei encontrar aquela força dentro de mim, começo a me encontrar. Não quero mais sentir essas coisas ou se preocupar com elas. Começou a rezar, pedindo a Deus que a iluminasse e que a curasse interior e fisicamente. Não é vida você viver em função do medo, preocupada, ou questionar tudo que acontece na vida da gente. O que eu queria era que minha cabeça não tivesse nenhum tipo de insegurança, tirar essas coisas da minha cabeça*.

Perguntei-lhe do que se questiona? Disse que durante sua infância-adolescência passou muita dificuldade, sua mãe precisava trabalhar e ela ficava muito tempo sozinha. *Não tinha o pai para ajudar nos gastos. Eu me sentia só, sentia falta de alguém, falta do meu pai. Ele já tinha ido embora para o interior*. Afirmou não ter muitas lembranças de sua infância. Ele mudou de cidade quando ela tinha quatro anos e a

única lembrança que tem é do dia em que foi na casa dele com uma tia, mas não consegue lembrar do aspecto físico dele, se o abraçou, não lembra. *Mas, eu acho que ele me abraçou.* Sua mãe dizia que quando ia falar com ele, a mulher com quem ele vivia falava, ou que ele não estava ou que ele estava dormindo, e não ia chamar.

Sobre seu nascimento, Arlete acha que seus pais “a fizeram”, mas como sua mãe era muito nova, tinha 17 anos, “eles não deram certo”. Ou, porque não se gostavam totalmente. *Minha mãe fala que gostou muito dele, mas ele fez ela sofrer muito. Não deu valor a ela.*

Emocionada, continua falando de seu pai: *me sinto abandonada pelo meu pai. Ele não me procurou mais! Nunca tive aquele pai para me apoiar, para estar ao meu lado. Às vezes, eu chorava e minha mãe perguntava se eu queria ir atrás dele.* Questionava porque ele não vinha vê-la, dessa forma também não foi procurá-lo. *Todo mundo quer ter um pai, carinho, segurança, amor. Mas, eu acho que já me acostumei com sua ausência. Hoje, já me acostumei a viver minha vida sem pensar nele, sem imaginá-lo.*

Na adolescência, seus colegas perguntavam sobre seu pai: *ah! cadê seu pai, qual o nome dele?*. Muitas vezes dizia que não tinha pai ou que seu pai era o esposo da mãe. Mentia para evitar que as pessoas a questionassem. Nesse momento, questionamos como era isso para ela. Ela responde: *Ah, minha mãe e meu pai se separaram, pois eles não deram certo e eu estou aqui. Ele nunca veio me procurar!*. Junto à resposta, emociona-se, sente falta de ar (respira ofegante) e relata sentir dor nas costas.

Segue dizendo que tem horas que sente falta de ar, e aí tenta mostrar para si que aquilo é coisa da cabeça. *Mas, é como se minha mente quisesse ter uma certeza que aquilo não vai acontecer. Eu não tenho cansaço, o meu cansaço eu imagino.* Afirma que quando sente essas coisas precisa usar alguns artifícios para parar o medo. Ou liga para alguém, ou vai questionar a mãe, ou vai fazer algo que gosta. *Quando o outro afirma que eu não estou sentindo aquilo, eu fico mais aliviada, mas depois volta.* Percebemos que ela tem necessidade de um outro para controlá-la.

Faz uma referência ao dia que tentou ligar para meu celular, era porque estava sentido a falta de ar e precisava falar com alguém para parar o medo. Além desse episódio, Arlete chegou a me ligar outras vezes, quando sentia a falta de ar. Passa então a me dirigir à pergunta: “você acha que meu ar pode faltar?”.

Relatou também que quando trabalhava não tinha tempo de sentir medo. Ocasionalmente, questionamos quando esse medo surgiu em sua vida? Ela contou que se retraiu quando seus amigos da escola a chamavam de “corubenta”, passando a ficar a maior parte de sua vida retraída em casa. *Quando eu parei de fantasiar o mal-estar apareceu... os sintomas apareceram.* Perguntamos sobre o que eram essas fantasias? Mas, ela afirma não lembrar. *Minha mãe gosta muito de falar no futuro. Acho que fantasiava como seria meu futuro. Mas, hoje eu não penso mais no futuro. Hoje, eu não fantasio mais!.*

5.3 A escrita da construção teórica

Inicialmente, gostaríamos de ressaltar que a queixa inicial de Arlete remete a uma possível “falta de ar”. Sabemos que essa queixa ainda não é o que se constitui um sintoma analítico. O trabalho inicial de entrada em análise vai passar por uma reformulação, de modo que o sujeito se implique de alguma forma naquilo de que vem se queixar. Quinet (2005, p. 16) discute que o sintoma queixa, trazido pelo sujeito, necessita ser transformado em sintoma analítico, “é preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo”.

Ao ser questionada se alguma vez esse ar já havia lhe faltado, Arlete respondeu que não. Mas, teve medo que esse ar lhe faltasse, com isso, tende a ficar perguntado insistentemente, primeiramente para a mãe e depois para mim, se seu ar pode faltar e ela morrer. Interrompo-a perguntando se não é o ar que lhe falta, o que lhe faltou? Ela responde dizendo: *o carinho de meu pai.*

Sua queixa principal é chamada por ela de “falta de ar”, mas num deslizamento associativo, passa da falta de ar à falta do pai. A psicanálise nos ajuda a entender de que falta se trata. Todo ser falante, segundo a psicanálise, é um sujeito desejante e, portanto, marcado pela falta, falta-a-ser: seu complemento está perdido para sempre. Na verdade, essa completude nunca esteve presente, sendo isso a condição necessária ao desejo. A inacessibilidade ao Bem Supremo (compreendido como a felicidade), é o que Freud articulou com a lei de proibição do

incesto. O objeto que poderia completar o sujeito, trazendo-lhe a satisfação total de seu desejo, é um objeto proibido. Em seu lugar resta um furo, designado como a Coisa freudiana, produto da linguagem sobre o real do vivente (MELLO, 1995).

Dessa forma, se o sujeito só pode ser pensado em sua relação com o desejo, se o desejo é erigido a partir do que se apresenta na relação ao Outro e se tal relação no mundo humano é mediada pela linguagem, então o sujeito de que aqui se trata é, sobretudo, um efeito da linguagem que ele apreende e pela qual é apreendido, à medida que fala e é falado pelo Outro. O sujeito barrado, portanto, vem representar a dimensão do sujeito dividido pela linguagem, dividido pelas instâncias consciente e inconsciente, e assim indica um sujeito que tem seu acesso barrado a ele mesmo (MELLO, 1995). Enfim, o sujeito é representado pelo significante, isto é, o significante é o que representa o sujeito para outro significante. A partir do significante pode ser revelado uma parte da verdade do sujeito, mas, não-toda a verdade é revelada.

Esse ser faltante é precedido, inicialmente, pelo Outro materno, ou seja, a mãe precisa mostrar algum sinal de incompletude para que a separação mãe-filho se concretize e assim o ser-bebê venha a ser um sujeito barrado.

