

ANA PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA

APREENDENDO POSSIBILIDADES DE CUIDAR

CAMPINAS

2004

ANA PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA

APREENDENDO POSSIBILIDADES DE CUIDAR

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

ORIENTADOR: Prof^ª. Dr^ª. Débora Isane Ratner Kirschbaum

CAMPINAS

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

G165a Garcia, Ana Paula Francischetti
Apreendendo possibilidades de cuidar. / Ana Paula Francischetti
Garcia. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Débora Isane Ratner Kirschbaum
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Saúde mental. 3. Cuidados de
enfermagem. I. Débora Isane Ratner Kirschbaum. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

DEDICATÓRIA

Ao Marcelo...

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Débora Isane Ratner Kirschbaum, pela confiança e incentivo e por me indicar caminhos e permitir que eu os escolhesse com liberdade.

À Prof^a Dr^a Eliete Maria Silva, pela posição generosa que me dedicou e possibilitou que este trabalho pudesse ser iniciado.

À Prof^a Dr^a Márcia Regina Nozawa, pela conversas que muitas vezes contribuíram para que eu continuasse a articular minhas idéias.

Às colegas com as quais compartilhei as disciplinas do mestrado, especialmente a Juliana e a Gabriela, que me incentivaram a estudar e permaneceram ao meu lado no laborioso estudo dos textos psicanalíticos.

Ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que me acolheu e possibilitou este estudo.

E, sobretudo a C., que em seu anonimato permitiu que eu pudesse construir e apreender como ser enfermeira.

	<i>Pág</i>
RESUMO	<i>xvii</i>
ABSTRACT	<i>xxi</i>
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA	39
2.1 - Referencial teórico metodológico.....	41
2.1.1 - Pesquisa em psicanálise, acesso ao inconsciente.....	45
2.1.2 - Alguns dos principais conceitos da psicanálise.....	47
2.1.2.a - A transferência.....	48
2.1.2.b - O sintoma.....	51
2.1.3 - Considerações sobre a técnica.....	53
CAPÍTULO 3 - ANOTAÇÃO DOS FRAGMENTOS DOS ATENDIMENTOS A UM PACIENTE PSICÓTICO	57
3.1 - Desprazer em conhece-lo.....	59
3.2 - A primeira entrevista.....	60
3.3 - As prescrições de seus remédios.....	62
3.4 - Os jogos.....	67

3.5 - A primeira reunião com a equipe da unidade de internação.....	70
3.6 - Enfim..., a mãe entra em cena.....	72
3.7 - Será que minha mãe vai conseguir?.....	78
3.8 - Retrocesso na questão dos medicamentos.....	79
3.9 - A casa para minha mãe.....	81
3.10 - A velha e o demônio.....	83
3.11. Unidade de internação – CAPS – casa: um paciente como embrulho para entrega.....	85
3.12 - Pendurado no muro.....	88
CAPÍTULO 4 - A CONSTRUÇÃO DO CASO: UMA POSSÍVEL MANEIRA DE CUIDAR.....	91
4.1 - Uma visão de cuidado possível.....	93
4.2 - Um paciente é apresentado.....	97
4.2.1 - Construção da diferença no lugar de um vazio – a psicose.....	97
4.2.2 - C.....	100
4.2.3 - O lugar de um começo.....	101
4.3 - A primeira entrevista.....	111
4.4 - Como a transferência foi estabelecida.....	118
4.5 - Desatando um primeiro nó.....	121
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	149
ANEXO.....	155



RESUMO

Este estudo tem como objetivo apreender as possibilidades de cuidado de enfermagem oferecido a um paciente psicótico que considerem a estrutura clínica do sujeito e a relação que se desenvolve entre enfermeiro, paciente, família e instituição. Para realizá-lo optou-se por desenvolver uma investigação de cunho qualitativo. O referencial teórico-metodológico escolhido foi o psicanalítico, tendo em Freud (1856-1939) e Lacan (1901-1981) os pressupostos teóricos que favoreceram delimitar o objeto deste estudo. A técnica utilizada para a análise dos resultados foi a da construção de caso clínico em psicanálise desenvolvida por FÉDIDA (1991), técnica essa própria ao referencial teórico escolhido. A partir da construção do caso clínico, observou-se a necessidade de explicitar alguns conceitos que fundamentam o referencial teórico utilizado, pois se entendeu que este esclarecimento sobre as concepções de sujeito, tratamento, sintoma, transferência, inconsciente e estrutura clínica subsidiariam a construção de um cuidado de enfermagem possível. Finalmente, apreendemos que o cuidado de enfermagem destinado a um paciente psicótico construído a partir da perspectiva da psicanálise deve ser elaborado com a participação efetiva do paciente, considerando para tanto seu discurso, escutando-o em sua positividade. Pois só a fala do paciente é que poderá revelar sua estrutura clínica. Cuidar, então, adquire um novo significado, ou seja: torna-se cuidar da relação transferencial, cuidar dos significantes, cuidar da posição que estabelecemos para nós, enfermeiros, e para o paciente e principalmente cuidar em não se esquecer de que o saber inconsciente se caracteriza pelo desconhecimento.



ABSTRACT

The present survey which aims at grasping the possibilities of nursing care available for a psychotic patient which will take the individual's clinical structure into account, as well as the relationship as developed among nurse, patient, family and the institution. In order to achieve this purpose it was decided to develop a quality characteristic. The chosen methodological theoretical reference was the psychoanalytical, having Freud (1856-1939) and Lacan (1901-1981) the presupposed theoreticians who aided at bounding the purpose of the present survey. The technique used for the result analysis was the making of the clinical case in psychoanalysis, (FÉDIDA, 1991) which is a proper technique of the chosen theoretical reference, viz., psychoanalysis. As of the making of the clinical case, the need arose to explain some concepts which justify the theoretical reference used because it was clear that this explanation about the individual's conception, treatment, symptoms, transfer, subconscious and clinical structure would subsidize the making of a nurse care aimed at a psychotic patient created as of the psychoanalysis prospect, must be produced through the patient's effective participation, and considering his speech, listening to its positivity because the patient's speech alone can show his clinical structure caring then, takes on a new meaning, that is, caring becomes, caring for the transference relationship, caring for the meanings, caring for the position we establish for ourselves and the patient and mainly trying not to forget that the unconscious knowledge is a knowledge that is characteristic of absence of knowledge.



CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Inicialmente, gostaria de descrever algumas situações com que me deparei em minha trajetória de trabalho junto a pacientes que revelavam, através de seus discursos, uma estruturação psicótica. Pois foi a partir da tentativa de desenvolver junto a estes pacientes um trabalho de enfermagem que tinha como intenção o cuidado que minhas primeiras interrogações surgiram e motivaram a realização deste estudo.

Estes primeiros achados clínicos surgiram do trabalho diário que desenvolvia junto aos pacientes que eram tratados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em que eu trabalhava. Nessa época, era uma enfermeira recém-formada. Estes achados clínicos inicialmente me conduziram a uma interrogação, ainda muito tímida, estruturada de maneira intuitiva, mas que já revelava, no entanto, uma certa implicação pessoal, enquanto sujeito-pesquisador sobre o tema deste trabalho que aqui apresento.

O primeiro acontecimento que chamou minha atenção foi quando me deparei com um adolescente, cujo diagnóstico psiquiátrico era de transtorno psicótico severo, associado a um quadro de deficiência mental. Ao longo do dia, esse adolescente entrava várias vezes na sala de enfermagem e pedia para passar algodão com álcool em sua perna e também para “curar” o seu machucado no dedo que não sarava. A todo momento víamos o adolescente manipular o machucado, abrindo o corte que novamente começava a sangrar, e lá estava ele, novamente, no posto de enfermagem pedindo para “curar” o seu machucado.

O segundo acontecimento que chamou minha atenção foi quando tive a oportunidade de cuidar de uma senhora que estava em um momento de crise. Esta senhora demonstrava em muitas ocasiões, através de seus atos, não perceber as dimensões de seu próprio corpo. Tratava-se de uma mulher obesa que inúmeras vezes durante o plantão se despia e tentava vestir roupas que não lhe serviam, por serem demasiadamente pequenas. Quando eu me aproximava para observar que as roupas que ela tentava vestir eram pequenas, ela me olhava com indiferença e me dizia: “*Vou fazer caber São Paulo em Campinas*” e continuava aquela tarefa até que alguma peça de roupa coubesse em seu corpo. Era nítido, porém, que as peças eram muito apertadas e desconfortáveis, mas este fato parecia não incomodar aquela senhora.

Nas duas situações, procedi da mesma maneira, ou seja, tentei ensinar para ambos que sua conduta era prejudicial à saúde.

No caso do adolescente, tentava proibi-lo de manipular seu ferimento permanecendo ao seu lado e repreendendo-o quando tentava manipular o machucado. Também lhe dizia que sua atitude poderia ter conseqüências ainda piores, pois, além de não sarar, seu machucado poderia infeccionar e, assim, fazia um curativo. No entanto, o que eu lhe dizia pouco adiantava e ele continuava a repetir seu ritual.

No caso da senhora, eu lhe oferecia roupas de tamanho adequado à sua estrutura corporal e também enfatizava a importância do conforto. Ela vestia as roupas que eu oferecia, mas após um breve momento começava novamente a experimentar as roupas pequenas.

Comecei a perceber que a minha preocupação em oferecer um cuidado que possibilitasse àqueles indivíduos conforto físico e bem-estar não era apreendido por eles como tal, já que ao insistir com estas intervenções prescritivas,¹ dizendo o que era bom e o que era ruim para eles, cada um respondia de uma maneira peculiar. No entanto, suas respostas nunca atingiam o resultado que eu julgava ser satisfatório.

Esses dois pacientes, apesar de minhas intervenções, continuavam a repetir seus comportamentos. Entretanto, eu entendia que os comportamentos apresentados pelo adolescente e pela senhora poderiam expô-los a riscos. No caso do adolescente, existia o risco de que o ferimento viesse a infeccionar devido à constante manipulação e, no caso da senhora, existia o risco de que as roupas apertadas pudessem garrotear um membro, prejudicando a adequada circulação sanguínea, e conseqüentemente causar a disfunção do membro garroteado; além das roupas pequenas permitirem a exposição de seu corpo.

Diante da constatação de que os comportamentos apresentados pelos pacientes podiam expô-los a riscos, estabeleci intervenções de enfermagem que consistiam em oferecer a estas pessoas as orientações necessárias para que elas pudessem modifica-los. A

¹ De acordo com KIRSCHBAUM (2000), as ações prescritivas podem ser entendidas no sentido de aproximar ou levar o paciente a adotar um certo modo de agir que pareça mais adequado às exigências sociais ou às formas de relacionamento social mais apreciadas pelo grupo em que ele deveria estar inserido.

apreensão do comportamento destes pacientes bem como as intervenções de enfermagem que eu tentava implementar eram pautadas em uma espécie de ética da tutela (COSTA, 1996), que estabelece uma relação entre o agente que oferece os cuidados e o sujeito em tratamento, na qual existe uma posição definida previamente para o indivíduo que é tratado, considerando-o privado de razão e vontade devido à sua doença.

Observava que as intervenções implementadas não se configuravam como intervenções efetivas, uma vez que os pacientes as ignoravam e continuavam a repetir seu comportamento. Ao observar que, apesar de minhas tentativas, não conseguia adequar seu comportamento a partir da implementação das ações de enfermagem, eu permanecia em uma situação de desconforto, pois não conseguia fazer valer minha função de adequá-los às regras sociais. Parecia que para aqueles pacientes esta adequação não era tão importante quanto para mim.

A partir dessas observações, acima citadas, pude elaborar uma primeira interrogação, isto é, o que faltava em minhas intervenções para que eu pudesse obter um resultado diferente. O que eu não estava levando em conta ao avaliar esses pacientes e implementar as ações de enfermagem, favorecendo que eles continuassem a repetir seus comportamentos?

Para tentar elucidar esta questão, acredito ser importante definir qual o entendimento sobre o cuidado de enfermagem que será considerado neste estudo.

Concordamos com ALMEIDA e ROCHA (1989), que descrevem o cuidado de enfermagem como objeto do trabalho de enfermagem, cuja finalidade é a reprodução das condições de vida dos homens. Este cuidado encontra sua realização por meio da instrumentalização do saber de enfermagem, que se expressa através das técnicas e condutas que sustentam as práticas desenvolvidas. Tais práticas são engendradas social e historicamente e reveladas pelo modo de organização do processo de trabalho em uma dada estrutura social. Assim,

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (saber de enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente (ALMEIDA e ROCHA, 1989: 24).

A partir desta leitura que ALMEIDA e ROCHA (1989) oferecem sobre a prática do cuidado de enfermagem, que é plasmada tanto por sua dimensão mais abstrata e estrutural que é o saber como também pelas práticas e discursos sociais que seus agentes desenvolvem, podemos considerar que o cuidado de enfermagem que fora desenvolvido nos dois casos relatados anteriormente, correspondia ao momento histórico em que emergiu a Reforma Psiquiátrica e a conseqüente organização dos serviços de saúde em que o trabalho de enfermagem passou a ser produzido.

Nesta perspectiva, podemos considerar que, com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi possível estabelecer novas proposições de políticas de saúde mental que tiveram como proposta a substituição do atendimento fundamentado no modelo manicomial. Estas proposições políticas favoreceram o surgimento de novos equipamentos de atendimento à saúde mental, nos quais foi possível desenvolver uma reordenação dos saberes e práticas, com a finalidade de não mais segregar da sociedade as pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes.

Paralelamente, outras transformações ocorrem e dizem respeito ao modo de entender e tratar as pessoas com transtornos mentais. Novas práticas começaram a ser discutidas e construídas, fundamentadas no modelo da atenção psicossocial. O tratamento passou a ser visto como uma possibilidade dessa pessoa com transtorno mental assumir uma posição enquanto sujeito, respeitando-se suas diferenças e construindo condições que lhe possibilitassem estabelecer laços sociais com as demais pessoas da sociedade.

Essas transformações deslocam o profissional de enfermagem de sua antiga posição, cujas características do trabalho eram definidas, preferencialmente, pela vigilância e contenção (CAMPOS FILHO e ARAÚJO, 1986) para uma posição na qual o profissional é considerado também terapeuta, capaz de elaborar projetos terapêuticos para os pacientes.

Além desta prática caracterizada pela vigilância e contenção, os profissionais de enfermagem, durante sua formação, são direcionados para um desempenho baseado em regras de ação técnica claras e definidas que não os capacitam ao trabalho em equipe (ROCHA, 1994). Esta constatação traz para o profissional de enfermagem diversas dificuldades, uma vez que os novos modelos de atenção destinados à saúde mental

trabalham prioritariamente com uma perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar e o campo da psiquiatria ampliou-se, considerando a pessoa, a doença e o tratamento a partir do campo da saúde mental.

O cuidado de enfermagem, neste contexto, torna-se uma atitude fundamental que pode opor-se ao descaso e ao descuido. Autoras como LOYOLA e ROCHA (2000) afirmam que, na enfermagem psiquiátrica, cuidar e tratar vêm sendo reduzidos a acolher com garantias, ou seja, garantia de alimento, de vestimenta, de uma cama para dormir, de medicação, de alguma privacidade.

Porém o cuidado para LOYOLA e ROCHA (2000) não se deve resumir a acolher com garantias, pois consideram que esta proposta empobrece demais o que a enfermagem pode propor como tratamento.

O cuidado, no contexto da saúde mental, pode ser apreendido como um dispositivo que favoreça a produção de novos efeitos terapêuticos, substituindo o acolhimento com garantias por uma ação de cuidado que seja capaz de produzir um sentido singular àquele que o recebe, fator que contribuiria inclusive para a inserção social do paciente, levando-se em conta sua singularidade e considerando que a sua diferença diz respeito à sua manifestação enquanto sujeito.

Os novos efeitos terapêuticos são produzidos, então, ao se considerar o discurso da pessoa tratada. O cuidado de enfermagem deverá ser construído a partir da fala do paciente, escutando-se a demanda que o sujeito emite.

Então, seria importante apreender ou até mesmo construir um estilo de cuidar que implicasse abordar estes pacientes de uma maneira radicalmente diferente, que incorporasse estratégias e modalidades terapêuticas grupais ou individuais favorecedoras da retomada do paciente em seu lugar de sujeito falante, reflexivo e produtivo (KIRSCHBAUM, 2000), não compactuando com um cuidado que se limite a acolher com garantias.

No entanto, com estas mudanças políticas, sociais, culturais e dos saberes que possibilitam a reorganização dos processos de trabalho também surgem os impasses provenientes da desconstrução do saber que o profissional de enfermagem possuía até então. Esse profissional passa a ser convocado a assumir o lugar de técnico de referência e várias questões que marcam esta função invadem a prática do enfermeiro.

O técnico de referência está inserido em um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, que tem como finalidade estimular a produção de novos padrões de relação entre equipe e usuário (CAMPOS, 1999). Este novo arranjo leva em conta, no entanto, um sujeito apreendido a partir da clínica, o que nos faz inferir que ser profissional de referência implica fazer clínica, pois é a partir dela que se estrutura a possibilidade deste profissional atuar também como um gerente de casos.

No caso deste estudo, em que o enfermeiro assumia o papel do técnico de referência, sua atuação transcenderia a gerência do caso, já que a condução do mesmo incluiu também o lugar de terapeuta como atividade do campo da saúde mental.

O profissional de referência é o que inicialmente acolhe o paciente no serviço, é com ele que o paciente desenvolverá seu percurso dentro da instituição. No entanto, várias posições podem ser assumidas por esse profissional e vão desde sua colocação como um mediador ou interlocutor de escolha entre os terapeutas, a família e o paciente, até uma colocação de maneira a implicar-se no tratamento e construir junto com paciente um sentido para sua estada e tratamento na instituição, assumindo, desta forma, a posição de terapeuta.

O profissional de referência pode, então, permanecer junto ao paciente colaborando para que ele possa construir um percurso para si, responsabilizando-se e assumindo uma posição subjetiva diante de seu tratamento. Com este entendimento, o profissional estará desenvolvendo uma clínica condizente com a ética da singularidade, que apreende cada sujeito como um e que como tal deve ser acolhido na sua diferença (MOTTA, 2000).

No entanto, quando se fala em clínica, surge um impasse que também invadiu a prática do profissional de enfermagem, a saber, qual é a clínica que o profissional de referência desenvolve?

No caso dos enfermeiros, especificamente, qual clínica subsidiará esta nova prática que surge no contexto de seu trabalho a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica e da construção dos novos equipamentos?

Para responder essa pergunta, será necessário construir um cuidado de enfermagem destinado ao sujeito psicótico sustentado por construções epistemológicas e conceituais que levem em conta a questão da clínica na constituição do cuidado.

Mas não podemos desconsiderar que o cuidado de enfermagem pode ser construído, ou melhor, concebido a partir das diferentes éticas que subsidiam o campo da saúde mental, ou seja, a ética da tutela, a ética da interlocução ou ainda a ética da ação social (COSTA, 1996).

Levando em conta a observação feita por ROCHA (1994), que identifica o direcionamento dos profissionais de enfermagem, em sua formação, para regras de ação técnicas e claras, podemos supor as dificuldades que se apresentam à realização de uma *práxis* sustentada na ética da interlocução, uma vez que a enfermagem, ao se deparar com as questões do cuidado, se volta para um saber sistematizado, que encontra em livros de enfermagem e enfermagem psiquiátrica, com o intuito de buscar fundamentação teórica e subsídios para sustentar a sua prática clínica, mas não encontra. Este saber divulgado pela literatura disponível pode impossibilitar a construção de uma prática baseada numa clínica fundamentada na singularidade.

Uma das fundamentações teóricas de uso corrente na enfermagem psiquiátrica é TAYLOR (1992) que considera o desenvolvimento do cuidado de enfermagem em saúde mental a partir da implementação do processo de enfermagem, que é um método de resolução de problemas envolvendo as fases de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

No entanto, para a construção de um processo de enfermagem que possa considerar a relação interpessoal com finalidade terapêutica, TAYLOR (1992) salienta ser necessário que os enfermeiros desenvolvam este processo no contexto de uma estrutura conceitual. Esta autora então estrutura sua prática utilizando os conhecimentos apreendidos através da teoria geral dos sistemas e da teoria da tensão e da adaptação, com as quais afirma poder compreender o comportamento humano e subsidiar as intervenções de enfermagem que, segundo a autora, teriam a finalidade de:

[...] proteger o sistema de estressores adversos ou aumentar a energia potencial do sistema, melhorando sua capacidade de adaptar-se ao estressor ou diminuir sua potência (TAYLOR, 1992).

No entanto, para proteger o complexo sistema humano, TAYLOR (1992) considera essencial que o processo de enfermagem tenha a finalidade de ajudar as pessoas, individualmente ou em grupo, a desenvolverem um autoconceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade.

As relações interpessoais têm um lugar importante na construção conceitual desse processo de enfermagem preconizado por TAYLOR (1992), por considerar que o desenvolvimento de uma personalidade adaptada ao meio em que o indivíduo vive se dá a partir do relacionamento do indivíduo com as pessoas consideradas significativas.

Neste contexto, o cuidado de enfermagem envolve, então, manejos e técnicas que levam em conta a intenção de proporcionar sentimentos de segurança ao paciente, com a finalidade de que este desenvolva um relacionamento satisfatório com a enfermeira. Pretende-se que a enfermeira se torne uma pessoa significativa para o paciente e que ajude na alteração dos aspectos patológicos da personalidade do paciente.

O relacionamento interpessoal terapêutico possibilita que o paciente aprenda a fazer adaptações efetivas diante de fatores estressores. Nesta perspectiva, a enfermagem psiquiátrica tem a compreensão de que um indivíduo aprende adaptações comportamentais basicamente pela interação com pessoas significativas do seu ambiente.

A enfermagem, para desenvolver este cuidado, utiliza-se do relacionamento enfermeira-paciente que compreende três fases distintas: a orientação (que tem como objetivo desenvolver a confiança, estabelecendo a enfermeira como alguém importante para o paciente); o manejo (que tem como objetivo identificar e resolver os problemas do paciente) e a conclusão (que tem como objetivo ajudar o paciente a rever o que aprendeu e a transferir esse aprendizado para a interação com os outros) (TAYLOR, 1992).

Portanto, se considerarmos o cuidado de enfermagem em saúde mental pautado nos pressupostos que levam em conta a observação dos comportamentos diante de estímulos estressores e, assim, classificá-los em adaptados ou não adaptados, podemos ponderar que este cuidado é pautado em uma ética tutelar que concebe o sujeito na condição de objeto, destituído de razão e vontade, uma vez que é encarado como parcialmente incapaz, ou melhor, possui uma dificuldade em realizar adaptações diante de determinados fatores estressores. Desta forma, a enfermagem, ao tratá-lo, coloca-se no lugar de uma pessoa que seja capaz de identificar e resolver os problemas do paciente.

Ao adotar uma prática subsidiada por este referencial teórico pautado no estabelecimento do processo de enfermagem, implementando ações de enfermagem junto ao paciente, às vezes, o profissional percebe as contradições, os antagonismos e as insuficiências que o construto teórico evidencia, se o enfermeiro levar em conta a clínica estabelecida nos serviços substituídos. Assim, a adoção de uma prática sistematizada impossibilita a construção de um saber baseado numa prática clínica fundamentada na singularidade e defendida neste trabalho como uma prática que possibilita a construção de novos efeitos terapêuticos, pautados no aparecimento do sujeito.

Os relatos iniciais das duas experiências vividas em minha prática como enfermeira exemplificam este impasse. Pois, naquelas situações, adotar um referencial teórico que levou em consideração a sistematização da assistência de enfermagem significou, muitas vezes, situar a clínica à margem do processo de tratamento, uma vez que, ao tentar adaptar o comportamento dos pacientes a uma norma preestabelecida, eu ficava impossibilitada de reconhecer e escutar o discurso que cada um deles enunciava como uma tentativa de produzir um sentido próprio para sua existência, o que possibilitaria, em cada caso, construir junto ao paciente um significado para o tratamento, atentando, desta forma, para a singularidade de cada um.

Vimos, então, que, ao considerar o cuidado de enfermagem uma prática delimitada pelos saberes produzidos pelos profissionais e pelo momento social, político e cultural em que os mesmos estão envolvidos, a construção de um cuidado de enfermagem possibilita o surgimento de novos efeitos terapêuticos. É importante ainda considerar as questões da clínica, entendida a partir da ética da singularidade, que concebe o ser humano

como um sujeito dividido, por considerar o inconsciente, que se apresenta como um efeito de linguagem (MOTTA, 2000; LACAN, 1998b).

Desta forma, buscamos identificar os elementos que poderiam favorecer a formulação estilo de cuidar. Com esta finalidade, optamos pela apresentação de um caso, por considerar as questões do sujeito singulares e próprias somente a ele. A discussão de um cuidado de enfermagem singular foi possível, neste estudo, porque o profissional de enfermagem em questão está inserido neste contexto de mudança, no qual o profissional de enfermagem também ocupou o lugar de profissional de referência e os impasses discutidos anteriormente foram evidenciados.

Assim, este trabalho tem como objetivo identificar as possibilidades de cuidado de enfermagem destinados a um sujeito psicótico, que levem em conta a estrutura clínica do sujeito como também a relação que se desenvolve entre enfermeiro, paciente, família e instituição.

Quando a enfermeira se encontra diante de um sujeito psicótico que necessita de alguma intervenção de enfermagem, ele pode apresentar um discurso delirante, que constitui uma tentativa de organizar os significantes de modo a dar algum sentido às experiências que vivencia no Real e que supõe originárias no exterior de seu ser.

Portanto, reconhecer a existência do sujeito na psicose favorece identificar a maneira pela qual este sujeito se estrutura na linguagem. Entendemos a linguagem, neste estudo, como a articulação dos significantes contidos na fala do paciente.

O tratamento da psicose, então, consiste em favorecer ao psicótico que ele construa uma possível articulação entre os significantes presentes no seu discurso e que não apresentam nenhuma significação possível de ser dada.

Na psicose, existe um deslocamento de significante para significante, mas não existe um ponto em que este deslizamento na cadeia pare, justamente porque na psicose algo não se completou no complexo de Édipo. E o que não se completou é a formulação da metáfora paterna que venha a substituir o desejo da mãe, ou seja: na psicose não existe o barramento ao gozo do Outro, como veremos futuramente, na discussão do caso clínico.

No contato entre o profissional de enfermagem e um paciente psicótico, este pode, por sua vez, remetê-lo ao lugar desse Outro sem barramento, com quem o psicótico mantém uma relação de certeza. Ele poderá renunciar a este lugar ao sustentar para o psicótico que não será ele que oferecerá o saber que lhe falta, deslocando-se, dessa maneira, desse lugar do Outro sem barramento.

No entanto, quando o psicótico coloca alguém, neste caso a enfermeira, no lugar do Outro, com quem mantém relações de saber que resultam em uma lei de poder gozar em seu corpo, é importante que a enfermeira consiga escutar esta demanda de saber e possibilitar que o psicótico construa uma metáfora delirante que lhe permita encontrar asilo deste Outro todo saber.

Para que seja possível a construção deste lugar de asilo é necessário que a enfermeira possa manejar a transferência que surge junto com esta demanda de saber do psicótico esvaziando este lugar, no qual, por conta de sua estrutura, o psicótico remete as pessoas que dele tratam.



CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

2.1 - REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A pesquisa consistirá num Estudo de Caso sobre um paciente psicótico. TRIVINOS (1995) e MINAYO (1994) caracterizam o Estudo de Caso pelo exame exaustivo e aprofundado de uma situação particular, buscando desta forma um entendimento do que se deseja conhecer.

O Estudo de Caso será realizado a partir da concepção de Construção de Caso Clínico em Psicanálise. Ao adotarmos essa concepção nos remetemos à dimensão da clínica, entendendo-a como a dimensão própria do homem, já que é a partir de uma estrutura clínica — seja ela neurótica, psicótica, perversa ou inclassificável — que o sujeito se inscreve no discurso social¹ (VIGANÒ, 1999).

