



A CLÍNICA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO SUJEITO PSICÓTICO A PARTIR DA PSICANÁLISE

THE CLINIC NURSING CARE TO THE PSYCHOTIC SUBJECT BASED ON PSYCHOANALYSIS LA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL SUJETO PSICÓTICO A PARTIR DEL PSICOANÁLISIS

Eryjoso Marculino Guerreiro¹, Lia Carneiro Silveira², Bruna Moreira Camarotti da Cunha³, Alcivan Nunes Vieira⁴

RESUMO

Objetivo: compreender a abordagem clínica da psicose realizada pela Enfermagem a partir do referencial psicanalítico. **Método:** ensaio teórico, realizado a partir de obras de Freud e Lacan, além de publicações da Enfermagem no campo da saúde mental. **Resultados:** identificaram-se enquanto pressupostos para esta abordagem clínica os conceitos de escuta, sujeito e singularidade. **Conclusão:** a psicanálise pode nortear a prática clínica, direcionando-a para a reflexão acerca de como os eventos vivenciados pelo sujeito são significados em sua singularidade; e como cada um vai poder significar seu sofrimento psíquico. A intervenção é possibilitada pela escuta do sujeito psicótico, acolhendo suas produções, seus escritos, seus documentos, suas invenções; auxiliando-o no processo de construção de algo que possa funcionar como suporte para esse sujeito lidar com seu sofrimento. **Descritores:** Enfermagem; Saúde Mental; Psicose; Psicanálise.

ABSTRACT

Objective: to understand the clinical approach of psychosis performed through Nursing from the psychoanalytic referential. **Method:** this was a theoretical essay based on the works of Freud and Lacan in addition to publications in the field of mental health nursing. **Results:** we identified the concepts of listening, subject, and uniqueness as assumptions for this clinical approach. **Conclusion:** psychoanalysis can guide the clinical practice directing it to reflection about how events experienced by the subject are meant in his uniqueness; and how each one can represent their own psychic suffering. The intervention is made possible by listening the psychotic subject, welcoming his productions, writings, papers, and inventions; assisting in the process of building something that can function as a support for this subject to deal with his grief. **Descriptors:** Nursing; Mental Health; Psychosis; Psychoanalysis.

RESUMEN

Objetivo: comprender el abordaje clínico de la psicose realizado por la Enfermería a partir del referencial psicanalítico. **Metodología:** ensayo teórico, escrito a partir de las obras de Freud y Lacan, además de publicaciones de Enfermería en el campo de salud mental. **Resultados:** fueron identificados como presupuestos para este abordaje clínico los conceptos de escucha, sujeto y singularidad. **Conclusión:** el psicoanálisis puede guiar la práctica clínica, proporcionando la reflexión sobre cómo los sucesos vividos por el sujeto son significados en su singularidad; y cómo cada persona podrá significar su sufrimiento psíquico. La intervención es posible a través de la escucha del sujeto psicótico, en que sus producciones, sus escritos, sus documentos, sus invenciones, ayudándolo en el proceso de construcción de algo que pueda funcionar como soporte para que el sujeto pueda lidiar con su sufrimiento. **Descriptores:** Enfermería; Salud Mental; Psicosis; Psicoanálisis.

¹Enfermeira, Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará/UEC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: eryjoso@msn.com; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará/UEC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: silveiralia@gmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará/UEC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: camarottib@gmail.com; ⁴Enfermeiro, Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará/UEC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: alcivan_nunes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A psicose é uma manifestação do sofrimento psíquico que faz emergir um sujeito desintegrado, incapaz de lidar com o real em contraposição com seu sofrimento psíquico. Em geral, manifesta-se por delírios e alucinações. As ideias inconscientes determinam o modo de operação no qual o sujeito tenta modular a realidade externa à sua realidade psíquica. Deste fato decorre que, no delírio, as palavras são tomadas pelas coisas próprias. É então pela construção delirante que o psicótico pode articular a realidade à sua realidade psíquica, fazendo da segunda a própria realidade.¹

Tradicionalmente, nos serviços de saúde, a psicose é abordada através de medidas de contenção física do sujeito associadas com a abordagem farmacológica. Estas ações estão pautadas no referencial biomédico que surgiu por volta do século XVIII, organizado pelos pressupostos da ciência moderna: objetividade, generalização e neutralidade científica.¹