Quando o bebê nasce, a primeira coisa a considerar como ponto prévio de seu percurso na direção de se tornar um sujeito é que ele é um ser de necessidade. E, quem atende a esta necessidade? Quem o atende é a mãe, mesmo se o ser em questão não for a mãe genitora, é um ser de linguagem, de onde só pode atender à necessidade do bebê com a linguagem. O sujeito registra, ou seja, representa essa experiência de satisfação da necessidade, para depois procurar reencontrar o objeto segundo as linhas em que ele foi registrado psiquicamente. Freud denomina essa busca de desejo (ELIA, 2004). Assim, entendemos que a necessidade implica satisfação, mas, o desejo jamais é satisfeito.

Em continuidade a esse contexto, Lacan vem introduzir na passagem do plano da pura necessidade ao plano do desejo, um terceiro nível, de algum modo intermediário, que se chama demanda. A passagem do biológico (Real) para o Simbólico é realizada pela intervenção do Outro, introduzindo a demanda que é demanda de amor. A necessidade é satisfeita pelo alimento e o desejo é produzido pela hiância que se abre entre a necessidade e a demanda (ELIA, 2004).

Vejamos então como se dá, no caso da menina, a ascensão à feminilidade e que papel a falta vem a desempenhar nessa questão. Freud ([1933] 1996) vai confirmar em sua prática clínica que aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge ao alcance da anatomia. Em resumo, o que a psicanálise nos ajuda a perceber é que não se nasce mulher, é preciso todo um processo de construção, um vir-a-ser.

Freud revela que para a menina alcançar a feminilidade, ela terá de realizar duas mudanças, isto é, na zona erógena e no objeto amoroso. Na fase fálica das meninas, o clitóris é a principal zona erógena, mas, para entrar na feminilidade, “o clitóris deve, total ou parcialmente, transferir sua sensibilidade, e ao mesmo tempo sua importância, para a vagina” (FREUD, [1933] 1996, p. 119).

O outro percurso da menina é no objeto amoroso. Inicialmente, a mãe é o primeiro objeto de seu amor, tanto para a menina, quanto para o menino, e esses investimentos objetivos estão relacionados, primeiramente, a satisfazer suas necessidades vitais. Já na situação edipiana, a menina tem seu pai como objeto amoroso, e espera-se que, no curso natural do desenvolvimento, ela haverá de passar desse objeto paterno para sua escolha objetal definitiva (FREUD, [1933] 1996). Mas, como essa menina sai da mãe e se direciona para o pai, resultando no complexo de Édipo?

O primeiro momento é o da constatação da diferença sexual. A menina percebe que existe no menino algo que ela não tem. Essa constatação inicial pode ser desconsiderada, mas ao perceber que à mãe também falta algo, ou seja, que ela não é completa, ela se direciona para o pai. É, dessa falta que Arlete vem se queixar, embora ainda não saiba.

Seguindo esse pensamento, a menina responsabiliza sua mãe pela falta do pênis nela e não a perdoa por está em desvantagem em relação ao menino, afastando-se dessa mãe de forma hostil que termina em ódio. Enfim, a descoberta de que é castrada representa um marco decisivo no crescimento da menina. Ao reconhecer o fato de sua castração se rebela contra esse estado de coisas indesejável.

Dessa forma, dividida, abrem-se três linhas de desenvolvimento na menina. A primeira conduz à inibição sexual; a menina, assustada pela comparação

com os meninos, cresce insatisfeita com seu clitóris, abandona sua atividade fálica e, com ela, sua sexualidade em geral, em consequência, renuncia à satisfação masturbatória e repudia seu amor pela mãe. O segundo caminho a leva à modificação do caráter no sentido de um complexo de masculinidade. Nessa linha, a menina tem esperança de conseguir um pênis em alguma ocasião, e isso, torna-se o objetivo de sua vida e a fantasia de ser um homem. Esse complexo de masculinidade pode também resultar numa escolha de objeto homossexual manifesta. A terceira, finalmente, à feminilidade normal em que toma o pai como objeto, passando a esperar dele um filho, encontrado assim o caminho para a feminilidade (FREUD, [1931] 1996).

Para o mesmo autor, o complexo de Édipo não é destruído, mas criado pela influência da castração, foge às influências fortemente hostis que, no homem, tiveram efeito destrutivo sobre ele e, com muita frequência, de modo algum é superado pela mulher (FREUD, [1931] 1996).

Desde que Freud tratou dessas questões nos seus textos sobre a sexualidade feminina (1931) e a feminilidade (1933), percebemos que a ênfase dos autores que o seguiram recaiu sobre a relação mãe-bebê como sendo o eixo fundamental em torno do qual irão girar todas as questões relativas ao Édipo. No entanto, foi a partir das considerações de Jacques Lacan, que o pai vai passar a ocupar um lugar privilegiado nessa discussão.

Para chegar à formulação desse lugar que o pai ocupa na constituição subjetiva, Lacan ([1957-1958] 1999) aborda o complexo de Édipo em três tempos: no primeiro tempo, a criança busca poder satisfazer o desejo da mãe e assim, se identifica especularmente com aquilo que é objeto do desejo de sua mãe. No segundo tempo, o pai se afirma em sua presença privadora, como aquele que é o suporte da lei, e isso não é realizado de maneira velada, mas de um modo mediado pela mãe, que é quem o instaura como aquele que lhe faz a lei. No terceiro tempo, o pai se revela como aquele que tem, assim ele pode dar para a mãe o que ela deseja. É, a saída do complexo de Édipo. Esse momento final é favorável quando ocorre a identificação com o pai, no qual ele intervém como aquele que tem o falo. Para a menina, esse momento é mais simples do que para o menino. Ela sabe onde encontrar o falo, onde deve ir buscá-lo, o que é do lado do pai e vai em direção àquele que o tem.

Nesse contexto, o que falhou na estrutura triangular do Édipo em Arlete, trazendo como consequência a falta de ar? Ou melhor, onde esse pai vacilou? Sabemos que ela encontra-se com essa mãe que falta algo, ou seja, que não tem o falo, incluindo a metáfora paterna em que anteriormente existiu o desejo da mãe. Esse ingresso na triangulação edipiana é a condição para que o sujeito passe da posição de ser ou não o falo (lugar de objeto de desejo do Outro) para a posição de ter ou não o falo (lugar de que deseja o desejo do Outro) (LACAN, 1999). Para chegar ao objetivo final desse discurso do “ser” ao “ter” é preciso que o pai dê, em algum momento, prova de sua atribuição fálica e que a mãe o reconheça como aquele que tem o que ela deseja. Supomos que é nesse terceiro tempo que se situam as questões que levam Arlete a manifestar a falta de ar, pois houve o atravessamento do segundo tempo, marcando sua posição neurótica.