A Construção do Caso Clínico coincide com o próprio ato de pesquisar, uma vez que uma determinada dimensão de pesquisa se impõe ao adotarmos um método analítico, pois ele tem a função de uma articulação intrínseca com o inconsciente, singular em cada homem. Logo, a cada novo tratamento uma nova investigação do inconsciente é inaugurada (ELIA, 2000).

A Construção do Caso Clínico diz respeito ao momento em que o analista se prepara, com a finalidade de poder receber do paciente a sua demanda — é uma preparação para que o analista possa escutar a demanda e assim começar a construção de uma delimitação, junto ao paciente, do seu desejo inconsciente, a partir da demanda que este faz. Sendo assim, o processo de construção possibilita ao terapeuta demarcar um lugar para si, como nos indica LACAN (1988) ao referir que o analista permanece no lugar daquele que **recebe**² a fala do paciente.

¹ O discurso social pode ser apreendido como sendo o discurso no qual aquele sujeito é nomeado e estabelece suas formas de relacionamento de maneira condizente ao grupo que está inserido e pelo qual reconhece e é capaz de se reconhecer a partir da sua nomeação (a determinação simbólica e o surgimento do Outro serão discutido futuramente no capítulo quatro).

É o discurso onde está presente toda uma multidão de figurantes, sejam eles: os pais, irmãos, companheiros etc; e que marca ou delimita o Outro (DI CIACCIA, 1999).

² Optamos pelo termo receber, ao invés de acolher, proposto pelo autor devido às vicissitudes que este termo poderia ocasionar na leitura do texto, uma vez que acolher é uma prática utilizada pelos profissionais de saúde e compreende receber bem, ouvir a demanda, buscar uma forma de compreendê-la e solidarizar-se com a pessoa acolhida (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2001).

Somos simplesmente, nós analistas, nessa circunstância, esse algo que **acolhe** aqui o suplicante, que lhe dá um lugar de asilo? Somos nós simplesmente, e já é muito, esse algo que deve responder a uma demanda, a demanda de não sofrer, pelo menos sem compreender? — na esperança de que compreendendo, liberará o sujeito não apenas de sua ignorância, mas o próprio sofrimento (LACAN, 1988:17).

Podemos considerar, a partir deste excerto, que o analista pode permanecer no lugar de algo que recebe o suplicante. No entanto, este lugar de receptor de uma fala é também o lugar pelo qual ele pode agir como parceiro num trabalho de decifração, que conduz o sujeito (suplicante) surgido como efeito de linguagem na fala do paciente a se interrogar, ao menos, acerca de seu sofrimento (LACAN, 1998e).

No caso da psicose, em especial, a Construção do Caso Clínico é uma concepção bastante pertinente, que possibilita ao analista construir para si um lugar onde possa receber a fala do paciente, seja esta delirante ou não.

A fala é concebida, neste estudo, como uma realização imaginária, na qual o sujeito encontra um abrigo para se refugiar (LACAN, 1998b). Porém é a partir do recebimento desta fala — que é vazia por não implicar o sujeito de sua enunciação — que o analista vai delimitando e, ao mesmo tempo, ensinando ao paciente a lógica que permanece nas entrelinhas e que revela o sujeito. Esta lógica é a do inconsciente e só pode ser apreendida nos momentos de ruptura³ da fala do paciente.

A importância de se fundar um lugar onde se possa receber, ou melhor, escutar a fala do paciente justamente em seus momentos de ruptura, que revelam o sujeito do inconsciente, é que possibilitará ao analista em parceria com o paciente desenvolver um trabalho de decifração. Esta posição demarca uma possibilidade de inscrição do sujeito (que é inconsciente e, portanto, evanescente) despontada a partir da transferência.

Desta forma, a pertinência da concepção de Construção de Caso Clínico, no caso da psicose, é justificada pelo motivo de o analista poder se situar de uma maneira que ele não entre no engodo de permanecer no lugar onde o paciente constrói suas relações imaginárias. Assim, o analista poderá emergir no lugar de um Outro que é diferente do Outro materno que invade o sujeito psicótico (QUINET, 1997).⁴

³ Os momentos de ruptura são considerados a partir da realização de uma fala plena, ou seja, a fala que implica o sujeito em sua enunciação. Como exemplo destes momentos de realização, temos: o dito espirituoso, o sonho, os atos falhos.

⁴ Os apontamentos descritos neste parágrafo serão aprofundados na página 95 e seguintes.

Deste lugar de um Outro, o analista poderá, então, começar a manejar a transferência, tornando possível ao psicótico construir sua singularidade a partir da inscrição de um lugar próprio que pode ser encontrado inclusive a partir de seu discurso delirante, pois o que vale é sustentar, tal como LACAN ([1955-1956] 2002) o fez, que o psicótico é um sujeito estruturado pela linguagem, e somente através de sua estrutura é que ele poderá ter êxito em tomar para si o seu lugar.

No que diz respeito ao modo como podemos operar a Construção do Caso Clínico, FÉDIDA (1991) vem ao nosso auxílio indicar que a construção passa por um momento em que é necessário ao analista trabalhar em um para além da interpretação. É antes de tudo formar, reconstruir ou construir um objeto que outrora estava estilhaçado.

FÉDIDA (1991), considera que o caso é uma teoria em gérmen, uma capacidade de transformação metapsicológica. Logo ele é inerente a uma atividade de construção.

Na psicanálise a construção diferencia-se da interpretação, não deixando espaço para que estes dois conceitos se relacionem, ao menos de forma direta, uma vez que a primeira diz respeito a uma experiência fundada no real e a segunda permanece no plano simbólico, mantendo uma relação estreita com o significante.

A construção revela a antecipação de um momento de concluir que “joga–empurra” o sujeito para um instante de olhar. E o que se vê, afinal? É o objeto de desejo, o objeto investido de todo o poder que o sujeito lhe imputa.

Este objeto começou a desvelar-se quando FREUD ([1911]1996) conseguiu elaborar algumas formulações sobre o mecanismo de funcionamento da paranóia. Nela, FREUD ([1911]1996) identifica a existência de um desejo homossexual desempenhando um papel fundamental. Desejo evidenciado no indivíduo pela fixação de sua libido em um estágio do desenvolvimento denominado narcisismo. Freud descreve os acontecimentos da seguinte maneira:

[...] chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne seus instintos sexuais (que até aqui haviam estado empenhados em atividades auto-eróticas), a fim de conseguir um objeto amoroso; e começa a tomar a si próprio, seu próprio corpo como objeto amoroso, sendo apenas subseqüentemente que passa daí para a escolha de alguma outra pessoa que não ele mesmo, como objeto (FREUD [1911]1996:68).

O objeto, neste caso, fica confinado à escolha narcísica, uma vez que o sujeito se coloca em uma relação objetal diante de outrem. A psicanálise, nestes casos, tem como intenção “re-edificar” o objeto psíquico, ou seja, o “eu” do sujeito objetificado e neste ato pretende inscrevê-lo como um nome. O psicótico se elege como objeto e para se estabilizar é necessário que o mesmo passe de objeto à significante. Assim, o que se busca é construir com ele um lugar (LACAN, 2002).

Através da Construção do Caso surgem hipóteses que possibilitam que um futuro ato analítico se estabeleça por parte do paciente, pois ele percebe que o analista o escuta de tal maneira que sua fala encontra um fundo, (um fundo de verdade relevante ao sujeito). Na psicose, o analista testemunha a possibilidade de o sujeito ter um lugar enquanto subjetividade. Ainda, sobre a formulação das hipóteses, FÉDIDA (1991) destaca:

Essas “hipóteses” (as formuladas pelo analista, para construção do caso) são então puramente da ordem da fantasia e decerto não autorizariam o analista a formar uma interpretação, ou seja, uma fala emanando da atividade de construção e comunicável ao paciente. É verdade que na supervisão — que é uma situação que exige a capacidade de imaginação, mas que é também a condição de uma percepção constante das sobredeterminações intertransferenciais — busca-se formar e depois formular o enigma do caso a partir desse ponto de vista exterior ao tratamento e que leve em conta na fala do analista as cegueiras (contra-) transferenciais (FÉDIDA, 1991:222).

Observa-se, desta maneira, que a formulação do enigma do caso não está situada somente no relato factual dos eventos vividos pelo paciente. Está também em uma construção que leva em conta as hipóteses que o analista elabora e que estão na ordem da fantasia no sentido de serem exteriores ao tratamento. Porém sua validade para a construção do caso está na relação transferencial que é instalada entre paciente e analista.

VIGANÒ (1999), no entanto, considera que o paciente e o analista têm, tão-somente, três termos fundamentais para a Construção do Caso Clínico, que são: a transferência, o sintoma e a demanda. Sendo assim, podemos afirmar que a Construção do Caso é uma experiência entre sujeitos, na qual existe um sujeito que interroga um outro (SANTIAGO, 2000).

2.1.1 - Pesquisa em psicanálise, acesso ao inconsciente

FREUD ([1900]1996), em seus estudos sobre a interpretação dos sonhos, propõe que o sonho é um processo inconsciente, motivo pelo qual não pode ser interpretado como uma formulação ocorrida ao acaso, isto é, os conteúdos que surgem no sonho possuem um sentido próprio.

Para solucionar a questão, FREUD ([1900]1996) destacava que o sonho deveria ser enfrentado (abordado) a partir de uma apreensão do sentido, uma vez que ele se apresenta sob a forma de linguagem. Portanto,

[...] o conteúdo (manifesto) do sonho é como uma transcrição dos pensamentos oníricos em outro modo de expressão cujos caracteres e leis sintáticas é nossa tarefa descobrir, comparando o original e a tradução (FREUD, [1900]1996:303).

O sonho, afirma Freud, é um quebra-cabeça de imagens. Mas para a sua interpretação não basta tratar o **rébus**⁵ presente no sonho como uma imagem, é necessário algo que inclua o **rébus** em uma cadeia de sentidos, pois somente assim será possível ao indivíduo realizar as analogias necessárias para que o grafo se torne palavra, frase, conteúdo da verdade para o indivíduo em questão.

Verifica-se, então, que reconhecer a característica de **rébus** presente no sonho é identificar apenas um instrumento de trabalho, sendo importante para a apreensão da linguagem do inconsciente que a imagem grafada se torne fala, seja elaborada, transcrita em palavras para então surgir um texto singular ao indivíduo, tal como afirma LACAN (1998).

⁵ O rébus é capaz de produzir, no adulto, o emprego fonético e simbólico dos elementos significantes, simultaneamente; possibilitando a supremacia do significante frente ao significado.

É na versão de texto que o importante começa, o importante que Freud nos diz ser dado na elaboração do sonho, isto é, em sua retórica (LACAN, 1998b:296).

A construção do inconsciente como linguagem, tal como é afirmada em toda a obra de Lacan, pode ser também identificada já nas primeiras construções teóricas desenvolvidas por FREUD ([1900]1996) em seu estudo sobre os sonhos.

Somos capazes de apreender, no entanto, que os sonhos comportam uma linguagem própria, com regras de construção exclusivas aos processos inconscientes, tal como a condensação, a sobredeterminação e o deslocamento. Através dessas construções torna-se possível observar a formação dos complexos psicopatogênicos, que são, portanto, do campo de investigação da psicanálise, seja ela inserida como agente de cura ou como pesquisa.

A pesquisa em psicanálise, então, deve ter como objeto de estudo o inconsciente, entendido a partir de uma perspectiva freudiana, ou seja, o inconsciente não é apenas o lugar de destino de todas as experiências humanas vividas e que permanecem em lugares inacessíveis da memória humana. É uma instância altamente determinante e ativa que imprime o modo de operação (ação) de cada sujeito, trazendo, inclusive, o traço singular de cada homem.

FREUD ([1915]1996) aponta que as idéias inconscientes ultrapassam uma classificação das idéias com caráter descritivo, pois as idéias inconscientes não podem ser tomadas simplesmente como idéias latentes, mas também como idéias que possuem certo caráter dinâmico, mas que se mantêm à parte da consciência, apesar de sua intensidade e atividade. Assim, tanto a atividade quanto a intensidade das idéias inconscientes podem ser verificadas a partir dos efeitos que o inconsciente produz no indivíduo, como FREUD ([1915]1996) aponta:

De certo deficiências de função da mais freqüente ocorrência entre as pessoas sadias, tais como por exemplo lapsus linguae, erros de memória e de fala, esquecimento de nomes, etc., pode-se facilmente demonstrar que dependem da ação de fortes idéias inconscientes, da mesma maneira que os sintomas neuróticos (FREUD, [1915]1996:282).

Nos quadros de paranóia, as idéias inconscientes determinam um modo de operação no qual o sujeito tenta “modular” a realidade externa à sua realidade psíquica, utilizando, porém, de forma precária o registro simbólico. Deste fato decorre que no delírio as palavras são tomadas pelas “coisas” próprias — “coisas” que têm, como no sonho, uma simbologia própria. É então pela construção delirante que o psicótico pode articular a realidade à sua realidade psíquica, fazendo da segunda a própria realidade (LACAN, 1988).

Desta forma, na presença de alguma proposição delirante, que surge aparentemente de modo acidental no discurso, podemos tomá-la como efeito do inconsciente que ali está em operação, tal como o ocorrido no sonho, no ato falho ou nos lapsos de memória. Entende-se assim que as formulações delirantes permanecem em território conhecido da psicanálise e, como FREUD ([1911]1996) afirma, nestes momentos é necessário apenas seguir a técnica psicanalítica habitual para que seja possível saber da verdade daquele sujeito.

2.1.2 - Alguns dos principais conceitos da psicanálise

Freud, em seu estudo autobiográfico, relata que já nos estudos sobre a histeria começa a construção dos conceitos que fundamentarão a psicanálise (FREUD [1924] 1996). Ou seja, é ainda na década de 90 do século XIX que o fundador da psicanálise inicia suas elaborações sobre o inconsciente, a teoria do recalque e da resistência, e a importância da sexualidade entendida como uma manifestação de ocorrência infantil e estruturante do comportamento do indivíduo durante a vida. Sendo assim, este autor afirma que teve como pretensão, a partir da psicanálise:

Dar ênfase à significação da vida das emoções e a importância de estabelecer distinção entre os atos mentais inconscientes e conscientes (ou antes, capazes de ser conscientes); introduziu um fator dinâmico, supondo que um sintoma surge através do represamento de um afeto, e um fator econômico, considerando aquele mesmo sintoma como o produto da transformação de uma quantidade de energia que de outra maneira teria sido empregada de alguma outra forma (FREUD, [1924] 1996:34).

A descoberta freudiana retrata um homem que tem como “força motriz” de suas ações uma causa que está longe de ser externa a ele, mas que mesmo sendo interna nunca se revela para o homem, uma vez que é do desejo que se trata e este está do lado do inconsciente. Assim, dele só sabemos dos sinais que chegam à consciência, ou seja, os sinais de pena ou de prazer (LACAN, 1988).

Porém os sinais que são possíveis chegar à consciência o fazem de maneira sistemática e ordenada em cada indivíduo como um modo de operação singular a cada um, mas podem ser analisados através das construções, interpretações da relação transferencial, da elaboração dos sintomas e da forma de demanda que cada sujeito apresenta a partir do ato analítico.

A descoberta freudiana traz a idéia de um sujeito descentrado, pois é um sujeito dividido e esta divisão se dá justamente por se considerar o sujeito como efeito de linguagem, o que revela a lógica inconsciente. No entanto, não sabemos nada a seu respeito, inclusive não consideramos que ele exista. Este sujeito é um Outro e não um eu (MASAGÃO, 2000). É justamente neste desconhecimento que a marca do inconsciente freudiano aparece, pois ele é a “outra cena” desconhecida do eu que suporta a materialidade da fala.

A partir da leitura da obra de Freud (1856-1939), Lacan (1901-1981) iniciou a formalização do inconsciente e do sujeito. A partir daí estes conceitos que fundamentam a psicanálise apresentam-se estruturados pela lógica que estrutura o inconsciente como uma linguagem.(LEITE, 2000).

2.1.2.a - A transferência

Freud, em seu artigo sobre a dinâmica da transferência, tece algumas considerações importantes a fim de explicar como a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico. Ele propõe que um indivíduo a partir de suas disposições inatas e das influências sofridas durante os primeiros anos de vida consegue elaborar um método próprio de se conduzir na vida erótica (FREUD [1912]1996).

O método que o indivíduo apreendeu para se conduzir na vida erótica será, então, utilizado por ele para conduzir suas relações com os objetos que determina para si e que também será capaz, em certo grau, de satisfazer seus instintos.

Na análise se estabelece um processo de transferência. Esta, por sua vez, é considerada um fenômeno clínico universal, que se apresenta, porém, de forma diferente de acordo como a estrutura que o indivíduo tratado possui. Como este conceito é utilizado universalmente pela psicanálise, temos dele algumas leituras que podem apresentar-se contraditórias entre si. Optamos por utilizar esse termo como foi descrito por LAPLANCHE (2001):

Transferência designa em psicanálise 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 (LAPLANCHE, 2001:514).

Contudo, a transferência não é de simples apreensão, pois o tipo de relação de que trata a afirmação feita por LAPLANCHE (2001) é uma relação em que estão em jogo dois planos distintos da realidade: a realidade psíquica e a realidade em que o sujeito está situado. A transferência traz consigo uma confusão, ou seja, mescla a imagem ilusória que o sujeito possui com o real que a ele se apresenta, impossibilitando assim o seu discernimento, tal como LACAN (1986) a posiciona, a partir de sua interrogação:

A partir de quando há verdadeiramente transferência? Quando a imagem que o sujeito exige se confunde para o sujeito com a realidade em que ele está situado. Todo o processo de análise está em lhe mostrar a distinção desses dois planos, deslocar o imaginário e o real. Teoria clássica — o sujeito tem um comportamento por assim dizer ilusório, de que se faz ver a ele o quanto é pouco adaptado à situação efetiva (LACAN, 1986:278).

Na psicose, a transferência é estabelecida de forma particular, sendo descrita por FREUD ([1912] 1996) como limitada ao tipo negativo e apropriada para a manifestação da resistência.

A relação transferencial tenta indicar a libido que permaneceu retirada em seu esconderijo; logo, na análise, todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como resistências. Ao assumir a posição de que a libido retida, na psicose, se fixa em um estágio do desenvolvimento psicosexual denominado narcisismo, temos no indivíduo psicótico o surgimento da transferência antecipando-se ao momento da demanda que o paciente faz para entrar em análise.

Na psicose a transferência oferece ao analista um lugar do qual ele deve retirar-se. Este lugar que o psicótico oferece ao analista a partir da relação transferencial é o lugar do Outro materno e absoluto. Assim, o manejo da transferência torna-se importante devido à necessidade que o analista possui de retirar-se deste lugar que lhe é oferecido pelo psicótico. A transferência indicará, neste caso, o lugar do detentor das respostas mesmo antes de elas poderem ser ditas pelo paciente, o que possibilita que o analista entre nas séries psíquicas do paciente como parte integrante de sua estruturação delirante. No entanto, esta entrada não é recomendada, pois é deste lugar (do Outro absoluto) que surge a figura do perseguidor, como FREUD ([1911]1996) indica ao analisar um caso de paranóia.

No manejo da transferência, cabe ao analista ficar atento ao convite que o paciente faz para que ele permaneça neste lugar de todo o saber sobre ele. Ao atentar para esta posição o analista pode procurar esvaziar esse lugar de um imaginário idealizado, que inicialmente o psicótico marca como a posição que o Outro deve ter (LACAN, 2002; SILVA, 2002).

No encaço da transferência, é importante saber da existência da contra-transferência, ou seja, a transferência que parte do analista-pesquisador e que tanto no tratamento como na pesquisa podem auxiliá-lo como balizas sobre as questões referentes ao objeto de estudo, já que este acontecimento se refere às reações inconscientes que o objeto de estudo pode suscitar no analista, servindo como um elemento importante tanto para a construção como para a interpretação, desde que estas reações se apoiem no fundamento da fala (LACAN, 1998b).

2.1.2.b - O Sintoma

Início as considerações deste tópico abordando a questão do sintoma histérico, que, de acordo com SIMANKE (1994), corresponde a uma derivação incorreta da excitação não descarregada quando da ocorrência de um evento que se verificou traumático. Logo, o sintoma tem como função oferecer uma via que proporcione um “caminho” para que as energias pulsionais não descarregadas na ocasião do evento traumático sejam então descarregadas, com a finalidade de manter a constância do princípio de prazer (FREUD [1900] 1996).

Podemos pensar o sintoma como uma linguagem da qual o sujeito faz uso (LACAN, 1998b). Considerando-o linguagem do inconsciente, é possível estabelecer uma analogia entre o trabalho do sonho e os processos de formação e escolha⁶ do sintoma, ou seja, os sintomas histéricos, tal como o sonho, fazem uso da sobredeterminação, do deslocamento e da condensação para se estabelecerem (FREUD [1900] 1996). Esses sintomas podem ser apreendidos, conseqüentemente, sob a forma de realização de um desejo, que teve sua primeira “aparição” sob a forma alucinatória o que Freud denomina vivência de satisfação e que possui as mais profundas conseqüências para o desenvolvimento do indivíduo (FREUD [1895] 1996).

A partir deste contexto, é necessário verificar que o sintoma é eleito e colocado no lugar de um conflito e estabelece a satisfação pulsional que permaneceu em seu estado jacente. É uma conseqüência do processo de recalque e tem como finalidade orientar o curso dos fatos mentais de conformidade com o princípio de prazer (FREUD [1926] 1996).

Desta maneira, podemos concluir que o sintoma neurótico surge como uma escolha a substituir o motivo pelo qual se fez necessária a repressão. Sabemos, porém, que na psicose a repressão não segue os mesmos caminhos pelos quais as energias são descarregadas na neurose. Resta-nos, então, o questionamento: Qual o sintoma na psicose?

A perspectiva do sintoma para a clínica psicanalítica está centrada nos ditos do paciente, pois somente com sua fala será possível reconhecer o discurso que constrói a estrutura do sujeito e sua posição. Tal proposição confirma a posição de Freud ao referir que o sintoma é toda a produção do espírito (LEITE, 2000).

⁶ É importante salientar que a escolha, neste contexto, assume a característica de ser um fenômeno do inconsciente.

Lacan (2002), ao afirmar que Freud coloca as questões da psicose a partir da perspectiva de uma regressão narcísica, percebe que existem modificações na estrutura imaginária do mundo do psicótico e que tais modificações interferem na estrutura simbólica, alterando-a.

O eixo imaginário contém articulações com o simbólico, uma vez que é a partir da entrada na ordem simbólica que é possível ordenar as funções do imaginário, tornando possível a nomeação (organização) do eu.

Na neurose, o recalque pode ser realizado, pois existe a entrada na ordem simbólica, que tem como uma das finalidades organizar a função do eu, já que é através deste registro que surgem as relações entre significante e significado. Isto possibilita que um material ligado a um conflito antigo seja conservado no inconsciente enquanto significante em potencial que pode ser tomado pelos processos da formação do sintoma a partir de sua significação atual. É no sentido de linguagem que devemos apreender o sintoma, ou seja, o sintoma como também o sonho são estruturas verbais que comportam diferentes significações, que se revelam no discurso do paciente à sua revelia (CASTRO, 1986).

Porém a psicose estabelece um processo diferente, ou seja, a forclusão (*verwerfung*), que não está no mesmo nível do recalque. O processo de forclusão indica que existiu um primeiro significante⁷ que não foi incluído pelo registro simbólico e para ele não há uma significação atribuída, ou seja, este significante não foi simbolizado. Deste processo decorre a incapacidade do sujeito empregar o recalque e tem como consequência uma outra estruturação para este sujeito. O próprio significante sofre profundos remanejamentos, o que tem como resultado um acento muito particular sobre as relações entre o significante e o significado para o sujeito em questão. Como aponta LACAN (2002):

A Verwerfung não está no mesmo nível da Verneinung. Quando, no início da psicose, o não simbolizado reaparece no real, há respostas do lado do mecanismo da Verneinug, mas elas são inadequadas (LACAN, 2002:104).

⁷ Este primeiro significante que foi foracluído é o significante que viria substituir o significante do desejo da mãe, ou seja, este significante é o que conhecemos como Nome do Pai. Este assunto será abordado no capítulo 4.

Quando as respostas do recalque não são adequadas, existe a produção de uma reação em cadeia, no nível imaginário. Esta reação gera um uso singular do significante, o que possibilita afirmar que cada psicótico carrega em sua fala uma profunda particularidade, a qual LACAN (2002) menciona nos seguintes termos:

O que se produz então tem o caráter de ser absolutamente excluído do compromisso simbolizante da neurose, e se traduz em outro registro, por uma verdadeira reação ao nível imaginário. [...] O próprio significante sofre profundos remanejamentos, que vão dar aquele acento tão particular às intuições mais significantes para o sujeito (LACAN, 2002:104).

Contudo, o mesmo autor alerta sobre o que chamaremos aqui a disfunção da ordem simbólica. A psicose não deve ser considerada somente um desenvolvimento de uma relação imaginária, fantasmática com o mundo exterior, já que existe uma relação simbólica que pode ser verificada a partir da linguagem que é comum a todo ser humano.

O que diferencia o neurótico do psicótico e do perverso é a posição que cada um sustenta diante da linguagem (LEITE, 2000).

O psicótico estabelece com a linguagem uma relação em que ele se encontra como objeto da própria linguagem, tal como apreenderemos a partir da construção do caso, que será apresentada no capítulo quatro deste estudo.

A discussão dos resultados consistirá em dois capítulos. No capítulo três será apresentado a descrição dos fragmentos dos atendimentos realizados junto a um psicótico e no capítulo seguinte – quatro – será desenvolvida a discussão de algumas situações, que possibilitarão a apreensão do cuidado de enfermagem.

2.1.3 - Considerações sobre a técnica

A escolha da psicanálise como referencial teórico do estudo fundamenta-se em considerar que o processo de construção do saber psicanalítico está envolvido diretamente com as questões da clínica, da teoria e dos posicionamentos do pesquisador diante destas.

O objeto deste estudo refere-se à busca de um estilo de cuidar que possa ser oferecido pelo profissional de enfermagem a um paciente cujo diagnóstico é a psicose e que leve em conta sua lógica inconsciente. Logo, para que fosse possível o desenvolvimento desta investigação, foi necessário escolher um caso de um paciente psicótico que tivesse sido atendido e demandasse do profissional uma posição que o permitisse se colocar também como analista.

A escolha do caso de um paciente psicótico com a finalidade de desenvolver este estudo levou em consideração a relação transferencial instalada entre o profissional de enfermagem e o paciente. No caso escolhido, o enfermeiro também era o profissional de referência para o paciente, o que possibilitou o surgimento das questões sobre a importância do enfermeiro adotar uma posição que o envolvesse diretamente com as questões do tratamento da psicose.

Assim, para que fosse possível desenvolver algumas considerações que respondessem ao objetivo desta pesquisa — que busca identificar as possibilidades de cuidado de enfermagem destinado a um paciente psicótico que levem em conta a estrutura clínica do sujeito como também a relação que se desenvolve entre enfermeiro, paciente, família e instituição — foi necessário realizar um estudo de caso de um paciente psicótico.

O material que conformará o Estudo de Caso Clínico é constituído das anotações de fragmentos dos atendimentos que o profissional de enfermagem realizou junto ao paciente, de fragmentos das anotações das entrevistas realizadas com a mãe do paciente e de fragmentos de discussões clínicas sobre o caso com outros membros da equipe que estavam envolvidos com os atendimentos. A redação dos fragmentos dos atendimentos como também a construção teórica foram realizadas após o término do atendimento.

O termo de consentimento livre e esclarecido pôde ser dispensado, porque a história biográfica do sujeito não coincide com a elaboração do caso clínico, por esta ter-se dado através de fragmentos produzidos a partir dos atendimentos e levar em conta as elaborações produzidas a partir da relação transferencial.