Neste referencial, a apreensão do sofrimento psíquico circunscreve-o enquanto uma doença mental que demanda medicamentos e medidas de religação desse sujeito com a realidade em que ele está inserido. O diagnóstico é formulado a partir de um raciocínio do profissional, enquadrando o sujeito em uma categoria nosológica, uma situação de doença, considerando-o incapaz de lidar com sua condição psíquica sem estas intervenções.^{1,2} Outra consequência desse modelo é o fato de que o profissional, seja médico ou enfermeiro, situa-se do lado de um saber pré-determinado que será aplicado sobre o paciente.²

Existe uma multiplicidade de concepções teóricas que norteiam a prática clínica da enfermagem em um mesmo espaço institucional. O enfermeiro ocupa o lugar do detentor do saber na relação com o sujeito em sofrimento psíquico. Este saber lhe autoriza a interpretar e classificar as queixas desses sujeitos a partir de um saber externo e objetificante.²

Há coexistência de concepções distintas e às vezes contraditórias subsidiando a prática clínica da enfermagem; prática que se configura como pedagógica, prescritiva e normalizadora do sujeito em sua relação com os serviços de saúde.²

Percebe-se que o modelo biomédico, ao abordar o sofrimento psíquico, exclui a subjetividade inerente a esta condição. Com relação ao sujeito psicótico, esse modelo produz uma abordagem que desqualifica esse

sujeito enquanto alguém que pode se envolver e se comprometer na relação de cuidado, pois ele se encontra destituído da razão. Além disso, este modelo apresenta como única alternativa as abordagens de contenção física e farmacológica.³

Será que esta forma de abordar o psicótico atende de fato às suas necessidades singulares de cuidado? Como cuidar desse sujeito de forma singular, atentando para suas demandas que estão além do plano da racionalidade? Nesse contexto, discute-se a possibilidade de reelaborar a prática clínica da enfermagem junto como paciente psicótico, a partir do referencial psicanalítico. Esta pesquisa tem como objetivo compreender a abordagem clínica da psicose realizada pela enfermagem com base nesse referencial.

Parte-se do pressuposto que a psicanálise, ao propor o reconhecimento do sujeito dividido, o sujeito do inconsciente, produz outras maneiras de lidar com o psicótico considerando a singularidade de cada caso, resgatando a dimensão da subjetividade do paciente a partir da escuta. Propõe ainda subverter a atual posição do dito paciente (objeto) devolvendo-lhe seu lugar de sujeito falante.

A partir desse cenário, este estudo mostra-se relevante ao contribuir para a construção de novos saberes e fazeres para a prática clínica da enfermagem na abordagem da psicose, tendo o referencial psicanalítico como um aparato teórico para a clínica.

MÉTODO

Ensaio teórico, tendo a psicanálise como referencial teórico central, que, para tanto, utilizaram-se como fonte de pesquisa as Obras Completas de Sigmund Freud que abordam elementos importantes para a clínica da psicose, e, ainda, alguns conceitos propostos por Jacques Lacan, tais como sujeito, Nome-do-Pai e foraclusão.

RESULTADOS

♦ A transição do paradigma da clínica da enfermagem na saúde mental

A enfermagem surge enquanto prática profissional no campo da psiquiatria, enquanto saber subsidiário à prática médica. No modelo assistencial asilar, os enfermeiros eram responsáveis por vigiar, punir e controlar os comportamentos dos ditos loucos.³ Neste contexto, não se julgava preciso o conhecimento científico para as tarefas fundamentais da enfermagem. O objetivo do tratamento era eliminar os sintomas que, no caso da psicose se caracterizavam pelos

Guerreiro EM, Silveira LC, Cunha BMC et al.

A clínica de enfermagem no cuidado ao sujeito...

delírios e alucinações. O controle destas manifestações era executado através da terapia medicamentosa e da busca de uma certa normatividade dos comportamentos; através do isolamento social proporcionado pela internação hospitalar.³

Este modelo de organização do cuidado ao louco, posteriormente classificado como doente mental, foi cristalizado pelo saber da biomedicina em uma especialidade médica, a psiquiatria. Este processo foi impulsionado pelo desenvolvimento de conhecimentos nas áreas da neurociência e na psicofarmacologia.²

Historicamente, é possível identificar movimentos de ruptura desse paradigma por meio da crescente preocupação com os contextos socioculturais, familiares, de lazer, trabalho e moradia dos doentes mentais. A doença estava em questão e o sujeito em seu contexto de vida eram problematizados também.²

A psiquiatria no Brasil viveu um processo de mudanças mais efetivas desde 1987, a partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Este movimento propôs um novo modelo assistencial e, entre seus pressupostos, estava a assistência ao doente mental que superasse a hospitalização como primeira forma de atendimento. Desde então, iniciativas políticas de elaboração e discussão de leis, bem como de ações governamentais, foram criadas buscando políticas que lhe garantissem uma assistência digna, com respeito e cidadania.³

A Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou a organização de uma rede de serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e uma reflexão voltada para a reconstrução dos processos de trabalho em torno do sujeito considerado doente mental.⁴ Nesse contexto, o próprio conceito de doente mental foi repensado para além do modelo biomédico; o foco deslocou-se da doença para o sujeito, e do corpo para o psíquico.⁴ O sofrimento psíquico, portanto, enquanto construto teórico da saúde mental, é entendido como

um processo subjetivo, social, além de cultural, e suas dimensões atingem não só àquele que sofre como também a quem o rodeia. É uma condição em que a pessoa pode não interagir com a realidade objetiva das demais, tornar-se enfraquecida e, até mesmo, questionar o sentido da própria vida.^{5:318}

A mudança do modelo assistencial teve alguns avanços no que diz respeito à reestruturação do sistema com a organização de uma rede de cuidados, desde o CAPS até os

serviços de internação hospitalar. Essa nova configuração trouxe a saúde mental para o espaço de discussão das políticas e das práticas de saúde. Entretanto, estes arranjos por si só não asseguraram a mudança da prática clínica junto ao sujeito em sofrimento psíquico. Especificamente na clínica da enfermagem, as práticas orientadas pelos princípios que regem o modelo hospitalocêntrico convivem lado a lado com práticas voltadas para sua substituição, embasadas pelo modelo psicossocial de atenção à saúde que enfatiza a reabilitação e reinserção social.²

Esta dificultosa transição paradigmática para a enfermagem decorre de sua própria relação existencial com a medicina, em particular com a medicina moderna. Pois, tendo como suporte teórico a biomedicina, a forma de lidar com o sujeito em sofrimento psíquico ainda está ancorada na concepção de doença mental.^{3,5}

As ações prescritivas, sem a abertura de espaços para a escuta das queixas, das angústias e do porquê do sujeito estar procurando o serviço, geram intervenções que desconsideram a dimensão subjetiva do paciente. Para o sujeito psicótico, especificamente, a tentativa de adaptar o seu comportamento a um padrão de normalidade pré-estabelecida exclui a realização da escuta e, por consequência, o reconhecimento daquilo que é dito nas entrelinhas da sua fala.

Pensar em uma transição paradigmática para a clínica da enfermagem no campo da saúde mental pressupõe a ruptura com o paradigma biomédico, movimento que implica na busca de outros referenciais teóricos e éticos para o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Neste sentido, o referencial da psicanálise emerge como possibilidade para ressignificar a abordagem desse sujeito, singularizando o cuidado a partir das demandas que ele elabora em contraposição às intervenções verticalizadas e externas a ele.

A psicanálise surge no Século XIX com um neurologista chamado Sigmund Freud; segundo ele, o inconsciente surge como a delimitação de um saber não sabido pelos pacientes, mas que os invade, no caso da psicose, no próprio plano do pensamento (alucinações, delírios).⁶

No artigo “O Inconsciente”, Freud teorizou e elaborou o conceito de inconsciente, considerando seus aspectos topológicos, dinâmicos e econômicos. O inconsciente consiste em representantes pulsionais que procuram descarregar uma energia psíquica com intensidade constante que, mesmo mantidos longe do plano da consciência,

Guerreiro EM, Silveira LC, Cunha BMC et al.

obstinadamente, tem a finalidade de se satisfazerem.⁷

Com o intuito de buscar essa satisfação, o processo psíquico primário opera por condensações e deslocamentos, observados a partir dos efeitos que o inconsciente produz no sujeito, como *lapsus linguae* (atos falhos, lapsos de memória, sintomas, sonhos, chistes) - produções metafóricas desse inconsciente que nunca se cala.⁸ Partindo desse referencial, o sujeito psicótico tem uma verdade a dizer, acerca de suas vivências, da sensação de perseguição, das alterações corporais e sensações de despersonalização, pois tais manifestações psíquicas são produzidas pelo psicótico na tentativa de dar um sentido próprio para sua existência.

Por se tratar de um referencial marginalizado, de certa forma, pelo seu embate direto com a biomedicina, e por seus fundamentos e conceitos serem pouco conhecidos pela enfermagem, o tópico a seguir amplia a compreensão do conceito de psicose na psicanálise.