Para a psicanálise, o tipo de estruturação subjetiva depende da forma como cada um se posiciona diante de uma situação que foi percebida como traumática. Podemos pensar o trauma como uma experiência desagradável que coloca o sujeito em uma situação de desamparo psíquico, podendo ser resignificado a posteriori em forma de sintomas. A forma como o sujeito se situa diante deste trauma vai delinear o diagnóstico diferencial estrutural do sujeito: na neurose, na psicose e na perversão.

No entanto, esse diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito quando da travessia do complexo de Édipo. Segundo Quinet (2005) é a partir do simbólico, por meio dos três modos de negação do Édipo (negação da castração no Outro), que se estabelece o diagnóstico estrutural. A princípio existem dois tipos de negação, sendo que uma nega, mas, conserva o elemento negado de alguma forma, e outra onde essa conservação não ocorre. Assim, temos de um lado a neurose (cujo mecanismo – o recalque – nega conservando o elemento no inconsciente) e perversão (onde o mecanismo do desmentido nega o elemento traumático conservando-o no fetiche). Do outro lado temos a psicose, cujo mecanismo específico, a forclusão, é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum do elemento traumático: ela não conserva, arrasa.

Como relatado acima, a estrutura clínica neurótica foi o diagnóstico identificado no sujeito da pesquisa, que é estabelecida numa relação transferencial

que passa, mais além de uma demanda de amor, por uma demanda de saber: quem ele é, relativa a essa demanda de amor, para o desejo do Outro. Pires (2007, p. 80) refere algumas perguntas que o neurótico formula como: “O que eu tenho, para que o Outro me deseje (significação fálica)? Qual é o meu valor, para ser amado pelo Outro? O que posso fazer para que o Outro me ame? Se o Outro não me ama, o que eu fiz de errado, do quê sou culpado? Se sou culpado, a que tenho direito?”. O complexo de Édipo na neurose é vítima de um naufrágio que equivale à amnésia histórica, não se recordando do que aconteceu na infância – amnésia infantil, mas a estrutura edipiana se presentifica no sintoma (QUINET, 2005).

A posteriori, essa falta vai retornar quando Arlete tem que se confrontar com sua posição na partilha entre os sexos. É na adolescência que o significante “corubenta” vai passar a ser a marca de sua vergonha. É quando os amigos da escola a chamam de “corubenta” que ela passa a ficar a maior parte de sua vida retraída em casa, impedida, assim, do encontro com o outro sexo. Para Freud, a vergonha na mulher é a vergonha da castração (não ter o falo), ou seja, tem como finalidade a ocultação da deficiência genital feminina (FREUD, [1933] 1996).

Arlete sustenta nesse momento uma relação amorosa com um namorado a quem nunca vê. Devido ao fato de morarem distante, ela pode viver esse amor de forma platônica, sem ter que se confrontar com o sexo e ficar “apenas fantasiando”. Algum tempo depois, resolve terminar esse namoro que não estava mais dando certo e conhece um outro rapaz, esse sim, capaz de dar tudo que ela queria, pois estava sempre presente. Assim, não tinha tempo para pensar no medo, na falta. Exatamente por isso, por ele estar “sempre presente”, Arlete inventa uma brincadeira: brincar de faltar. Termina o namoro, esperando que ele venha atrás dela. Só que ele não a procura mais.

Freud afirma que nas mulheres o temor da castração está direcionado à perda do objeto amado. A perda do amor revela sua fragilidade narcísica, sua incompletude até então encoberta por uma falicização. Isso é evidenciado em Arlete através de sua dependência que se estabiliza quando, posteriormente, encontra um namorado. Este a controla constantemente, amenizando seus sintomas. Mas, logo em seguida, ela é tentada a repetir a encenação histórica, e provoca a falta no outro, fazendo-o desejar.

Nossa hipótese diagnóstica é de histeria, pautada, principalmente, no posicionamento frente ao Outro desse sujeito. O histérico é, fundamentalmente, um ser de medo que, para atenuar sua angústia, mantém-se incessantemente, em suas fantasias e em sua vida, o doloroso estado de insatisfação. Enquanto eu estiver insatisfeito, diria ele, ficarei protegido do perigo que me espreita. E, esse perigo seria de viver a satisfação de um gozo máximo. Pouco importa que ele imagine esse gozo máximo como o gozo do incesto, o sofrimento da morte ou a dor da agonia (NASIO, 1991).

No Seminário 5 ([1957-1958] 1999) Lacan toma o sonho da “Bela Açougueira” relatado por Freud na *Interpretação dos Sonhos*. A paciente se dirige a Freud para contar o seguinte sonho, o qual, segundo ela, contesta sua teoria de que o sonho é a realização de um desejo, pois que se trata exatamente de um sonho onde seu desejo permanece insatisfeito:

eu queria oferecer uma ceia, mas não tinha nada em casa além de um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas então me lembrei que era domingo à tarde e que todas as lojas estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava com defeito. Assim, tive de abandonar meu desejo de oferecer uma ceia (FREUD, [1900] 1996, p. 181).

Freud inicia a análise do sonho junto com sua paciente e, na associação livre, descobre que o marido da paciente tinha lhe falado uns dias antes de sua intenção de emagrecer e de sua decisão de não aceitar convites para jantar fora. Além disso, o marido havia lhe dito que um pintor quis retratá-lo e que ele teria afirmado que a bunda de uma moça era bem mais interessante que pintar seu rosto. Ela também implorara a ele que não lhe desse nenhum caviar. Em seguida, Freud a pergunta o que significava isso, e ela explicou que há muito tempo desejava comer um sanduíche de caviar todas as manhãs, mas relutava em fazer essa despesa. Naturalmente, o marido a deixara obtê-lo imediatamente, se ela lhe tivesse pedido. Mas, ao contrário, ela lhe pedira que não lhe desse caviar, para poder continuar a mexer com ele por causa disso. Freud viu que ela fora obrigada a criar para si um desejo não realizado na vida real, e o sonho representava essa renúncia posta em prática. Mas, por que precisaria ela de um desejo não realizado? Ela prosseguiu dizendo que, na véspera, visitara uma amiga de quem confessava ter ciúmes porque seu marido estava constantemente a elogiá-la. Felizmente, essa sua amiga era muito ossuda e magra, e o marido de sua paciente admirava figuras mais cheinhas.

Freud perguntava-lhe o que havia conversado com sua amiga magra. Naturalmente, respondeu, sobre o desejo dela de engordar um pouco (FREUD, [1900] 1996).