A solicitação da dispensa do consentimento livre e esclarecido também se apoiou na Resolução nº 196/96, que determina que o consentimento pode ser dispensado nos estudos em que o seu pedido compromete o tratamento do paciente.



*CAPÍTULO 3 - ANOTAÇÃO DOS
FRAGMENTOS DOS
ATENDIMENTOS A UM PACIENTE
PSICÓTICO*

3.1 - DESPRAZER EM CONHECÊ-LO

Após um período de trabalho no CAPS da região central do município de Campinas, fui trabalhar em outro CAPS, recém-inaugurado, da região periférica do mesmo município. Logo na primeira semana alguns pacientes foram encaminhados a mim para que os atendesse, pois um outro profissional da equipe estava sendo transferido para outro serviço e antes de sua saída ele me passou alguns dos casos que acompanhava. Dentre eles estava C.

C. foi o primeiro caso que assumi como referência.¹ E a apresentação deste caso foi muito peculiar e curiosa, uma vez que não conhecia o paciente até a apresentação do caso, e as primeiras impressões que tive de C. foram as da sua terapeuta, isto é, do profissional de referência que naquele momento estava acompanhando o caso.

A primeira conversa que tivemos (eu e a outra profissional) foi na ausência de C. no CAPS. Naquele momento, C. estava internado em outro serviço, que durante este relato chamarei de Unidade de Internação.

No relato do caso, a profissional me interrogou, perguntando se eu já conhecia C., pois este paciente já havia recebido tratamento no outro CAPS em que trabalhei. Respondi que não o conhecia. Então ela o apresentou com uma descrição física e do comportamento do usuário em questão.

Esta profissional relatou que, durante o período que acompanhou C., ele sempre se apresentava agressivo com ela e com os demais trabalhadores do CAPS. Por diversas vezes subia no muro e insinuava que iria pular, quebrava vidros com as mãos e a cabeça, invadia os espaços da equipe (sala de equipe) e lá permanecia deitado no chão por muito tempo, tinha problemas para aceitar a medicação e ficava isolado a maior parte do tempo que permanecia no CAPS. Relatou também que C. era uma pessoa muito descuidada com sua aparência e extremamente emagrecida, tinha os dentes todos podres, fato pelo qual ela não conseguia olhar para o rosto do paciente durante muito tempo, quase sempre estava com a barba por fazer, passava dias sem trocar de roupa e sua higiene era precária, tinha unhas compridas, fumava muito e bebia muito café.

¹ O profissional de referência tem como função o gerenciamento de casos (CAMPOS, 1999).

Propus, então, que iria começar a me aproximar de C. em períodos do dia para ouvi-lo, pois acreditava ser necessário conhecer o indivíduo que eu estava me propondo a cuidar.

3.2 - A PRIMEIRA ENTREVISTA

Dois dias após o meu primeiro contato com o caso, que foi feito através da conversa que tive com a profissional que atendia C., ele chegou ao CAPS com o transporte do serviço onde estava internado, isto é, a Unidade de Internação. C. tinha como proposta passar o dia em acompanhamento no CAPS e voltar para dormir na Unidade de Internação. Quando assumi o caso, esta internação já durava quatro meses.

Fui ao encontro de C., que estava sentado no jardim fumando. Quando me aproximei me apresentando como enfermeira do serviço e perguntando se poderia lhe ajudar em algo, C. olhou para mim e riu (seu riso era baixo e parecia ter uma conotação de deboche). Sentei ao seu lado e o mesmo começou a pontuar sobre as medicações que tomava dizendo: “Eu tomo piriquitil e esse remédio me dá comoção, eu fico convicsionado, isso não faz bem, esse remédio não melhora o esbaçamento do olho”.

Disse a C. que eu não sabia quais eram os remédios que ele tomava naquele momento, mas se ele desejasse, eu poderia auxiliá-lo nesta questão. Disse a C. que poderíamos descobrir quais eram os remédios que estava tomando e começar a discutir a questão de seus sintomas, C. aceitou a proposta.

C. continuou, por mais um tempo, falando comigo sobre a loteria, nos números que iria apostar e começou a escrever um jogo em um papel; em seguida, me deu seu jogo e falou para eu apostar naqueles números, pois era o jogo que seria sorteado. Agradei pelo jogo, disse que não iria jogar na loteria e se quisesse poderia oferecê-lo para alguém que fosse jogar. C. insistiu em me dar o jogo, mesmo eu tendo afirmado a ele que não iria jogar aqueles números na loteria.

No final da conversa, reafirmei meu compromisso em cuidar, junto com ele da questão de seus remédios, C. novamente concordou.

Nesta primeira entrevista, pude perceber que C. era um paciente com um grave transtorno psicótico, pois o sujeito que se apresentava diante de mim tinha uma aparência bastante descuidada, suas roupas estavam sujas e amarrotadas, olhava para mim com um olhar indiferente, mesmo quando ele se dirigia a mim na tentativa de responder a algum questionamento que eu o fizera. Quando falava, demorava muito tempo para formular as frases, era bastante repetitivo e não respondia (com coerência) aos meus questionamentos, isto é, quando falava, freqüentemente, não respondia às minhas perguntas (eu tinha a impressão de que C. dizia o que tinha vontade de falar, pouco se importando comigo ou com minhas interrogações a ele dirigidas). Somente conseguimos encadear um breve diálogo quando abordei a questão dos medicamentos. Tal assunto era do interesse de C. e foi o primeiro apelo que C. me havia feito, logo após me aproximar, como relatei há alguns parágrafos acima.

Naquele momento, conseguia identificar que C. estava mergulhado em um quadro de miséria (psíquica e social) muito grande, já que falava com frases entrecortadas, pouco se dava ao entendimento e seu discurso era repleto de neologismos que me eram incompreensíveis.

Através do prontuário, eu conheci uma pequena parte de sua história. C. permaneceu por longos períodos internado em instituições psiquiátricas. Estes períodos eram intercalados por breves momentos nos quais permanecia em sua casa. Em casa, morava com sua mãe em uma casa de um cômodo com condições de saneamento precárias em um bairro extremamente pobre e de difícil acesso devido à distância que tinha da área metropolitana da cidade.

Entendi que poderia existir uma abertura para eu começar a “tratar” de C. pela sua questão com os remédios, pois durante a sua fala, referente ao tratamento com os medicamentos, C. apresentava um semblante preocupado, angustiado pela não melhora e pelos sintomas adversos que ele achava serem provocados pelos remédios atuais.

Desta forma, começou a história!

3.3 - AS PRESCRIÇÕES DE SEUS REMÉDIOS

Como havia combinado com C., saí à procura de suas prescrições e foi com muita surpresa que identifiquei que lá no serviço não havia registro dos medicamentos do paciente. A enfermagem, no período da tarde, administrava a medicação que vinha preparada da Unidade de Internação, de manhã, junto com C. no transporte deste serviço, não tendo registros sobre a mesma.

C. todos os dias insistia que não iria tomar os remédios, dizendo que havia erros na sua medicação, que gostaria de trocar de medicamento e saber o que tomava, porém como responder a suas questões se não existia documentação dos medicamentos que C. utilizava no serviço que se comprometeu a tratá-lo?

Foi após identificar esta primeira questão que comecei a me envolver com o caso. Inicialmente, solicitei a cópia da prescrição médica e a arqueei junto às demais e discuti o caso de C. com o psiquiatra do serviço.

Neste dia, comecei a atender C. Inicialmente os atendimentos eram realizados na varanda, pois este espaço era um dos lugares em que o paciente permanecia por bastante tempo, e nos primeiros atendimentos eu ia ao encontro de C. e ele freqüentemente se negava a me acompanhar a qualquer lugar que fosse.

Em um segundo momento dos atendimentos, existia a demanda de C. Ele me procurava com freqüência para conversar e nestes momentos, nos quais eu podia atendê-lo, era o paciente que propunha o local de nossa conversa. Além da demanda espontânea, eu mantinha um horário diário com C. Este atendimento era realizado em um local reservado, quando o paciente aceitava me acompanhar e em alguns momentos C., em conjunto comigo, decidia que o atendimento não seria necessário, pois já havíamos conversado durante o dia quando C. me procurava com alguma questão, cuja necessidade da intervenção se caracterizava como mais imediata.

Em um terceiro momento, os atendimentos tornaram-se mais espaçados e tinham como característica o agendamento prévio. Estes últimos sempre eram realizados em um ambiente reservado.²

No primeiro atendimento, levei comigo toda a documentação que C. tinha no serviço (prontuário e prescrição médica) e começamos a conversar. Perguntei se gostaria de saber de seu tratamento, de suas medicações e da construção de seu Projeto Terapêutico Individual, se desejava fazer parte desta construção. C. me respondeu que sim!

Durante o atendimento, mostrei a C. sua prescrição médica (era uma cópia de fax); expliquei-lhe o fluxo de seu atendimento, isto é, disse-lhe que, como ele se encontrava internado na Unidade de Internação, o médico responsável pelo seu tratamento era o deste serviço e que no CAPS não seria possível, neste momento, alguém alterar suas medicações, pois tal procedimento deveria ser feito pelo médico responsável.

C. me interrogava, dizendo o que eu poderia fazer então. Eu reafirmei a ele que poderíamos, juntos, ler a prescrição.

Relatei a C. minha impressão de que ele não sabia quais os remédios que tomava, pois a cada momento ele descrevia um formato, uma cor e um nome de medicamento distinto, na tentativa de acertar quais eram os que realmente constavam na prescrição.

C. se dispôs a ler, junto comigo, a sua prescrição médica e me interrogava sobre horários da medicação que tomava. Espantou-se por estar tomando Carbamazepina, dizendo que este remédio lhe fazia muito mal e que era o único responsável pelo seu sintoma — “*o esbaçamento do olho*”.

C. ficou argumentando sobre a impossibilidade de tomar Carbamazepina, pois queria trocar a Carbamazepina pelo Tegretol. Eu afirmava a ele que eram a mesma coisa — Carbamazepina e Tegretol — mas C. insistia que não eram, e que Carbamazepina ele não tomava mais.

² Durante a narração do caso, será possível, ao leitor, identificar os diferentes momentos.

Para dar continuidade aos atendimentos e também a esta questão da medicação, combinamos que C. iria conversar com o seu médico, na Unidade de Internação, já que eu e C. consideramos importante que ele se inteirasse sobre o tratamento medicamentoso. C. teria que se responsabilizar pelo seu tratamento.

Combinei com C. que o primeiro passo seria ele descobrir qual era o médico responsável pelo seu tratamento na Unidade de Internação, já que C. me dizia ser atendido por diversos médicos e que então eram todos estes os responsáveis pelo seu tratamento. Neste momento achei que tal conclusão de C. era bastante confusa, e interroguei-o perguntando como era possível que tanta gente cuidasse de uma prescrição. Inicialmente, C. parece não ter se incomodado com tal questionamento, relatando que, quando chegava na Unidade de Internação, sentia o “*esbaçamento no olho*” e com frequência se agitava. Nestes momentos, sempre algum médico vinha e lhe dava algum remédio. Logo, tinha vários médicos.

Após este relato de C., achei importante esclarecer a ele que, ao se tratar de uma Unidade de Internação, muitas vezes o médico que o atendia não era o médico responsável pelo seu tratamento e prescrição médica, mas sim um plantonista que o atendia durante um momento de crise, e que se ele desejava saber de seu tratamento teria que falar com o médico responsável, aquele que o atendia e prescrevia os seus remédios durante todo o período de internação. Eu perguntei a C. se tinha conhecimentos de que profissional se tratava, então.

C., após ser interrogado a respeito do seu conhecimento sobre o médico psiquiatra responsável pelo seu tratamento, começou a dizer diversos nomes dos médicos que o atenderam na Unidade de Internação, não conseguindo reconhecer qual era o profissional responsável pelo seu tratamento medicamentoso.

No decorrer dos primeiros atendimentos, quando ia ao encontro de C., ele me recebia estendendo a mão e logo em seguida (sem eu precisar dizer uma palavra) começava a dizer o nome dos vários médicos que o atendiam na Unidade de Internação, me contando, com detalhes, o evento que havia vivenciado com cada médico nomeado. C., no entanto, parecia envolvido em um enigma, ao relatar os episódios vivenciados por ele e cada médico

nomeado se interrogava: “*Será que é ele o médico?*”, referindo-se ao médico responsável pelo seu tratamento. Vale ressaltar que, durante estes atendimentos, fui capaz de identificar que para C. o único tratamento possível era o dos remédios. Talvez fosse por este motivo que o médico ou a pessoa que se envolva diretamente com a questão de seus remédios se torne “alvo” de seu reconhecimento. Naquele momento, pude perceber que para C. o tratamento medicamentoso era o único tratamento existente.

Comecei a reparar que ele se repetia com a questão do médico e o mesmo acontecia com os medicamentos, isto é, C. dizia todos os nomes que conhecia — tanto dos médicos, como os dos remédios — na tentativa de acertar quais eram os que realmente faziam parte de seu tratamento. Parecia que jogava um jogo de acerto e erro!

Eu, enquanto profissional responsável pela construção de um Projeto Terapêutico Individual para este paciente, percebia que não poderia me envolver nesta confusão de nomes e tomei a decisão de tentar fazer C. reconhecer que existiam diferenças entre cada uma das coisas e das pessoas nomeadas e que tais nomes faziam parte de sua história, mas que seria importante delimitar qual o momento que cada nome entrava, saía ou permanecia em cena. Pensando na questão de me diferenciar dos demais que o tratavam, propus que seria importante que C. fizesse o percurso da descoberta do médico responsável pelo seu tratamento na Unidade de Internação. Prontifiquei-me a permanecer ao seu lado ao longo deste percurso.

No atendimento seguinte à minha conclusão, propus a C. que descobrisse qual era o médico responsável pelo seu tratamento e prescrição de seus medicamentos. C. concordou que era importante reconhecer quem estava tratando dele, pois seria uma maneira de entender o seu tratamento; juntos construímos um roteiro possível para que C. fizesse a descoberta e posteriormente pudesse agendar uma consulta com o tal profissional, para então poder questionar o seu tratamento.

Nos atendimentos que se seguiram ao combinado de que C. iria descobrir qual era o médico responsável, a questão dos remédios sempre esteve presente. C. sempre me pedia para alterar algum medicamento ou para eu falar com o seu médico e assim pedir por ele (C.) a alteração. Eu salientava que o tratamento era dele e que ele era a pessoa que mais sabia de seus sintomas, logo eu não podia fazer tal pedido ao médico por ele. Mas sempre afirmava a C. que estaria ao seu lado ao longo do percurso até a chegada ao médico.

Após C. identificar quem era o médico responsável pelo seu tratamento, isto é, seu nome e horários em que o mesmo atendia, o paciente chamou minha atenção sobre a impossibilidade de ser acompanhado por um médico da Unidade de Internação, uma vez que permanecia o dia todo no CAPS e quando chegava na Unidade de Internação, à noite, somente poderia ser acompanhado por plantonistas. C. então pela primeira vez se interrogou sobre o tratamento que estava recebendo, me perguntando como era possível ser tratado por alguém que não o vê.

A partir desta constatação de C., iniciamos as discussões sobre a transferência de seus atendimentos médicos para o CAPS, a escolha do médico, o nome do médico e a importância de diferenciar as pessoas e nomeá-las.

C. pediu para eu agendar uma consulta com o médico do CAPS, pois ele queria perguntar ao médico se podia trocar a Carbamazepina por outro medicamento. Diante deste pedido feito por C., disse-lhe que a consulta seria realizada na semana seguinte, pois antes de agendar uma consulta com o médico do CAPS eu teria que me reunir com a equipe da Unidade de Internação para compartilhar com eles as conquistas de C., no que era referente à construção de seu Projeto Terapêutico Individual. Explicava, desta forma, ao paciente que existiam algumas convenções que organizavam a comunicação e o fluxo do tratamento e que eu tinha que respeitá-las. C. aceitou e reconheceu que era necessário que a equipe da Unidade de Internação ficasse sabendo de suas novas decisões e que cabia a mim, sua referência, negociar com a outra equipe estas questões referentes ao seu tratamento.³

Nos atendimentos posteriores à constatação de C. sobre o seu tratamento, ele começou a adotar uma posição diferente em relação aos seus medicamentos, isto é, oferecia menos resistência para tomá-los e também queria saber o nome dos remédios que estava ingerindo. Tal mudança possibilitou a C. constatar que em certos dias a equipe de enfermagem esquecia de lhe entregar a medicação da tarde. Ele cobrava a equipe e trazia a questão para os atendimentos comigo, uma vez que era a enfermeira do serviço, portanto C. estava me convocando!

³ A reunião com a equipe da Unidade de Internação surgiu de dois pontos distintos — o primeiro foi o relatado acima e o segundo será relatado no próximo item.

C. me dizia que eu não era médica, então ele já sabia que eu não podia mudar os seus remédios, mas que eu era enfermeira e ele havia descoberto o que eu podia fazer. Eu tinha que mandar a Sara⁴ (auxiliar de enfermagem que distribuía os remédios) dar a ele os remédios corretos, sem esquecer! Respondi a C. que como enfermeira esta era uma de minhas funções no serviço, e que este trabalho consistia na supervisão da equipe de enfermagem. Concordei com C. que eu era responsável pela garantia de que os pacientes do serviço, inclusive ele, tomassem os remédios corretos, mas salientei, também, que o trabalho no CAPS era feito por uma equipe e que todos tinham seu lugar e suas responsabilidades.

3.4 - OS JOGOS

Juntamente, com a questão dos medicamentos e todos os conteúdos que a mesma trazia, C. começou a trazer questões sobre os jogos de loteria que costumava fazer. O paciente sempre me dizia que era necessário jogar na loteria, porém não tinha dinheiro e a possibilidade de jogar somente aparecia quando alguém lhe dava um trocado ou quando ele dava o seu jogo para uma pessoa. A partir da fala de C., que consistia em nomear as pessoas a quem ele dava os seus jogos, comecei a identificar que somente algumas pessoas “ganhavam” de C. seus palpites, que para ele eram certas — “*os números da vez*”, como ele próprio dizia. Porém estas pessoas nomeadas por C. e que ganhavam os jogos por ele realizados, eram divididas em dois grupos:

- As pessoas que ganhavam o seu prêmio, pois havia dado a estas pessoas “o jogo da vez”, mas ao ganhar o prêmio, estas pessoas não o davam a C. Ele, então, nomeava estas pessoas de traidoras e, ao falar delas, C. as chamava de ladrões, vagabundos.
- As pessoas que nunca ganhavam o prêmio. C. falava delas com indiferença: “*Ah, estas não sei, nunca ganham nada*”.

⁴ Os nomes e informações que poderão identificar os sujeitos envolvidos neste caso foram trocados para preservar a identidade dos sujeitos.

Quando eu o interrogava se conferia os resultados dos jogos, C. me respondia que não. Então eu perguntava a ele como sabia que Mauro (auxiliar de enfermagem da Unidade de Internação) havia ganhado o prêmio da loteria. C. me respondia sempre da mesma forma: *“Ah..., como eu não sei? Eu sei, porque eu sei”*. E se irritava.

Durante os atendimentos comecei a identificar que muitas vezes os jogos que C. dava a Mauro (principalmente) nem eram jogados por ele, na realidade, mas para C. este dado de realidade não importava. Mauro ganhava o prêmio! Comecei a entender que o prêmio da loteria, nestes momentos, não era o dinheiro e sim outra coisa. Restava a mim tentar achar a lógica deste discurso.

C. começou a me oferecer seus jogos com frequência, naquele momento, era capaz de entender que os jogos tinham outro significado para C., mas não sabia qual. Então toda vez que C. oferecia um jogo, afirmava a ele que não iria jogar na loteria e sim guardá-los. C. não se importava, dizia não ter problema e que o jogo era meu.

Os jogos na loteria abriram uma possibilidade. C. começou a ser atendido em Acompanhamento Terapêutico e tinha em um atendimento decidido quantos jogos seriam realizados por semana. Construimos contratos para sua saída a fim de fazer os jogos e também para a conferência dos mesmos.

Um desafio surge a partir da construção desta proposta de Acompanhamento Terapêutico, isto é, que profissional iria acompanhar C. até a casa lotérica? Entendia que, naquele momento, eu não seria o profissional indicado para realizar tal intervenção, uma vez que acompanhava C. nos atendimentos realizados no CAPS e também era o profissional de referência para este paciente. Era o momento de ampliar a rede de relações de C. dentro do serviço, uma vez que tinha identificado que o mesmo era muito resistente em participar de qualquer atividade proposta pelos demais profissionais do CAPS e que sua relação estava, naquele momento, limitada ao profissional de referência, no caso eu.

C. já tinha tido uma experiência anterior de Acompanhamento Terapêutico para fazer jogos na loteria com uma auxiliar de enfermagem do CAPS e ela se prontificou em continuar realizado estes atendimentos. C. aceitou e sempre que desejava ir a loteria

procurava a auxiliar de enfermagem. No início C. não conseguia respeitar os contratos dos dias marcados para ir a loteria (terças e quintas), pois sempre que lhe davam algum dinheiro na Unidade de Internação, C. ficava muito ansioso para jogar e quando eu colocava a questão do contrato anteriormente acertado C. se jogava no chão aos meus pés e nada mais dizia e deste modo permanecia durante certo tempo.

Nos atendimentos, C. relatava a necessidade de realizar os jogos, pois quando recebia o dinheiro dos profissionais da Unidade de Internação, estes pediam para que ele realizasse jogos e era impossível para C. ficar com o dinheiro e esperar até o dia que iria à loteria, pois o contrato era comigo e não com quem lhe dava o dinheiro na Unidade de Internação. Porém C. pedia para a auxiliar de enfermagem, que realizava o Acompanhamento Terapêutico, para levá-lo na casa lotérica, e assim misturava o Acompanhamento Terapêutico com a sua decisão de jogar na loteria em outros momentos. Esta questão começou a ser trabalhada nos atendimentos. Frequentemente C. respondia que o contrato era “*o seu contrato para fazer os jogos*” (referindo a mim e ao meu contrato), dizendo que era impossível para ele seguir o contrato e que desejava ir à loteria quando tivesse dinheiro.

Eu colocava para C. que o contrato foi feito em conjunto com ele, retomava o atendimento em que tínhamos feito o contrato e colocava a questão da existência de outros trabalhos que o profissional envolvido em seu Acompanhamento Terapêutico tinha que fazer no CAPS, tornando assim inviável que as pessoas atendessem a seus desejos a todo o momento. Ainda falava a C. que ele poderia sim escolher utilizar o dinheiro que lhe davam na Unidade de Internação para fazer jogos lotéricos, mas que esta escolha era sua e que ele não poderia exigir da pessoa que o acompanhava até a loteria que o acompanhasse em todos os momentos. Sugeri a C. que fizesse estes jogos em outro momento, não confundindo o contrato terapêutico firmado com a obrigação que ele começou a impor de que sempre a auxiliar de enfermagem tivesse que estar pronta a acompanhá-lo.

Percebi que era o momento de compartilhar com a equipe da Unidade de Internação o Projeto Terapêutico Individual de C., pois já havíamos construído duas propostas de trabalho, ou seja, a questão da medicação e a dos jogos de loteria. Era necessário compartilhar tal construção com os demais envolvidos no tratamento de C., para assim dar continuidade ao tratamento.

3.5 - A PRIMEIRA REUNIÃO COM A EQUIPE DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Esta reunião aconteceu cerca de um mês após eu ter assumido o caso como profissional de referência.

Após agendar previamente a reunião, fui me reunir com a equipe responsável pelo acompanhamento de C. na Unidade de Internação. Nesta reunião a equipe resumiu-se a uma profissional do serviço em questão (esta profissional ficou sendo a minha referência também para as reuniões posteriores).

Relatei a duas propostas que eu e C. estávamos construindo para o seu tratamento, isto é, o resgate dos conhecimentos sobre os medicamentos que tomava e a interação para com o seu tratamento e o Acompanhamento Terapêutico para a realização e conferência dos jogos de loteria.

Pedi a ajuda dos profissionais daquele serviço no sentido de afirmarem a C. que existia um contrato que ele tinha realizado e que se ele desejasse fazer jogos no período em que ficava no CAPS teria que entender que lá havia uma regra, que ele próprio havia ajudado a construir e que era importante reconhecê-la. Na verdade, a minha intenção era que os jogos de loteria não tivessem mais o sentido de gratificação ao bom comportamento do paciente, pois percebia que alguns funcionários da Unidade de Internação davam a ele o dinheiro para fazer os jogos, utilizando um outro serviço, no caso o CAPS, e não se interrogavam quanto à posição que este outro serviço adotava quanto a esta questão. Havia um descompasso e eu me senti responsável em compartilhar com os profissionais da Unidade de Internação os contratos “terapêuticos” que estávamos construindo, e assim o fiz.

A profissional da Unidade de Internação, por sua vez, também tinha uma proposta a compartilhar comigo: a programação da alta do paciente. A profissional da Unidade de Internação relatou que a equipe avaliara uma considerável melhora do quadro de C. e que tal melhora poderia ser considerada para a alta. Concordei que C. tinha melhorado consideravelmente, principalmente no que se referia aos comportamentos

agressivos⁵ e que poderíamos pensar em realizar uma programação para a alta de C. Mas que primeiramente gostaria de ver como seria a questão dos jogos de loteria, pois colocaríamos para C. uma lei, de certa forma.

No atendimento posterior à reunião de que participara na Unidade de Internação, relatei a C. que havia comunicado à equipe daquele serviço os contratos que havíamos construído para a realização dos jogos.

C. ficou muito irritado comigo e dizia: “*Contrato, contrato. Agora você só fala de contrato, eu não quero mais saber disso! O jogo não faz parte do tratamento, não acredito na sua ciência!*”. O paciente saiu da sala em que estávamos e durante todo o dia ficou sentado no chão num canto do CAPS.

No encontro que se seguiu, dois dias depois, C. começou a me relatar os seus sonhos. Relatava que sempre, nos sonhos, ficava nervoso porque o número da loteria aparecia, mas quando ele acordava já tinha esquecido o número e por este motivo dormia com um papel e uma caneta no bolso, para tentar marcar os números do sonho. Mas isso sempre era impossível, tudo “*esbaçava*” quando ele acordava. C. sempre me interrogava se não teria outro jeito de se lembrar do número, e eu sempre permanecia em silêncio diante desta interrogação.

Cerca de quinze dias depois da primeira reunião com Unidade de Internação, a história dos jogos da loteria já tinha outra configuração. C. havia escolhido não mais fazer os Acompanhamentos Terapêuticos com a auxiliar de enfermagem que inicialmente se havia prontificado a acompanhá-lo. C. me dizia que este profissional sempre estava ocupado e que só falava “*espera um pouquinho já vamos*”. Por duas vezes outro profissional da equipe de enfermagem tinha ido com ele e ele preferia ir com o segundo, e assim foi combinado com o outro profissional de enfermagem. C relatava que agora quem não cumpria os contratos era a auxiliar de enfermagem e por isso queria ser acompanhado por um outro profissional que, como ele, sabia cumprir o combinado.

⁵ Sobre a agressão ver início da sessão: 4.12. “Pendurado no muro”.

3.6 - ENFIM..., A MÃE ENTRA EM CENA.

Tive meu primeiro encontro com dona Maria, mãe de C., junto com a profissional que estava me passando o caso do paciente em questão. Dona Maria não tinha comparecido ao serviço no dia agendado. Ela chegou dois dias após o dia agendado e pediu para ser atendida, pois gostaria de saber como estava a questão da aposentadoria de seu filho, uma vez que a profissional de referência estava tentando providenciar este benefício ao paciente.