♦ A psicose de Freud a Lacan

Ao longo da construção da teoria psicanalítica, a psicose despertou o interesse investigativo de Freud por não apresentar a mesma condição de curável, presente nos casos de neurose; essa constatação tornou-se, portanto, algo ainda estranho e gerador de indagações para ele.⁷

Em 1894, Freud retoma o conceito de psicose para designar a reconstrução inconsciente por parte do sujeito de uma realidade delirante ou alucinatória.⁷ Todavia, o conceito de psicose não pode ser apreendido na obra freudiana de forma estanque. Tendo em vista a extensa abordagem do tema e o caráter de trabalho em andamento que se pode encontrar nos textos de Freud, fez-se necessário uma breve apresentação sobre a psicose em três períodos.

No primeiro período, até meados de 1915, os textos freudianos abordam a psicose ainda sob a lógica paradigmática da neurose. Enquanto a histeria era o modelo estrutural da neurose, a paranoia constituiu o modelo para a psicose. Freud volta sua curiosidade analítica para a paranoia, principalmente, por acreditar que ela seria um processo de cura para a esquizofrenia, pela possibilidade de comunicação do sujeito psicótico através da construção dos delírios,⁹ mas, no que diz respeito à clínica, Freud pensava ser complicada, senão impossível, a instauração da transferência com psicóticos, por esses terem dificuldade de estabelecer laço social. Tanto que o único caso clínico sobre psicose, redigido por Freud, data de 1911 e encontra-

A clínica de enfermagem no cuidado ao sujeito...

se no texto “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*)”. Trata-se de uma análise do livro *Memórias de um doente dos nervos*, escrito pelo juiz de direito Schreber.⁶

Schreber sustentou o delírio de remissão da humanidade, ao acreditar na sua transformação em uma mulher, e assim poderia se submeter ao ato da cópula através de um processo de fecundação direta com Deus. Dizia sentir seu corpo morto e em decomposição, mas que era um intuito divino confirmado por vozes que conversavam com ele; tentou suicídio e teve ideias de ser seu médico seu perseguidor, lugar assumido depois por Deus.⁶

Nos textos “Sobre o Narcisismo” (1914) e “O inconsciente” (1915), é perceptível o desconforto de Freud ao tentar explicar as psicoses, continuando a avançar na formulação do mecanismo de defesa da psicose. Em “Sobre o Narcisismo”, Freud faz uma releitura do caso Schreber, a partir da teoria do narcisismo, denominando a psicose como uma situação em que o sujeito direciona todo seu investimento libidinal para o próprio ego, não havendo espaço para alteridade.¹ Por estas características, Freud estava certo que os psicóticos não estabeleceriam a relação de transferência e, assim, segundo ele, “tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados por nossos esforços”.^{10:82}

No artigo metapsicológico sobre o inconsciente, o objetivo de Freud era de esclarecer a concepção deste obscuro conceito, utilizando-se das tentativas de reconstrução e restabelecimento das psicoses narcísicas.¹

Na última parte deste artigo, Freud estabelece relações entre o inconsciente e as formações psicóticas, através da observação da fala do esquizofrênico. Segundo ele

Nos esquizofrênicos observamos - especialmente nas etapas iniciais, tão instrutivas - grande número de modificações na fala, algumas das quais merecem ser consideradas de um ponto de vista particular. Frequentemente, o paciente devota especial cuidado à sua maneira de se expressar, que se torna ‘afetada’ e ‘preciosa’. A construção de suas frases passa por uma desorganização peculiar, que as torna incompreensíveis para nós, a ponto de suas observações parecerem disparatadas.^{11:202}

Para exemplificar esta sua teorização, Freud cita o exemplo de uma paciente atendida por um colega médico, que procurou a análise após várias discussões com o amante, pois ela o considerava um hipócrita, e passou a ver o mundo com olhos diferentes.

Guerreiro EM, Silveira LC, Cunha BMC et al.

Portanto, para ela, ele era um entortador de olho.¹²

Segundo a paciente, o amante tinha entortado seus olhos. A este fenômeno, Freud caracteriza como fala do órgão, e supõe que há a existência de uma representação de coisas para o psicótico que caracteriza o modo de funcionamento do seu inconsciente. Havendo, pois, uma representação de palavras, que quando ligada à representação de coisas permite que se tenha consciência de seu pensar. No caso da psicose, há uma regressão a um modo de funcionamento inconsciente, cuja consequência é tomar as palavras como se fossem coisas. Portanto, o sujeito psicótico não produz metáforas em sua linguagem.¹²