Para Freud ([1900] 1996), agora o sentido do sonho estava claro, a paciente, na verdade, não queria oferecer nenhuma ceia, pois a amiga poderia engordar e atrair seu marido mais ainda. E o salmão defumado apareceu no sonho porque é o prato predileto de sua amiga. Mas, o mesmo sonho admitiu outra interpretação por Freud:

[...] minha paciente, como se pode lembrar, ao mesmo tempo que estava ocupada com seu sonho de renúncia a um desejo, também tentava efetivar um desejo renunciado (pelo sanduíche de caviar) na vida real. Sua amiga também dera expressão a um desejo – de engordar –, e não seria de surpreender que minha paciente tivesse sonhado que o desejo de sua amiga não fora realizado, pois o próprio desejo de minha paciente era que o de sua amiga (engordar) não se realizasse. Mas, em vez disso, ela sonhou que um de seus próprios desejos não era realizado. Portanto, o sonho adquirirá nova interpretação se supusermos que a pessoa nele indicada não era ela mesma, e sim a amiga – que ela se colocara no lugar da amiga, ou, como poderíamos dizer, que se ‘identificara’ com a amiga. Creio que ela de fato fizera isso, e a circunstância de ter efetivado um desejo renunciado na vida real foi prova dessa identificação (FREUD, [1900] 1996, p. 183).

Lacan vai tomar esse exemplo do sonho para abordar do que se trata no desejo da histérica. Qual é a função desse desejo insatisfeito? O que a bela açougueira queria? Queria o amor de seu marido. E as histéricas, afirma Lacan, “como todo mundo demandam amor, só que nelas isso é mais incômodo. O que deseja ela? Ela deseja caviar. Basta simplesmente ler. E o que quer ela? Quer que não lhe deem caviar” (LACAN, [1957-1958] 1999, p. 376).

Para que uma histérica possa suportar uma relação amorosa, é necessário que possa desejar outra coisa que não aquela que lhe é oferecida e que essa outra coisa, justamente, não lhe seja dada. Assim, ela pode sustentar o desejo, pois este, para Lacan, é o que resta da demanda, após a satisfação da necessidade.

No caso de nossa paciente vemos esta situação se repetir: o que ela quer? O amor do namorado. O que ela deseja? Que ele esteja sempre presente. E o que ela pede? Que ele não esteja sempre presente, simulando uma separação.

A função desse desejo insatisfeito é, portanto, instaurar a incompletude no Outro, sem o que ela não pode sustentar seu lugar de sujeito, pois passa a ser somente objeto no desejo do Outro. Soler (2005), sobre as histéricas, escreve que:

[...] seu desejo se sustenta no sintoma do Outro, a tal ponto que quase poderíamos dizer que a histérica faz de si uma causa, mas uma causa de... saber. Não porque ela seja movida pelo desejo de saber, mas porque gostaria de inspirá-lo no outro (SOLER, 2005, p. 55).

O sujeito histórico, na sua relação com o parceiro, conduz uma estratégia de subtração, esquiva, traçando um duplo movimento de sedução e recusa, em que Freud já trouxera: a mão que levanta a saia e a outra que a abaixa. No caso da “Bela Açougueira”, isso é visto de forma charmosa e inofensiva: ela não se recusa aos desejos do marido, mas sabemos que a única coisa que lhe interessa, de fato, é aquilo que não é satisfeito no marido, e, se ela se identifica com a amiga, é para tentar, pelo menos imaginariamente, deixar insatisfeito a satisfação do marido. Mas, não há nisso nenhuma maldade – apenas o voto de se fazer ser o que falta ao Outro (SOLER, 2005).

Para a psicanálise, a histérica é, antes de mais nada, o nome que damos ao laço e aos nós que o neurótico tece em sua relação com os outros a partir de suas fantasias. Isto é, o histórico, como qualquer sujeito neurótico, é aquele que, sem ter conhecimento disso, impõe na relação afetiva com o outro a lógica doentia de sua fantasia inconsciente. Uma fantasia em que ele desempenha o papel de uma vítima infeliz e constantemente insatisfeita. O histórico inventa inconscientemente um cenário fantasístico destinado a provar a si e ao mundo que só existe gozo insatisfeito. Trata, portanto, seu semelhante, amado ou odiado, e mais particularmente seu parceiro psicanalista, da mesma maneira que trata o Outro de sua fantasia. (NASIO, 1991).

Por último, o sofrimento na histérica é um sofrer conscientemente no corpo. Portanto, esse sofrimento presentifica-se na angústia da fantasia inconsciente de castração. Essa angústia é intolerável e, para se desfazer dela, o histórico não encontrou outra solução senão transferi-la para sofrimentos corporais (NASIO, 1991).

No início de um tratamento analítico, temos o que Lacan chamou de entrevistas preliminares, em que será delimitado o que diz respeito à estrutura do sujeito (neurose, psicose ou perverso), o sintoma analítico e o estabelecimento da relação transferencial. No nosso caso, pelo nosso pouco tempo de atendimento, estamos nesse percurso das entrevistas preliminares, em que já conseguimos identificar o diagnóstico estrutural e o seu tipo clínico. Sabemos da importância

desse caminho para a condução do tratamento, além de anteceder a entrada em análise.

6 CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: contribuições da psicanálise

Certa vez, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa. Ocorreu-se então a ideia de moldá-lo, dando-lhe forma. Enquanto pensava sobre o que acabara de criar, interveio Júpiter: Cuidado pediu-lhe que insufflasse espírito à forma que ele moldara, no que Júpiter o atendeu prontamente. Cuidado quis, então, dar um nome à sua criação, mas Júpiter se opôs, exigindo que ele, que lhe dera espírito, fosse também quem lhe desse o nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre quem lhe daria o nome, apareceu a Terra que, tendo cedido parte de seu corpo para o que fora criado, queria também nomeá-lo. Diante de tamanha contenda, decidiram que Saturno seria o juiz da disputa. Saturno tomou então uma decisão equânime, proferindo a sentença: “tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito de volta; tu, Terra, que cedeste do teu corpo, receberás o corpo de volta. Mas como foi Cuidado quem primeiro o formou, pertencerá a ele enquanto viver. E havendo entre vós disputa insolúvel sobre o seu nome, eu o nomeio: chamar-se-á ‘homem’, pois foi feito de húmus (terra fértil).”
 (“Fábula” – Higino)

No contexto que sucedeu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, percebemos que a assistência de enfermagem psiquiátrica desenvolveu-se a partir de diferentes éticas de cuidado e modelos de intervenções, algumas vezes contraditórias entre si. Neste sentido, práticas orientadas pelos princípios que prevaleciam, como o modelo assistencial asilar, convivem lado a lado com práticas voltadas para a substituição desse modelo a partir de um deslocamento do lugar ocupado pelo enfermeiro. De vigilante e repressora no espaço hospitalar, o enfermeiro é convocado a assumir um papel de agente terapêutico, em conjunto com outros profissionais da equipe interdisciplinar (KIRSCHBAUM, 2000).

No que diz respeito aos serviços de saúde mental, a proposta da Reforma Psiquiátrica é a atenção à loucura enquanto “existência-sofrimento” do sujeito em relação ao corpo social, não percebendo mais a loucura como uma doença mental. Dessa forma, a ferramenta de cuidado clínico em saúde mental baseia-se na escuta do sujeito, e não na escuta da doença.