Dona Maria tinha muita dificuldade de entender as providências que tinha que tomar em relação a documentação do filho, e que até então estava em sua posse. Neste atendimento a mãe do paciente relatou ter entregado os documentos do filho na Unidade de Internação e, quando interrogada sobre o motivo que a levou a entregar tais documentos para a Unidade de Internação e não para o CAPS (que era o serviço que tinha solicitado os documentos), disse que confiava mais em determinado auxiliar de enfermagem da Unidade de Internação (Mauro) e que lá não iriam utilizar os documentos de seu filho para prejudicá-lo.

Neste atendimento, dona Maria (a mãe de C.) foi informada da mudança do profissional que iria, a partir daquele momento, cuidar do caso de seu filho. A mulher, então, se voltou para mim e começou a relatar as suas dificuldades, a sua doença (diabetes) e sua dificuldade de visitar seu filho.

O discurso de dona Maria era bastante confuso e entrecortado. Quando interrogada sobre questões referentes à documentação do filho, oferecia respostas confusas e entrecortava sua resposta com queixas pessoais, de seu sofrimento e de sua missão, que era de cuidar do filho doente.

No final do encontro dona Maria pediu para nós (eu e a Assistente Social do serviço) cuidarmos dos documentos de seu filho e também da aposentadoria dele. A seu pedido misturavam-se conteúdos religiosos e seu relato de ser uma mulher com extremas dificuldades devido à idade e às doenças, mas que tinha a missão de cuidar do filho e que somente Deus poderia ajudá-la e nós (profissionais do serviço) nada sabíamos sobre a sua vida de sofrimento e sua missão e por isso ficávamos pedindo a ela os documentos do filho.

Agendei um novo encontro com a mãe de C., pois, depois de muito custo e muita conversa, ela se prontificou a retirar uma nova certidão de nascimento para o filho, já que a original C. havia rasgado em uma de suas crises, quando ainda estava em sua casa. Imediatamente, após relatar que C. rasgara a sua certidão de nascimento, dona Maria disse que também teria que retirar uma certidão nova para ela, pois havia perdido a sua e que aproveitaria para fazer as duas de uma só vez. (Inicialmente, tive a impressão de que o discurso da mãe deste paciente estava muito “colado” à própria vida de C., uma vez que ela utilizava a presença [e doença do filho] para justificar as suas dores, angústias, sofrimento e missão na terra; e a questão confusa dos documentos de C. não estava clara para mim. Porém C. nada dizia sobre a sua mãe nos atendimentos e, talvez por este motivo, não dei muita importância às confusões que a mãe estava arrumando junto a profissional de referência que me antecederam e que cuidava da questão da aposentadoria de C.).

No novo agendamento feito por mim, eu tinha a intenção de entender melhor o que ocorria com esta mulher e os documentos do filho; queria saber o motivo de tanta confusão. Com esta finalidade agendei para o mês seguinte um novo encontro com dona Maria, afirmando que até lá eu estaria de posse dos documentos que ela entregara ao Mauro, na Unidade de Internação e que neste próximo encontro cabia a ela trazer a certidão de nascimento do filho, para eu dar encaminhamento ao processo de aposentadoria. A mulher concordou com a data e as condições colocadas.

Dona Maria compareceu ao segundo encontro agendado, dizendo que não tinha vindo para falar comigo e sim visitar o filho, pois na Unidade de Internação ela não iria mais, devido à ladeira que tinha que subir para chegar até lá, e tal tarefa era de grande sofrimento para ela com as pernas doentes e a diabetes. Informei a ela que seu filho não estava no CAPS neste dia, tinha ficado na Unidade de Internação para ser consultado pelo clínico geral, pois estava com intenso prurido e também com tosse produtiva há uma semana.

Quando dona Maria se certificou com outro funcionário, constatou que seu filho não estava no CAPS e eu reafirmei que tínhamos um horário agendado para tratar da questão dos documentos, dona Maria disse rapidamente que não havia ido atrás da certidão de nascimento de seu filho devido à sua doença, mas que não queria que eu fosse atrás

deste documento, pois era a obrigação dela e que ira providenciar a certidão para o próximo encontro que eu agendasse. Informei-a que os demais documentos de C. estavam no serviço e que C. estava ciente tanto da falta da certidão de nascimento como sabia também de todo o processo para a obtenção do benefício. Comuniquei à mãe de C. que eu estava cuidando da aposentadoria juntamente com C..

Dona Maria relatou que tinha muita dificuldade de visitar o filho e nesse encontro começou a contar a “sua versão” da história de C. Disse que C. sempre fora um menino muito amoroso e atencioso com ela e que sua doença começou após uma queda de um caminhão, quando C. bateu com a cabeça, ficou desmaiado e foi levado para o hospital. Passado certo tempo da queda, C. envolveu-se com uma mulher casada na fazenda onde moravam no Mato Grosso. A mãe de C. não aprovava o relacionamento e me disse que o filho ficava o dia todo “*enfiado na casa da mulher*” e esta conduta não era a de “*um menino de juízo*” — de acordo com as palavras da mãe.

A mãe fez menção à doença do filho se agravar devido a este caso que o filho teve com esta mulher casada e que foi por causa deste romance que a mãe de C. e seu filho deixaram o lugar onde moravam para então virem para São Paulo. A mãe do paciente afirma que o mesmo piorava dia a dia com este relacionamento e que ela, como uma mulher religiosa, não podia permitir que o filho mantivesse um relacionamento deste tipo com uma mulher. Porém a separação de C. desta mulher, “*não melhorou a doença do menino*”. Dona Maria afirma que a convivência com tal mulher já havia estragado o seu filho e que, por mais que ela o aconselhasse no caminho de Jesus, ele permanecia preso ao pecado.

Dona Maria relatou ainda que seu filho comete outros pecados, como o vício de fumar, e que por mais que ela ore e aconselhe, seu filho não larga o vício, restando a ela, mesmo que contrariada, a missão de comprar os cigarros para o filho quando pode e tem dinheiro. A mãe de C., ainda neste encontro, reprimou o filho, pois justificava não poder dar nada ao mesmo pelo motivo “*de ele não dar valor para as coisas*”: a mãe comprara um rádio e o filho o perdera rapidamente na Unidade de Internação. Dona Maria relatou esse evento e justificou que seu filho não podia ficar com a aposentadoria e que nós (do CAPS) estávamos dando a ele muita atenção. Mas disse que ela o conhecia e sabia que seu filho

não dava valor as coisas e eu não devia levar em conta tudo o que o filho dissesse ou pedisse, pois o dinheiro era para ele algo muito prejudicial, que o deixava pior e com o dinheiro C. podia cometer besteiras e gastá-lo com pessoas erradas.

Novamente pedi a dona Maria que providenciasse o documento que faltava para poder dar entrada no pedido de aposentadoria de C., e que o paciente estava envolvido neste processo, pois o benefício seria para ele. E, por esse motivo, ele tinha o direito de escolher e participar das decisões sobre as questões de sua aposentadoria, uma vez que diziam respeito a ele. Expliquei que tal processo fazia parte do Projeto Terapêutico de seu filho e permitiria a possibilidade do resgate da cidadania de C.

Dona Maria respondeu que, se fosse para o bem e para o tratamento de seu filho, ela iria, então, providenciar os documentos dele, mas que eu devia saber que tal tarefa não era fácil para ela, que com aquela idade não dispunha de forças para suportar mais coisas em sua vida. Novamente reafirmei à mãe de C. que o documento que ela ficara de providenciar era importante, pois C. tinha direito àquele benefício.

Dona Maria ainda relatou sobre a sua doença, sobre o serviço de saúde próximo de sua casa, que a atendia com frequência, afirmando que neste serviço de saúde os profissionais sabiam de suas dores e a ajudavam e a tratavam bem e que desejava que C. fosse tratado como ela o era naquele serviço. Dona Maria, durante todo o tempo, entrecortava seu discurso com falas de conteúdo religioso e dizia esperar de Deus uma resposta para o seu filho.

Nestes dois primeiros encontros com a mãe de C., eu tinha identificado que ela era bastante confusa e não se conseguia ater às questões do filho; sempre colocava no meio as suas questões pessoais (a sua fé em Deus, as suas doenças) e parecia desejar mostrar que necessitava de atendimento tanto quanto aquele que eu atendia. Mas, neste momento, eu ainda tinha a necessidade de compreender melhor o que acontecia na relação entre C. e sua mãe. Quando os vi juntos, C. parecia se preocupar em comportar-se bem diante da mãe, era atencioso com ela e nada falava, somente recebia recomendações tais como: se comporte, não fume todo o cigarro que eu lhe trouxe de uma vez, não perca ou dê seu cigarros para os outros, se alimente direito (o contato dos dois era um monólogo de sua mãe, que

perguntava ao filho e respondia por ele também). Entendia, intuitivamente, que não era indicado lhe dar atenção ou atendimento no serviço em que C. se tratava, o serviço deveria proporcionar a C. um momento de corte, possibilitando que sua voz fosse ouvida, pois a mãe, em seu discurso, destituía C. de si próprio (ela sempre dizia que C. “*era desleixado, não dava valor as coisas, não sabia o que fazer com o dinheiro, andava com pessoas erradas, era pecador*”). Estes adjetivos recheavam a fala da mãe ao se referir ao filho).

No encontro seguinte, dona Maria veio ao serviço no dia em que o filho não era atendido no CAPS. Não havíamos agendado reunião mas pediu que eu a atendesse, pois tinha que falar comigo com muita urgência.

Atendi-a e ela me disse que estava lá “*por um pedido de Deus*”, que após conversar com Deus, ele lhe tinha revelado que a missão dela era cuidar sozinha da questão da aposentadoria de C. Ela é que era a responsável pelo filho, que o colocara no mundo e que o sofrimento dela tinha que continuar, ela tinha que cuidar da aposentadoria do “menino” — era assim que dona Maria frequentemente se referia ao seu filho de vinte e nove anos. Tentei argumentar com a mulher, explicar que pela instituição os trâmites poderiam ser agilizados e que C. estava ciente de que iríamos providenciar sua aposentadoria através do serviço e que ele havia pedido que eu cuidasse desta questão junto com ele.

De nada valeu minha argumentação.⁶ A mãe de C. disse que era a responsável pelo filho, respondia pelos atos do mesmo, que C. não sabe o que faz e que eu era uma irresponsável por dar ouvidos a ele, e que então eu não poderia cuidar da aposentadoria dele. A mãe de C. disse que eu não podia impedi-la de fazer tal benefício para o filho e, caso eu não lhe desse os documentos de C., ela iria retirar C. do serviço e levá-lo de volta para o Mato-Grosso.⁷

De fato, não poderia impedir dona Maria de retirar os documentos do filho do serviço e de providenciar a aposentadoria dele. Mesmo sabendo que aquela senhora não iria conseguir o benefício para o filho, me vi obrigada a dar a ela os documentos de C. Dona

⁶ De fato, acredito que minha argumentação e a conversa que tinha tido com D. Maria no encontro anterior foram um fator decisivo para que a mesma retirasse os documentos do filho do serviço.

⁷ No prontuário do paciente tinha um relato de que a mãe de C. já havia interrompido o tratamento do filho uma vez, então me senti intimidada com a ameaça, não era justo que um paciente tão grave ficasse sem tratamento.

Maria, por sua vez, dizia já ter ido procurar saber do INSS o que era necessário e que estava indo pedir uma carta à Unidade de Internação, para entrar com o processo para C. receber a aposentadoria e depois iria ver a questão da certidão de nascimento. E não podia mais permitir que os documentos do filho ficassem no CAPS, pois ela não tinha garantia nenhuma de que eu não iria utilizar os documentos do seu filho de forma prejudicial aos dois (dona Maria e C.). Conforme ela solicitou, entreguei todos os documentos de C., que estavam no CAPS, para dona Maria e informei-a que iria comunicar C. sobre a decisão da mãe e a mudança no encaminhamento das questões da documentação para obtenção da aposentadoria.

De posse dos documentos do filho, dona Maria sentou-se em uma cadeira na parte externa do serviço e disse que gostaria que eu entendesse que ela não poderia agir de outra maneira, pois ao “conversar com Deus” ele teria indicado a ela este caminho e cabia a mulher seguir a sua missão. Eu disse a ela que não entendia, mas, como ela havia afirmado, era ela a responsável legal pelo filho e eu esperava que ela providenciasse o que C. tinha por direito. Dona Maria disse que o dinheiro da aposentadoria iria sair no nome dela e ajudaria muito na construção da casa dos dois e que, a partir daí, não iria precisar mais de nada. Disse ainda que com aquele dinheiro (que não era dela e sim do filho) iria cumprir a sua promessa de ajudar os que necessitavam mais do que ela. (Nesta história, C. novamente era destituído do saber sobre si; a mãe estava preocupada em tirar de C. a pequena oportunidade de ter voz, pois não era ele que estava decidindo sobre o que fazer com o provável benefício futuro, e sim sua mãe, dona Maria, que já havia prometido o que não era dela em sua causa! Esta mulher aniquilou as minhas esperanças. Fiquei impotente diante daquela figura [talvez como C.]).

Após este encontro, dona Maria esteve no serviço mais duas vezes, visitando seu filho, e a cena entre os dois sempre se repetia. A mãe lhe trazia alguns maços de cigarro (nunca o suficiente para o tempo que ficava ausente) e fazia muitas recomendações ao filho, como devia se comportar, que devia rezar e se apegar a Deus como ela, que não devia fumar muito.

C. não fazia comentários sobre a mãe e permanecia em silêncio em um canto do CAPS após a saída dela.

3.7 - SERÁ QUE MINHA MÃE VAI CONSEGUIR?

No dia seguinte ao encontro em que dona Maria solicitou que eu devolvesse a documentação de C., procurei-o para colocá-lo a par dos acontecimentos que envolviam as modificações sobre a solicitação de sua aposentadoria. Não consegui fazer isso sozinha; pedi para a Assistente Social do serviço me acompanhar, pois ela estava envolvida nesta questão do processo da aposentadoria junto conosco, orientando-nos quanto aos procedimentos para o encaminhamento do processo.

Expliquei a C. que sua mãe havia me procurado e solicitado que eu devolvesse os documentos dele (que estavam sendo guardados no CAPS), pois ela iria atrás de sua aposentadoria. C. me interrogou se eu não poderia fazer algo para ter os documentos de volta, e eu expliquei a ele que ela era sua responsável legal e que se havia comprometido a cuidar da aposentadoria dele e que eu não podia impedi-la de retirar os documentos do CAPS.

A Assistente Social afirmava a C. que não havia porque se preocupar, pois sua mãe sabia todos os procedimentos para conseguir a aposentadoria, tinha sido orientada e já estava providenciando os documentos que faltavam.

C. fitou-me, inquieto e perguntou: “*Ah, Ana Paula, será que ela vai conseguir, você acha realmente que ela vai tirar a minha aposentadoria?*”. Respondi a C. que ela era a mãe dele e que não o queria mal, logo ela faria o que era bom para ele, e C. respondeu: “*É... será?*”. Permaneci em silêncio, novamente me sentia impotente, não estava sendo sincera com C. Tinha certeza de que a mãe de C. não conseguiria a aposentadoria, ao menos não conseguiria a aposentadoria para ele.

C. afastou-se e eu permaneci em silêncio. Todo o trabalho de tentar que C. se diferenciasse da Unidade de Internação, que tomasse ciência de seu tratamento, que não fosse coisa e sim sujeito (no meu entendimento) estava ficando difícil porque eu vacilei, me intimidei diante da mãe do paciente, que o colocava como objeto.

3.8 - RETROCESSO NA QUESTÃO DOS MEDICAMENTOS

Após aproximadamente um mês e meio de acompanhamento, C. novamente se colocou de modo resistente à questão dos medicamentos. C. negava-se a tomar Carbamazepina, afirmando que somente iria tomar Tegretol. O paciente em certo momento trancou-se no banheiro para não tomar a medicação, afirmando que estavam lhe dando o remédio errado e que ele queria ver a caixa do Tegretol, pois só assim aceitaria tomar a medicação.

Neste dia, eu estava no serviço e fui chamada para tentar convencer C. a sair do banheiro. O paciente dizia não acreditar mais em mim, dizia que não iria sair do banheiro e nem iria embora para a Unidade de Internação. Durante aproximadamente trinta minutos fiquei conversando com C. da janela do banheiro, e o paciente me dizia das questões referentes ao jogo de loteria, repetia que o Mauro era um traidor e que também não iria mais confiar em mim, por isso não adiantava eu falar que era Tegretol o seu remédio, porque ele sabia que Carbamazepina não era a mesma coisa que Tegretol.

Neste dia fiquei muito irritada com a atitude de C. Achava que o paciente não tinha motivo para estar fazendo tamanha encenação, mas o que eu não via, naquele momento, eram as conexões entre os fatos que estavam acontecendo (entrega dos documentos para a sua mãe, esquecimento de seu remédio) e a posição que eu adotara diante destes acontecimentos. Talvez este ato tenha sido a minha quebra de contrato com C. e aquela era a sua resposta.

Após trinta minutos me afastei, dizendo a C. que não o escutaria mais, já que não acreditava em mim. Iria parar de tratá-lo caso ele desejasse e disse-lhe que poderia escolher outro profissional de referência. C. saiu do banheiro em silêncio e foi encaminhado ao transporte para ir embora, voltar para a Unidade de Internação. Mesmo após este acontecimento, C. continuou seu tratamento comigo.

Dias após este ocorrido um funcionário do serviço veio pedir desculpas a mim e a C., pois o paciente tinha lhe afirmado que não tomara o remédio da tarde e por este motivo não poderia ir embora do serviço, já que ficaria sem o remédio. O funcionário,

porém, não deu crédito a fala de C. e o persuadiu a entrar na condução afirmando que ele já tinha tomado o remédio e que tinha esquecido. C. obedeceu ao funcionário, que após alguns dias constatou que o paciente não tinha tomado o remédio, motivo pelo qual veio pedir desculpas.

Sempre, nos atendimentos, C. trazia a questão dos medicamentos e a partir desse acontecimento, começou a falar de sua esperança em achar um remédio que o curasse, e que a possibilidade de cura somente seria possível com o remédio correto. Expressava a vontade de voltar ao Mato Grosso, (estado de onde viera), uma vez que lá poderia se curar com o remédio que uma velha benzedeira fazia. Dizia já ter sido fora tratado por tal mulher e que somente quando tomava o “*remédio natural*” que ele ficava bom, e que gostaria de ir atrás desta benzedeira junto com sua mãe, pois ele sabia que somente este remédio podia curá-lo.

Quando o interrogava sobre a “*velha benzedeira*” C. não sabia o local em que ela morava mas afirmava que ela poderia ter a sua cura e ainda relatava que os remédios que o doutor lhe dava só pioravam o “*esbaçamento do olho*”, deixando-o “*convicsionado*”.

Em um dos atendimentos que antecederam sua alta da Unidade de Internação (precipitada porque a Unidade de Internação necessitava de leitos vagos na época do Carnaval), C. relatou seus sintomas dizendo que todo o mal estava no “*esbaçamento do olho*”. Pedi para C. explicar o que acontecia quando sentia o esbaçamento. C. então começou a falar várias palavras que me eram incompreensíveis (*convicsionado, seguivamente, avociosamente, consequencialmente*). O que fiz foi repetilas uma a uma, pedindo que ele descrevesse o que cada uma significava para ele, pois eu não conhecia o sentido de suas palavras. C. por um instante parou de falar retomando em seguida um discurso que me era compreensível. Disse que após o acidente do caminhão, tudo tinha ficado diferente e que era muito difícil voltar a trabalhar, apesar de seu desejo, porque quando dava o “*esbaçamento do olho*” ele não conseguia mais ver as pessoas com uma só. Disse que via a Ana Paula (que sou eu) em pedaços quando o “*esbaçamento o atacava*”, via metade de mim de um lado e metade do outro lado e que cada pedaço fazia coisas diferentes, não era a mesma pessoa. E que via a si mesmo desta forma também quando o “*esbaçamento*” acontecia. Afirmava que tinha algo de ruim dentro de sua cabeça

e que tomava conta de seu olho fazendo tudo “*esbaçar*”, deixando-o “*convicsionado*”. Disse que seu desejo era ser o C. de antes desta doença, gostaria de trabalhar e viver junto de sua mãe.

Questionei C. sobre a origem deste sintoma e ele relatou que era obra do Diabo, castigo por se comportar mal, por ter desejos, por sonhar com mulheres e acordar com ereção — em suas palavras “*acordar duro*” — indicando o pênis com o olhar.

A partir deste atendimento, C. passou a trazer repetidamente a questão do “*esbaçamento do olho*” associada à desesperança nos remédios e a esperança de encontrar a cura lá no Mato Grosso, quanto tratado pela “*velha benzedeira e seu remédio*”.

3.9 - A CASA PARA MINHA MÃE

Nos atendimentos posteriores ao episódio referente à retirada dos documentos de C. do serviço pela sua mãe, o paciente começou a relatar que seu desejo de ganhar na loteria estava atrelado à esperança de uma mudança de vida.

C. começou a falar dos planos que tinha se ganhasse na loteria. C. iria comprar uma casa para sua mãe e ele morarem, compraria um carro e o restante do dinheiro iria dar às pessoas que precisassem mais do que ele. C. falava que não precisava de muito dinheiro para viver, somente o suficiente para comprar os seus cigarros e jogar na loteria. (Tenho a impressão que o discurso da mãe de C. [dona Maria] está na boca do filho!)

C. diz acreditar que ajudando as outras pessoas pode salvar-se e juntar-se a Deus, pois se depender somente dele, ele nunca irá para o paraíso. C. acreditava ser um pecador, porque sua mãe sempre o recriminava sobre os pecados que cometia: fumar cigarros, ter vontade de transar, se masturbar e jogar.⁸

⁸ É interessante ressaltar que neste momento o jogo apresenta-se de maneira ambígua, pois, de acordo com o relato de C., o jogo é forma de melhorar de vida que traz a ele a possibilidade do resgate da sua cidadania; e também tem uma conotação de pecado (de destruição de C. pelo motivo de não ser permitido pela sua mãe — jogar era pecado para ela e então para C.).

C. repetia este relato a cada semana, o da perspectiva de uma vida melhor que só poderia ser possível se ele ganhasse na loteria, e a cada semana C. construía a certeza de que havia feito o jogo correto: “*o jogo da vez*”.

C. continuava descrevendo a construção “*do jogo da vez*” que era para ele um momento de bastante angústia, pois o jogo sempre se revelava em seu sono. C. sempre sonhava que estava fazendo “*o jogo*”, marcando os números corretos, mas sempre acordava neste momento e esquecia quais eram os números. Por certo tempo, enquanto estava na Unidade de Internação, C. começou a dormir com um pedaço de papel e uma caneta no bolso, para tentar marcar os números no momento em que acordava. Esta tarefa, entretanto, era muito difícil, já que durante a noite o quarto estava sempre escuro e no momento de marcar “*os números da vez*” seu “*olho esbaçava*” e C. entrava em desespero, porque o “*esbaçamento do olho*” era coisa do Diabo, o sofrimento a ele imposto por não conseguir parar de pecar, isto é, de jogar.

Nos primeiros relatos que C. fazia sobre os jogos da loteria, eu consegui identificar que o prêmio em questão não era o dinheiro, mas outra coisa. Essa constatação foi possível a partir do momento em que percebi uma divisão que C. fazia entre as pessoas, que dele ganhavam os seus jogos (conforme citado anteriormente).

Porém com a continuação dos atendimentos e com meu contato com a mãe de C., fui capaz de identificar que C. dava os jogos para Mauro e o acusava de traição, mas Mauro era o auxiliar de enfermagem em quem sua mãe confiava, era para este profissional que dona Maria dava todas as coisas que levava para C. (rádio, roupas, cigarros, comida, dinheiro e os documentos). Mauro recebia “*tudo*” da mãe de C. e depois passava para o paciente as coisas trazidas por ela.

Também comecei a identificar que a religião tinha uma conotação ambígua para C., quando se referia a Deus e sua salvação, que seria possível quando pudesse seguir sua mãe, ir com ela a igreja, rezar e ajudar as outras pessoas — seus irmãos em Cristo. Porém, quando C. falava de sua dificuldade em cumprir estas obrigações, dizia que sua alma estava com o Diabo e por isso pecava tanto. Mesmo sabendo que não devia fazer certas coisas (fumar, masturbar-se, jogar) continuava fazendo, mas ele não podia deixar de pecar, mesmo sabendo que o pecado era recebido com uma punição: “*o esbaçamento do olho*”.

Estes conteúdos surgiam com frequência em todos os atendimentos durante o mês de janeiro e C. silenciou após o Carnaval, momento em que outro contratempo surgiu no tratamento de C.

É importante ressaltar que os conteúdos sobre o olho, os pecados, o jogo existiram no mesmo período em que C. estava convicto de que sua cura estaria com a velha benzedeira do Mato Grosso.

3.10 - A VELHA E O DEMÔNIO

Nos atendimentos do mês de janeiro, logo após a entrega dos documentos de C. para a sua mãe, as duas propostas que estávamos trabalhando⁹ começaram a convergir para o mesmo tema.

C. trazia para os atendimentos a convicção de que os remédios é que o estavam deixando doente. Para ele o tratamento de “nossa ciência” nada adiantava, pelo contrário, só piorava o “*esbaçamento do olho*”. Somente seria possível C. obter a cura com o remédio feito de ervas, pela velha benzedeira que morava no Mato Grosso.

C. relatou que já fora tratado por esta mulher, quando morava neste estado e que sua mãe é que o levava para tal tratamento, C. afirmava que durante o tempo em que foi tratado com os remédios desta mulher tinha tido uma grande melhora, tinha se curado e que desejava novamente voltar para o Mato Grosso e novamente seguir tratamento com a mulher. Ao ser interrogado como iria para o Mato Grosso, C. afirmava que iria com sua mãe e que ela se responsabilizaria por cuidar dele, levando-o até a velha benzedeira. C. começou a afirmar que era melhor ficar entre os índios do que entre os doutores.

C. relatava, com muita frequência, o seu relacionamento com a mãe, colocando esta figura como centro de seu tratamento, a pessoa que C. deveria ouvir e seguir para se curar. A fala de C. muitas vezes tomava a forma do discurso da mãe, nos assuntos por ele abordado durante estes atendimentos, principalmente no que se referia ao tratamento, à religião e ao seu sintoma.

⁹ Até este momento o Projeto Terapêutico de C. estava direcionado:

— ao trabalho junto a C., para que o mesmo se implicasse em seu tratamento, através da discussão de seus remédios;

— ao trabalho de Acompanhamento Terapêutico desenvolvido por auxiliar de enfermagem, junto a C., abrindo a possibilidade de C. jogar na loteria toda a semana.

Freqüentemente, a questão religiosa surgia durante os atendimentos. C. sempre falava de sua preocupação quanto a sua pequena fé em relação à fé da mãe. Relatou que era muito difícil para ele freqüentar a igreja, porém era muito necessário, uma vez que sua mãe é que o levava e considerava que a cura viria de Deus, através da oração. C. demonstrava uma atitude ambígua diante deste posicionamento que a mãe impunha. Dizia querer acreditar, mas que o Diabo estava sempre na cabeça dele, seja quando o “*olho esbaçava*”, ou na vontade de pecar e questionava: “*Como a cura está em viver sem estes pecados, se são estes pecados que eu gosto de fazer?*”.

C. dizia viver atormentado com a presença do mal em seu corpo. Esta presença não permitia que ele acatasse os conselhos da mãe sobre a religião e o comportamento, e concluía que toda a sua desgraça estava justamente neste ponto, no corpo tomado pelo mal, que não permitia que ele seguisse a vontade da mãe, cujo desejo era que C. fosse a igreja, não fumasse, não se masturbasse.

C. muitas vezes falava acreditar no Diabo, não ser religioso, não acreditar mais em Deus. Porém sempre dizia arrepender-se por ser assim. C. começou a me questionar sobre a minha fé, se eu acreditava na religião, pois começou a me dizer que somente poderia falar deste assunto com alguém que acreditasse em sua religião. Sempre respondia ao paciente que questão sobre a minha crença religiosa não vinha ao caso, mas que acreditava nele (C.) e que se desejasse poderia falar destes assuntos comigo.