No segundo período, a psicose pode ser apreendida a partir de um mecanismo chamado por Freud de rejeição ou recusa, por se estabelecer um conflito entre o eu e a realidade. Nos últimos textos de sua obra, Freud desenvolve seus estudos a respeito desse conflito como sendo a divisão subjetiva, e é por meio do conceito de castração que se compreende melhor essa divisão.¹²

Entende-se a experiência simbólica da castração como uma resposta à divisão subjetiva, sendo que esta pode levar a duas posições contrárias. No texto “Esboço de psicanálise”, Freud ilustra bem esta questão: o primeiro objeto de satisfação daquele que vem ao mundo, o bebê, é o ser que desenvolve o ato de cuidar dele, a mãe.¹²

Mãe que além da função de alimentar com o seio, introduz toda uma ordem simbólica ao se despertar no corpo do bebê outras sensações físicas agradáveis e desagradáveis. Neste momento, o bebê não distingue a *gestalt*, ou seja, ele, a mãe e o seio da mãe são tudo uma coisa só.¹² No entanto, a mãe é percebida como presença/ausência quando a criança constata que não é, imaginariamente, o único objeto de desejo da mãe. É nesse ponto que ocorre a abertura para vida, a proibição do incesto e, portanto, a castração. Então, Freud elaborou que a rejeição da castração, da separação mãe/bebê, estruturaria o sujeito como psicótico.¹²

Do ponto de vista teórico, Freud explorou exaustivamente todas as possibilidades com o intuito de explicar a estrutura psicótica, mas não seria exagero dizer que a clínica freudiana não conseguiu explicar totalmente a psicose. No entanto, apesar de não ter tratado da psicose, Freud deixou uma grande contribuição com a análise do caso Schreber e abriu caminho para outras contribuições.⁹

No terceiro momento histórico da abordagem da psicose pela psicanálise,

A clínica de enfermagem no cuidado ao sujeito...

podemos localizar as contribuições do psicanalista francês Jacques Lacan. Ele partiu do estudo da psicose na sua tese de doutorado para introduzir-se na psicanálise.⁹

Na década de 1950, Lacan fez uma retomada à construção teórica freudiana e, para firmar sua posição na psicanálise, articula o mecanismo fundante da psicose a uma operação significativa, ou, em outros termos, a uma operação simbólica que ocorre no nível da linguagem.¹¹ A partir dessa operação, pode formular a proposição de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, e fundamentar a clínica das psicoses.

A teoria lacaniana traz que o campo do simbólico é prévio ao nascimento do sujeito, pois mesmo antes de nascer ele já existe nos desejos dos pais, que planejam a sua vida, o nomeiam e o definem por meio de significantes (aqueles que fazem significar).¹³ Portanto, todo sujeito já nasce alienado ao Outro (A) da linguagem, lugar do tesouro dos significantes. Retomando a Freud, o lugar do Outro é inicialmente ocupado pela mãe, pela linguagem estranha da língua materna, que pode responder com seus significantes a tudo do sujeito mítico da pura necessidade - o bebê. Trata-se do recurso ao simbólico para representar a fome, a sede, e as outras experiências por vir.¹³

Lacan, com sua descoberta do inconsciente como esse lugar do Outro, permitiu encontrar o lugar onde o sujeito dá conta de sua divisão subjetiva, por ser sujeito aos desejos do Outro parental. A partir do momento que esta mãe possui outros desejos (o marido, o trabalho, outros filhos) ela é percebida pelo bebê como presença/ausência, portanto, o bebê constata que não é, imaginariamente, o único objeto de desejo da mãe. Neste momento, o bebê percebe a mãe como um falta-a-ser.⁴

Para impedir a sustentação do desejo incestuoso na relação mãe e bebê, Lacan afirma que deve haver a inclusão da Lei: um pai simbólico, a metáfora materna denominada o Nome-do-Pai, que em francês (Le Nom du Père) faz homofonia com o não do pai.^{10,13} Esta metáfora trata-se de um significante estruturador de todos os significantes que constituem o discurso do Outro, cuja função é anular a unidade mãe-criança, barrar o ímpeto humano de satisfação abusiva, proporcionando uma assimilação por parte da criança de um novo nome (significante) que neutraliza o desejo do Outro.¹³

Com a metáfora materna e os três tempos do Édipo, Lacan retoma a lógica da castração freudiana: um ato simbólico cujo agente é

Guerreiro EM, Silveira LC, Cunha BMC et al.

A clínica de enfermagem no cuidado ao sujeito...

alguém real (pai/genitor) que corta/retira do filho um objeto imaginário (o falo), barrando o acesso do sujeito ao gozo.¹³ Assim, Freud mostra que o sujeito se divide frente à castração e que isso produz uma fenda que jamais se fecha, indicando que a divisão do sujeito, assim como a castração, é incurável.

Para Lacan, há três formas de negação do saber sobre a verdade da castração, que se expressa de maneira diferente diante da forma específica de relação de cada sujeito com o Outro. Isto é o que define a estruturação psíquica do sujeito, e, assim, o diagnóstico estrutural em psicanálise: neurose, psicose e perversão. Enquanto a neurose é marcada pelo recalque e a perversão desmente a castração, na psicose o sujeito foraclui esse processo.¹³

Na psicose há a rejeição por parte do sujeito do significante Nome-do-Pai. Frente à negação estabelecida pelo sujeito, ocorre a foraclusão do significante. Para Lacan, esse termo representa uma operação de não inscrição do significante em tempo hábil, tornando caduca sua função e inoperantes, simbolicamente, seus efeitos.¹³

Desse modo, a foraclusão é caracterizada pela não operação da metáfora paterna e, assim, Outro é consistente, fala e goza do sujeito. Por não ser integrado no inconsciente, como no recalque, o significante retorna sob a forma de alucinações ou delírios no real do sujeito de estruturação psicótica.^{11,13}

♦ Contribuições da psicanálise para a clínica de enfermagem para o sujeito psicótico

Nesta breve explanação sobre a psicose com base na teoria psicanalítica, podem-se identificar outras possibilidades para a prática clínica da enfermagem na abordagem do sujeito psicótico, a partir de alguns dispositivos psicanalíticos, pois a psicanálise dispõe de ferramentas para essa abordagem tais como a cura pela fala, a técnica de livre associação, a atenção flutuante, relação transferencial e da escuta.

Os efeitos da cura pela fala podem assegurar aos sujeitos psicóticos um espaço para que eles construam outra forma para lidar com os seus modos de existir diante do sofrimento psíquico. Cada sujeito constrói uma cadeia de significantes à sua maneira em virtude das marcas inerentes à sua inserção na linguagem, de forma que a fala do sujeito psicótico revela um saber sobre ele.¹³ Isto por que todo sujeito é sujeito desejante, surgido pelo efeito de linguagem e, assim, único e singular. No entanto, este saber está oculto sob seu discurso consciente, requerendo do

profissional enfermeiro a apropriação de dispositivos psicanalíticos como a escuta, o relacionamento terapêutico, a livre associação de palavras e a atenção flutuante.⁷ Isto implica saber lidar com o vazio do não-saber sobre as angústias do outro durante o processo de escuta terapêutica. Contudo, o que valida um saber sobre o sujeito é o próprio sujeito, e não as intervenções externas a si, voltadas para solucionar seus problemas, julgar seus sentimentos, interpretar literalmente sua fala.¹⁰

A prática clínica da enfermagem não pode se basear na busca das causas objetivas do sofrimento. O movimento precisa ser instituído por ambos, permitindo ao sujeito falar sobre o que lhe acontece. Outro dispositivo destacado para a clínica para o sujeito psicótico é a técnica de livre associação, estratégia de deixar que o sujeito fale qualquer conteúdo que surgir em seus pensamentos.⁹ Não importa de que tempo cronológico o sujeito fale, pois nessa técnica o inconsciente vai estar presente na cena discursiva e o sujeito pode reformular outros significantes para suas angústias, sintomas ou delírios.

A atenção flutuante por parte de quem escuta implica deixar funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente, suspendendo as motivações que dirigem habitualmente a atenção.¹² Desse modo, diante do discurso do sujeito psicótico, deve-se identificar seus elementos operadores (temas, frases, palavras, interjeições), ou seja, os significantes desse discurso. Estes operadores passam despercebidos quando a enfermagem está pautada por outro referencial que não o da psicanálise.

É necessário que o profissional saiba intervir no momento certo da escuta, fazendo com que o sujeito não permaneça paralisado em um ponto específico de suas associações, mas sim permita que o próprio sujeito reconstitua as tramas de sua história e de seu sofrimento, abstendo-se da posição de dono do saber em relação ao sofrimento do outro.¹⁴

É interessante que o enfermeiro ocupe uma posição de testemunho na construção de um significado pelo paciente, a partir dos significantes que impregnam seu discurso e que surgem em diferentes momentos; e nessa posição, considerar irrelevante num primeiro momento se este discurso é delirante ou não, pois no próprio delírio do sujeito psicótico encontra-se algo sobre a sua verdade singular. Esta posição de testemunho é denominada por Lacan de secretário do alienado.⁷

Considerando essa função e articulando com o cuidado de enfermagem ao paciente

Guerreiro EM, Silveira LC, Cunha BMC et al.