No entanto, percebemos que essa não tem sido a realidade encontrada nos serviços. Em nossa experiência prática, temos constatado como o enfermeiro ainda enfrenta dificuldades de encontrar seu lugar como agente terapêutico. Em pesquisa desenvolvida recentemente nos Centros de Atenção Psicossociais de Fortaleza, objetivando compreender a prática desenvolvida na atualidade pelos enfermeiros em saúde mental, percebemos a inexistência de um referencial teórico que pautasse para as ações, pouca formação especializada na área, dificuldade de delimitar o foco de trabalho. Outro ponto observado foi a não utilização da escuta por parte dos enfermeiros como ferramenta terapêutica. Os enfermeiros que citaram a utilização da escuta como instrumento de trabalho, referia-se a uma escuta superficial, como sinônimo de ouvir e impor seu saber³.

Além disso, notamos também que a prática da enfermagem nesses serviços ainda permanece atrelada ao saber médico, e a consulta de enfermagem, muitas vezes, se resume ao acompanhamento da prescrição medicamentosa e de seus efeitos. Sobre isso, Silveira (2003) ressalta que o saber médico-psiquiátrico, historicamente, se impõe perante os demais saberes. Prevalece a lógica assistencial, em que a resposta de outros profissionais a situações-problema é negligenciada e são postos em ação, preferencialmente, mecanismos baseados na legitimidade do poder/intervenção médicas.

No entanto, para entendermos melhor essa postura do ser enfermeiro em sua prática clínica, faz-se necessário recuperar um pouco a história de origem dessa profissão. Historicamente, a enfermagem nasce pautada nessa atitude de se oferecer como o “anjo de branco”, aquela capaz de salvar o outro e a sua alma. Muitas dessas “mulheres que cuidam” foram irmãs de caridade. A igreja se apropriou dessa função de cuidar, cujo objetivo era centrado na salvação da alma de quem cuida. A prática do cuidado passou a ser vista como um sacrifício, uma forma de expiação dos pecados dessas mulheres. Aqui é que a enfermagem veste mais fortemente seu manto de altruísmo e abnegação, manto este que nunca foi totalmente eliminado e que, ainda hoje, permite perceber uma forte herança advinda de um vínculo ligado à moralidade e religiosidade. Loyola (1994) salienta que as enfermeiras incorporam os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional na

³ Projeto de Pesquisa intitulado “A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: UMA VISÃO A PARTIR DE SEU REFERENCIAL TEÓRICO”, coordenado pela Professora Lia Carneiro Silveira em 2008.

figura abnegada e docilizada do “anjo branco” que serve como perfeição ao Estado e ao poder médico, à medida que elas se tornam corpos dóceis e disciplinados.

Em meados do século XIX, essa prática começa a tentar se distanciar desse vínculo herdado do passado e procura se ajustar ao espírito das luzes que começou a vigorar desde o século anterior. Assim, a ação de cuidar passa a tentar se adequar às características do método científico, com suas regras de observação, segmentação, regularidade, e generalização. Além disso, como todo saber que flerta com a cientificização, a enfermagem começou a tentar delimitar qual seria seu objeto de estudo.

A proposta dos autores sobre as bases epistemológicas da enfermagem era a de situar o “cuidado” como “essência da profissão” (WALDOW, 2001). A fundamentação para os estudos teóricos que abordariam o “cuidado de enfermagem” foi principalmente buscada na abordagem humanística-fenomenológica, apoiada na obra de Martin Heidegger (1889-1876). A apropriação que a enfermagem faz desse conceito está fortemente associada a atitudes de maternagem e desvelo, onde um (o cuidador) detém os meios para fornecer aquilo que o outro (ser cuidado) necessita (WALDOW, 2007; SOUSA, SARTOR, PADILHA E PRADO, 2005; MOLINA, 2004).

Diante dessas tendências, percebemos se instalar na enfermagem contemporânea uma espécie de conflito: por um lado, a tradição histórica e a fundamentação humanística definem, teoricamente, o cuidado pautado num ideal altruísta e afetuoso; por outro, o modelo científico/capitalista se impõe exigindo, cada vez mais, rapidez, eficiência e padronização do exercício da enfermagem. Temos, portanto, uma divergência entre o que se produz teoricamente e o que é desenvolvido na prática.

Compreendemos que este descolamento teoria-prática é determinado por vários fatores, dentre os quais podemos citar: formação tecnicista recebida pelos alunos; realidade das condições de trabalho enfrentadas pelos enfermeiros com longas jornadas e escassez de recursos humanos e até mesmo a situação social ocupada pelo enfermeiro no modelo hospitalocêntrico, situado na equipe de saúde como agente executor do trabalho burocrático-administrativo, necessário para que o médico possa exercer seu saber. Com todas essas variáveis, é inevitável que o

enfermeiro encontre dificuldades para se encaixar no estereótipo do cuidado zeloso e maternal.

No entanto, entendemos que é possível para a enfermagem a criação de uma outra estratégia de cuidado que se distancie tanto do tecnicismo exigido pela organização do processo de trabalho no modo de produção capitalista, quanto da proposta humanística que, por vezes, beira o risco de tutelar os pacientes, elegendo o enfermeiro como agente e o paciente como receptor. A elaboração dessa nova atitude só seria possível se o enfermeiro efetuasse um deslocamento no seu posicionamento frente àqueles que atendem, saindo do lugar de detentor do “saber sobre o outro” – seja para satisfazê-lo, seja para realizar procedimentos – para uma posição que permita ao outro emergir como sujeito. Acreditamos que a psicanálise surge como ferramenta teórica que pode favorecer o enfermeiro nessa empreitada, pois forja um espaço de escuta que se sustenta numa “ética do desejo”, cujo saber é suposto ao sujeito que fala.

Nessa ética do cuidado, articulada à ética do desejo, primeiramente é preciso compreender que o enfermeiro não é o único agente do cuidado. Como afirma Askofore (2006) o cuidado nem mesmo é uma prerrogativa dos seres humanos. Os animais também cuidam. O que vai especificar o cuidado humano são algumas características como:

a) prematuração específica do nascimento – o pequeno homem exige, para seu desenvolvimento e sua autonomia, um tempo mais longo de criação e, portanto, de cuidados;

b) Ser de linguagem – o cuidado deixa de ser instintual para elevar-se à dignidade de uma prática cultural devido à marca da linguagem que recebe; o cuidado é submetido aos efeitos de divisão intra-subjetiva e à disparidade subjetiva que impõem a alienação significativa ao Outro; o cuidado se profissionaliza, inicialmente de maneira restrita, para ampliar-se aos poucos até estabilizar-se nas funções sociais e, por último, essa prática de cuidado quase nunca se apresenta em um estado de uma prática silenciosa, de um fazer bruto que não preceda, acompanhe ou recupere algum saber. Portanto, as práticas dos cuidados são sempre tomadas nos saberes, nos discursos que os fundam, justificam, orientam ou esclarecem.