Nestes atendimentos, tentava, juntamente com C., separar o que era discurso de sua mãe.¹⁰ Retomava com C. que os pecados que ele julgava cometer eram, justamente, as atitudes que sua mãe considerava pecaminosas, e que suas atitudes não eram consideradas pecados por outras pessoas. Afirmava que ele poderia fazer suas escolhas considerando o seu desejo e não o de sua mãe, porém eu (neste momento) também estava com dificuldades em barrar a mãe do paciente. Entretanto sabia que era necessário fazê-lo para que houvesse a possibilidade deste tratamento continuar.

¹⁰ Desde o momento que havia conhecido a questão do relacionamento entre mãe e filho, neste caso, percebia que C. estava muito colado ao discurso da mãe, não tendo um próprio.

C. insistia que os remédios lhe faziam mal e que se ficasse sem os mesmos ficaria muito melhor, a nuvem da ameaça da mãe de C. continuava a atormentar meus pensamentos, algo tinha mudado após o episódio dos documentos, mas como saber o que acontecia? Sabia, porém, que estava me afastando de C.

O último mês de atendimento foi marcado por um outro posicionamento, não mais ocupava o espaço de “terapeuta” para C., estava aos poucos me “escondendo” atrás de prescrições normativas e uma intolerância para com este paciente que não possibilitava mais que eu o ouvisse. Neste momento começaram os encaminhamentos (todos eles sem o cuidado de construir com C. um percurso — como havia feito no começo — com a questão dos medicamentos). Desisti de articular a sua alta e de compartilhar este processo com ele e os horários de atendimento se “rarificavam”. Havia-me tornado a enfermeira do serviço e o lugar de “terapeuta” de C. não era mais ocupado; distribuía meu tempo entre os demais usuários, que eram de minha referência, vivia atrás de escalas de funcionários e fazendo reuniões com a equipe de enfermagem sobre a qual eu era responsável. C. começava a não ter mais espaço no meu repertório de atividades, e tudo isso por ter, em certo momento, me aliado à lei de sua mãe e a lei da instituição, como tentarei esclarecer no capítulo quatro.

3.11 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO - CAPS - CASA: UM PACIENTE COMO EMBRULHO PARA ENTREGA!

O evento que marcou o último mês de atendimento foi a vinda de C. para o Serviço de Atenção a Crise vinculado ao CAPS (SAC-CAPS).¹¹ Até este momento C. estava frequentando o CAPS durante o dia e permanecia na Unidade de Internação durante a noite e finais de semana. Porém C. estava em processo de alta e já tinha saído por dois finais de semana de licença, ficando assim durante este período na casa em que morava com sua mãe.

¹¹ Este serviço tinha como proposta atender os pacientes vinculados no serviço nos momentos de crise. Este serviço funcionava em uma casa próxima ao CAPS, durante as 24 horas.

Desde o começo do segundo mês de atendimento de C., após a primeira reunião com a equipe da Unidade de Internação (conforme relatado anteriormente), estávamos planejando a alta para o paciente. Esse procedimento não era muito simples, uma vez que o paciente necessitava de um acompanhamento intenso, a fim de favorecer uma maior continência ao mesmo, tendo em vista que se tratava de um paciente psicótico grave e com acentuado comprometimento no desenvolvimento de atividades de vida prática, quadro agravado pelas precárias condições sociais em que vivia quando estava em sua casa.

O planejamento da alta do paciente devia ser seguido de garantias mínimas de que o mesmo continuasse o tratamento no CAPS, isto é, eu estava tentando articular com outros serviços o transporte para o paciente, para que ele conseguisse chegar até o CAPS e dar continuidade ao tratamento, uma vez que C. não conseguia chegar ao serviço sozinho e não tinha suporte familiar que pudesse garantir sua vinda até o serviço.

Esta negociação do transporte mostrava-se difícil, pois quando agendava um encontro com o motorista (que era de um serviço que dava suporte ao CAPS), este não comparecia. Tais desencontros adiavam a alta de C., e existia uma certa pressão por parte da Unidade de Internação para encaminhar C. para alta, pois esta unidade necessitava abrir novas vagas. Porém eu havia negociado com a equipe da Unidade de Internação que C., ao sair de alta daquele serviço, deveria ir para casa, pois o seu quadro não justificava a transferência do mesmo para o SAC-CAPS (como era sugerido pela Unidade de Internação). O SAC-CAPS era um equipamento destinado a atender crise. C. não estava em crise e sim tendo alta de uma Unidade que também atendia os pacientes no momento de crise. Eu queria evitar que C. ficasse em lugares errados. No meu entendimento não se tratava somente de mudar C. de lugar para “desocupar” vagas, havia um trabalho que estava sendo feito, um planejamento de alta para que C. tivesse a possibilidade de voltar para a casa, enfim se tratava de uma pessoa e não de um leito vago ou ocupado.

Durante um feriado, no qual eu fiquei de folga. C. foi transferido para o SAC-CAPS. Esse acontecimento foi realizado na minha ausência e a decisão de transferir C. de um lugar para outro foi tomada por uma parcela da equipe que não estava a par dos trabalhos que eu, a equipe da Unidade de Internação e o Distrito de Saúde estávamos fazendo com a finalidade de garantir a alta de C.. Não foi levado em conta o trabalho que

eu estava tentando desenvolver com C. durante os atendimentos, no que diz respeito ao seu retorno para a sua casa, uma vez que C. estava a par das negociações para conseguir a condução e o motorista que iria levá-lo do CAPS até sua casa.

Após o feriado, volto ao trabalho e C. vem ao meu encontro, fiquei espantada e interroguei-o: *“O que você está fazendo aqui?”*. E o paciente me respondeu: *“- Não sei, não é você que cuida de mim?”*.

Eu fiquei sem resposta, até o momento em que encontrei C., pois acreditava que ele estava na Unidade de Internação e que no feriado estaria em sua casa de licença.

Fui, então, questionar a equipe. Queria saber qual era o motivo da transferência de C. para o SAC-CAPS e a resposta que obtive foi a de que a Unidade de Internação estava lotada e precisava abrir vagas para o feriado. Como o SAC-CAPS estava com poucos pacientes, a Unidade de Internação havia solicitado que o CAPS cuidasse dos pacientes que eram da sua área de abrangência e ofereceu ao serviço uma lista dos nomes dos pacientes que poderiam ser transferidos. A equipe do CAPS, da qual eu fazia parte, julgou então mais apropriado transferir aqueles pacientes que já estavam em tratamento no CAPS, pacientes que a equipe já conhecia e não se levou em conta o tipo de trabalho que estava sendo desenvolvido. Não haviam me consultado para saber da possibilidade de transferência ou do trabalho que eu e C. estávamos desenvolvendo. Este episódio marcou o início do último mês de atendimento a este paciente e ocorreu próximo ao episódio da devolução dos documentos, e da questão do medicamento que não foi dado a C. no período da tarde.

Antes de C. ser transferido para o SAC-CAPS, eu tentava articular sua alta sem “escala” pelo SAC-CAPS, pois sabia da precariedade de infra-estrutura que a rede de saúde tem e sabia que se C. ficasse no SAC-CAPS seria muito mais difícil negociar o transporte para que ele pudesse se tratar e voltar no período da tarde para sua casa. Afinal de contas, C. não estava em crise e sim saindo de uma, como justificar a sua entrada e permanência em um equipamento que atende pacientes em momento de crise. O SAC-CAPS iria virar moradia para C.?

Novamente este paciente estava sendo transferido. Ele não foi consultado e não recebeu explicações referentes à mudança na condução de seu Projeto Terapêutico. Cabia a mim, novamente, informá-lo da mudança de planos e novamente me senti impotente. Não conseguia barrar, agora, a invasão imposta pela instituição.

No que eu havia me transformado para C.?

Era o começo do fim dos atendimentos?

Estas interrogações começaram a povoar meus pensamentos com muita frequência e cada vez mais eu me distanciava deste paciente e também da instituição.

3.12 - PENDURADO NO MURO

A história do muro já existia para C. quando eu cheguei ao CAPS e comecei a atendê-lo. Esta história versa sobre a agressividade que o paciente destina as pessoas que tentam cuidar dele e que, por diversas vezes, tem como destino o próprio C.

Decidi escrever esta história no final do meu relato sobre este caso, pois foi a partir desses acontecimentos, descritos a seguir, que percebi que os atendimentos a C. foram terminando e chegaram ao fim.

Após uma semana que eu estava trabalhando no CAPS, C. estava em cima do muro da frente do serviço, andava de um lado para o outro e ameaçava pular. Neste episódio, vários funcionários do serviço (inclusive eu) ficamos próximos ao muro pedindo que ele descesse. C. olhava para todos e ria, parecendo não se importar com o que estava sendo dito a ele (que ele poderia se machucar, era perigoso ficar em cima do muro, pedíamos para ele descer e aí conversar — equipe e C.). Neste dia C. desceu somente quando um dos funcionários do CAPS começou a subir no muro para apanhá-lo.

Ao descer não falou nada a ninguém, ficou apenas rindo (um sorriso debochado) e todos que iam falar com ele recebiam como resposta o mesmo sorriso. Neste dia eu não falei com C.

Senti insegurança em ser o novo profissional de “referência” de C., pois entendia que tal atitude do paciente era arriscada. Existia aí uma agressividade para com ele próprio, misturada com uma possível encenação?

Durante o período de atendimento, comecei a afirmar para C. que eu não iria mais permanecer próximo a ele quando estivesse em cima do muro e também não iria disponibilizar tempo algum para atendimentos após estas tentativas. Durante os atendimentos sempre retomávamos a questão dos cuidados com o corpo e os riscos físicos que ele, C., corria quando tomava este tipo de atitude. As atitudes de auto-agressão que C. apresentava iam além da ameaça de se pendurar em muros, ele também quebrava vidros com as mãos e a cabeça, provocando cortes.

Por mais três vezes C. ainda subiu no muro, porém no último episódio eu cumpri o que havia contratado e me afastei do local onde C. estava. Logo em seguida C. desceu e me procurou. Retomei a questão do que havia lhe dito e não o atendi, somente no dia seguinte é que C. foi atendido por mim. Após este episódio C. não mais subiu em muros.

Eu e C. estávamos construindo espaços para que ele pudesse falar e por este motivo não havia mais a possibilidade de eu admitir este tipo de encenação.

Em dois atendimentos distintos, posteriores à questão dos muros, C. ameaçou me agredir com um soco, porém fazia o gesto de agredir-me sempre de uma distância que não seria possível me atingir. Nos dois episódios mantive-me em meu lugar afirmando a C. que não estava ali para ser agredida e sim para cuidar dele e que tal gesto resultaria na impossibilidade de continuar o tratamento, logo ele poderia escolher entre as duas opções: manter o tratamento sem agredir ou me agredir e interromper o tratamento. C. nos dois momentos respondeu do mesmo modo, isto é, com seu riso tão peculiar que parecia ser de deboche.

No decorrer dos atendimentos a questão da auto e hetero-agressão física foi diminuindo; a equipe não o recriminava mais pelos comportamentos agressivos, porém outro tipo de comportamento se intensificava.

C. freqüentemente invadia o espaço da equipe (a sala de equipe) e permanecia lá durante muito tempo. Caso fosse convidado a se retirar, C. deitava-se no chão e não saía. Esse comportamento começou a se tornar freqüente e muitas vezes eu era convocada a fazer algum tipo de intervenção para que ele se retirasse da sala.

Este tipo de comportamento acentuava-se na medida que os atendimentos iam se espaçando, pois depois de um certo tempo no serviço eu estava com atribuições de gerenciamento da equipe de enfermagem do período vespertino e mais dez usuários (além de C.) como profissional de referência e tinha dificuldade de organizar espaços para atender C. como no princípio. Talvez eu estivesse sentindo os efeitos da contra-transferência e sem saber direcionar estes efeitos segui por um caminho de pouco sucesso, uma vez que ficava muito preocupada com a postura que C. adotava de permanecer durante muito tempo dentro da sala de equipe, se jogando no chão e eu dizendo sempre que não podia atendê-lo. A encenação parecia estar se tornando uma passagem ao ato no meu entendimento, como agir então?

Quinze dias antes de me afastar deste serviço, C. retoma novamente uma atitude de agressividade. Neste momento ele estava “morando” no SAC-CAPS, e pediu para eu atendê-lo, porém naquele momento eu não podia fazê-lo já que estava resolvendo questões sobre a transferência de um paciente que o transporte da prefeitura tinha deixado por engano no serviço e iria, logo depois, iniciar uma triagem. Neste momento já estava bastante irritada com estas questões confusas que surgiam no serviço e, ao dizer não a C., ele pegou uma cadeira olhou para mim direto nos meus olhos e com uma expressão de bastante sofrimento golpeou o vidro da porta, soltando a cadeira. Imediatamente dois auxiliares de enfermagem o pegaram e levaram para o quarto. C., enquanto estava sendo arrastado até o quarto pelos auxiliares de enfermagem, olhou para mim e disse que seu olho estava “*esbaçando*” de novo e quem iria ajudá-lo agora!

Depois de um certo tempo, pediu para um auxiliar de enfermagem me pedir desculpas e dizer que estava arrependido, e assim o fez o auxiliar de enfermagem. Neste momento me interoguei, talvez tivesse pegado o caminho errado e como saber? Sem me dar conta eu estava sendo igual a muitos, não me diferenciava mais como terapeuta de C., eu estava deixando o caso aos poucos.



***CAPÍTULO 4 - CONSTRUÇÃO DO
CASO: UMA POSSÍVEL MANEIRA
DE CUIDAR***

4.1 - UMA VISÃO DE CUIDADO POSSÍVEL

O cuidado oferecido a um sujeito psicótico poderá transcender a prescrição, se for realizada uma leitura em que se privilegia a subjetividade, ou melhor, a relação intersubjetiva que pode ser estabelecida entre enfermeiro e paciente, para assim significar o tratamento como a possibilidade de produção de novos efeitos terapêuticos (LOYOLA e ROCHA, 2000).

Um caminho para desenvolver algumas diretrizes que subsidiem a discussão da questão do cuidado está na possibilidade de se poder transitar entre as funções que são invocadas a partir de uma relação estabelecida através da transferência, isto é, considerando os procedimentos de enfermagem — por exemplo, o encaminhamento para o banho, a administração de medicamentos, entre outros —, como um momento em que o profissional de enfermagem estabelece uma relação intersubjetiva com o paciente.

O profissional de enfermagem sabendo manejar a transferência poderá, então, fazer uma intervenção que não colabore com a piora do quadro do paciente. Por exemplo: um paciente que relata não querer tomar banho o fará sem que seja considerada sua resistência ao procedimento. Este cuidado de enfermagem pode trazer maior sofrimento ao paciente, mesmo que a intenção de encaminhá-lo para o banho tenha considerado seu conforto.

É importante salientar que, dos lugares¹ onde um enfermeiro e um paciente se apresentam, é possível estabelecer uma leitura que evidencie a adoção de funções (lugares que condicionam ou são condicionados pelo discurso operante) tanto para um como para outro, e que tal posicionamento é o que pode propiciar a elaboração de uma direção para o tratamento, e neste caso para um possível tratamento da psicose.

A pretensa investigação que inicio através da articulação entre a teoria psicanalítica e os fragmentos da escrita do caso clínico de C. tem como objetivo indicar algumas possibilidades de cuidado de enfermagem que levem em conta a estrutura clínica do sujeito psicótico como também a relação que se desenvolve entre enfermeiro, paciente, família e instituição.

¹ O lugar a que me refiro neste estudo é o que possibilita evidenciar uma função psíquica observável através da relação de transferência que é estabelecida entre os sujeitos.

Para este fim, o estudo foi desenvolvido em duas etapas distintas: a primeira diz respeito às tentativas de demarcar os lugares que os personagens ocuparam ao longo do tratamento; e a segunda tenta ilustrar, a partir do que foi apreendido na primeira etapa, como pode ser feita a leitura dos acontecimentos que poderiam indicar uma direção ao tratamento do paciente em questão a partir do desenvolvimento teórico que a psicanálise pode oferecer.

Gostaria, neste momento, de justificar a escolha do referencial psicanalítico para subsidiar uma possível prática de cuidado em enfermagem destinado a um sujeito psicótico.

Conceber uma prática de enfermagem subsidiada pelo referencial teórico da psicanálise é levar em conta a possibilidade de efetuar uma determinada leitura das situações de cuidado a partir da clínica, concebida essencialmente em duas dimensões: a singularidade do sujeito e a simultaneidade entre pesquisa e tratamento (AGUIAR, 2001).

A clínica pode ser apreendida como uma experiência em que um sujeito interroga outro, levando-se em consideração 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, sua doença. 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. VIGANÒ (1999) salienta que na clínica é essencial a presença do sujeito, uma vez que é a partir dela que teremos o caráter particular do discurso que ele emite. O autor expressa que:

A palavra clínica vem do grego *kline* e quer dizer leito. A clínica é o ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito (VIGANÒ, 1999).

Vale salientar que a dimensão do sujeito aqui considerada é, por definição, a de um sujeito dividido, ou seja, o sujeito tal como é concebido por Lacan, que usa este termo para designá-lo em sua dimensão inconsciente. Considerar a dimensão inconsciente é

aceitar a hipótese freudiana na qual o inconsciente tem como característica fundamental um saber que é desconhecido. Assim, o sujeito é efeito do que ocorre na “outra cena”, desconhecida daquele eu que confere a materialidade ao discurso (LACAN, 1998e).

Como esclarece MASAGÃO (2000), Lacan constrói, por assim dizer, uma definição de sujeito diferente daquela que privilegia a expressão de um indivíduo ou personalidade, comumente encontrada nas leituras que levam em conta o comportamento ou o desenvolvimento psicológico.

Se considerarmos, por definição, que o sujeito é um efeito de linguagem e que o *eu* desconhece a existência desse sujeito do inconsciente, podemos nos colocar uma primeira questão: Como construir um cuidado que leve em conta o paciente em sua dimensão de sujeito, ou seja, um indivíduo que comporta um saber que lhe é próprio e estruturado de maneira singular, porém desconhecido, já que é inconsciente e somente poderá ser elucidado a partir do discurso do sujeito em questão?

LACAN (1998b) indica uma direção com sua afirmação, abaixo transcrita:

Quer se pretenda agente de cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise dispõe de apenas um meio: a fala do paciente (LACAN, 1998b:248).

Vale ressaltar que o sujeito de que tratamos, neste texto, está estruturado a partir de uma lógica, a saber, a lógica do inconsciente que Lacan formalizou nos seguintes termos: “*O inconsciente está estruturado como uma linguagem*” (LACAN, 1998b:255).

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.

O cuidado que propomos leva em consideração a relação do sujeito (desconhecido ao eu do paciente) com a intersubjetividade da fala.

É justamente esta singularidade que tentamos evidenciar nestas linhas, ou seja, a que se mostra nos diferentes modos pelos quais o sujeito se estrutura em relação à cadeia de significantes que ele elabora.

No entanto, esse tipo de intervenção requer do profissional de enfermagem — que deseje desenvolver um cuidado considerando a estrutura do sujeito que se apresenta diante dele — uma posição na qual o discurso do paciente seja apreendido em sua positividade. É importante considerar que a fala do paciente revela um saber sobre ele. No entanto, esse saber (que diz respeito à lógica inconsciente em questão para aquele sujeito) está oculto sob seu discurso corrente do sujeito. Não é relevante, neste momento, se este discurso é ou não delirante, pois o que interessa para possibilitar uma posição de testemunho na construção de um significado para o paciente são os significantes que impregnam seu discurso e que surgem em diferentes momentos e revelam a verdade daquele sujeito.

Desenvolver um cuidado que leve em conta o sujeito em sua singularidade é considerar a ética do “*um a um*”, compreendido no seguinte sentido: cada sujeito é *um* e como tal deve ser acolhido na sua diferença (MOTTA, 2000).

Assim, levando em conta o discurso, o sujeito do inconsciente, a estruturação singular de cada indivíduo a partir de sua cadeia de significantes é que construiremos uma proposta de cuidado de enfermagem que tentará ilustrar a partir da clínica um possível modo de conceber o cuidado a um paciente psicótico.

Portanto, reiteramos a posição de AGUIAR (2000), que afirma que a clínica psicanalítica possui uma dimensão de contemporaneidade entre pesquisa e tratamento. Logo, só é possível tratar se nos colocarmos diante do paciente numa posição de não-saber, uma vez que não é possível saber de seus significantes e sua articulação para aquele sujeito. É necessário pesquisar e construir junto com o sujeito os sentidos possíveis para seu sofrimento.

Sendo assim, concordamos também com a afirmação de MOTTA (2000) que ressalta:

O que se desprende desta intervenção é uma nova ética no trabalho, um novo laço centrado na transferência de trabalho e sobre um novo tipo de relação com o desejo e o saber (MOTTA, 2000:13).

Finalmente, salientamos a importância da clínica para a construção e a interrogação constante da teoria psicanalítica, pois sem a clínica não existiria espaço para que o sujeito e sua fala surgissem e, por consequência, a teoria se manteria no campo da esterilidade. Propomos, então, um cuidado de enfermagem que tenha como objeto de trabalho a relação entre o sujeito do inconsciente e a intersubjetividade da fala que ele anuncia.

4.2 - UM PACIENTE É APRESENTADO

Como começa um tratamento? Quais são as implicações que as posições atribuídas aos profissionais em uma dada instituição podem acarretar na direção que o tratamento terá?

Com estas interrogações começo a apresentar o caso de C., tentando construir, ou melhor, reconstruir o percurso que por um período tornou possível que se fizesse do trabalho de um profissional de enfermagem o lugar primordial para estas interrogações surgissem.

4.2.1 - Construção da diferença no lugar de um vazio — A psicose

Na psicose, um fora de lugar parece sempre estar presente. Existe um traço que é rejeitado, condenado a permanecer fora do registro simbólico. Este processo revela um movimento de desalojar o sujeito de seu corpo e também de um lugar enquanto subjetividade.

Se considerarmos a existência de uma rejeição na psicose, esta é a do significante primordial, que fica desalojado de um lugar simbólico, de um lugar que faça parte da realidade que se impõe àquele sujeito, como aponta LACAN (2002):

De que se trata quando falo de Verwerfung? Trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível. Eis o mecanismo fundamental que suponho na base da paranóia. Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de significante LACAN (2002:174).

Ao considerar que existe a exclusão de um primeiro corpo de significante, cuja falta edifica a base da estrutura psicótica, é necessário pôr em questão, a partir desta afirmativa, que existirá também a imposição de uma dada percepção de realidade que seja singular e característica à estrutura psicótica. Pois a percepção da realidade, que fundamenta o princípio da realidade, só poderá ser considerada a partir das balizas já preestabelecidas pela linguagem, esta apreendida como uma ordenação lógica do funcionamento do inconsciente, no qual o sujeito desde o início está implicado. Logo, se existiu a exclusão de uma articulação no primeiro corpo de significante, toda a percepção da realidade para aquele sujeito será diferente daquela apreendida por um outro sujeito com uma estrutura diferente da dele, pois a realidade concebida aqui é a realidade significativa, tal como afirma LACAN (2002):

Não se trata do que se chama vagamente de realidade, como se fosse a mesma coisa que a realidade das muralhas contra as quais batemos com a cabeça, trata-se de uma realidade significativa, que não nos apresenta simplesmente botaréis e obstáculos, mas uma verdade que se verifica e se instaura por si mesma como orientando esse mundo, e introduzindo os seres para chamá-los pelo nome deles (LACAN, 2002:232).

Podemos considerar, a partir deste excerto, que o acesso à realidade pode diferir se considerarmos as relações que o processo primário tende a exercer no sentido de uma identidade de percepção, não importando se deste processo resulte uma identidade de percepção que coincida com o real ou não (LACAN, 1988).

Importante é ressaltar que existe uma diferença das subjetividades quando direcionamos o olhar para a identidade de percepção. Não é o caso de discutir se esta diversidade entre os sujeitos pode ser superada, “curada” ou não, mas salientar que é

através dessa diversidade que se faz possível emergir a estrutura do sujeito em questão. Ou seja, é oferecendo lugar à posição subjetiva do paciente, validando o testemunho que o sujeito pode oferecer, que será possível adentrar em seu universo simbólico e a partir deste dimensionar um tratamento possível da psicose (LACAN, 1998d).

Seria o caso então de afirmar que existe uma realidade coerente para o sujeito na psicose e consentir com FREUD ([1924]1996), que salientou que ela é desenvolvida a partir de precipitados psíquicos das antigas relações que o sujeito estabeleceu com a realidade externa num momento primitivo de seu desenvolvimento. Estas relações dão-se através dos traços de memória dos quais o sujeito já lançou uso anteriormente. Ou seja, a realidade é dada a partir da dinâmica estabelecida naquilo que o sujeito pôde apreender da linguagem, através da relação entre a satisfação de suas necessidades e os objetos que podem satisfazê-las. Esta relação é estabelecida num estágio primitivo de seu desenvolvimento.

A realidade na psicose estabelece, então, um importante problema a ser considerado. Na psicose a realidade não coincide com a realidade externa que se apresenta ao sujeito, porém esta consideração é importante de ser ressaltada, pois é a partir dos conteúdos delirantes, que vêm substituir a realidade externa, que poderemos delimitar um posicionamento para este sujeito, secretariando-o para que ele possa construir uma metáfora delirante que possibilite barrar o Outro que surge a partir do exterior e o invade.

O fora de lugar, ao qual chamo a atenção, é resultante de um processo que não ocorreu na realização simbólica do sujeito, colocando-o em condição de permanecer à margem do processo simbólico que possibilita nomeá-lo, que possibilita que este sujeito tenha uma posição na partilha dos sexos.

É a partir do entendimento do sujeito apreendido no momento de ruptura e da possibilidade dele inaugurar um significante que comporte a sua diferença (singularidade) que se construirá a possibilidade de uma direção para o seu tratamento.

4.2.2 - C.

Antes de começar a desenvolver uma escrita que tente a partir da reconstrução dos posicionamentos ocupados pelos sujeitos durante o período de tratamento e a articulação destes [posicionamentos] com a teoria psicanalítica, indicando uma possibilidade de apreensão de um cuidado para C., considero importante oferecer a C. um primeiro lugar. O lugar de uma descrição que é cativante, justamente por evocar o registro de uma imagem, trazendo ao texto uma presença e apelando para a imaginação, como ressalta MASAGÃO (2000).

C. era um homem jovem de aproximadamente 30 anos que freqüentava um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) durante o dia e pernoitava em um hospital psiquiátrico, pois vivenciava uma crise psicótica.

Fora da estrutura hospitalar e de tratamento, seu ponto de ligação com o mundo era sua mãe, com quem morava nos breves períodos em que não estava internado, já que suas internações eram freqüentes e longas. Também tinha um irmão com quem não se relacionava. Os encontro de C. com seu irmão sempre acabavam em briga. Sua casa é localizada em um bairro extremamente distante da região central da cidade, onde as condições de saneamento básico são precárias e um quadro de miséria assola o lugar bem como sua residência.

Durante o período em que se desenvolveu este estudo, as relações de C. eram todas intermediadas pelas instituições onde circulava. As pessoas com quem C. tinha contato eram, em sua grande maioria, funcionários ou pacientes. Raramente sua mãe vinha visitá-lo.

Os profissionais do CAPS descreviam-no como uma pessoa extremamente agressiva, pois era comum que agredisse funcionários ou se auto-agredisse quebrando vidros e se cortando, batendo com a cabeça na parede ou subindo em cima dos muros.

A primeira vez que vi C., no entanto, não tive a impressão de ele ser uma pessoa tão agressiva como se relatava. C. ocupava os cantos, permanecendo de cócoras ou deitado e, de canto em canto, ia se refugiando para escrever os números premiados da loteria em qualquer papel que lhe chegasse à mão.