A clínica de enfermagem no cuidado ao sujeito...

psicótico, os enfermeiros não podem rejeitar os ditos insensatos dos sujeitos, ao contrário, isso é o que há de mais valioso no discurso deles, porque é o mais singular:

Se soubermos escutar, o delírio das psicoses alucinatórias crônicas manifesta uma relação muito específica do sujeito em relação ao conjunto de sistemas da linguagem em suas diferentes ordens. Só o doente pode testemunhar isso com a maior energia.^{13:237}

Nas intervenções com os pacientes psicóticos, no sentido de atuar como secretário do alienado, trata-se da construção, durante a relação de transferência, de uma suplência para a metáfora materna. Ou seja, se não há o significante Nome-do-pai, o profissional norteado pela psicanálise deve secretariar o sujeito na construção de algo que tenha força de barrar a invasão avassaladora do Outro, aquilo que Lacan denominou de metáfora delirante do psicótico.¹³

Recordando o caso Schreber citado nesse estudo, em virtude do paciente não ter um secretariado não houve uma estabilização da relação entre o significante e o significado, o que poderia ter promovido a estabilização do quadro psicótico.¹³ Assim, no psicótico, a falta do significante primordial é geradora de uma angústia insuportável desencadeadora de delírios, alucinações e dos surtos; uma vez que é esse significante que faz a amarração dos demais da cadeia de significante por onde desliza o inconsciente.¹³

As associações delirantes do psicótico funcionam como uma estratégia de organizar sua vida, de restabelecer o vínculo com os outros, como uma cura espontânea promovida por ele e, desta forma, conseguir retomar os laços sociais.

Os discursos delirantes indicam a presença da pulsão de vida em busca de uma possível ligação entre as vivências sensoriais e os códigos socialmente compartilháveis. Assim, os delírios devem ser valorizados e, respeitosamente, escutados, pois são a possibilidade de reconstrução desse sujeito.¹¹ Portanto, percebe-se a importância da função daquele que se posiciona como secretário do alienado. No caso, o enfermeiro trabalharia visando recolher a fala do psicótico, para com ele construir uma explicação possível sobre sua existência. Não se trata, aqui, de interpretação do recalcado, como na neurose, e sim de construir uma história que funcione como um Nome-do-Pai, ou seja, que sirva de alicerce para o eu sou do sujeito. Contudo, para que a clínica da enfermagem possa ser concebida nessa perspectiva, é importante qualificar a escuta do enfermeiro,

possibilitando que ele consiga escutar o que o sujeito diz sobre si, pois é através da linguagem que esse sujeito manifesta a sua verdade. Neste sentido, o tratamento estará na elucidação que o paciente poderá promover sobre si. Ao enfermeiro, cabe o lugar de testemunha, ou como Lacan designa, de secretário do alienado.¹¹

Cabe ao enfermeiro desenvolver uma atenção flutuante, identificando os vacilos que podem surgir no discurso do sujeito, e a partir deles explorar as possibilidades de novas significações, evitando interpretações antecipadas, para que o sujeito não abandone este lugar no tratamento. E assim, possibilitar ao psicótico afirmar-se enquanto sujeito detentor de um discurso e de um desejo, podendo colocar-se num outro lugar subjetivo, que não mais, unicamente, o de objeto de gozo do Outro.

Portanto, é através da palavra, e só dela, que o enfermeiro pode se situar em um ponto do discurso delirante do paciente e esperar o momento de ajudá-lo a elaborar novas significações. A partir desta perspectiva, o sujeito apodera-se da sua história, implicando-se com o seu desejo e não mais, somente, com o desejo do Outro.⁷

O objetivo da clínica é dar lugar ao sujeito através da linguagem, permitir que ele apareça e assim identificar os nexos subjetivos que o constituem. Para transcender uma clínica que responda apenas à dimensão consciente, é recomendável que a abordagem ao sujeito se dê por meio do reconhecimento de sua singularidade.¹³

Pensar a clínica da enfermagem pelo referencial da psicanálise implica em deixar que o próprio sujeito consolide a terapêutica mais adequada de acordo com a sua singularidade, e assim produza uma verdade sobre si e se responsabilize por suas escolhas.¹³

CONCLUSÃO

A prática clínica da enfermagem para o sujeito psicótico a partir do referencial psicanalítico pode ser elaborada a partir dos dispositivos da cura pela fala, da técnica de livre associação, da atenção flutuante, pela relação transferencial e pela escuta.