Figueiredo (2009), em *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*, discute estratégias pautadas nessa ética dos cuidados, ou seja, refere que o sentido mais profundo de todas as práticas de acolhida é o de propiciar para o indivíduo uma possibilidade de “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte. Este “fazer sentido” se dá e é requerido em oposição aos excessos traumáticos que uma vida comporta: seja o atraso da mãe, a presença de um estranho (a enfermeira, por exemplo), ou uma doença.

Para o mesmo autor, o agente de cuidados – os pais, o médico, a enfermeira, o professor, entre outro. – em parte exerce sua função como “presença implicada”, isto é, comprometido e atuante; e em parte como “presença em reserva”. Em sua atuação como sujeito implicado, ele é aquele que executa, que “faz coisas”. Conhecemos um agente de cuidados pelo seu fazer, desempenhando atividades de acolher, hospedar, agasalhar, alimentar – algo muito próximo da proposta de satisfazer as necessidades básicas tão próprias da enfermagem – e ainda as funções de questionar, incitar, impor limites, reconhecer (FIGUEIREDO, 2009).

No entanto, uma forma decisiva de cuidar não envolve o fazer, mas o agente cuidador que se situa como “presença em reserva”. O sujeito em reserva é aquele desapegado, que “deixa ser” seu “objeto” e o não-cuidar converte-se em uma maneira sutil e eficaz de cuidado, como a da mãe que deixa seu filho brincar sossegado enquanto ela se atém a estar presente, ao lado, silenciosa, dedicando-se, quem sabe, a seus próprios afazeres e interesses (FIGUEIREDO, 2009).

O desafio, segundo Figueiredo (2009), é saber dosar as ações que envolvem a “presença implicada” e a “presença reservada”. É óbvia a insuficiência da pura reserva, entendida como neutralidade, indiferença e silêncio; e são inegáveis os malefícios da implicação pura – os extravios e excessos das funções cuidadoras – ou seja, salvar, socorrer, curar a todo custo!

O ímpeto de cuidar a qualquer custo (nem que seja ao preço de anular o sujeito) sempre rondou a profissão. Segundo André (1998), o próprio Freud demarcou a afinidade da histérica com o desenvolvimento das funções da enfermagem, cuja principal característica de sua posição é a de sacrificar-se ante a tentativa de reparar o Outro, ou ao menos manter as aparências disso. Por outro

lado, a atuação de enfermagem permite-lhe exercer seu papel de devotada, consagrando-se inteiramente a demanda deste Outro.

Segundo Freud “a mordaza colocada pelo sujeito sobre a expressão de seus próprios desejos, encontra seu sentido nessa abnegação diante da demanda do Outro, abnegação na qual o sujeito se reveste de uma imagem: a imagem daquele, ou daquela, que o Outro só pode amar e preferir a qualquer outro” (ANDRÉ, 1998, p. 125).

Figueiredo (2009) também aponta os riscos dessa fantasia inconsciente de onipotência, em que o agente do cuidar sabe tudo e pode tudo. Para o autor, o cuidador deve exercer a renúncia à sua própria onipotência e a aceitação da sua própria dependência. É preciso saber cuidar do outro, mas, também, cuidar de si e deixa-se cuidar pelos outros, pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido.

É preciso, dizendo de outra forma, que o cuidado clínico de enfermagem extrapole seu caráter instrumental e passe a se articular com ferramentas que tomem a palavra como a matéria prima. Mas, então, por que a palavra? Por que a importância de uma clínica que seja pautada pela escuta?

Começamos por resgatar aquilo que consideramos ser a característica prioritária da enfermagem: a permanência junto ao paciente, criando um espaço de encontro em que desenvolva o cuidar. 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 em sua positividade.

A escuta surge, então, com este recurso que pode potencializar o encontro que se dá entre enfermeiro e paciente. Todavia “escuta” é também um conceito que precisa ser resituado. É próprio das palavras serem assimiladas ao discurso corrente e, nesse ato, perderem sua potência agitadora. Escutar não é, portanto, sinônimo de ouvir. Também não diz respeito a um processo em que aquele

que ouve recolhe elementos significativos daquele que fala para poder compreendê-lo melhor e assim intervir de acordo com suas significações. É, aqui, que recorreremos à psicanálise, enquanto prática fundadora da escuta como espaço de criação pela fala.

Mas, para haver escuta é preciso que haja palavra e, assim, uma das principais coisas a fazer seria criar condições para que a palavra seja dita, ou seja, estabelecendo uma presença implicada e uma presença reservada. Dessa forma, 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 banidas de nosso discurso, a fim de favorecer a emergência de um outro discurso, o da “outra cena” inconsciente (KIRSCHBAUM, 2000).

Lacan formaliza que o inconsciente está estruturado como uma linguagem. Assim, o acesso a esta estrutura só pode ser conseguido por uma única via, a fala do paciente; é através dela que o sujeito surgirá como efeito de linguagem, efeito único, singular em cada homem. Esse efeito diz sobre a lógica de uma cadeia de significantes que é construída para cada um de uma maneira, pois as marcas que cada homem carrega são também restritas à sua existência (GARCIA, 2004). Como podemos apreender com Lacan (1998a, p. 260):

[...] o inconsciente é esse capítulo de minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas pode ser resgatada, na maioria das vezes, já que está escrita em outro lugar. A saber: nos monumentos - e esse é o meu corpo, isto é, o núcleo histérico da neurose em que o sintoma histérico mostra a estrutura de uma linguagem e se decifra como uma inscrição que, uma vez recolhida, pode ser destruída sem perda grave; nos documentos de arquivo, igualmente - e esses são as lembranças de minha infância, tão impenetráveis quanto eles, quando não lhe conheço a procedência; na evolução semântica - e isso corresponde ao estoque e às acepções do vocabulário que me é particular, bem como o estilo da minha vida e a meu caráter; nas tradições também, ou seja, nas lendas que sob forma heroicizada veiculam minha história; nos vestígios, enfim, que conservam inevitavelmente as distorções exigidas pela reinserção do capítulo adulterado nos capítulos que o engendram e cujo sentido minha exegese restabelecerá (LACAN, 1998a, p. 260).

Nossa proposta, portanto, passa pela possibilidade de que o enfermeiro, no exercício de atividades onde o encontro com o outro é o foco maior, possa abrir espaço para a manifestação da dimensão do inconsciente. Esse dispositivo permite que o sujeito, ao emergir nos tropeços das intenções conscientes daquele que fala,

possa ser reconhecido como tal pelo falante. Além disso, a partir desse reconhecimento, abre-se espaço para o surgimento do novo, pois o sujeito terá sido levado a admitir como sua uma produção que desconhecia, mas que, ainda assim, faz parte dele (ELIA, 2004).

Entendemos que são muitas as contribuições desse encontro da enfermagem com a psicanálise, principalmente no momento em que se começa a entrar na ética do “um a um”, na consideração do “caso a caso”. Dessa forma, exerce-se uma verdadeira “clínica do sujeito”, em que o importante é exatamente aquilo que do coletivo escapa, ou seja, o cuidado com a singularidade. Isto não corresponde a uma segregação, como alguns podem pensar. Cuidar da singularidade é respeitar o princípio da diferença, da subjetividade (já que não existe subjetividade coletivizada) (ASSAD, 2005).