Sua aparência física denotava uma certa fragilidade, pois estava extremamente emagrecido, vestia-se com roupas sujas e amarrotadas, seus cabelos pretos, compridos e sujos e sua barba por fazer escondiam seu rosto. Olhava com indiferença para as outras pessoas, parecia que sua curiosidade e atenção permaneciam presas a seus próprios rituais. Sua boca freqüentemente se abria em um sorriso irônico, revelando seus dentes amarelados e apodrecidos. Uma voz calma em um tom muito baixo produzia uma fala recheada de neologismos, cortes e um único apelo: “*you tem que trocar os remédios*”. Suas mãos, amareladas pelos cigarros que ganhava — cinco de cada vez, e que rapidamente acabavam —, movimentavam-se devagar demarcando cada movimento que C. fazia.

C. não participava de nenhuma atividade estruturada que o serviço oferecia e ocupava-se em fumar e refugiar-se nos cantos escrevendo em pedaços de papel e com muita dificuldade os números premiados da loteria, que surgiam no papel com um traço trêmulo, revelando sua falta de afinidade com a escrita associada ao resultado dos efeitos colaterais de sua mediação. Não tinha estudo, lia e escrevia com muita dificuldade, fato que ele porém não admitia. Antes da manifestação de sua doença, havia trabalhado como servente de pedreiro em outro estado do país, do qual era natural, e mudara-se para São Paulo em busca de melhor tratamento e condição de vida. Sua vinda, porém, tinha sido decidida pela mãe, que o acompanhara nesta viagem cujo destino acabou sendo o CAPS.

4.2.3 - O lugar de um começo

Inicialmente, gostaria de insistir que na psicose é patente a falta de um significante. Este, em última análise, pode ser entendido como a falta de uma significação fálica, significação esta que substitui, a partir do recalque, o desejo da mãe.

Os atendimentos de C. são inaugurados no ponto em que, para que o seu atendimento começasse, eram prescindíveis sua presença e também de uma demanda vinda do próprio paciente. C. é evocado, falado por seu terapeuta que apela por ele, por um tratamento. Na fala do colega, comecei a perceber que eu seria a profissional que atenderia aquela reivindicação por um tratamento. Pois este profissional questionava-me se já conhecia C. Naquele momento, estava assumindo um compromisso com a imagem de um caso, uma imagem que era falada por outrem.

A passagem de um caso não exige a presença física do paciente envolvido, mas o seu lugar como pessoa que procura um tratamento deve estar presente. Chamo a atenção para esta passagem de caso, porque o tratamento não era uma questão para C. Ele não privilegiava este lugar, o de quem deseja receber um tratamento. C. permanecia à margem da discussão; quem demandava, naquele momento, era a equipe, que elegia um profissional para ocupar um lugar de suposto saber. Porém este lugar não era reconhecido por C.

A demanda da equipe, da qual o terapeuta de C. se faz porta-voz, é registrada ao interrogar-me se já conhecia o paciente, antes mesmo que a apresentação do caso fosse feita, pois C. já havia passado por outros equipamentos de saúde mental.

Naquele momento, o paciente já estava marcado por uma posição no discurso do terapeuta, ou seja, o lugar daquele que não possui algo a dizer sobre si. Essa posição inaugura uma concepção de tratamento contrária ao entendimento que a psicanálise propõe para um possível direcionamento do tratamento da psicose, pois neste o discurso do paciente tem uma positividade, e por isso torna-se necessário ouvi-lo e reconhecer que existe valor em sua fala, ou seja, reconhecer a verdade que ela comporta sobre o sujeito. Assim, a análise implica um processo de decifração que resulta em verdade e não em sentido para o sujeito (FINK, 1998).

Por outro lado, a insistente pergunta: “*Você já conhece C.?*”, a mim direcionada (a nova terapeuta do paciente), também marca um lugar na lógica de funcionamento desta instituição, pois deste profissional é esperada uma resposta, que pode ser enunciada da seguinte forma: “*O que vou fazer para tratar do sofrimento do paciente?*”. Mas, se considerarmos o paradigma da psicanálise, tal resposta só poderá surgir através do trabalho do paciente, por ser dele a verdade que o causa, uma vez que a articulação dos significantes que ele comporta é singular (LACAN [1966]1998; VIGANÓ 1999).

No início deste tratamento o lugar de quem comporta um saber está deslocado do lugar do paciente para o lugar do terapeuta. E podemos ilustrar esta afirmação com o seguinte exemplo: Os profissionais apresentavam-se diante de C. com a seguinte indagação: “*O que podemos fazer para que ele não sofra?*”. No entanto, se restituirmos a C. uma posição que o autorize a enunciar seu discurso, nós nos deslocamos, e a indagação que apresentaríamos diante de C. seria a seguinte: “*O que ele vai fazer para sair do sofrimento?*”.

A partir da perspectiva inicial em que houve o encontro dos terapeutas que excluíram C., o que este tratamento inaugurou?

Seria correto chamar de posição inaugural o que aconteceu neste caso, se considerarmos que a destituição do saber que o sujeito comporta sobre si foi efetuada, fato que marca para o paciente novamente uma condição de objeto, e que possibilita ao terapeuta ou cuidador nomeá-lo, ou seja, sustentar a ilusão da possibilidade de enxertar na estrutura simbólica de C. o significante que falta.

A falta de um significante primordial tem como resultado a manifestação dos fenômenos elementares, que evidenciam a estrutura psicótica e surgem justamente “*no lugar em que o conjunto significante está posto em jogo*” (LACAN, 2002:233). No entanto, esta falta não é possível de ser completada com o significante faltante, ou seja, a metáfora paterna não pode ser enxertada na dimensão simbólica do psicótico, pois se tal tarefa fosse possível este sujeito não mais seria um psicótico. O que é possível para o sujeito psicótico é construir um outro significante diferente do significante Nome do Pai, este outro significante introduzirá a metáfora delirante para tentar barrar a invasão que o Outro efetua em seu corpo. A construção deste outro significante, que é singular, é que torna possível vislumbrar um tratamento para a psicose.

A posição que foi adotada em reação ao tratamento de C. pode possibilitar ao terapeuta ocupar o lugar daquele que imagina ter condição de enxertar um significante faltante. O que pode resultar deste posicionamento se levamos em conta as questões apreendidas a partir da teoria da psicose?

Retomando a questão da falta de um significante primordial, é necessário situar esta falta engendrando-a a partir dos registros do imaginário, do simbólico e do real. Inicialmente, descreveremos que o significante em falta é o que possibilita ao sujeito uma significação no que diz respeito a sua diferença.

No entanto, sobre a cadeia de significantes LACAN (2002) adverte que seu processo de encadeamento se dá a partir de leis próprias e que são extremamente difíceis de se isolar, já que o significante só é colocado em jogo mediante algumas significações.

Entretanto, estamos insistindo que na psicose é patente a falta de um significante, e que este pode ser entendido como a falta de uma significação fálica, como já afirmamos anteriormente. Esta significação faltante é a que vem substituir, partir do recalque, o desejo da mãe. O que é introduzido no lugar deste desejo é a metáfora paterna, cuja denominação é feita através do significante Nome do Pai (LACAN, 2002). É através deste desenvolvimento lógico que o sujeito poderá ter um lugar na escolha sexual. Ao psicótico falta este significante, o que o condena a permanecer como objeto do desejo da mãe, que não foi recalçado por motivos estruturais, ou seja, a forclusão do significante Nome do Pai.

Dito de outra forma, a falta do significante Nome do Pai é resultado do fracasso da inclusão da metáfora paterna onde anteriormente existiu o desejo da mãe, no que ele comporta, ou seja, o falo. Desse fracasso decorre que o sujeito não acede à castração simbólica que assinala ao sujeito um lugar no mundo dos seres sexuados. A operação lógica que visa substituir o desejo da mãe se estabelece como condição prévia para que o sujeito possa ingressar na estrutura triangular do complexo de Édipo (SIMANKE, 1994). Este ingresso na estrutura triangular do Édipo 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, 1998e).

O complexo de Édipo, por sua vez, é essencial para que o ser humano possa ascender a uma estrutura humanizada do real, ou seja, a partir da realidade material que o real comporta simbolizar sua posição enquanto homem ou mulher e sua contingência no ser.

Como a metáfora paterna fracassou, ou seja, a operação lógica que tem como finalidade substituir o desejo da mãe pela metáfora paterna não ocorreu, este sujeito fica impossibilitado de incluir-se na dimensão fálica, ele permanece como objeto. O fracasso nesta substituição, que resulta na ausência da significação fálica para o sujeito no nível simbólico, tem como consequência o confinamento desta significação somente no imaginário.

LACAN (2002) admite que o Édipo não se completou essencialmente, afirmando que a psicose consiste em um buraco, uma falta no nível significante, fato que produz o confinamento do significante faltoso a uma mediação predominantemente imaginária que permite um precário processo de significação.

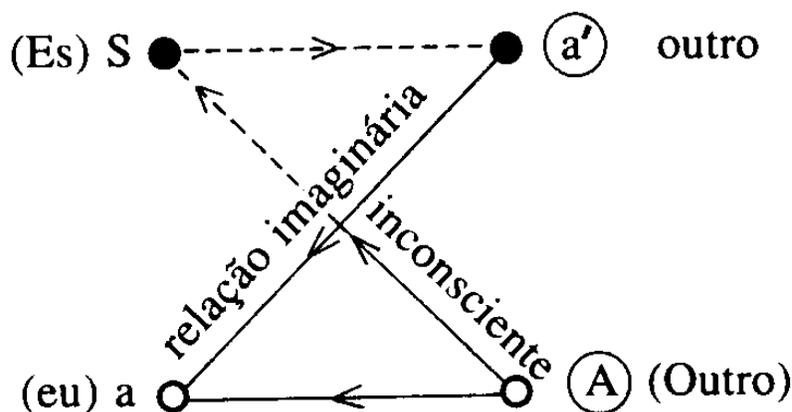
Esta sustentação imaginária resulta em uma série de conseqüências para o indivíduo que, num certo momento de sua história biográfica, é confrontado com este “defeito” de sustentação que existiu desde o seu estabelecimento enquanto sujeito. Uma destas conseqüências é a relação que este sujeito estabelece com as origens do eu, tal como LACAN (2002) indica a partir de sua leitura do caso Schreber:

O próprio Schreber nos indica que algo foi dentro dele, num certo momento, profundamente perturbado. Uma certa fissura apareceu na ordem de suas relações com o outro, que ele chama misteriosamente o assassinato d'alma.

Isso fica na penumbra, mas nossa experiência das categorias analíticas nos permite nos referenciar a. Trata-se de alguma coisa que tem essencialmente relação com as origens do eu, com o que é para o sujeito a elipse de seu ser, com essa imagem em que ele se reflete sob o nome de eu (LACAN, 2002:238).

As origens do eu fazem pensar na relação existente entre uma imagem do eu estabelecida a partir de sua conexão a uma imagem do Outro, (a imago paterna que possibilita o estabelecimento no interior do sujeito do eu ideal e do ideal do eu). Este Outro permanece no eixo simbólico do esquema L, pois seu surgimento, associado às implicações de uma lei que dimensiona o sujeito, dá-se a partir da função simbólica do pai estabelecida através da metáfora paterna, que vem metaforizar o lugar de ausência da mãe, significante que faz a mãe ser simbólica (QUINET, 1997).

Na psicose podemos considerar que algum tipo de falha acontece justamente quando existe a ascensão simbólica da realização do pai. Resta, então, ao sujeito relacionar-se com o outro puramente imaginário, que está inscrito em uma relação especular, na qual a constituição do eu se faz pela projeção de sua imagem refletida na superfície de um semelhante que empresta o caráter ilusório de sua unidade, sem a intermediação simbólica (QUINET, 1997:10).



ESQUEMA L

Ao considerarmos a existência de uma identificação imediata com o outro, atribuída a um estágio anterior a possibilidade de simbolização, ou seja, ao “estádio do espelho”, e conseqüentemente não havendo, nesta relação, mediação simbólica possível, surgirá, ao mesmo tempo, a identificação formadora e a rivalidade, como aponta QUINET (1997):

Pois o sujeito encontra a imagem de seu eu no outro, objeto de identificação, agressão e paixão amorosa. Esse outro — eu mesmo, a — a', é o par do estágio do espelho que constitui o modelo do registro imaginário do sujeito (QUINET, 1997:11).

O “estádio do espelho”, afirma LACAN (1998a), deve ser compreendido como uma identificação no sentido de possibilitar uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem tendo como referência uma imago. É a partir deste jogo de identificação que o sujeito se vê capaz de se tornar objeto de desejo para o seu duplo identificado.

Para melhor dimensionar o jogo de identificações que ocorre na psicose, recorreremos à relação mãe e criança a partir da vertente da frustração, que tem a finalidade de começar a fundar, a partir desta relação fundamental, a constituição das posições funcionais da criança, a saber, a — a', S e A.

Podemos considerar, inicialmente, a realização de um trio que é situado da seguinte maneira: mãe, criança e falo. Por parte da mãe existirá uma exigência que é a do falo e a criança virá completar esta exigência fálica que a mãe impõe. Desta forma, para a mãe, a criança não é apenas uma criança, ela também é a imagem fálica, ou seja, o falo (LACAN, 1995). Podemos considerar que a relação da mãe e da criança comporta uma duplicação, pois existirá uma presença real da criança e uma necessidade imaginária que a mesma pode saturar.

O falo é considerado um objeto imaginário que, na relação entre a mãe e a criança, endossará uma totalidade experimentada, já que a mulher encontra na criança um atenuador de sua necessidade de falo. LACAN (1995) coloca esta relação nos seguintes termos:

Longe de ser harmônica, a relação da mãe com a criança é duplicada, de um lado, pela necessidade de uma certa saturação imaginária, e de outro, por poderem existir ali, com efeito, relações reais eficientes com a criança, num nível primordial, instintual, que permanece definitivamente mítico. Existe sempre para a mãe algo que permanece irredutível no que está em questão. Afinal, se acompanharmos Freud, diremos que a criança, como real, assume para a mãe a função simbólica. Mais precisamente — a criança, como real, assume para a mãe a função simbólica de sua necessidade imaginária — os três termos estão aí. Todas as espécies de variedades vão poder introduzir-se aí (LACAN, 1995:71).

Se para a mãe a criança está inscrita e articulada nos três registros, tal como LACAN (1995) expõe, resta conhecer o que a criança sabe destas operações.

É importante salientar que, num primeiro momento, seria prematuro afirmar que a criança tem a dimensão do descompasso entre o real de sua presença e a função imaginária a ela atribuída, pois sua relação com o simbólico é precária e ainda está relacionada, fundamentalmente, aos seus primeiros jogos de presença–ausência, nos quais a mãe surge como único objeto de relação. Aqui ainda não existe a entrada da função do pai e o que ela comporta, ou seja, a possibilidade de realizar a mãe como alguém a quem falta o falo e que é desejante dele.

Se neste momento inicial da realização psíquica a criança não reconhece a mãe como alguém a quem falta o falo, a mãe é para a criança a imagem de uma potência, que surge a partir do registro real. LACAN (1995) ainda destaca que é a partir da realização da mãe como onipotente e de sua passagem à realidade a partir de uma simbolização absolutamente arcaica que a mãe pode dar qualquer coisa.

Na psicose, porém, sabemos que existiu alguma falha na realização do complexo de Édipo (como já foi discutido anteriormente), que possibilita afirmar não ter sido possível a este sujeito realizar a operação simbólica que permitiria a passagem da mãe enquanto Outro onipotente para uma mãe cuja falta do falo existe, e assim possibilitar ao sujeito uma apreensão da realidade mediada pela significação fálica, que surge a partir da entrada do significante primordial do Nome do Pai. Este significante primordial vem, então, deslocar a mãe de seu lugar onipotente para colocá-la como objeto parcial, ou seja, a mãe é alguém que não possui o falo.

A falha na realização do complexo de Édipo possibilitara ao psicótico permanecer fundido com um este Outro materno que é absoluto. O que exige do sujeito uma permanência em uma posição de objeto para que dele o Outro possa gozar.

Retomando, a questão da constituição do eu na psicose, podemos pensar que nesta estrutura ocorre um aprisionamento do sujeito numa relação imaginária, na qual ele ficará intimado — por não ter podido simbolizar a falta do falo da mãe — a permanecer identificado ao falo materno e, na intenção de responder a uma imagem que supõe completa, alimenta a ilusão de ser ele mesmo completo.

Logo, a condição de objeto a que o psicótico fica sujeitado é estabelecida através de sua relação imaginária com um Outro onipotente, e enquanto ele permanecer condicionado a responder a este Outro (com o qual ele mesmo se identifica, pois se supõe completo) ficará envolvido em uma relação mortífera, pois o amor que ele devota a este Outro só pode ser realizado com o apagamento de sua própria manifestação enquanto sujeito.

Retomando o questionamento inicial, ou seja, o que o tratamento de C. inaugurou quando ocorreu a “passagem” do caso?

A partir das reflexões teóricas que foram desenvolvidas acima, foi possível apreender que o psicótico mantém uma posição objetivada quando existe um discurso que corrobora com a condição de destituição do valor de sua fala. O discurso da instituição colocava C. neste lugar de objeto. O paciente permanecia numa posição passiva diante do apelo que a instituição fazia, já que o cuidado que se pensava necessário destinar a C. não o incluía, não era questão para ele mesmo, que não estava presente nesta discussão. O caso passou de um terapeuta para outro sem nenhuma participação do paciente.

Nesse momento, não era possível que em C. surgisse algum sinal de subjetividade, pois em todos os momentos era necessário obedecer aos mandos de uma lei — institucional — que lhe era externa e se configurava tirânica e implacável, que reatualizava a lei da mãe caprichosa, uma vez que deixava para C. a única alternativa de receber passivamente da instituição seu novo terapeuta, e acatar a regulamentação institucional.

É importante, porém, ressaltar que a adoção de uma posição passiva diante das regras que a instituição impunha para C. por vias tirânicas demandava dele uma intensa atividade, pois, como vimos anteriormente, tal posição é realizada através da identificação, neste caso, com esta instituição em uma relação direta, o que gerava em C. as reações agressivas para com os funcionários e para com seu próprio corpo.

Quando a instituição ou o terapeuta permanece no lugar daquele que tem a ilusão de ser o responsável por enxertar o significante faltante, ou seja, introduzi-lo a partir de regras externas ao sujeito — pois ele não é capaz de simbolizá-las —, a instituição poderá ocupar um lugar privilegiado, mas não inaugural. Privilegiado, porque reatualiza a posição que este paciente permanece em suas primeiras relações com sua mãe. No entanto, não é uma posição inaugural, já que esta posição é que definiu sua estrutura como sendo a de um sujeito psicótico.

Não seria o caso de comparar (através de uma operação de analogia) a posição que a instituição ocupou àquela que, na constituição do sujeito, a mãe ocupou enquanto um objeto real e marcado pela característica de uma potência?

Não se poderia inferir que as atitudes de C. para com a equipe estavam confinadas a um processo de repetição, no qual restava ao paciente permanecer em uma relação que evoca a aniquilação de sua subjetividade, uma vez que é invadido a todo momento pelo apelo que o Outro (com o qual se identifica como potência) faz?

Neste caso, o discurso institucional e os seus porta-vozes não poderiam até mesmo ser equiparados, na relação que estabelecem junto a C., às relações que Schereber² mantém com as vozes advindas das alucinações verbais?

O que nos leva a esta analogia é a relação que C. estabelece com os profissionais que dele cuidam, pois mantém com eles uma relação agressiva e, por vezes, servil.

É importante ressaltar que cada homem constitui em seu interior relações com as funções que fundam seu ser, ou seja, cada homem possui relações próprias entre **a**, **a'**, **S** e **A**, e que é a partir destas relações que são constituídos os sujeitos estruturados como psicóticos, neuróticos ou perversos (LEITE, 2000). Porém estas relações são replicadas diante dos discursos que advêm do exterior, o que permite a cada homem se posicionar, a partir das relações transferências, repetindo aquelas posições vividas anteriormente.

Seria importante, então, que os sujeitos que ocupam o lugar de cuidadores tivessem uma leitura da possível função que desempenham para cada sujeito que é cuidado em sua particularidade, para assim tentarem, sempre que possível, sair do lugar de um discurso que possibilita a nossa captura a partir do imaginário e que pode nos mostrar todo o desprazer em conhecer um sujeito, como foi no caso de C., no seu começo.

² Refere-se ao relato que Schereber descreve em seu livro, memórias de um doente dos nervos, cuja descrição das vozes que ouve sempre revela a um conteúdo sem sentido, exterior a ele e que o ameaça.

4.3 - A PRIMEIRA ENTREVISTA

Foi neste momento, ou seja, na primeira entrevista em que pude encontrar C., que a imagem relatada a mim pelos outros profissionais do serviço pode ter um lugar, um abrigo, um corpo que a carregasse — foi nesse momento que realmente comecei a conhecer o paciente.

Diferente daquele paciente agressivo que até então era descrito a mim pelos outros profissionais, encontrei C. sentado no jardim, isolado e fumando. No entanto, eu, inicialmente, havia assumido um compromisso com uma imagem do caso, que foi relatada anteriormente pelos profissionais que acompanhavam o paciente, e pensando nesta imagem estabeleci uma possível aproximação que era demarcada pela necessidade de tratar C. Neste momento, o tratamento que julgava pertinente tinha como finalidade adaptar o comportamento C. a padrões sociais que considerava normais e esta posição não favoreceu o surgimento da escuta por minha³ parte.

C., no entanto, está presente nesta entrevista e se faz marcar por suas duas afirmações:

“Eu tomo piriquitil e este remédio me dá comoção, eu fico conviccionado, isso não faz bem, esse remédio não melhora o esbaçamento do olho”.

“O jogo da vez”.

Estas duas afirmações, que C. anuncia e constantemente repetia, diziam respeito à sua estrutura enquanto sujeito. Porém, para que possamos minimamente reconhecer sua fala enquanto indicador de uma estrutura psíquica, é importante nos atermos à seguinte questão: De onde o sujeito fala?

Para situar esta questão acima apontada proponho, primeiramente, nos referirmos à leitura que LACAN (2002) faz sobre a *Verneinung* (negação) de FREUD ([1925] 1996).

³ Vale lembrar que neste tratamento eu ocupava o lugar de enfermeira e também de profissional de referência.

Nesta leitura, Lacan ressalta que tudo aquilo que é inconsciente é, por este fato, desconhecido pelo sujeito. O conteúdo desconhecido só surge enquanto desconhecimento por ter sido verbalizado⁴ em algum momento anterior, ou seja, é após o sujeito ter falado e marcado a sua existência como significante, que marca a diferença, que o conteúdo inconsciente pode advir novamente como incógnito. Porém o autor considera importante ressaltar que, no processo de verbalização, uma admissão de sentido pelo simbólico pode faltar, e quando falta, o que é verbalizado permanece sem registro no simbólico, hipótese que caracteriza, na psicose, a exterioridade das falas e sensações que o sujeito experimenta nas alucinações.

A partir desta leitura é possível considerar que tanto na neurose como na psicose o sujeito desconhece o sentido das formações inconscientes.

Na neurose seu desconhecimento é determinado pelo recalque, ou seja, o sujeito não tem acesso ao inconsciente por este permanecer barrado pelo muro da linguagem e o que pode aparecer do sujeito no discurso do eu do neurótico está nos sonhos, lapsos, atos falhos e sintomas.

Porém, na psicose, aquilo que é desconhecido, ou seja, o inconsciente na sua articulação de significantes não foi recalcado, mas sim rejeitado (*Verwerfung*) do registro simbólico. Desta rejeição, decorre que o inconsciente pode aparecer no discurso do eu do psicótico.

Estes significantes surgem a partir do registro do real, sem a possibilidade de uma articulação de sentido (simbólica) que desloca para outro lugar a questão sempre velada do sujeito sobre sua existência. No entanto, estes significantes plenos de sentido e que aparecem na superfície do discurso não são considerados próprios do sujeito que os emite; a evidência dos significantes não garante ao sujeito a apreensão de seu sentido, que permanece excluído, não assumido, exterior ao sujeito.

⁴ A verbalização tem importância neste processo, pois ela é tomada como a possibilidade de inclusão da fala em uma articulação simbólica, ou seja, o que é verbalizado entra no processo de ordenação lógica do inconsciente (registro do simbólico) que é estabelecido pela linguagem, na qual o sujeito já está implicado desde o início.

Se não é possível ter deste significante nenhuma intermediação simbólica na psicose, pois, como discutimos anteriormente, o complexo de Édipo não se completou para este sujeito, quando o significante não simbolizado aparece para o sujeito ele só poderá surgir como algo não pertencente ao mesmo. O significante surge a partir de um evento que tem sua origem no exterior do sujeito, como, por exemplo, a percepção de ouvir vozes, ou melhor, as alucinações auditivas. Na psicose, o inconsciente, entendido como o lugar dos significantes, surge a partir do real para o sujeito (LACAN, 2002).

Desta articulação teórica acima esboçada podemos apreender, a partir de uma das afirmações que C. anuncia, que as sensações que ele diz sentir em seu corpo e que são descritas por ele pelos neologismos “comoção” e “*esbaçamento do olho*” surgem através de um evento externo. Neste primeiro momento, o evento provocador das sensações é o remédio, ou seja, o “*piriquetil*”, que também é um neologismo.

No início de um tratamento, nas entrevistas preliminares, uma importante questão deve começar a ser delimitada, e diz respeito à estrutura psíquica do paciente. No caso de C., evidencia-se algo de sua estrutura quando ele se refere ao seu problema com os remédios que lhe causam o “*esbaçamento do olho*”.

Considerando que a questão do “*esbaçamento do olho*” surgiu no encontro inaugural entre mim e o paciente e que inicialmente o que tentei fazer foi entender a situação que C. me contava, tentando articular um efeito e uma causa, considerei a existência de uma relação direta entre remédio e sintoma. Deste entendimento, desenvolvi uma intervenção com o objetivo de responder para C. os possíveis efeitos colaterais dos remédios que tomava, relacionando-os com o que podia estar sendo chamado de “*esbaçamento do olho*”.

No entanto, não é este sentido acima descrito que gostaria de salientar agora. Proponho que trabalheemos em outro nível, que é o da leitura clínica, cuja consideração do “*esbaçamento do olho*” e da “comoção” que C. anuncia surja como uma presença significante. Ao considerar esta presença significante, permanecemos sensíveis ao surgimento da lógica inconsciente que advém da fala.

No entanto, quando C. anuncia seus significantes, eles aparecem em seu discurso com uma certa exterioridade, parece que esta fala não pertence a C. Ele a repete, sem dela nada compreender.

Quando C. afirma: “*Eu tomo piriquitil e este remédio me dá comoção, eu fico conviccionado, isso não faz bem, esse remédio não melhora o esbaçamento do olho*”, podemos nos contentar em identificar, a partir deste relato, um discurso delirante no qual o paciente nos conta uma vivência alucinatória. Porém FREUD ([1911]1996), em sua leitura do caso Schreber, já indicou que a descrição pormenorizada dos produtos do delírio e a estimativa de sua influência sobre a conduta geral do paciente não podem esgotar a interpretação sobre o que é experimentado por ele. É importante considerar a existência de estruturas de pensamento que alicerçam a produção dos delírios e alucinações e a partir desta tentativa de explicação construir uma possível intervenção.

Como analisar o discurso de C. com o objetivo de tentar evidenciar a estrutura de pensamento que lhe possibilita ter a sensação real de “*comoção*” e “*esbaçamento do olho*”?

Um caminho possível, e que pode ser considerado um bom começo, é o que resgata nossa interrogação inicial, ou seja, a questão do lugar de onde este sujeito fala quando produz seu discurso delirante, que, neste caso, está acompanhado de alucinações visuais e sinestésicas.