Na psicanálise o enfermeiro assume a condição de secretário do alienado, ou seja, de quem se dispõe a escutar o sujeito psicótico auxiliando-o no processo de construção de uma verdade que possa funcionar como suporte psíquico.

Apesar de os serviços de saúde mental nem sempre proporcionarem as condições

Guerreiro EM, Silveira LC, Cunha BMC et al.

A clínica de enfermagem no cuidado ao sujeito...

necessárias para desenvolver a escuta, cabe ao profissional o exercício da inventividade. Para além da imperiosa oposição às condições que limitam a prática clínica da enfermagem, esta se pode adequar às possibilidades apresentadas pela realidade.

Ressalta-se, também, que o enfermeiro não deve cair no risco de tentar fazer o sujeito voltar a um estado anterior, considerado normal. A estruturação psicótica não é uma doença, mas uma maneira do sujeito se constituir e se defender do mundo. O próprio delírio tem seu papel na organização psíquica desse sujeito. Portanto, as tentativas de forçar uma 'normalização' desse sujeito podem ter efeitos muito mais devastadores do que terapêuticos; também é necessário investir para que o psicótico adquira um lugar de protagonismo em seu tratamento e se aproprie acerca de sua história e de seu sofrimento. Dar voz ao sujeito em relação àquilo a que se refere o seu projeto terapêutico, acompanhando seus movimentos no seu encontro com a equipe, evitando recorrer ou moldar as intervenções em um saber prévio que o situaria como um simples objeto de cuidados.

Considera-se importante que os equipamentos de saúde mental incluam espaços para discussão dos casos clínicos, favorecendo um trabalho interdisciplinar e o acompanhamento de cada caso em supervisão clínica, pois é nela que o enfermeiro poderá realizar o exercício de contar, falar do caso a um outro, para poder trabalhar, inclusive, a partir de seu próprio recalque.

Assumir a postura profissional de embasar a clínica na psicanálise implica em uma dimensão ética e passa antes de tudo por um desejo, perpassado pelo seguinte tripé: estudo teórico, supervisão clínica e análise pessoal. Portanto, é algo que se constrói no singular da experiência e todo aquele que se interessa por aprender esse caminho vai atravessá-lo à sua maneira.

A prática da clínica de enfermagem ao paciente psicótico norteadada pela psicanálise é uma aposta no diálogo com outros saberes, na presentificação da possibilidade de um outro discurso nos espaços onde, por vezes, parece que apenas a visão medicalocêntrica é possível. Certamente, despertar-se-ão inquietações e questionamentos. O que vai acontecer a partir daqui é com cada um, pois a proposta de reflexão já foi lançada.

REFERÊNCIAS

1. Freud S. O caso Schreber e artigos sobre técnica. Rio de Janeiro: Edição Standart

Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, V. XII.: Imago; 1996.

2. Kirschbaum DIR. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. Rev latinoam enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 June 21];17(3):368-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_14.pdf

3. Moreira LHO, Loyola CMD. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 July 8];45(3):692-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a21.pdf>

4. Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica?. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011; 15(3): 622-28.

5. Kantorski LP, Pinho LB, Toyoko S, Souza, MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2005 [cited 2013 July 8];39(3):317-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/10.pdf>

6. Guerra AMC. A psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2010.

7. Freud S. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, V. XIV.: Imago; 1996.

8. Freire JMG. Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana. Rev latinoam psicopatol fundam.[Internet]. 2008 [cited 2013 June 20];1(1):86-110. Available from: http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume01/n1/uma_reflexao_sobre_a_psicose_na_teorica_freudiana.pdf

9. Freud S. Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, V. XXIII.: Imago; 1996.

10. Quinet A. Os Outros em Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2012.

11. Lacan J. O seminário, livro 3: As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1998.

12. Lacan J. O seminário, livro 5: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1999.

Guerreiro EM, Silveira LC, Cunha BMC et al.

A clínica de enfermagem no cuidado ao sujeito...

13. Quinet A. Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2006.

14. Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN. Listening in the treatment of psychological stress: an integrative review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Sept [cited 2013 Aug 14];6(9):2273-80. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2632/pdf_1483

Submissão: 15/08/2013

Aceito: 12/10/2013

Publicado: 01/01/2014

Correspondência

Eryjosy Marculino Guerreiro
Avenida Augusto dos Anjos, 220 / Ap. 102 / Bl
10 / Bairro Parangaba
CEP: 60720-605 – Fortaleza (CE), Brasil