Mas, como esses enfermeiros poderiam apreender essa técnica de cuidar do um a um, ou seja, da clínica do sujeito? Como diria Figueiredo (2009), o agente do cuidado é exercido no equilíbrio dinâmico entre as funções da “presença implicada” e suas relações com a “presença reservada”, mas isso não é orientado em nenhum manual e tampouco em cursos superiores. É uma escolha do sujeito. Um sujeito que, ao se deparar com questões de sua prática (ou mesmo questões de ordem pessoal) decida analisar e ampliar sua formação. Somente por essa via é possível que “um sujeito” possa vir a tornar-se um analista. Não é vedado ao enfermeiro fazer esse percurso, pois isso não depende da formação acadêmica. Tudo vai depender do desejo. Sobre isso, Askofare (2006, p. 164) atenta que “o psicanalista se forma, especialmente, por uma ‘psicanálise didática’, mas a própria Psicanálise não se transmite: ela se inventa, é uma questão de estilo, de desejo e de ato”.

Finalmente, salientamos a importância dessa clínica do sujeito na construção de novos espaços que façam emergir a fala do sujeito. Almejamos, portanto, que o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental tenha como objeto de sua prática clínica o sujeito inconsciente e suas relações com a emergência da fala.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões que nortearam este estudo nasceram de uma inquietação: quais as possibilidades de desenvolver um cuidado clínico de enfermagem em saúde mental que considere a dimensão do sujeito no caso a caso, sua condição desejante e a singularidade de sua história? Partimos para a realização do estudo nesse campo cheio de imprevisibilidades que é o do encontro com o outro. As poucas certezas que portávamos eram aquelas oferecidas a quem se dispõe a acreditar no saber do inconsciente: ouvir sem privilegiar elementos, dispor-se a uma atenção flutuante e sair do lugar de mestria, permitindo a emergência deste saber “não sabido”. Pautamo-nos na proposta da construção do caso clínico como espaço dessa intervenção e nas contribuições do referencial psicanalítico para o cuidado clínico de enfermagem.

A escolha desse método, próprio à psicanálise, nos possibilitou uma outra forma de fazer pesquisa e clínica, simultaneamente. No desenrolar da pesquisa, pudemos delimitar aspectos relacionados à transferência, estabelecer uma hipótese de diagnóstico estrutural e realizar algumas intervenções. O caso clínico que selecionamos para comentar nesse estudo permitiu-nos discutir e apresentar para a enfermagem conceitos importantes da clínica psicanalítica como sintoma, transferência, escuta, dentre outros.

Arlete nos chegou com uma queixa: o medo de que o ar pudesse lhe faltar. Podemos imaginar como poderia ser feita essa abordagem no modelo tradicional: procurar por uma doença respiratória que justificasse a queixa? Tentar convencê-la de que o ar, na verdade, não vai faltar? Encaminhar para que o médico prescreva um benzodiazepínico, como tantas outras mulheres consideradas com “piti”?

Apostar na construção de seu sintoma, e no fato de que esse sintoma porta um enigma a ser decifrado, permitiu-nos enveredar pelo fio de Arlete, que a fala da paciente nos ofereceu: a feminilidade, o Édipo, a angústia. Podemos até considerar que isso foi pouco, pouco tempo, pouca experiência. Sem falar nas dificuldades próprias de se conduzir uma escuta ao mesmo tempo em que se

desenvolve uma pesquisa. Mas, na verdade, o produto alcançado nesse estudo vai muito além disso.

Partimos da constatação de que a reprodução do modelo tradicional de saúde ainda está presente na prática profissional, através de uma escuta que supõe um sujeito cartesiano, plenamente consciente das razões de seu sofrimento, e através de intervenções pré-estabelecidas, dentro de modelos rígidos, onde se supõe o fim do sofrimento e mudanças de comportamentos inadequados, com a finalidade na cura.

Apostamos que era possível, certamente não sem condições, fazer do encontro profissional-paciente um espaço onde sua queixa possa ser acolhida de um lugar outro que não a de detenção do saber; mas, daquele que, pela escuta, acompanha o sujeito na descoberta daquilo que constitui seu sintoma.

Mas, como um enfermeiro poderia se apropriar dessa técnica que é a escuta psicanalítica? Freud em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* [1912] dá resposta:

[...] 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).

Desde então ele nos lembra que, apesar de haver, sim, uma técnica (associação livre e atenção flutuante), ela não é orientada em nenhum manual e, tampouco, em cursos acadêmicos. 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 pautado numa prática do um a um, enfocando nesse processo a responsabilização do sujeito à medida que esclarece que cada um possui em si mesmo uma saber. Isto é, estamos nos referindo ao fato de que o sujeito é verdadeiramente o agente dessa clínica. Assumir essa postura implica numa dimensão ética, pois impele ao profissional de saúde a também deslocar seu lugar.

Partindo dessas considerações, propor *a priori* a psicanálise como um referencial para a enfermagem seria impossível. No entanto, ainda que não seja ocupando o lugar de analista, o enfermeiro pode se beneficiar desse encontro com a psicanálise. É interessante que a enfermagem trace estratégias para o desenvolvimento de tecnologias leves, que permitam uma modificação na sua atuação profissional. Por isso, é indispensável à interseção dessa práxis com alguns outros campos do conhecimento, a fim de possibilitar novas concepções e práticas menos cristalizadas. Nesse sentido, como vimos acima, a psicanálise é uma das abordagens que se prestam a esse objetivo.

Assim, o relacionamento desses conceitos com a conjuntura atual da enfermagem tende a possibilitar a produção de conhecimento extremamente valioso para a confecção de saídas para práticas reducionistas e entraves que ainda permeiam esse tipo de assistência, bem como estimular a criatividade, ao engendrar novos caminhos para as experiências que propiciem revoluções nas relações com o outro e consigo mesmo.

Entendemos que esse assunto não se esgota com este estudo; aliás, acreditamos estar na etapa inicial, tendo em vista a insuficiência de debates sobre o tema na produção de conhecimento da enfermagem e da clínica do sujeito. No entanto, ao final desta experiência, pudemos perceber que este estudo pode contribuir, de alguma forma, para facilitar a busca de caminhos estratégicos para um agir mais crítico no âmbito do cuidado clínico de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.: Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Tradução: Dulce Duque Estrada, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

ASKOFARE, S. A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. **Psicologia USP**, v. 17, n. 2, 2006, p. 157-166.

ASSAD, M. M. E. et al. Algumas contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. **Revista Conceitos**. Paraíba, n.11, 2004.

BIRMAN, J. O sujeito no discurso freudiano. In: **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: ed. 34, p. 15-42, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.**- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15 (esp), p. 152-157, 2006.

CABAS, A. G. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: as questões do sujeito ao sujeito em questão.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009. 255p.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. bras. Enfermagem.**, v.58, n.2, p.214-217, Abr. 2005.