LACAN (2002) salienta a importância da alucinação ser percebida como uma sensação realmente vivenciada pelo sujeito. No caso de C., que a “*comoção*” e o “*esbaçamento*” sentidos por ele sejam apreendidos pelo terapeuta com sendo sensações realmente percebidas pelo sujeito no real.

Quem fala da experiência vivida ao nível da realidade e como?

Retomemos a discussão sobre o esquema L,⁵ incluindo uma nova informação. Neste esquema o sujeito está indicado em uma relação tripla, como afirma LACAN (2002):

⁵ O esquema L está ilustrado na p. 106.

Nosso esquema, lembro isso a vocês, figura a interrupção da palavra plena entre sujeito e o Outro e seu desvio pelos dois eu, a e a', e suas relações imaginárias. Uma triplicidade está aqui indicada no sujeito, que abrange o fato de que é o eu do sujeito que fala normalmente a um outro e do sujeito, do sujeito S em terceira pessoa (LACAN, 2002:23).

Diferentemente do sujeito neurótico, em que não é plenamente aparente a relação do sujeito com seu eu, pois ela é ambígua e sempre permanece intermediada por uma imagem (a'), na psicose o sujeito está completamente identificado com o seu eu. Logo, podemos considerar que é o eu-sujeito que fala do sujeito S em primeira pessoa.

No caso de C. o que temos, então, é um sujeito S deslocado de sua função do eixo da linguagem. Ele se apresenta falando dele próprio em primeira pessoa na função do eu (a), fazendo surgir no discurso os significantes em seu estado bruto: “*eu tomo **piriquitil**, este remédio me dá **comoção**⁶ eu fico **convicsionado**, isso não faz bem, esse remédio não melhora o **esbaçamento** do olho*”.

Porém LACAN (2002) afirma que o sujeito S só tem duas maneiras de falar: uma delas é quando se dirige ao Outro (A) e deste Outro recebe sua mensagem sob a forma invertida; e a segunda é existência indicando a prevalência do significante, onde este surge sem sentido. Na psicose, a ligação entre o sujeito S e o Outro (A) permanece obliterada, já que seu estabelecimento é feito por intermédio do registro simbólico; resta, então, ao sujeito S falar dos significantes sem a sua fixação a um sentido, o que pode ser escutado nos fenômenos alucinatórios, de alusão, na perplexidade e nos fenômenos de intuição delirante, pois todos estes são formas de retorno no real do significante foracluído do simbólico (QUINET, 1997).

A partir da consideração de que na psicose existe para o sujeito um “desatrelamento” entre o sentido e o significante, uma vez que os fenômenos de sentido são suportados pela função simbólica da linguagem em uma relação com a função imaginária, concordamos com QUINET (1997), que considera a utilização da interpretação psicanalítica ineficaz, já que interpretar é o que faz o sujeito a partir do trabalho delirante com a finalidade de buscar um sentido a seus significantes “desatrelados” da rede simbólica.

⁶ Grifos da autora com a finalidade de tentar ilustrar o possível material significante da frase.

Podemos apreender com o caso de C. que, após o aparecimento do sujeito por meio de seu discurso delirante, eu instalei-me em um lugar onde não havia a possibilidade de privilegiar o trabalho de interpretação que o paciente tentava elaborar, já que para tal trabalho seguir com êxito era necessário que me colocasse como receptor de um testemunho, ato de criação de sentido para o paciente, ou seja, o delírio. Ao invés desta posição, que privilegia a construção interpretativa dos significantes por parte do paciente, neste caso, eu é que executei este trabalho de interpretação ao atribuir um sentido as afirmações que C. enunciava.

Ao considerar que o testemunho que C. oferecia era a comunicação sobre o seu remédio (amplitil) e os efeitos colaterais que o mesmo pode causar (crise oculogírica⁷), deixei de perceber que ocorria justamente o desvio da possibilidade de C. colocar uma presença, um sentido aos seus enunciados, remetendo um significante a outro. Esta construção de sentido foi feita, porém, à minha maneira, na qual o exercício de interpretação se revestiu do discurso do mestre.

A psicanálise, no entanto, buscar priorizar outro nível de relação. Quando se trata de sintoma, seja ele neurótico ou psicótico, seu sentido nunca é comum (QUINET, 1997), uma vez que o significante pode ser tomado a partir do momento em que a ele é atribuída uma significação, o que possibilita a criação de um outro significante, e a esta articulação atribuímos o nome de linguagem. O sentido, ou melhor, a significação é de natureza imaginária e está estritamente presa ao que interessa a cada um (LACAN, 2002).

Logo, se escutamos um paciente tal como a psicanálise nos ensina, o que fazemos é suspender nosso saber, naquilo que ele comporta de produção de significação que remeteria a um outro significante e assim por diante. Tal suspensão abre a possibilidade de um trabalho que resulte em significação singular ao paciente, seja esta produção delirante ou não.

Porém, ao considerar “**piriquitil**” como **Amplitil**® naquilo que poderiam ter em comum, ou seja, sua qualidade de remédio, eu poderia não escutar o paciente, mas permaneci presa em minhas próprias relações imaginárias diante do conjunto significante

⁷ Desvios oculares conjugados persistentes, induzidos por medicamentos antipsicóticos e pelo parkinsonismo pós-encefálico (KAPLAN; SADOCK, 1999:213).

ali colocado. Podemos afirmar desta posição que o paciente se mantém em uma relação objetivada, uma vez que, ao dizer de si, a compreensão que uma outra pessoa lhe oferece oblitera a possibilidade de construir sua singularidade, e ele se mantém como objeto de gozo do Outro, que outrora fora sua mãe e agora seria seu terapeuta.

Finalmente, gostaria de registrar uma possibilidade de cuidado que esta situação clínica provoca, ou seja, C. estava enunciando alguns de seus significantes em um contexto em que o profissional de enfermagem pode trabalhar, isto é, sobre a questão dos medicamentos, uma vez que sua fala sobre o “*piriquitil*” vinha com um apelo, a saber, “*você tem que trocar os meus remédios*”.

Qual seria uma situação que denotaria a construção de um cuidado de enfermagem a partir de uma abordagem psicanalítica?

Inicialmente, o profissional de enfermagem poderia suspender seu saber sobre as questões que dizem respeito às medicações, pois se permanecer preso a este seu saber, poderá interpretar a fala do paciente no lugar dele, tal como fiz.

Então o que poderia ter sido escutado, neste caso?

Neste caso, eu poderia ter escutado as palavras de C. considerando que, na articulação dos significantes, o que conta é a imagem acústica que a palavra possui. Logo, “*piriquitil*” é uma figura de linguagem. Eu poderia ter considerado o que para C. era o “*piriquitil*”.

Considerando esta figura de linguagem e retomando o que apreendemos, anteriormente, sobre a estrutura psicótica, faço a seguinte indagação: Não é justamente quando o psicótico é convocado a permanecer em uma posição que ele necessite considerar a dialética do falo que seus sintomas surgem?

C. diz que ao tomar “*piriquitil*” seus sintomas de “*comoção*” e “*esbaçamento do olho*” aparecem. Logo, o que tento indicar com esta observação é que ao retirar-me da posição de saber, para tomar as palavras de C. como coisas, considerando-as inclusive como figuras de linguagem, posso permitir que C. construa um sentido para o “*piriquitil*”, que por questões estruturais sempre ficará de fora da dialética do falo.

Contudo, para que o cuidado de enfermagem possa ser concebido dessa maneira, é importante qualificar a escuta dos profissionais de enfermagem, possibilitando que eles consigam escutar o que o paciente diz sobre si, pois é o paciente que carrega a verdade que o causa. Logo, o tratamento e a cura estarão na elucidação que o paciente poderá promover sobre si. A nós, profissionais de enfermagem, cabe o lugar de testemunhas, ou como LACAN (2002) designa, secretários do alienado.

4.4 - COMO A TRANSFERÊNCIA FOI ESTABELECIDADA

Foi após identificar a questão dos medicamentos na qual imaginava que C. estava envolvido, pois entendia que suas questões com o “*piriquetil*” indicavam interrogações sobre o modo que o paciente vinha sendo tratado na instituição, que comecei me envolver com o caso.

A posição que eu adotara me fazia manter uma certa distância da possibilidade de oferecer ao paciente espaço para que o mesmo pudesse, a partir de suas próprias associações, construir um sentido para a sua existência. Mas esta posição me mantinha próxima de uma relação muito conhecida que C. vivera e que, em certa medida, favoreceu a constituição de sua estrutura psíquica. Agora ele era objetivado por mim, que, na intenção de cuidar do paciente, prescrevi um itinerário em busca da prescrição e dos remédios perdidos.

O paciente, por sua vez, aceitou rapidamente a intervenção proposta, pois estava aprisionado em uma relação dual, cujos mandamentos que o Outro lhe destinava deviam ser cumpridos. Isto faz o paciente supor que existe a necessidade de responder ao enigma que o Outro lhe propõe, já que é a partir da função do Outro (A) que pode ser formulada a questão de sua existência (LACAN, 1998d), o que lhe garantiria seu lugar de direito, ou seja, o lugar de joguete do Outro que sabe de sua condição e pode nomeá-lo.

É importante salientar, no entanto, que na psicose a relação entre o sujeito (S) e o Outro (A) foi estabelecida com a carência no simbólico do Nome do Pai, ou melhor, com a forclusão do Nome do Pai que põe em causa toda a cadeia de significantes que assume,

então, sua independência e surge na fala do sujeito à sua revelia. Esta estruturação entre o significante e o sujeito favorece que o último se veja submetido ao Outro absoluto, como ilustra QUINET (1997):

O sujeito psicótico é objeto do Outro e se encontra assim à mercê da onipotência deste e de seus imperativos. O psicótico só pode ver o Outro em sua relação com o significante, o que o submete a um discurso indefinidamente vazio de sentido (QUINET, 1997:31).

Todavia, esta posição “objetificada” que o sujeito psicótico assume prepara para a outra pessoa que se propõe a tratar deste indivíduo um lugar na relação intersubjetiva que é estabelecida entre os dois sujeitos em questão. Este lugar que é oferecido ao terapeuta é justamente o lugar do Outro. É neste momento que o terapeuta será o personagem que suportará as identificações imaginárias do sujeito.

De que forma a constatação de um problema com os medicamentos que o paciente tomava se pode articular a uma possível relação que estabelecia, do lado do terapeuta, uma função de dominação e saber sobre o inconsciente do paciente, e assim, possibilitou que este personagem fosse incluído em um lugar que suporta as identificações imaginárias já conhecidas do paciente?

Para responder a esta pergunta, talvez seja necessário falarmos da transferência e como é possível o seu surgimento na psicose. Como já havíamos descrito anteriormente, quando o terapeuta ocupa o lugar do Outro absoluto para o psicótico, tal evento é consequência da lógica estrutural deste sujeito. Acrescentamos, porém, que é desta maneira, ou seja, empurrando o terapeuta para o lugar do Outro que o psicótico manifesta a sua transferência (QUINET, 1997).

Inicialmente, o lugar do Outro adquire, para o psicótico, uma relação estreita com um sujeito do saber. Esta relação refere-se a uma suposição de que o terapeuta possui o saber que falta ao sujeito psicótico. Neste caso, este personagem está assumindo a função do Outro absoluto.

O Outro, aqui descrito, tem sua importância, pois na psicose esta função permanece excluída de qualquer relação que possa estabelecer com a lei da castração, uma vez que o significante Nome do Pai está foracluído do simbólico. A exclusão de uma possível relação de (A) com o significante Nome do Pai favorece que este Outro (A) permaneça não barrado, o que resultará no surgimento do conteúdo inconsciente na própria fala do paciente, colocando à mostra a lei do significante que exercerá seus efeitos neste sujeito, fazendo-o falar numa língua por ele ignorada (QUINET, 1997). Conseqüentemente, o sujeito, na psicose, permanece como objeto da lei significante que opera o inconsciente sendo antes falado, o que não garante, no entanto, que esta fala seja reconhecida. O sujeito é, antes de tudo, objeto da própria lei do inconsciente, como indica LACAN (1998b).

Na loucura, seja qual for sua natureza, convém reconhecemos, de um lado, a liberdade negativa de uma fala que renunciou a se fazer reconhecer, ou seja, aquilo que chamamos obstáculo à transferência, e, de outro lado, a formação singular de um delírio que objetiva o sujeito em uma linguagem sem dialética [...] ali reconhecemos os símbolos do inconsciente sob formas petrificadas [...] Mas é um erro dizer que o sujeito os assume [...] (LACAN, 1998b:281).

A aposta do paciente em depositar no terapeuta a ilusão deste possuir o saber que funda uma relação entre o significante e o significado é o que pode inaugurar a experiência analítica. E tal aposta só pode surgir a partir da transferência que liga inicialmente o paciente alienado no Outro de um lado, ao terapeuta acreditado como suposto saber do outro lado (GUIMARÃES, 1989:89).

Acompanhando esta construção, que possibilita reconhecer que o início de qualquer laço intersubjetivo seja possível a partir de um reconhecimento de um significante em sua função de transferência, proponho considerarmos que o início do tratamento de C. possa ser concebido no momento em que houve a manifestação transferencial operando no nível dos significantes.

A constatação de um primeiro momento da instalação da transferência, no entanto, não autoriza a afirmar que durante o tempo em que C. e o terapeuta trabalharam em um possível tratamento tenha ocorrido uma análise, pois após este primeiro momento

no qual o sujeito se vê de alguma maneira implicado cabe ao terapeuta manter-se em uma justa medida entre o distanciamento do Outro absoluto, cuja função pela lógica estrutural do sujeito psicótico tende a colocar aquele com quem se relaciona e uma outra posição, da qual é possível ao terapeuta não aceitar a função do Outro absoluto, e sim testemunhar a relação do sujeito com o Outro, possibilitando assim o esvaziamento, ou melhor, a despersonificação deste Outro, esta posição de testemunho Lacan a denomina: “*secretário do alienado*” (LACAN [1955-1956]2002:235).

4.5 - DESATANDO UM PRIMEIRO NÓ!

Quando a mãe de C. entrou em cena, os atendimentos de C. ingressaram em um movimento de repetição e estagnação. Sua mãe apresentava algo de ameaçador, não somente para o paciente, mas para toda a equipe, inclusive para mim — a profissional de referência e enfermeira que cuidava do caso.

O discurso desta mãe trouxe em seu bojo a condição de um aprisionamento, parecia não haver separação entre ela e o paciente. Ela sofria como ele, adoentava-se como ele. Inicialmente, constatei esta relação de fusão de maneira intuitiva, pois a cada visita da mãe ao serviço um mal-estar se instalava em meus pensamentos, como se aquela mãe revelasse o horror que aquele paciente vivia.

A partir deste momento, convido o leitor a refazer comigo um percurso que possibilitou uma determinada apreensão de sentido para esta condição de aprisionamento que estes sujeitos vivenciavam e que, intuitivamente, eu percebia como algo deletério, principalmente à condição de C. enquanto sujeito.

A construção de um sentido para a entrada da mãe de C. na cena do caso tem como finalidade apreender da relação que se estabeleceu entre as pessoas envolvidas, nesse momento, no tratamento do paciente, mais especificamente, C., dona Maria e eu como enfermeira e profissional de referência do caso, qual a demanda de cuidado foi possível ouvir e desenvolver a partir dos acontecimentos vivenciados pelos personagens. As relações destes três personagens possibilitarão trazer à luz algumas intervenções possíveis a partir de uma leitura psicanalítica.

Curiosamente, o discurso da mãe de C. surge como uma fala já familiar aos meus ouvidos, escutava uma certa similaridade naquilo que era dito por dona Maria, pois uma ausência aproximava-a de seu filho. A proximidade das falas de C. e de sua mãe se dava justamente por um não falar, ou seja, enquanto o paciente não falava da existência de sua mãe, ela, por sua vez, mesmo quando instigada a falar sobre o filho, não conseguia se ater a ele, sempre colocava suas questões pessoais — sua fé e sua dor — ao falar sobre o filho. Parecia, desta forma, que C. não precisava falar sobre sua mãe e sua mãe também não precisava dizer nada sobre seu filho. Seria ele o prolongamento de sua dor e fé?

Foi assim que dona Maria apareceu no tratamento de C., comparecendo à instituição em um dia em que não estava agendada a sua visita e reivindicando uma posição dos terapeutas em relação ao pedido de aposentadoria de seu filho, que havia sido proposto pelos profissionais do CAPS. Ao mesmo tempo, dona Maria trazia informações sobre os documentos de C., cuja entrega havia sido feita por ela no lugar errado, ou seja, na Unidade de Internação.

Deste ato de dona Maria, fica uma interrogação a ser respondida: Por que a mãe do paciente, mesmo depois de oferecidas todas as orientações possíveis para a providência dos documentos do filho, se havia enganado e deixado os documentos no lugar errado, ou melhor, no lugar que não se tinha prontificado a providenciar o tal benefício ao seu filho? Seria este um boicote ao tratamento proposto pelos profissionais do CAPS?

Inicialmente, as confusões de dona Maria lhe renderam uma posição. Esta pessoa era nomeada pelos profissionais do serviço como um “familiar problema”, pois não cumpria sua obrigação de providenciar, ou melhor, colaborar com o tratamento de seu filho. Toda a intervenção era proposta a partir da concepção do familiar como um agente social, sendo considerado um aliado no tratamento do paciente (BANDEIRA, 1998) Conseqüentemente, as reações da mãe de C. eram também entendidas a partir desta perspectiva acima enunciada. Tal apreensão resulta em intervenções que ofereçam suporte concreto às pessoas incluídas na rede social do paciente, e o envolvimento dos familiares é fundamental. A partir desta perspectiva, surgiu a necessidade de esclarecer e contar com o apoio do familiar para que o tratamento do paciente fosse executado com êxito, pois a obtenção da documentação bem como a providência do benefício incluíam a proposta de

resgate da cidadania que fora perdida devido ao estigma que a doença mental carrega. Esta proposta de intervenção tinha como base teórica um determinado entendimento do referencial da reabilitação psicossocial.⁸

Porém, neste estudo, não é objetivo avaliar a conduta dos profissionais, mas sim oferecer uma apreensão de um possível cuidado destinado a C. a partir de uma outra concepção teórica, a saber, a psicanálise. Com esta proposta em mente seria possível identificar, ou melhor, delimitar um outro encaminhamento para a questão da providência dos documentos e aposentadoria de C. que não resultasse no embate que esta situação provocou entre a enfermeira e a mãe de paciente, considerada a família,⁹ até então.

Para nos auxiliar nesta tarefa, será fundamental escrever algumas linhas sobre a relação que o psicótico estabelece com o outro (imagem), que é um elemento fundador e formador da função do eu¹⁰ e que LACAN (1998a) denomina de estágio de espelho, principalmente no que diz respeito à introdução desta imagem (outro) a partir da interferência de outrem no organismo vivo, ou melhor, na criança ainda em seu estágio de *infans*.

Este momento, ou estágio, no qual o corpo do sujeito se antecipa diante a sua imaturidade, numa imagem concebida como *Gestalt*, em que o impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação — e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até a forma de sua totalidade, que será assumida, enfim, como uma identidade alienante ao sujeito que ali é fundado (LACAN, 1998a). É o rompimento entre o real de um corpo pré-maturo — que não é capaz de uma articulação de movimentos característica ao homem — e uma imagem prematuramente concebida deste ser já dotado de características

⁸ O movimento de Reforma Psiquiátrica bem como os referenciais teóricos que formaram o estofo deste movimento possibilitaram o surgimento dos Equipamentos de Atenção à Saúde Mental Substitutivos ao Manicômio, dentre os quais o CAPS é exemplar. Desta forma, não podemos negar a importância das concepções teóricas que subsidiam a prática nestes equipamentos, porém é objetivo, neste item, salientar uma possível leitura a partir da psicanálise da relação que a mãe (aqui sendo considerada a família, pelos profissionais do CAPS) inscreve junto a este paciente.

⁹ A insistência em incluir a família, ou melhor, a mãe de C. no tratamento através da providência dos medicamentos foi construída pelos profissionais que cuidavam de C. por terem o entendimento que a família se revela como um todo orgânico vivo, onde é possível que a harmonia e o equilíbrio se instalem. A equipe ainda considerou que o envolvimento da família no tratamento poderia concorrer para o resgate da condição de sujeito de C. Esta abordagem da família é respaldada pelo referencial teórico das terapias familiares sistêmicas.

¹⁰ Trata-se aqui do eu considerado sujeito do inconsciente (Je, no original do autor em francês).

articuláveis que constam de seu amadurecimento é que, nos diz Lacan (1998a), gera a quadratura inesgotável dos arrolamentos do eu, que condiciona o sujeito a uma dialética do desejo que sempre o inscreverá como o desejo do outro, tal como Lacan (1998a) aponta em seu texto:

É nesse momento (momento em que se conclui o estágio do espelho) que decisivamente faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos numa equivalência abstrata pela concorrência de outrem, e que faz do eu esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural – passando desde então a própria normatização dessa maturação a depender, no homem, de uma intermediação cultural, tal como se vê, no que tange ao objeto sexual, no complexo de Édipo (LACAN, 1998a:102).

Saliento, no entanto, que não devemos perder de vista a finalidade que nos fez lançar mão da teoria do estágio do espelho neste momento, ou seja, no momento em que a mãe do paciente foi convocada a colaborar no tratamento de C. Logo, é necessário que comecemos a alinhar uma certa delimitação entre a teorização acima apontada e o que vivenciei deste episódio com dona Maria e C.

Lacan ([1949]1998) afirma no excerto acima transcrito que, no momento em que é concluído o estágio do espelho, uma dialética do desejo é instaurada, mas esse desejo não é o desejo do eu, já que este a partir deste momento, ou melhor, já em sua constituição o sujeito está oculto pelas instâncias imaginárias que o formaram (a e a') e não será possível localizá-lo a não ser como efeito de linguagem. O sujeito é efeito de linguagem. Logo, o desejo que se instala neste indivíduo nunca poderá manter uma relação direta entre o eu e a vontade expressa pelo consciente, o desejo será sempre o desejo em sua relação ao Outro que o aliena.

No entanto, a instância formadora do sujeito em sua relação entre a imagem precipitada e a realidade em que se inscreve o desejo do primeiro cuidador da criança (ao qual convencionalmente denominamos mãe) não deixa de ser perigosa, continua o autor, pois é necessário que aí se instale uma normatização (simbólica) pela qual os instintos (pulsões) possam organizar-se de acordo com uma lei simbólica que originalmente

possibilitou a nomeação do eixo imaginário e que em sua maturação natural será agora a favorecedora da organização das pulsões na escolha de um objeto sexual através da passagem pelo Édipo.

Na psicose, no entanto, sabemos que algo do Édipo não funcionou, não se completou (LACAN, 2002) e resultou na impossibilidade da escolha de objeto sexual. O psicótico não participou da partilha dos sexos, com já discutimos anteriormente. No entanto, o que interessará desta questão, por hora, é a ligação que nos dê algum esclarecimento entre a relação entre dona Maria e C., no que foi desenvolvido no relato clínico.

Voltemos ao relato do caso de C. Ao ser intimada a providenciar a certidão de nascimento do filho, dona Maria imediatamente revela que também necessitaria fazer outra certidão de nascimento para si, uma vez que a perdera. Inicialmente, a fala dessa mulher me causou profundo incômodo, pois considerava que existia um “colamento” muito exacerbado entre ela e o paciente.

Apesar do incômodo provocado por esta fala da mãe de C., eu continuei a minha tarefa, isto é, continuei insistindo para que este membro da família colaborasse com o tratamento do paciente, providenciando o documento necessário para a obtenção da aposentadoria. Com esta atitude eu negava qualquer possibilidade de C. e sua mãe expressarem uma singularidade, o que possibilitaria sua emergência como sujeitos. Eu continuava colocando-os na condição de objeto, ou melhor, objetivava-os pelo significante família.

No entanto, no momento em que a mãe do paciente revela ela própria ter que providenciar sua certidão de nascimento abre a possibilidade não de seu “colamento” com C., mas uma maneira de poder surgir também como sujeito. A partir de uma leitura através da psicanálise pode-se apreender esta necessidade de dona Maria providenciar seus documentos como uma tentativa de separação entre mãe e filho.

Voltemos à construção teórica. Nas páginas anteriores estávamos tentando fazer um delineamento teórico que possibilitasse a apreensão da estrutura psicótica desde a formação do eu e para tal feito trabalhamos com o texto “*o estádio do espelho como*

formador de função do eu: tal como nos revela a experiência analítica” (LACAN, 1998a), no qual finalmente apreendemos que para a formação do eu é necessária a inclusão de uma “*normatização*” que possibilite a mediação do desejo, que se constitui como desejo do outro.

Que outro seria este?

Tratamos no estágio do espelho de um determinado eixo do **esquema L**,¹¹, a saber, o eixo imaginário (LACAN, 1998c) que comporta uma certa materialidade do eu. A partir deste texto apreendemos que o eu é uma construção imaginária, o espelho tem a função de uma metáfora, que possui a finalidade de delimitar a imagem do eu. No entanto, no “Seminário sobre a Carta Roubada” (LACAN, 1998c) é ressaltada a supremacia da linguagem, sendo concebido o simbólico como anterior ao imaginário. Por consequência, podemos afirmar que a fase do espelho simboliza a “*pré-formação*” do eu, ela pressupõe em seu princípio constitutivo seu destino de alienação no imaginário (DOR, 1989).

Mesmo após a passagem pelo estágio do espelho, fase em que a criança já começa a construir uma condição que leva a constituição de um sujeito estruturado a partir da linguagem, ainda existe uma relação de indistinção quase fusional entre a criança e mãe e, desta relação, DOR (1989) relata que:

Esta relação fusional é suscitada pela posição particular que a criança mantém junto à mãe, buscando **identificar-se com o que supõe ser o objeto de seu desejo**. Esta identificação, pela qual o **desejo da criança se faz desejo do desejo**¹² da mãe, é amplamente facilitada, e até induzida, pela relação de imediação da criança com a mãe, a começar pelos primeiros cuidados e a satisfação das necessidades (DOR, 1989:81).

Com esta primeira relação entre cuidador e cuidado, aqui ilustrada pela denominação mãe e criança, é que a criança ingressa na problemática fálica, pois esta apreende que o desejo da mãe é, não obstante, o falo e, assim, a criança logo tende a identificar-se com o objeto de desejo da mãe que, como vimos, é para a ela a primeira imagem com a qual se identifica. A mãe, então, transforma-se no outro.

¹¹ Este esquema está ilustrado na página 106 do presente trabalho.

¹² Grifos do autor.

Porém, na psicose, podemos admitir que alguma coisa não funcionou, e nos diz LACAN (2002) que algo não se completou no Édipo. O que não se completa é justamente a entrada do pai, ou melhor, não ocorre o encontro da criança com a lei do pai. Tal encontro é o que possibilita que a criança aceda à simbolização da lei, o que resulta no declínio do complexo (DOR, 1989).

Lembremos, estamos tentando identificar qual é este outro pelo qual o desejo do sujeito é transpassado e até o momento podemos apreender que inicialmente este outro se configurou como a mãe. MASAGÃO (2000) ressalta que a mãe aparece como um outro imaginário, suporte de identificação narcísica. No entanto, a mãe, nesse momento anterior a entrada do complexo de Édipo, também é determinada como o Outro simbólico, posição esta que marca o lugar dos significantes, o lugar da linguagem — é ela que vai significar através de palavras as necessidades esboçadas pela criança.

Aprendemos, então, que a criança neste estágio começa a formar o eu a partir de dois determinantes ou vetores que confluem para a posição da mãe. Ou seja, a criança concebe a mãe como o outro imaginário, que é inclusive capaz de satisfazer suas necessidades, acreditando que esse outro é ela própria, e também percebe a mãe como o Outro simbólico que funda sua entrada na linguagem, pois suas necessidades, neste momento, são transcritas em palavras e construídas pelo Outro, tal como indica MASAGÃO (2000):

A palavra materna significa as necessidades da criança, quando a mãe diz a seu filho; você está chorando porque tem frio. Já não estamos aí no registro da necessidade, mas no campo da linguagem que vai marcar definitivamente o corpo da criança. A criança está então totalmente submetida ao Outro materno que se apresenta neste momento como não castrado, como uma mãe que possui o falo [...] a criança não é ainda um sujeito pois está sujeita ao desejo do Outro e os caprichos deste Outro que encarna a lei [...] uma lei diferente da instaurada pelo significante do Nome do Pai (MASAGÃO, 2000:56).