COFEN. Lei do exercício profissional n.º 7.498/86. Brasília, 2009.

COFEN. Resolução Cofen 163/1993. Brasília, 2009.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 25-32, abril 1999.

DINARDI, R. e ANDRADE, R. Discussão X Construção do Caso Clínico. **Mental**. ano II, n. 4. Barbacena, 2005, p. 24-58.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. 80p.

FARIA, E. M. Resgate da subjetividade no trabalho em saúde: o diálogo das intersubjetividades na saúde. In: Maria Tereza Leopardi. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999, v. 1, p. 1-176.

FIGUEIREDO, A. C. A construção de caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** v.7, n.1, p. 75-86, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta; 2009.

FINGERMANN, D. O que falar quer dizer? **Ide**, São Paulo, v.30, n.45, p.24-27, dez. 2007.

FINK, B. **O sujeito laciano** – entre a linguagem e o gozo. Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 205 p.

FRANCO, T.B. e MAGALHÃES, JR. Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREUD, S. [1900] A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. **Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1905] Tres ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Edição standart brasileira das obras 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 completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1913] Sobre o início do tratamento. In: FREUD, S. **Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1914] Recordar, Repetir e Elaborar. In: FREUD, S. **Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1915] Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, S. **Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1931] Sexualidade Feminina. In: FREUD, S. **Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1933] Feminilidade. In: FREUD, S. **Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- FURTADO, J. P.: Um método construtivo para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- FURTADO, L. A. R. **Pela via do sintoma**: da atividade laboral ao trabalho psíquico [Dissertação]. Fortaleza, CE: Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, 2005.
- GARCIA, A. P. R. F. **Apreendendo possibilidades de cuidar** [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- GARCIA, A.P.R.F., et al. As práticas de saúde da família discutidas na perspectiva da psicanálise: uma proposta de cuidado. In: **IX Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: Os Novos Velhos Desafios da Saúde Mental. Programa e resumos do IX Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**. FIERP-EERP/USP. Ribeirão Preto . p. 71-71 , 2006.
- GARCIA, S. R. e MARTINS, F. Lógica conversacional e técnica psicanalítica. **Ágora**, Rio de Janeiro, dez., v.5, n.2, p.249-270. 2002.
- GUIMARÃES, J.; SAEKI, T.: Janelas da Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de ribeirão Preto (SP). **História, Ciência, Saúde- Manguinhas**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 357-374, 2001.
- GUIMARÃES, J; MEDEIROS, S. M. de; SAEKI, T; ALMEIDA, M. C. P. de : Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, 2001.
- GUIMARÃES, R. M. e BENTO, V. E. S. **O método do “estudo de caso” em psicanálise**. Revista Psico. v. 39, n. 1, 2008, p. 91-99.
- HADDAD, M. do C. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Espaço para a saúde**. Londrina, v. 1, n. 2, p. 75-88, jun. 2000.
- KANTORSKI, L.P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.3, 2005. p. 317-24.
- 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. **Seminário 14 - La logica del fantasma**. Mimeografado. (Trabalho original publicado em 1967).
- _____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: Lacan J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998a. p. 238-325.
- _____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde de Freud. In: Lacan J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998b. p. 496-533.

_____. **O seminário livro 5: as formações do inconsciente** [1957-1958]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999.

_____. **O Seminário: angústia** [1962-63]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da psicanálise**. 2ª ed.; 8ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LOYOLA, C. M. D. **O Parentesco Imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994.

MACHADO, A. L., COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, setembro-outubro; p. 672-7, 2003.

MANNONI, O. **Freud**: uma biografia ilustrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

MARCON, H. H. A subjetividade no trabalho com saúde mental. **Psychê**, São Paulo, n. 20, 2007, p. 151-164

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. de; Um relato de experiência de quem vivência a reforma psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), 56 (5), 2003.

MELLO, D. M. **Nau do desejo**: o percurso da ética de Freud a Lacan. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Alfenas, MG: Unifenas, 1995.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 189p, 2002.

MOURA, A. H. de. A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

NASIO, J.-D. **A histeria**: teoria clínica e psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

OLIVEIRA, A. G. B., ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am Enfermagem**; 2003.

_____. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005.

PESSANHA, J. A. M. Vida e Obra de René Descartes. In: **Pensadores**. Editora Nova Cultura, 1999.

PIRES, B. L. M. C. **Uma nova proposta de ensino para a relação médico-paciente: a escuta diagnóstica** [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

PORTER, R.: **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

POUJOL, J. **Manual de relacionamento de ajuda conselhos práticos para acompanhamento psicológico e espiritual**. Tradução: Norma Cristina Guimarães Braga. São Paulo: Vida Nova, 2006.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

_____. **Um Olhar a mais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. **As 4+1 condições da análise**. JZE: Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

ROTELLI, F. e AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

SCUCATO, R. **As significações sobre autonomia e cuidado de si vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano de ações e interações**. 2004. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

SILVA, G. B. Medicina e enfermagem na sociedade brasileira. In: _____. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986, cap. 3, p. 73-81.

SILVA, T. C. e KIRSCHBAUM, D. I. R. Psicanálise como método de pesquisa que se desenha na prática clínica: contribuições para a Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 3, 2008, p. 486-90.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

SILVEIRA, L. C., BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, julho-agosto; 2005, p. 591-5.

SOLER, C. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

TENÓRIO, F.: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde- Manguinhas**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – definições e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, Portugal, v.2, n.1. 2000, p. 93-108.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga Psicanálise e Saúde Mental**. n. 13, set. Belo Horizonte: EBP (Escola Brasileira de Psicanálise) - MG, 1999, p. 50-59.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WHEATLEY, L. M. F. R. **O corpo do sujeito: escuta sensível da clínica psicanalítica** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia da UERJ, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman. 2005.

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada *Cuidado Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito*, com o objetivo de analisar as possibilidades de um cuidado clínica de enfermagem em saúde mental a partir do referencial teórico da clínica do sujeito. Desta forma, gostaríamos de contar com sua permissão para participar desta pesquisa. Caso você concorde em participar, precisamos de sua autorização para escrever as consultas realizadas. Garantimos que este registro será feito de modo a manter seu anonimato, ou seja, sua identificação será preservada.

Além disso, ressaltamos que a pesquisa não lhe trará qualquer espécie de prejuízo e que você poderá desistir de participar da mesma no momento em que desejar, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. A participação na pesquisa é atividade voluntária e os participantes não receberão remuneração.

Em caso de dúvidas ou dificuldades inerentes à própria pesquisa, a pesquisadora responsável Mestranda Arisa Nara Saldanha de Almeida estará disponível através do fone: 8824-5292.

Mestranda Arisa Nara Saldanha de Almeida
Responsável pela pesquisa

Tendo sido informado sobre a pesquisa *Cuidado Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito* e, estando ciente que meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes ao estudo, concordo em participar da mesma e autorizo a utilização das informações por mim prestadas.

NOME: _____

Assinatura

DATA: ___/___/___