O que vai acontecer deste momento em diante no desenvolvimento desta criança dependerá da maneira que a mãe, enquanto submetida ou não ela própria à lei da castração, introduzirá neste percurso a figura do pai.

Como afirmamos anteriormente, o que não ocorre na psicose é justamente a entrada do pai, este último entendido como uma função de privar esta relação entre mãe e criança, na qual o primeiro aposta na criança como falo e o segundo se faz de objeto do desejo deste outro, ou seja, personifica o falo.

Nestas linhas tento esboçar um desenvolvimento teórico para podermos esclarecer alguns aspectos da relação construída e que nos é revelada no caso de C.

Retomando o caso, vemos que diante de nós se configurava uma cena que, em certa medida, é bastante comum nos centros de atendimento a pacientes com transtornos mentais; esta cena diz respeito a um impasse entre os terapeutas e os familiares, em que os primeiros adotam a posição de participar o tratamento do paciente aos seus familiares, contando com estes como agentes que favoreçam o tratamento. Mas os familiares, muitas vezes, dificultam o trabalho desenvolvido pelos profissionais.

No caso de C., considero muito pertinente chamar a atenção sobre este impasse que se instalou no decorrer dos atendimentos e ponderar sobre a estrutura que configura um sujeito psicótico e, assim, lermos a questão do “familiar difícil” sob outra perspectiva. Não seria de esperar que uma mãe como a de C. adotasse outra posição que não fosse a de boicotar ou dificultar o tratamento que os profissionais da instituição indicavam a seu filho?

Levando em conta as falas de dona Maria, podemos perceber que desde o início de seu contato comigo, ou seja, com a profissional de referência e enfermeira que atendia C., já delimitava a sua relação de fusão junto ao paciente e como demonstramos pelo pequeno tratamento teórico acima exposto, tal fusão é a condição possível para esta mãe na sua relação com o filho, pois foi justamente ela que, num momento primitivo, não pôde introduzir à criança a lei simbólica.

Para elucidar com mais propriedade a afirmação que faço neste contexto em que afirmo que a mãe, de sua posição primordial de outro e Outro, é quem possibilitará ou não o acesso da criança a uma lei simbólica, novamente farei uso de construções teóricas. AULAGNIER (1991) vem em meu auxílio, afirmando que possivelmente o psicótico seja para sua mãe uma pessoa/objeto com quem a mãe se mantém fusionada pelo significante “desejo da mãe” (que não fora substituído pelo significante Nome do Pai), uma vez que ela

transforma em essência significante a exclusão que marca a mãe, ou seja, enquanto pessoa ela não se coloca diante da criança como alguém também subordinado à lei simbólica. AULAGNIER afirma que tal posicionamento da mãe indica um possível ponto de origem da forclusão do significante Nome do Pai:

A presença, neste momento, desta única relação implica para a criança, da parte da mãe, um primeira castração maciça: tudo o que no seu corpo lembra a contribuição paterna é negado, anulando e, em primeiro lugar, tudo o que poderia fazer lembrar que ela é fruto de uma união sexual, que enquanto ser sexuado ela é também a filha do pai. A forclusão do nome do pai tem aqui o seu ponto de origem (AULAGNIER, 1981:61).

Deste excerto, depreende-se que na relação entre C. e sua mãe o paciente nada mais é do que o lugar desta castração, que tem como origem uma lei que não comporta o falo, por ser a lei materna, cuja metáfora paterna não foi incluída, ou melhor, não foi simbolizada (AULAGNIER, 1991).

O que possibilita este entendimento é justamente a fala de dona Maria, que insistentemente diz que C. é um “*menino que não dava valor às coisas*”, sempre perdia tudo o que ela podia dar a ele e que a aposentadoria seria muito prejudicial, pois com dinheiro C. poderia fazer besteiras. Desta fala de dona Maria, surge a questão: O que C. realmente poderia perder? Por que a aposentadoria era vista pela mãe como algo tão prejudicial assim?

O delineamento teórico tecido até o momento pode ajudar a responder estas perguntas, uma vez que se pôde apreender que na psicose o relacionamento entre a mãe e a criança tem como característica um estado fusional bastante acentuado. Este relacionamento não apresentou a possibilidade da entrada de um terceiro na dialética que possibilita a formação do eu da criança; logo, todas as relações imaginárias com o Outro serão apresentadas para este sujeito de maneira que o coloquem no lugar próprio da castração, pois este sujeito não possui nem mesmo a ilusão de autonomia que os neuróticos possuem, uma vez que, ao olhar para o espelho, o que o psicótico vê é sempre este Outro, compacto e castrador que demanda do sujeito e proíbe, assim, sua entrada como “ser desejante”.

A mãe do paciente permanece atrelada ao filho, impedindo o seu “nascimento” enquanto sujeito, uma vez que, ao se prontificar em providenciar a certidão de nascimento do filho, esta senhora atrelava-se a ele de tal maneira que a segunda cópia da certidão de nascimento de seu filho seria a oportunidade dela própria fazer a sua segunda cópia da certidão de nascimento. AULAGNIER (1991) escreve sobre a estrutura materna, ou melhor, a função da mãe que favorece uma possível estruturação psicótica ao sujeito nos seguintes termos:

O suporte desta relação (relação primeira entre mãe e criança) não será mais o corpo imaginado, mas o corpo real, aquele conjunto físico-muscular que tira sua substância do corpo materno e lhe assegura a confirmação de seu papel de único criador (AULAGNIER, [1964]1991:61).

Esta afirmação, acima descrita, remete ao investimento que a mãe do psicótico, ou o indivíduo que exerce esta função para o sujeito, faz. Trata-se de um investimento narcísico que a mãe faz ao nível do embrião, que se torna significativa da potência materna, ou melhor, da onipotência materna. O significante em jogo, neste momento, para a criança é esta presença maciça da mãe enquanto onipotente e já traz o sentido de uma rejeição à contribuição paterna já nas relações que possibilitam o nascimento da criança.

Voltemos as questões que a mãe de C. traz para o tratamento do filho, que são: “*o menino não dava valor às coisas*” e o perigo que a aposentadoria representava a saúde de C.

Quando coloca estas questões, dona Maria esta falando justamente desta posição que tentamos delimitar anteriormente, ou seja, esta mulher fala do lugar da mãe que se encontra num estado fusional com seu filho. Quando C. perde os objetos que ela lhe oferece, podemos ler que o paciente perde algo que dona Maria considera importante — ele perde objetos de um investimento libidinal dela. Porém, como não existe neste momento separação possível, os objetos investidos por ela deverão ser os mesmos para C.

Com a questão da aposentadoria e dos documentos que foram necessários providenciar para o processo de obtenção do benefício, acontece também a mesma coisa, ou seja, quando insisto em pedir os documentos de C., sua mãe logo me diz que também

tem que providenciar a sua documentação. Esta fala pode ser lida da seguinte maneira: se C. necessitava de documentos que marcassem a sua existência como uma singularidade, a mãe também precisava de sua certidão de nascimento, uma vez que, separada do filho, quem ela era?

A insistência sobre a providência da documentação causou um efeito no paciente e também na mãe de C. Poderíamos escutar a fala dela como a demanda inicial para um tratamento. No entanto, eu não privilegiei este pedido, pois naquele momento estava considerando a mãe do paciente um familiar, um agente social e não uma pessoa, uma singularidade.

Não escutando a demanda que dona Maria fazia, negando sua possibilidade de diferenciar-se do filho, ao qual estava estruturalmente ligada, coloquei-me em uma posição que não só não favoreceu a obtenção dos documentos que eu tanto queria para dar continuidade ao tratamento como também me tornou uma figura ameaçadora para esta mulher.

Como dona Maria poderia responder aos meus pedidos, se o que eu pedia era justamente o que possibilitaria a construção de uma nova posição a seu filho, o que deixaria ela própria sem lugar?

Foi justamente por não ter podido escutar que havia um sujeito que começava a demandar uma nova posição, ou melhor, começava a demandar um tratamento também, que começou a disputa entre mim e dona Maria, pois quanto mais eu insistia em que ela deveria providenciar os documentos de C. e oferecia todas as informações possíveis sobre o tratamento e os benefícios que a aposentadoria trariam para C., mais eu ameaçava o lugar em que esta mãe estava em sua relação intersubjetiva com o filho.

Rapidamente, dona Maria foi-me colocando na posição de uma possível “perseguidora” e, após alguns encontros, esta mulher retirou todos os documentos do filho do CAPS, afirmando que eu traria mal ao seu filho se continuasse com seus documentos.

Realmente, a mãe de C. só poderia achar que eu faria “mal” a seu filho, pois na sua relação com C., na qual não existia separação, foi justamente este corte que não aconteceu e possibilitou a conformação de uma estruturação psicótica. O “mal”, eu o estava

provocando em relação a ela, por desalojá-la de seu lugar, sem possibilitar a construção de um outro lugar, ou melhor, de um outro significado possível para a sua “missão” de dor e fé, que era cuidar do filho, como dona Maria mesmo dizia em todos os nossos encontros.

Encontramos-nos, neste momento, próximos de concluir este capítulo que objetiva lançar luz sobre uma questão que surgiu durante o tratamento de C. No entanto, este item pode ter suscitado no leitor uma questão, a saber: Qual o motivo desta exposição sobre a relação que existia entre dona Maria e seu filho e como a elucidação desta questão familiar poderia contribuir para o tratamento de C.?

Tentarei concluir este capítulo respondendo a questão acima descrita. Para começar a construir uma resposta, considero importante ressaltar que C. freqüentava um CAPS e que, desde sua concepção, este tipo de equipamento tem como proposta favorecer a constituição de espaços onde as atividades intersetoriais desenvolvidas pelos pacientes sejam agregadas às atividades terapêuticas. Entre estas atividades intersetoriais encontramos o trabalho, a escola, o lazer, a habitação e a relação entre as pessoas que participam do cotidiano do paciente em tratamento. Nesta perspectiva, a família é percebida como agente fundamental no tratamento do paciente.

Temos, desta forma, um determinante que *a priori* já é estabelecido no tratamento de pacientes que estão inseridos na lógica de cuidado deste equipamento. Logo, a partir desta lógica, em que não será possível conceber um trabalho ou tratamento que valorize somente o nível da intervenção psicológica individual, é importante que pensemos em um trabalho que leve em conta a interação entre os indivíduos também.

No caso de C. tal tratamento seria possível se a partir da clínica, e a clínica que proponho para discutirmos um possível cuidado é a da psicanálise, tivermos uma leitura das diversas relações que os personagens tem entre si, mas não distanciando esta leitura de uma possível intervenção sobre o sujeito também.

Fizemos um recorte no caso de C. e delimitamos uma situação na qual propomos, a seguir, uma intervenção que contribuiria para o tratamento deste paciente. O recorte realizado buscou priorizar, dentre as escassas relações que C. mantinha com outras pessoas, sua relação com a família, aqui ilustrada ou personificada por sua mãe.

Como enfermeira e profissional de referência prontificava-me a cuidar de C. e desenvolvi como seu Projeto Terapêutico Individual (PTI) a proposta de recuperar junto com o paciente sua documentação e providenciar sua aposentadoria. Contava que com estas ferramentas seria possível tratar de uma possível reinserção social do paciente a fim deste voltar ao convívio social. No entanto, a priorização de uma possível relação que C. poderia vir a ter com a sociedade que o circundava efetuou-se em detrimento da clínica, que é o enfoque que tento recuperar neste escrito.

Uma possível proposta para o seguimento do tratamento de C. seria ter escutado também as demais pessoas que estavam incluídas nos laços sociais que o paciente tinha, ou melhor, incluir dona Maria em minha escuta. Incluí-la significa escutá-la enquanto um sujeito que é capaz de, em algum momento, surgir e falar sobre si mesma.

Priorizar a escuta refere-se à adoção de uma posição que poderia ter sido adotada neste caso diante do surgimento da mãe de C. na cena do tratamento. Poderíamos ter escutado sua demanda quando ela disse ser necessário também retirar a segunda via da sua certidão de nascimento, pois, a partir do entendimento teórico que apresentamos acima, vimos que tal posição era necessária para que o nó entre estes sujeitos fosse desfeito e cada um pudesse construir uma posição subjetiva que não se fundisse com a posição do outro. Uma vez que se dona Maria ocupou o lugar do Outro para a C., o paciente também ocupou este lugar para sua mãe.

Seria importante, para tal atendimento, retirar a percepção de que a família sempre atua no tratamento como um agente social, pois cada membro da família, como podemos ver neste caso, possui uma singular posição diante da doença daquele que realmente tratamos, conceber as diferenças estruturais dos sujeitos envolvidos e possibilitar que cada um construa uma significação para a doença. No caso de C. seria uma possibilidade de alçar um futuro, no qual ele poderia construir um novo significante a partir daquilo que sua estrutura podia oferecer, ou seja, a partir da metáfora delirante que já dava alguns sinais de sua inscrição, pelos significantes que C. trazia: “*piriquitil*” e o “*jogo da vez*”.

Porém, para que esta construção possa ser feita, um primeiro nó necessitaria ser desatado, e este nó é justamente o que une C. a este Outro castrador, a imagem mortífera que surge no espelho toda vez que ele fala de seu eu.



*CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES
FINAIS*

Inicialmente, gostaria de tecer alguns comentários sobre a escolha do método aqui utilizado. Ao adotar o referencial psicanalítico para tentar elucidar algumas questões que vivenciei durante o meu percurso de trabalho junto a pacientes psicóticos, surgiu uma primeira questão: Como poderia efetuar o “tratamento” dos dados, uma vez que o trabalho consistiria em um Estudo de Caso?

Optei, então, por discutir o Estudo de Caso a partir da concepção de Construção de Caso Clínico em Psicanálise. Esta técnica própria à psicanálise possibilitou-me construir alguns indicativos para que eu pudesse elaborar uma maneira de cuidar que levasse em conta alguns conceitos que fundamentam o referencial teórico que escolhi, dentre eles o inconsciente, a realidade psíquica, a estrutura, a transferência e o sintoma. No entanto, esta técnica possibilitou também a apreensão do próprio método psicanalítico, ao considerar que clínica e pesquisa são componentes de um mesmo ato. Desta forma considero que este trabalho possibilitou não somente a indicação de um cuidado de enfermagem para C., mas também favoreceu que eu construísse uma posição subjetiva diante do caso.

Neste momento, considero importante afirmar que elaborar uma posição diante do caso no qual estamos implicados é parte fundamental para a construção de uma possibilidade de tratamento para a psicose.

Considero, ainda, que a escrita tem uma função bastante interessante para a psicanálise, pois ela pode ser considerada como uma “ferramenta” possível para a construção da própria posição do analista, relacionando-se a um só tempo com a clínica, a pesquisa e a construção teórica que em cada caso se dá de maneira singular.

Sobre o tema desenvolvido neste estudo gostaria de salientar as intrigantes descobertas que realizei sobre as diferentes concepções de cuidado que a enfermagem pode adotar. Digo intrigantes, talvez, pela razão de na prática não encontrarmos um discurso que leve a considerar o cuidado de enfermagem a partir de referenciais teórico-filosóficos distintos da acepção técnica a que o termo remete.

No entanto, para delimitar uma prática de cuidado que levasse em conta a estrutura psíquica singular de cada indivíduo e levando em conta as questões da clínica na construção do cuidado, foi necessário escrever algumas linhas sobre diferenças entre os referenciais já adotados pela enfermagem na concepção do cuidar e o referencial aqui proposto para elucidar o cuidado.

Neste trabalho, é possível também encontrar algumas indicações sobre a teoria das psicoses, pois foram estas indicações que contribuíram para elaborar os apontamentos de um possível cuidado que poderia ser desenvolver junto a C.

Considero ainda que o cuidado de enfermagem aqui proposto não possa ser reduzido a uma assistência, na qual seja viável a implementação do processo de enfermagem, que compreende a entrevista (ou histórico de enfermagem), o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados (ou prescrição de enfermagem), a evolução e o prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

Cuidar, na perspectiva que este estudo traz, diz respeito a uma construção diária, elaborada a cada encontro, em que possa significar: cuidar da relação transferencial, cuidar dos significantes, cuidar da posição que estabelecemos para nós e para o paciente e, principalmente, cuidar em não se esquecer que o saber inconsciente se caracteriza pelo desconhecimento.

No entanto, para que seja possível estabelecer um cuidado de enfermagem com uma perspectiva psicanalítica, que leve em consideração a produção de subjetividades é importante que o equipamento de saúde mental esteja envolvido em uma proposta de trabalho que permita a existência de um tratamento que inclua os mecanismos que tornem possível o aparecimento dos sujeitos, pacientes e profissionais.

Assim, a proposta de tratamento de um psicótico em um equipamento de saúde mental deve incluir espaços onde os profissionais envolvidos com o caso possam discutir o mesmo, favorecendo um trabalho interdisciplinar. Outro ponto fundamental para a construção de um tratamento é o acompanhamento do caso em supervisão, pois é nela que o terapeuta poderá realizar o exercício de contar, falar do caso a um outro, para poder trabalhar, inclusive, a partir de seu próprio recalque na construção de uma memória anacrônica, que nada mais é senão a construção de uma tópica psíquica que possibilitará nomear os acontecimentos e transformar o a priori teórico em uma teoria inédita de si e da relação com o paciente (FÉDIDA, 1991).

Finalmente, gostaria de concluir afirmando que este trabalho não tem a intenção de indicar verdades absolutas, uma vez que cada sujeito comporta a sua verdade singular. Gostaria de deixar aqui mais interrogações do que conclusões e anunciar que este estudo possibilitou construir mais uma indagação, a saber: Como ensinar, ou melhor, transmitir um saber do qual não se sabe, mas que pode subsidiar uma prática de cuidado de enfermagem?

Fecho este trabalho no momento em que é possível que outra questão seja aberta por considerar interessante apreender as possibilidades de ensinar.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Fernando. Método Clínico: Método Clínico? **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 14(3): 609-616, 2001. [citado 08 Dezembro 2003]. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000300016&lng=pt&nrm=iso>

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Ed. Cortez, 1986. 127 p.

AULAGNIER, P. Observações sobre a estrutura psicótica. In: KATZ, C. S. (org). **Psicose: uma leitura psicanalítica.** Trad. Alba Senna. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Escuta, 1991. p. 13-31.

BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade., **J. Bras. Psisq.** 47(12): 627-640, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva — ABRASCO.** 4(2): 303-404, 1999.

CAMPOS FILHO, C. J.; ARAÚJO, F. A. Transformação da instituição psiquiátrica — Um Caminho. **J. Brás. Psiq.** 35(5): 313-318, 1986.

CASTRO, E. M. **Psicanálise e linguagem.** São Paulo: Àtica, 1986, 79 p.

DI CIACCIA, A. Da fundação por um à prática feita por muitos. **Coringa/Escola Brasileira de Psicanálise**, 13: 60-65, 1999.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan:** o inconsciente estruturado como linguagem. Trad. Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artmed, 1989.203 p.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. **Clínica e pesquisa em psicanálise.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19-36.

FÉDIDA, P. A Construção do caso. In: FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica.** Trad. Martha Gambini; Claudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1991. p. 216-232.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Trad. Maria de Lourdes Sette Câmara. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. 253 p.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: **Publicações pré-analíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 335-454. v. 1. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 1, 1950 [1895]).

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Estudos sobre a histeria (Freud e Breuer)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-319. v. 2. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 02, 1893/1895).

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. In: **A interpretação dos sonhos: parte I**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-363. v. 4. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 12, 1900).

FREUD, S. Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides). In: FREUD, S. **O caso de Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 15-92. v. 12. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 12, 1911/1913).

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 109-122. v. 12. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 12, 1912).

FRUD, S. O inconsciente. In: **A história do movimento psicanalítico. Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.165-222. v. 14. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 14, 1915).

FREUD, S. Um estudo autobiográfico. In: FREUD, S. **Um estudo autobiográfico; inibições, sintomas e ansiedade; a questão da análise leiga e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-80. v. 20. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 20, 1924).

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: **O ego e o id. Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 203-209. v. 19. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 19, 1924).

FREUD, S. A negativa. In: **O ego e o id. Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago. p. 263-269. v. 19. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 19, 1925).

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: **Um estudo autobiográfico. Inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 81-173. v. 20. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 20, 1926 [1925]).

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU – EDUSP, 1979. 99 p.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. Trad. Andrea Callefi et al.. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 959-1080. v. 1.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? **Cadernos IPUB**, 19:13-36, 2000.

LACAN, J. **O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Trad. Betty Millan, 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986. 336 p. (Texto original de 1953-1954).

LACAN, J. **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Trad. Antônio Quinet, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. 396p. (Texto original de 1959-1960).

LACAN, J. **O Seminário, livro 4: a relação de objeto**. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. 460 p.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a. p. 96-103. (Texto original de 1949).

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b. p. 238-325. (Texto original de 1953).

LACAN, J. O Seminário sobre a “Carta Roubada”. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998c. p. 13-66. (Texto original de 1957).

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível de psicose. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998d. p. 537-590. (Texto original de 1959).

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998e. p. 807-842. (Texto original de 1960).

LACAN, J. **O Seminário, livro 3: As Psicoses**. Trad. Aluísio Menezes, 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002. (Texto original de 1955-1956).

LAPLANCHE, J.; Pontalis, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2001. 552 p.

LEITE, M. P. S. **Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas kleinianos**. São Paulo: Iluminuras, 2000. 269p.

LOYOLA, C. M.; ROCHA, R. M. Apresentação. **Cadernos IPUB**, 19: 7-10, 2000.

MASAGÃO, A. C. B. M. **“Orifeu: a mulher com pênis”**. A construção da significação sexual em um caso de psicose. São Paulo, 2000. (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo).

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2002. 159 p.

MINAYO, M. C. O. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994.

MOTTA, J. M. Instituição, psicanálise e enfermagem em saúde mental: boas novas? **Cadernos IPUB** 19: 11-14, 2000.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. 238p.

RADÜNZ, V. “Self” In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumento para a prática. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. p. 192-196.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiatria: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1994. 126 p.

ROZENDO, C. A.; COLLET, N. Interface cuidado–investigação em enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.** 20(2): 28-36, 1999.

SANTIAGO, J. Notas sobre o fundamento clínico da apresentação de enfermos. **Coringa/Revista de Psicanálise**, 14: 80-84, 2000.

SANTOS, V. Buscando um referencial de cuidados integrativos, na era do marketing e comunicação. **Texto Contexto Enf.** 2(2): 76-86, 1993.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Projeto PAIDÉIA de saúde da família**. Campinas, 2001. 17P.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1998. 143 p.

SILVA, T. C. **Vincent Van Gogh: um corpo entre o véu da beleza e o horror do real: A função e o significado do corpo na psicose**. Belo Horizonte. 2002. (Dissertação – Universidade Federal de Minas Gerais).

SIMANKE, T. S. **A formação da teoria freudiana das psicoses**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. 247 p.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 465 p.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ed. Atlas, 1995.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Coringa/Escola Brasileira de Psicanálise**, 13: 50-59, 1999.



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALENCASTRE, M. B. (org.) **Estudos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil**. Rio Grande do Sul: Unijuí, 2000.

CAMPOS, M. S. C.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev Esc Enf USP**. 34(3): 271-76, 2000.

CROSSETI, M. G. O.; BUÓGO, M.; KOHLRAUSCH, E. Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. **R. Gaúcha Enferm**. 21(1): 44-67, 2000.

D'AGORD, M. Sobre a coletânea "Le cas en controverse". **Pulsional Revista de Psicanálise**, 8 (140/141): 7-12, 2000/2001.

DUTRA, M. C. B. **As relações entre psicose e periculosidade**: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. Belo Horizonte: Annablume, 2002. p.105.

FRAGA, M. de N. O. **A prática de enfermagem psiquiátrica**: subordinação e resistência. São Paulo: Cortez, 1993.

FREUD, S. Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: FREUD, S. **Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-116. v. 7. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 07, 1905 [1901]).

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.119-231. v. 7. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 07, 1905).

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. **O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 109-119. v. 12 (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 12, 1912).

FREUD, S. A disposição à neurose obsessiva — Uma contribuição ao problema da escolha da neurose. In: FREUD, S. **O caso de Schereber artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 337-349. v. 12 (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 12, 1913).

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. **História do movimento psicanalítico e artigos sobre metapsicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 77-108. v. 14. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 14, 1914).

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, S. **História do movimento psicanalítico e artigos sobre metapsicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 117-144. v. 14. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 14, 1915).

FREUD, S. Repressão. In: **História do movimento psicanalítico e artigos sobre metapsicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 147-162. v. 14. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 14, 1915b).

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Além do princípio do prazer; Psicologia das massas e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-154. v. 18. (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 18, 1920).

FREUD, S. Neurose e psicose. In: **O ego e o id. Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago. p. 165-171. v. 19. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 19, 1924 [1923]).

FREUD, S. Sexualidade feminina. In: FREUD, S. **O futuro de uma ilusão**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 231-251. v. 21. (Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 21, 1931).

LACAN, J. A agressividade em Psicanálise. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 104-126. (Texto original de 1948).

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1998. p. 869- 892. (Texto original de 1966).

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1998.

LEOPARDI, M. T. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Texto Contexto Enferm.** 6(3): 57-67, 1997.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **R. Gaúcha Enferm.** 20(n. esp.): 86-101, 1999.

MILLER, J-A. **Lacan elucidado: palestras no Brasil.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1997. 608 p.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994. 172 p.

NETO, D. L.; NÓBREGA, M. M. L. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. **R. Bras. Enferm.** 52(2): 233-242, 1999.

NUNES, A. M. P.; ARRUDA, E. N. Repensando “conforto” no processo de cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 4(1): 139-149, 1995.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT – Annablume, 1998. 253 p.

PITIÁ, A. C. A.; MIRANDA, F. A. N.; LIMA, M. G.; GALERA, S. A. F. O corpo como lócus do cuidado. **Acta Paul. Enf.** 15(1): 90-95, 2002.

PITTA, AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **J Bras de Psiq,** 43(12): 647-54, 1994.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia – TeCorá, 1994.

ROUDINESCO, E. **Jacques Lacan.** Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte, Rio de Janeiro: TeCorá – Instituto Franco Basaglia, 1999.

SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral.** São Paulo: Cultrix, 2000.

SOUZA, A. I. J. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumento para a prática. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. p. 196-204.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. **Cadernos IPUB**, 7(1): 23-54, 1997.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. (org.) **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 53-85.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Saga Luzzato, 1999. 202 p.



ANEXO

DISPENSA DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

(0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

www.fem.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

cep@fem.unicamp.br

CEP, 21/10/03.

(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 412/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “APREENDENDO POSSIBILIDADES DE CUIDAR”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Paula Rigon Francischetti Garcia

INSTITUIÇÃO: Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/09/2003

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 21/10/04

II - OBJETIVOS

Aprender as possibilidades de cuidado terapêutico que surgiram durante o atendimento realizado a um paciente com transtorno psicótico, a partir do entendimento da função e do significado que o corpo tinha para o paciente.

III - SUMÁRIO

A autora realizará o estudo de um paciente psicótico acompanhado pela própria durante 03 meses em um serviço psiquiátrico. A documentação consta de registros de observação direta do paciente em questão, assim como anotações de entrevistas de membros da família e discussões com os demais componentes das equipes envolvidas com o atendimento.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está descrito adequadamente. O Termo de Consentimento pode ser dispensado, diante das justificativas da autora.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

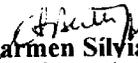
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de outubro de 2003.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP