



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE**

ISABELLA COSTA MARTINS

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM MULHERES:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA – CEARÁ

2014

ISABELLA COSTA MARTINS

USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM MULHERES:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

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

FORTALEZA – CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Martins, Isabella Costa.

Uso abusivo de benzodiazepínicos em mulheres: contribuições da psicanálise para a clínica de enfermagem [recurso eletrônico] / Isabella Costa Martins. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 152 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Esp. Lia Carneiro Silveira.

1. Enfermagem. 2. Psicanálise. 3. Saúde Mental. 4. Medicalização. I. Título.

ISABELLA COSTA MARTINS

USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM MULHERES:
CONTRIBUIÇÕES PARA A CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: ____/12/2014, às 13:30

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lia Carneiro Silveira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dra. Karla Patrícia Holanda Martins
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dra. Karla Corrêa Lima Miranda
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Às mulheres.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela acolhida e suporte institucional.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Lia Silveira, por sua amizade, generosidade, constante apoio e incentivo. Agradeço também, por compartilhar tantos ensinamentos e abrir caminhos tão desbravadores como a realização de uma pesquisa em Psicanálise, além das inestimáveis contribuições durante a realização deste estudo.

À minha mãe e minha Tia Heloísa, por todo apoio e amor de uma vida toda, além do estímulo a buscar ser sempre uma pessoa melhor.

A meu pai que com sua simplicidade e sabedoria me ensinou os pequenos valores da vida e do “serTÃO”, mesmo não estando mais conosco.

Aos meus irmãos: Gustavo e Osvaldo por me apresentarem a Psicanálise, a poesia, as “cores de Almodóvar. Cores de Frida Kahlo, cores”. Por todos os incentivos, apoio, além das críticas construtivas e ricas sugestões durante todo percurso do estudo. E Igor, pelo amor e fraternidade de sempre. Vocês são os melhores irmãos que alguém pode ter.

Às minhas cunhadas Adriana e Christiane pela amizade e carinho. Cada uma, na sua forma, me incentivou e contribuiu muito para a conclusão desse estudo.

Aos professores do Programa pelos aprendizados compartilhados e troca de experiências enquanto estudiosos e pesquisadores.

Aos membros do grupo de pesquisa do LAPSU (Laboratório de Psicanálise). Obrigada em especial aos amigos Alcivan, Arisa, Camila, Raissa e Bruna pelos aprendizados compartilhados e por todos os encontros que sempre envolveram amizade, descobertas e apoio. A presença de vocês foi muito importante.

Às minhas amigas queridas: Suzi, pela amizade da vida toda, ao grupo Jeri por todos os momentos compartilhados, em especial à Claudinha e Renata, pela simples presença, mesmo sem ser física, porém constante, em toda essa jornada.

Às primas-irmãs Giovanna e Fernandinha pelo o incentivo, apoio e amor.

Aos profissionais do CAPS Geral III da Regional II. Obrigada em especial à Carine, Fernanda e Adriana, pela essencial acolhida e disponibilidade para que fosse possível o desenvolvimento dessa pesquisa naquele espaço.

À banca examinadora, Prof.^a Dra. Karla Patrícia e Prof.^a Dra. Karla Miranda, pela contribuição e colaboração pertinentes para enriquecer o presente estudo.

À todas as pessoas que cruzaram por mim em grupos de estudo, seminários, conversas e diálogos, obrigada por contribuir e me permitir descobrir a Psicanálise.

Ao César, pelo carinho, sensibilidade, presença constante, além das horas de escuta nos momentos de angústias no decorrer do estudo. Por aprender a ser "um pobre amador".

Retrato do artista quando coisa

A maior riqueza
do homem
é sua incompletude.

Nesse ponto
sou abastado.

Palavras que me aceitam
como sou
— eu não aceito.

Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.

Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.

Eu penso
renovar o homem
usando borboletas
(Manoel de Barros)

RESUMO

MARTINS, Isabella Costa. **Uso abusivo de benzodiazepínicos em mulheres**: contribuições para a clínica de enfermagem. 2014. 156 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

Percebemos como o sofrimento psíquico, apesar de inerente à condição humana, assumiu contornos próprios na contemporaneidade. É evidente o aumento das manifestações depressivas, dos quadros fóbicos e ansiosos diante das intensas transformações socioculturais. O benzodiazepínico surge, nessa realidade, como dispositivo de medicalização desse sofrimento, com vistas à disciplinarização dos corpos. Assim, o uso de forma abusiva dos benzodiazepínicos traz uma realidade ampla acerca da relação entre o sujeito, o medicamento, o profissional de saúde e seu sofrimento psíquico. Apostamos numa discussão que não restringe o benzodiazepínico a uma mera acepção química e, para isso, utilizamos a psicanálise como referencial teórico dessa pesquisa, articulando a teoria psicanalítica à experiência clínica. Em geral, objetivamos, compreender, a partir da singularidade de cada mulher, como se dá o fenômeno do abuso de benzodiazepínicos no contexto da saúde mental. Para tal, procuramos, por meio de um estudo de caso e de uma escuta singularizada, identificar como ocorre a relação do sofrimento psíquico de uma mulher e o uso de benzodiazepínicos, buscando articular a relação desse sofrimento com os significantes apresentados em sua fala. Posteriormente, realizamos a escrita do ensaio metapsicológico, mediante os conceitos psicanalíticos e da narrativa apresentada no caso. Nesse momento, convocamos os referenciais e conceitos da psicanálise, do feminino e singularidade, pois esse campo do saber nos possibilita trazer contribuições para essa discussão, na medida em que nos permite examinar a feminilidade na perspectiva do sujeito, como algo que se estrutura na relação com o desejo. Após isso, tendo em vista que os sintomas apresentados pelos sujeitos em sofrimento psíquico não são restritos às alterações orgânicas, tecemos as contribuições do estudo para a clínica de enfermagem frente a função ocupada pelo enfermeiro. Para realizar a escuta do enfermeiro precisa sair do lugar de detentor do saber (especialista), pois o saber deve ficar do lado de quem fala. Compreendemos que não se trata de transformar os enfermeiros em psicanalistas, nem de uma proposição de um modelo exato para realizarmos uma assistência à saúde, mas apostamos em uma prática de enfermagem que não negue a singularidade e se proponha ir além de articulações produtoras de procedimentos e técnicas. Assim, interrogamos o lugar ocupado pelo medicamento e o uso abusivo de benzodiazepínicos subvertendo os métodos de padronização, classificação ou sistematização do sofrimento psíquico. Esperamos, portanto, por uma clínica de enfermagem, no contexto da saúde mental, que reconheça o sujeito do inconsciente e suas relações com a manifestação da fala.

Palavras-chave: Enfermagem; Psicanálise; Saúde Mental; Medicalização.

ABSTRACT

MARTINS, Isabella Costa. **Abusive use of benzodiazepines in women:** contributions to the nursing clinic. 2014. 156 f. Dissertation (Master Course Academic Clinical Care in Nursing and Health) - XXXXX, UECE. Fortaleza, 2014.

We perceive as mental suffering, despite inherent to the human condition, took specific outlines nowadays. It is clear the increasing of depressive manifestations, phobic and anxiety in face of intense socio-cultural changes. The benzodiazepine arises, in this reality, as medicalization device that suffering, with a view to disciplining of bodies. Thus, the use of benzodiazepines improperly brings a wide reality of the relationship between the subject, the medicine, the health care professional and their psychological distress. We endorse a discussion that does not restrict the benzodiazepine to a mere chemical agent and, therefore, we use psychoanalysis as a theoretical framework of this research, linking psychoanalytic theory to clinical experience. In general, we aim to understand, from the uniqueness of each woman, how is the phenomenon of benzodiazepine abuse in the context of mental health. To this end, we seek, through a case study and a singularized listening, identify how is the relationship of psychological distress of a woman and the use of benzodiazepines, seeking to articulate the relationship of this suffering with the significant presented in his speech. Later, we made the writing of metapsychological essay based in the psychoanalytic concepts and the narrative presented in the case. At this time, we call upon reading about the female and subjectivity, because psychoanalysis enables us to bring contributions to this discussion, in that it allows us to examine the femininity in the subject's perspective, as something that is structured in relation to desire. After that, considering that the symptoms presented by individuals in psychological distress are not restricted to organic changes, we weave the contributions of the study for clinical nursing front the function occupied by the nurse. To make the listening, the nurses have to leave the place holder of knowledge (expert) because the know should be on the side of the speaker. We understand that this is not to turn the nurses psychoanalysts or a proposition of an accurate model to conduct a health care, but we bet in a nursing practice that does not deny the uniqueness and intends to go beyond producing joint procedures and techniques. Thus, we questioned the role played by the drug and the abuse of benzodiazepines subverting the standardization of methods, classification or systematization of psychological distress. We therefore hope that a clinical nursing, in the context of mental health, recognizes the subject of the unconscious and its relations with the manifestation of speech.

Keywords: Nursing; Psychoanalysis; Mental health; Medicalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BZD	benzodiazepínicos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
INCB	Internacional Narcotics Control Board
LACSU	Laboratório de Clínica do Sujeito: Saber, Saúde e Laço Social
LAPSU	Laboratório de Psicanálise da UECE
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SER	Secretarias Executivas Regionais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	21
2.1	PESQUISA EM PSICANÁLISE.....	21
2.2	INSTRUMENTO E MÉTODO PARA PRODUÇÃO DE DADOS.....	26
2.3	PERÍODO, CENÁRIO, SUJEITOS DO ESTUDO E OS BASTIDORES.....	30
2.3.1	Período, cenário e bastidores.....	30
2.3.2	Os sujeitos da pesquisa.....	37
2.3.3	Os bastidores de uma pesquisa com foco na singularidade.....	38
2.4	PRODUÇÃO DO DISCURSO, ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DO ENSAIO METAPSICOLÓGICO.....	39
2.5	ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS.....	42
3	OS BENZODIAZEPÍNICOS NA CONTEMPORANEIDADE.....	43
4	A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.....	62
4.1	BREVE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CAMPO DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL.....	62
4.2	O CONTEXTO DA REALIDADE BRASILEIRA.....	98
4.2.1	O modelo interpessoal.....	72
4.2.2	O modelo científico.....	74
4.2.3	O modelo psicossocial.....	79
5	PSICANÁLISE E FEMINILIDADE: O QUE QUER UMA MULHER?.....	85
6	A CONSTRUÇÃO DO ENSAIO METAPSICOLÓGICO.....	99
6.1	CASO LOUISE: O REMÉDIO CASAMENTEIRO.....	99
6.2	CONSTRUÇÃO TEÓRICA.....	104
7	CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A CLÍNICA DE ENFERMAGEM.....	120
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
	REFERÊNCIAS.....	136
	ANEXOS.....	148
	ANEXO A – Termo de anuência.....	149
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP da UECE.....	150

1 INTRODUÇÃO

“Quero lançar um grito desumano
Que é uma maneira de ser escutado
Esse silêncio todo me atordoa
Atordoado eu permaneço atento”.

(Chico Buarque).

Desde a formação acadêmica, emergiu a vontade de uma aproximação com a realidade assistencial voltada para o campo da saúde mental, visto ser a área de enfermagem que traz uma reflexão acerca da relação humana e o sofrimento psíquico. Ainda enquanto estagiária, era uma questão intrigante vivenciar o padecimento dos sujeitos no entremeio da dependência medicamentosa nas instituições de saúde, bem como os aspectos teóricos que norteavam a discussão no âmbito da saúde.

Já no percurso como profissional, essas questões permaneceram, tanto ao vivenciar a assistência à saúde nas instituições de iniciativa privada, como na experiência assistencial nos dispositivos públicos de saúde direcionados ao tratamento do sofrimento psíquico. Lugares esses, onde presenciamos, rotineiramente, o contato com sujeitos angustiados e em uso contínuo de medicamentos mediante os mais diversos diagnósticos médicos.

Como enfermeira, vivencio, há mais de cinco anos, durante a realização de consultas de enfermagem em uma clínica de caráter preventivo no setor privado, a heterogeneidade de pacientes que buscam atendimento já utilizando psicofármacos, dentre eles, os benzodiazepínicos. Destaco que a maioria desses pacientes é representada pela figura feminina e, curiosamente, muitas vezes, o tratamento medicamentoso já vinha sendo utilizado por longo tempo e de forma contínua, mesmo sem ter acompanhamento profissional. Em outros casos, os pacientes buscam o serviço a procura de atendimento para renovar a prescrição de tais medicamentos. Considera-se ainda que, quando questionados sobre o uso prolongado dos psicofármacos, é comum relatarem situações de cunho emocional para justificar o início do tratamento unicamente medicamentoso e sem nenhum acompanhamento pautado pela fala. Essa situação remete-nos à reflexão sobre como o profissional pode lidar/tratar “a dor emocional” visando algo para além da ação de medicamentos? Como o enfermeiro pode contribuir com essa realidade?

Nesse meio tempo, buscava uma formação na área de saúde mental, visto a necessidade de ter subsídio para atuar com a dimensão subjetiva ora apresentada como demanda direcionada aos profissionais. Isso significava buscar um saber que vislumbrasse compreender essa realidade para além do tratamento medicamentoso e pautado pela lógica biologizante.

Tratava-se de um desejo que procurava algo que unisse a dimensão entre o papel como enfermeira, o campo da enfermagem da saúde mental e um saber que comportasse as questões subjetivas do sofrimento psíquico. Foi quando descobri o grupo de estudos da Universidade Estadual do Ceará (UECE), nomeado até então, de Laboratório de Clínica do Sujeito: Saber, Saúde e Laço Social (LACSU) e, hoje, modificado para Laboratório de Psicanálise da UECE (LAPSU).

Nesse percurso, a psicanálise veio como uma descoberta de extrema relevância diante da possibilidade de realizar uma pesquisa pautada, prioritariamente, pela subjetividade e o inconsciente. De tal modo, esse encontro permitiu a consolidação da atuação profissional como enfermeira implicada na assistência em Saúde Mental, bem como a oportunidade de debruçar-me sobre um saber extremamente impulsionador, com o qual uma transferência já se operava.

Diante das inquietações descritas e, principalmente, pela realidade da assistência em saúde aos sujeitos em sofrimento psíquico baseada prioritariamente no modelo biomédico, cada vez mais medicalizante e imediatista, construímos uma pesquisa de dissertação de mestrado permeada pela percepção de mulheres frente ao sofrimento psíquico, tomado em singularidade, e o uso abusivo dos benzodiazepínicos.

Nessa perspectiva, percebemos como o sofrimento psíquico, apesar de inerente à condição humana, assumiu contornos próprios na contemporaneidade. A questão da violência urbana, das novas configurações familiares e do perfil epidemiológico mais voltado para o adoecimento crônico-degenerativo situa características próprias desse sofrimento. É evidente o aumento das manifestações depressivas, dos quadros fóbicos e ansiosos diante das intensas transformações socioculturais.

Nos últimos anos e com uma progressiva expansão, coadunando com tal discurso, passaram a fazer parte das falas coloquiais da maioria das pessoas muitos diagnósticos e termos baseados nas classificações nosográficas da psiquiatria. Notadamente, encontramos palavras como “depressivo”, “viciado”, “bipolaridade”,

“pânico”, “toc”, déficit de atenção, na linguagem das pessoas, além da prática comum de se buscar respostas e referências médico-científicas para definirem seus próprios sofrimentos psíquicos. Inseridos nesses espaços, os profissionais de saúde são convocados, cada vez mais, a responder por práticas assistenciais terapêuticas que apreendam o sofrimento humano e transformem a realização do cuidado em saúde mental.

No entanto, quem conhece a realidade no campo da saúde mental sabe que ainda estamos distantes de alcançar uma meta satisfatória no que diz respeito aos princípios e reorientações preconizados pela reforma psiquiátrica brasileira.

Diante do contexto em que a discussão da assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico ocorre, vale nos situar sobre o momento no qual nos encontramos. Estamos há mais de vinte anos do início da discussão da reforma psiquiátrica brasileira, cujos princípios se constituíram a partir da desinstitucionalização e da reorientação das práticas em saúde mental por meio da atenção psicossocial, mediante a mudança do paradigma do modelo doença-cura para o existência-sofrimento. Assim, podemos compreender o redirecionamento das práticas em saúde mental com a acepção de Amarante (1996), ao situar a necessidade de sair do olhar exclusivamente técnico e decifrado como doença, para uma assistência direcionada à pessoa, deslocada do processo de cura e situada na invenção da saúde e reprodução social do presente.

No entanto, no âmbito assistencial, entendemos que não se trata apenas de construir novos dispositivos abertos de atenção psicossocial para transformar o modelo médico hegemônico, ora praticado nos modelos psiquiátricos e hospitalocêntricos. É necessário realizar um trabalho crítico que valorize uma assistência ao sujeito em sofrimento psíquico capaz de se haver com a singularidade do sujeito e a relação da existência-sofrimento.

Nesse sentido, os serviços de saúde atendem as demandas das pessoas que buscam alívio do sofrimento psíquico, com respostas, muitas vezes, baseadas no modelo em que este é compreendido apenas como estrutura biológica, como doença. Por consequência, a assistência de saúde é unicamente realizada com tratamentos a base de recursos químicos (medicamentos) produzidos em laboratórios farmacêuticos.

Não obstante, ao mesmo tempo que buscam respostas imediatas e incorporam os termos a seu cotidiano, as pessoas põem em questão a realidade da

relação com seu próprio padecimento psíquico. Nessa lógica, o próprio mal-estar inerente ao viver em civilização, o luto, a angústia, a traição, o sofrimento e mesmo as paixões devastadoras, passam a não ter importância no processo de subjetivação das dores da vida. Ou seja, o discurso científico convoca a possibilidade de responder as questões psíquicas pela psiquiatria e espera, cada vez mais, qualificar as mazelas emocionais do ser humano, em transtornos mentais.

Esse modo de abordar a subjetividade é tributário do nascimento da medicina moderna, ainda no século XVII, quando ocorreu uma aproximação entre a clínica e o pensamento científico, após o estabelecimento de uma nova forma de discutir sobre a doença e de intervenção sobre ela.

Para Foucault (2006) o “momento cartesiano” é o marco do início da Idade Moderna, começa quando admitimos que o que dá acesso à verdade, as condições segundo as quais o sujeito pode ter acesso à verdade, é o conhecimento, e tão somente o conhecimento. As características desse pensamento são pautadas na neutralidade do pesquisador e na necessidade de aplicação do método científico.

Neste método, conhecer significa quantificar, dividir e classificar, com vistas à “formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com vistas à prever o comportamento futuro dos fenômenos.” (SANTOS, 2009, p. 27-28). Essas características da ciência moderna têm por objetivo reduzir a complexidade do mundo, tornando-o acessível às categorias do pensamento racional.

O pensamento médico-científico atinge seu ápice num momento histórico marcado pela consolidação do capitalismo moderno, cujas bases fundamentais são a proposta do Estado mínimo com a consequente regulação do social pelo mercado, a ideologia liberal onde a célula básica é o indivíduo em seu poder de produzir e consumir e o acúmulo de capital à partir da exploração da mais-valia. No texto “O avesso da psicanálise”, ao considerar o discurso capitalista como a verdadeira forma de laço social da modernidade, Lacan ([1969-1970] 1992) mostra como ele é sem lei e regido somente por imperativos, colocando a mais-valia.

Nesse sentido, a Medicina, como quase toda área do saber que pretendesse ser levada à sério na modernidade, buscou consolidar suas bases científicas para reivindicar seu valor de verdade, perpetuando esse campo do saber como prática controlada por métodos disciplinares e cada vez mais tecnológico.

No século XIX e XX assistimos a uma crescente expansão desse modelo, perpassada por inegáveis avanços no controle e eliminação de diversas patologias.

Essa disseminação do pensamento científico teve como uma de suas consequências a crescente medicalização da vida.

De imediato, os limites da Psiquiatria biológica vão sendo expandidos e, por conseguinte, aquilo considerado como característico do comportamento humano transformou-se em doença. Progressivamente, observamos a modificação da compreensão dos fenômenos psíquicos: ganham espaço as teorias neuroquímicas e, por conseguinte, novas patologias são concebidas para as quais se traz uma solução medicamentosa.

Os benzodiazepínicos surgem, neste contexto, como uma das substâncias que mais se prestam a um acordo entre o pensamento médico-científico e o capitalismo. Inicialmente criados para tratar os chamados “quadros ansiosos”, passaram ao longo do tempo a ser prescritos como panaceia para o sofrimento humano. Isso porque a substância nasce com um forte potencial para servir às duas dimensões desse processo. Por um lado, vem a serviço da manutenção de um corpo que funciona para o modo de produção capitalista sem demonstrar mal-estar; por outro, porque mostrou-se ser uma verdadeira “mina de ouro” para a indústria farmacêutica, por também ocasionar efeitos como dependência e tolerância, fatores intrínsecos ao uso prolongado. Os benzodiazepínicos tornam-se dentro de pouco tempo, a medicação mais consumida no mundo, produzida a baixo custo, com um público cativo – já que dependente da substância – e com baixo risco de efeitos colaterais indesejáveis.

Os estudos realizados no Brasil (CARVALHO; DIMESTEIN, 2003; MENDONÇA, 2011; OLIVEIRA, 2000), nas últimas décadas, têm traçado o perfil de consumo destes medicamentos, apontando como uma de suas principais características a predominância do uso entre a população feminina. As análises desenvolvidas acerca desta questão situam o fenômeno no contexto da vulnerabilidade social. Indicam, ainda, esse fato como derivado da acepção da mulher como ser mais frágil e vulnerável, estando mais exposto a se tornar dependente aos psicofármacos do que o homem. Nessa perspectiva, o benzodiazepínico surge como dispositivo de medicalização do sofrimento, com vistas à disciplinarização dos corpos com conotações morais.

A enfermagem, nesse contexto, desenvolveu historicamente uma prática também marcada pelo mesmo modelo disciplinador de sujeitos e de comunidades, onde suas técnicas se subordinaram ao processo de tratamento medicamentoso e

biologicista. Diante da evolução histórica da assistência de enfermagem nos dispositivos de saúde, aconteceram mudanças dos cuidados dispensados aos sujeitos em sofrimento psíquico, principalmente depois da implantação das práticas realizadas nos dispositivos de atenção psicossocial. Tais mudanças ocasionaram um dos maiores benefícios para o tratamento em saúde mental, ao contribuir, significativamente, para o surgimento de outras modalidades terapêuticas no Brasil.

Assim, o enfermeiro traz uma modificação no papel de vigília e contenção dos doentes mentais, para uma prática capaz de participar diretamente da recuperação dos pacientes em sofrimento psíquico (MIRANDA, 1994). Ao entrar em processo de transformação, aparecem outros modelos para fundamentar a prática de enfermagem. No entanto, esses modelos surgem com características diversificadas e heterogêneas, mas raramente voltados para o sujeito enquanto singular (KIRSCHBAUM, 2000).

Quanto ao aporte teórico utilizado na análise do fenômeno do uso abusivo de benzodiazepínico entre mulheres, percebemos que ela tem sido explicada principalmente com base nas questões da dinâmica social e das relações de poder, onde se considera haver um “controle de um gênero sobre o outro, ou mesmo, de um grupo social sobre outro” (MENDONÇA, 2011, p. 49). Nessa perspectiva, o gênero feminino é percebido, historicamente, como subjugado ao masculino em uma sociedade onde as relações de poder são amplamente dissimétricas.

Certamente essas questões devem ser consideradas quando se trata de pensar a mulher enquanto acepção particular da inserção social. No entanto, entendemos não ser suficiente para a complexidade do problema, já que estão em jogo também elementos subjetivos que vão além do contexto social. Assim, para além das particularidades de gênero, perguntamo-nos: como é possível pensar a questão do abuso de benzodiazepínicos entre mulheres a partir da dimensão da singularidade? Como considerar nesse fenômeno massivo a especificidade de cada sujeito? Como pensar a relação entre o abuso dessas substâncias e a feminilidade para além da homogeneização e padronização? Quais seriam as consequências e as contribuições para se pensar essa singularidade na clínica de enfermagem?

Assim, nos propomos a desenvolver e discutir percepções acerca da clínica de enfermagem, trazendo novas perspectivas às práticas de saúde mental, as quais sejam pautadas a partir do sujeito, ressaltando a singularidade e o seu próprio

saber. Nos interessamos por uma forma de conduzir a clínica da enfermagem que se proponha a abordar, justamente, aquilo que foi excluído pelo discurso científico.

A psicanálise surge no início do século XX, na contramão da expectativa da ciência, modelo máximo do acesso à verdade na nossa civilização. O projeto da ciência moderna positivista foi o de que, através do conhecimento, seria possível eliminar aquilo que, no homem, aponta para sua limitação, sua finitude, seu sofrimento e sua falta. O discurso psicanalítico interroga o processo de construção de rejeição do sujeito promovido pelo encontro do capitalismo com a ciência moderna, pois considera o sujeito como ser singular, marcado pela introdução no campo da linguagem e pela lógica do inconsciente.

É nesse ponto que recorremos ao discurso psicanalítico como ferramenta de leitura dessa realidade, tendo em vista que este é o único discurso que considera a dimensão do resto, da falta, de tudo aquilo que é descartado pela ciência. Assim, a psicanálise nos proporciona lidar na prática com aquilo que não cabe no discurso médico científico, mas que nos convoca diariamente na nossa prática clínica, trata-se de um mal-estar que comparece das mais diversas formas, nos diversos espaços onde o enfermeiro desempenha suas atividades.

É por meio da fala que podemos apresentar os efeitos da linguagem (QUINET, 2000). O pai da psicanálise percebeu que, ao escutar os sujeitos, as palavras expressam algo além do pensamento racional, mas principalmente expressões de desejos, emoções, desatinos, angústias, carregando em si os sentimentos mais íntimos. “As palavras são um material plástico, que se presta a todo tipo de coisas” (FREUD [1905] 1977, p. 41).

Destarte, para a psicanálise, o uso de medicamento vai muito além da dimensão estritamente química, incluindo também uma vertente simbólica, imaginária e real. Podemos acolher e dar conta das ressonâncias da atual vertente introduzida como uma avalanche de tecnologia química, a partir da escuta e do olhar na clínica psicanalítica.

A princípio pode causar estranheza discutir esses conceitos do referencial psicanalítico no contexto de uma pesquisa na clínica de enfermagem. Porém, esses dois campos do saber tão distintos entre si, tem em comum o fato de se configurarem como práticas clínicas que se desenvolvem junto ao paciente. E, devido à lacuna em relação à subjetividade, atribuída a busca pelo caráter científico da profissão, a enfermagem pode adquirir na psicanálise o material teórico e

metodológico necessário para compreender os aspectos subjetivos presentes nos atendimentos de enfermagem junto ao paciente (KIRSCHBAUM, 2000). Nessa interlocução entre o cuidado, o humano, a subjetividade e por que não, a psicanálise, que apostamos para o desenvolvimento da pesquisa e na importante contribuição para a Enfermagem.

Objetivamos, deste modo, compreender, a partir da singularidade de cada mulher, como se dá o fenômeno do abuso de benzodiazepínicos no contexto da saúde mental. Para isso, procuramos identificar na fala de cada mulher, a partir da escuta singularizada, o que levou a buscar o atendimento, articulando as queixas que surgem em seus discursos com os seus significantes em relação ao seu sofrimento, na realidade da medicalização e do uso de benzodiazepínico. Assim, é mediante a escuta pautada no referencial psicanalítico que buscamos discutir as contribuições para a clínica da enfermagem, por percebermos que a psicanálise pode ampliar as possibilidades de pensar a realidade do processo de medicalização, do sofrimento psíquico e atuação do enfermeiro.

Para atingir esses objetivos desenvolvemos uma pesquisa mediante a escuta com mulheres em uso de benzodiazepínicos há mais de um ano, procurando articular, por meio da sua fala, os significantes que surgiam no discurso. Em seguida, realizamos a escrita do ensaio metapsicológico por meio dos conceitos psicanalíticos e da narrativa apresentada no caso. Nesse momento, convocamos os referenciais e conceitos da psicanálise, feminino e singularidade, pois a psicanálise nos possibilita trazer contribuições para o estudo, na medida em que nos permite examinar a feminilidade na perspectiva do sujeito, como algo que se estrutura na relação com o desejo.

Apresentamos a seguir o produto oriundo dessa construção, estruturado em cinco capítulos. No capítulo dois apresentamos o percurso metodológico que seguimos, delimitando a especificidade de uma pesquisa psicanalítica e apresentando os passos que construímos para alcançar nossos objetivos.

No capítulo três (Os benzodiazepínicos na contemporaneidade) abordamos histórica e conceitualmente as substâncias benzodiazepínicas. Apresentamos as especificidades dos seus usos e abusos e, por fim, adentramos pela possibilidade de um outro olhar para essas substâncias a partir das lentes da psicanálise, tomando-as como elemento integrante de uma rede simbólica.

No capítulo quatro discutimos a realidade da Enfermagem no contexto da Saúde Mental, seu contexto histórico e situação atual. Abordamos ainda como tem sido o posicionamento da enfermagem frente ao fenômeno de abuso de benzodiazepínico entre mulheres.

O capítulo cinco configura-se como nossa contribuição mais original para essa discussão, pois é nele que apresentamos o ensaio metapsicológico produzido a partir das nossas entrevistas. Ele nos permite, a partir de excertos da própria fala da paciente abordada, aportar elementos que nos permitam entender como a substância comparece na singularidade desse caso.

No capítulo seis, propomos contribuições da Psicanálise para a clínica de enfermagem, visto o percurso do estudo e a realidade assistencial dos enfermeiros.

Portanto, os capítulos estão divididos entre; A Enfermagem no contexto da saúde mental; Psicanálise e Feminilidade: O que quer uma mulher?; A construção do ensaio metapsicológico, subdividido na construção teórica e, por fim, as Contribuições da Psicanálise para a clínica de enfermagem.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

“[...] As criações do homem ficam à vontade para destruir e que a ciência e a técnica que as edificaram podem servir também para anulá-las”.
(Freud, [1927] 1994).

Com o intuito de organizar o capítulo metodológico, fizemos a divisão em cinco etapas: Pesquisa em psicanálise; Instrumento e o Método para produção de dados; Período, Cenário e Sujeitos do estudo; Produção do Discurso, a Análise e Construção do ensaio metapsicológico; por fim os Aspectos Éticos e Legais.

2.1 PESQUISA EM PSICANÁLISE

Para alcançar os objetivos propostos pelo estudo, utilizamos o referencial psicanalítico tanto para delimitação conceitual como para a obtenção de uma percepção subjetiva.

A pesquisa aborda o sofrimento psíquico e o uso de forma abusiva de medicamentos, nomeados por benzodiazepínicos. Então, para abordar a singularidade do sujeito, no caso, de cada mulher, nos exigiu um método capaz de capturar essa singularidade, já que quando se trata da utilização de medicamentos pela perspectiva biomédica, a singularidade não é ponderada, ao contrário do ponto de vista da psicanálise. Entretanto, o caminho metodológico escolhido nos recomenda um cuidado quanto à sua aplicabilidade generalizada e quanto a ética pautada pela lógica do inconsciente. Assim, mostraremos as peculiaridades de alguns conceitos utilizados para não correremos o risco de violar o que é preconizado pela psicanálise.

A psicanálise é o referencial norteador de pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Psicanálise da UECE (LAPSU), onde desenvolvemos estudos e discussões com estudantes, pesquisadores e psicanalistas com diversas formações acadêmicas, como Enfermeiros, Administradores, Psicólogos, Sociólogos, de tal modo a psicanálise já vem sendo utilizada como campo norteador de pesquisas e, no caso deste estudo, será utilizada para fazer fecundar um saber sobre o sofrimento psíquico e o feminino. Contudo, estamos cientes que “em sua vertente científica, a psicanálise

se apoia em um objeto e em uma estrutura teórica, mas suas finalidades extrapolam os limites da ciência” (KYRILLOS NETO; MOREIRA, 2010, p. 62).

Nesse aspecto, nos deparamos com algumas limitações acerca das pesquisas já abordadas anteriormente por membros do LAPSU, no que diz respeito ao risco de prever o alcance da subjetividade e aplicabilidade do saber inconsciente. Uma vez que objetivamos, justamente, a realização de uma pesquisa, cujas estratégias de análise devem estar em consonância com as especificidades do inconsciente.

Alguns autores já utilizaram a metodologia qualitativa do estudo de caso baseadas nas teorias de Allones (1989), Stake (1994) e Yin (1993) para abordar conceitos psicanalíticos, porém o método qualitativo visa permitir que o pesquisador possa realizar uma investigação com o intuito de alcançar a particularidade de cada situação. No entanto, na presente pesquisa não buscamos ajustar o pensamento qualitativo ao método freudiano, mas construir um estudo de caso que enfoque o inconsciente a partir da singularidade do sujeito e não de uma pesquisa qualitativa com foco no particular. Pois a pesquisa em psicanálise não inclui uma inferência generalizadora, seja para a amostra ou para a população e a qualitativa sim. Trata-se, portanto, de uma pesquisa psicanalítica.

Na psicanálise, precisamos ir além do particular, a busca é o singular e a relação do sujeito com seu próprio desejo. Assim, exige-se uma construção de um método que possa capturar essa singularidade. Para isso, faz necessário conduzir a escuta de cada caso, através do relato de experiência de cada sujeito que sofre.

Recordamos que a psicanálise nasce dos primeiros relatos do neurologista Sigmund Freud (1856-1939), no final do século XIX, a partir de seus estudos em pacientes histéricas, ao identificar que algo os fenômenos encontrados no corpo não obedeciam às leis da consciência e nem tinham causa biológica, desvendando então a lógica do inconsciente (QUINET, 2000).

O inconsciente tal como Freud o designou, não se trata de um mero baú onde se escondem algumas memórias esquecidas. A descoberta freudiana do inconsciente, na verdade, produziu um entendimento de que ele tem certas leis de funcionamento e comporta um desejo, sobre o qual nem sempre o sujeito conhece ou quer saber (FREUD, [1969] 1996).

A psicanálise fundamentou-se, também, como método de investigação no ambiente acadêmico. Frente à essa lógica, Freud ([1895] 2006) afirma que a psicanálise é ao mesmo tempo teoria, técnica e método de investigação. Assim, o

contexto da descoberta é o mesmo da verificação, o que implica em um olhar sobre outras lógicas de raciocínio, numa plurideterminação discursiva que vai além da causalidade positivista (GUERRA, 2001). Por isso, pesquisar em psicanálise significa, num sentido amplo, desenvolver um conjunto de atividades voltadas para a produção do conhecimento que vão estabelecer com a psicanálise distintas relações (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006).

Esse tipo de pesquisa fundamenta a aplicação da psicanálise em extensão ou extramuros, ou seja, para além da prática clínica da psicanálise. O campo revela como a abordagem das concepções e pesquisas pela via da ética e suas concepções podem envolver a relação da prática da relação com o sujeito enredado em seus fenômenos sociais e políticos (ROSA, 2004). Dessa forma, permite-se desvendar a relação do sujeito na civilização, vislumbrando a possibilidade de extrapolar os limites do consultório psicanalítico sem perder as especificidades do método de investigação da psicanálise.

Se opondo à prática do modelo acadêmico, a psicanálise não se identifica como uma técnica padronizada a fim de se obter um resultado. É justamente pautada pela escassez de recomendações técnicas, pois a aplicação de uma técnica pressupõe na detenção de um conhecimento que universaliza o objeto, seja para amostra ou para população e, conseqüentemente, apaga sua manifestação singular. É o que permite a Allouch (1993) afirmar que o discurso do método freudiano é expresso na prática metódica que faz dele um singular.

Já a ciência lida com

o sujeito cartesiano consciente, possuidor dos seus próprios pensamentos, os quais são correspondentes de um ser (FINK, 1998). Por outro lado, a psicanálise é compreendida como uma teoria e uma prática que pretende discorrer sobre o ser falante enquanto ser singular, sendo este marcado pela divisão constitutiva do sujeito consciente e inconsciente. Com isso, não estamos mais no plano do indivíduo (aquele que não se divide), conforme o modo de pensamento elaborado por Descartes (“penso, logo existo”), mas no plano da lógica do pensamento inconsciente. Para esse campo do saber, o sujeito não é aquele que vemos, imagem corporal, ou o que queremos mostrar para o outro, mas é a verdade do seu desejo inconsciente.

A partir dessa percepção, Fink (1998, p. 173) faz uma importante distinção para a realidade científica e a psicanalítica:

O que diferencia a psicanálise das ciências é que ela considera a causa e o sujeito em sua relação libidinal com a causa, enquanto a linguística, por exemplo, considera o sujeito somente como determinado pela ordem simbólica, a saber, pelo significante. A psicanálise, portanto, trabalha com as duas faces do sujeito: (1) o "sujeito puro" da combinatória ou da matriz - o sujeito sem causa, digamos assim, e (2) o "sujeito saturado", como Lacan o chama (1989) - isto é, o sujeito em relação a um objeto de gozo.

Além disso, a ciência, ao mesmo tempo em que funda o sujeito, anula-o, atribuindo-lhe um caráter indivisível, de um todo completo. Assim como afirmam Alberti e Elia (2000), o sujeito, para a ciência, é somente uma variável passível de mensuração quando interfere num experimento científico, por exemplo. O mundo da ciência é o mundo das representações, daquilo que pode ser simbolizado, assim, conseqüentemente, deixa de fora aquilo que não pode ser representado (PAIVA FILHO, 2011).

Por conseguinte, ao tomarmos como objeto de estudo a subjetividade do sofrimento psíquico, no feminino, diante da relação com o benzodiazepínico e a forma com que cada sujeito fala sobre seu sofrimento, temos como foco a verdade do sujeito como causa (FINK, 1998). No entanto, essa perspectiva singular não nos impossibilita de elaborar discussões valorosas para a assistência e para clínica com os sujeitos em sofrimento psíquico.

Nesse aspecto, realizar uma pesquisa psicanalítica implica buscar ferramentas que façam aparecer esse sujeito fruto do desejo. Por meio da fala, dos chistes, dos sintomas com os quais poderemos adentrar na verdade do sujeito desejante. O inconsciente é uma forma de saber que não se deixa apreender por todo e qualquer método ortodoxo ou tradicional da ciência clássica. O sujeito do inconsciente, sendo um novo objeto diante do sujeito cartesiano, exige um saber que o comporte, o método psicanalítico.

Na pesquisa psicanalítica a posição do pesquisador é demarcada pelos novos sentidos produzidos no texto ao utilizar o material da pesquisa em sua dimensão significante e não como signo (IRIBARRY, 2003). Ao tomar como base o conceito de signo da linguística como algo que une a palavra ao objeto, Saussure (1990) propõe uma outra maneira de conceituar o signo, ele relaciona a imagem acústica (o som) emitido por uma palavra à impressão psíquica desse som. O significante, para Saussure, "é a representação psíquica do som tal como nossos sentidos o percebem, ao passo que o significado é o conceito a que ele corresponde" (KAUFMANN, 1996, p. 472).

Lacan inova ao tratar o inconsciente e rompe com o conceito elaborado por Saussure. Coloca então, o significante e seu desfilamento como o principal efeito do funcionamento do inconsciente frente à linguagem. O psicanalista inverte o algoritmo saussureano para assegurar a supremacia do significante sobre o significado. O que interessa para Lacan não é o significado da palavra emitida, mas o que ela remete ao sujeito, assim o "significante vai consistir na estrutura sincrônica do material da linguagem, ao passo que o significado o rege historicamente" (KAUFMANN, 1996, p. 472). O significante lacaniano "é o inconsciente enquanto recorre a uma outra ordem que não a do mundo — o sintoma, por exemplo" (JURANVILLE, 1986, p. 49).

Lacan nos mostra, utilizando a estrutura da linguagem e a partir da lógica do significante, como o discurso se forma em duas linhas: no eixo das operações metafóricas (comparação) e no eixo das operações metonímicas (redução). A metáfora e a metonímia nos levam à "idéia fundamental de Lacan da supremacia do significante e as suas conseqüências com relação às formações do inconsciente" (DOR, 1993, p. 35).

Por se tratar de uma proposta que tem como tema a experiência singular de cada mulher, propomo-nos a não utilizar um método pré-formulado de avaliação. Caso contrário, estaríamos "foracluindo" o sujeito da pesquisa. Não pediremos ao sujeito em escuta para calar em nome de uma certeza científica.

O método psicanalítico posiciona o pesquisador como participante importante na investigação, podendo ser compreendida como afirma Caon (1994, p. 23):

A característica essencial que singulariza o pesquisador psicanalítico é o campo, o objeto e o método de sua pesquisa. Este campo é o inconsciente. O objeto é o enfoque ou perspectiva a partir de uma posição em que é colocado o pesquisador psicanalítico, a fim de aceder ao inconsciente. O método é o procedimento pelo qual ele se movimenta pelas vias ou perspectivas de acesso ao inconsciente.

O estudo psicanalítico envolve um saber além da teoria posta em livros, sendo necessário buscar outras formações extramuro da Universidade como: a análise pessoal, o atendimento clínico sob supervisão e o estudo teórico na escola de Psicanálise (grupos de estudo e cartéis).

Além disso, esse campo do saber não permeia a formação universitária do enfermeiro, lançando, inicialmente, um desafio para construir essa pesquisa a

partir do meu desejo de apropriação da escuta analítica apoiada no meu percurso de análise pessoal.

A psicanálise foi o referencial teórico-metodológico abordado durante o vínculo com os sujeitos da pesquisa, bem como durante a coleta e análise dos dados.

2.2 INSTRUMENTO E MÉTODO PARA PRODUÇÃO DE DADOS

Escolhidos o instrumento de produção dos dados da pesquisa pelo referencial teórico-metodológico da Psicanálise, podemos considerar os fatores preponderantes desse campo do saber. Segundo Costa e Poli (2006), não utilizamos um “instrumento” ou uma “técnica” para obter os resultados da pesquisa ou para definir a qualidade de um trabalho. Para esse referencial, os dados coletados não são saberes prontos, acabados e contidos nos entrevistados à espera de serem recolhidos, pois trata-se de uma pesquisa fundamentada pela ética do inconsciente.

A pesquisa psicanalítica não propõe à sistematização completa e exclusiva, nela é priorizado o estilo e a marca singular daquele que se coloca como analista/pesquisador para um outro. De forma que sempre fundamenta a apropriação do autor o qual depois de pesquisar o método freudiano descobre um método seu, filiado a essa vertente e o singulariza na realização de uma pesquisa (IRIBARRY, 2003).

No entanto, se faz necessário compreender como a obra freudiana apresentou inúmeros estudos culturais e linguísticos, nos recomendando sobre a importância de discussões para “além da clínica”, mas também com compreensão de análises de produções tão peculiares, como os sonhos, os atos falhos e os chistes. A estes fenômenos sobre os quais Freud se debruçou e se empenhou a pesquisar foi denominado por formações do inconsciente (COSTA; POLI, 2006).

Recorremos, assim, às **entrevistas preliminares** em Psicanálise. Situamos essas **entrevistas** como uma ferramenta indispensável que permite ao profissional compreender a demanda endereça àquele que escuta, fazendo como que o sintoma ultrapasse do estatuto de resposta para a elaboração de uma questão.

A busca do rigor na pesquisa em psicanálise, conforme ênfase científica, é mantida, principalmente, pelos pilares da técnica analítica, pela provocação da fala por **associação livre do lado do sujeito que fala** e pela **escuta flutuante do lado de quem o escuta**, regulada pela transferência entre o ser falante e o ser que

escuta. No entanto, tal rigor implica no deslocamento do lugar do saber para o lado daquele que fala, ainda que ele não saiba nada sobre isso, ou seja, o saber adquirido pelo analista/pesquisador em vez de ser aplicado deve ser recusado.

Segundo Rosa (2004, p. 341),

[...] o método é a escuta e interpretação do sujeito do desejo, em que o saber está no sujeito, um saber que ele não sabe que tem e que se produz na relação que será chamada de transferencial. [...] O método psicanalítico vai do fenômeno ao conceito, e constrói uma metapsicologia não isolada, mas fruto da escuta psicanalítica, que não enfatiza ou prioriza a interpretação, a teoria por si só, mas integra teoria, prática e pesquisa.

Essa lógica é possível, na pesquisa, por meio do princípio da associação livre, onde a escuta prevalece em busca dos significantes, mediante a qual se pode delimitar aqueles que funcionam como **ponto-de-estofa** da cadeia. Trata-se de uma operação de convergência dos significantes apresentados na fala, que podemos entender como representa um sujeito para outro significante, "é aquilo por meio do qual o significante se associa ao significado na cadeia discursiva" (DOR, 2003). São nesses pontos que encontramos os primeiros indícios do campo de pesquisa que o pesquisador/psicanalítico trilha.

Entende-se que a escuta e sua atividade de interpretação, enquanto procedimento psicanalítico, não são restritos à condição de análise. Há a possibilidade, de um pesquisador que não é analista, realizar um trabalho condicionado pela escuta psicanalítica utilizando depoimentos e entrevistas, colhidos em função da questão que se pretende investigar (COELHO; SANTOS, 2012).

Foi realizada uma pesquisa pautada pelo pressuposto da transferência, o que significa a constituição de um campo relacional no qual esteja em causa a hipótese do inconsciente. Isso foi possível devido a possibilidade de estabelecer uma relação transferencial, cujas manifestações do "não-sabido" do inconsciente do sujeito foram priorizadas durante o processo de escuta e, "por consequência", o de transferência.

A transferência como condição de produção de conhecimento sobre o "não-sabido" é inerente à relação que é constituída entre quem fala e quem escuta. A transferência é um campo propriamente construído pela experiência analítica, que coloca em cena as configurações produzidas pela **fantasia**. É aquilo que emerge quando convocamos o sujeito a falar, segundo o método introduzido pela livre

associação. É como se após invocarmos, mediante astutos encantamentos, os demônios do fundo do inferno, os mandássemos de volta sem lhes fazer sequer uma pergunta (ELIA, 2004).

Nesse sentido, o fenômeno transferencial é uma ilusão na qual o sujeito acredita que sua verdade é dada à quem lhe escuta (dimensão imaginária) e que este a reconhece previamente (dimensão simbólica), encarnado por aquele a quem o sujeito se dirige a alguém que supostamente tem a chave dos suas questões ou problemas, o profissional. No entanto, a transferência também pode ser negativa, provocando resistências, na medida em que aparecem conteúdos sexuais. No entanto, deve prevalecer os efeitos positivos para que seja possível uma progressão na direção da fala do analisante (GARABINI, 2009). Com base nesses preceitos, nos faz considerar como deve ser a interlocução no manejo da escuta:

O clínico, seja analista ou não, não é um anódino observador do paciente, pois por meio da transferência pode ser incluído na trama com a qual o sujeito envolve o real de seu sofrimento, seja no sintoma, seja no delírio. O que o sujeito faz de seu interlocutor, em que lugar o situa, de onde recebe seu dizer são critérios a serem levados em conta tanto no diagnóstico, no qual o próprio clínico está incluído, quanto na orientação terapêutica. O amor de transferência é a única vereda que dá uma chance ao sujeito de advir como desejo de saber (QUINET, 2000, p. 20).

Com essas ponderações, a partir de Quinet, ainda é importante destacar a distinção entre analista e pesquisador. O analista ocupa o lugar de objeto causa do desejo, diferenciando-se do pesquisador, que, no trabalho da transferência, encontra-se dividido a partir do saber constitutivo do campo do inconsciente (ELIA, 2000). Essa diferença diz respeito aos possíveis formas de ocupar a pesquisa em psicanálise.

Após compreender como a transferência pode ocorrer no trabalho analítico, seja na pesquisa ou no tratamento, nos permitimos, na realidade da aplicação da entrevista na pesquisa em psicanálise, iniciar a aproximação dos supostos sujeitos participantes. Para isso, buscamos uma aproximação supondo saber algo sobre a verdade endereçada, como também podendo transmitir-lhes esse saber. Nessa realidade, onde a pesquisa não está situada em um contexto de clínica, há uma inversão do modelo clínico, de acordo com Costa e Poli (2006), onde a demanda é endereçada ao analista, mas, sim, o pesquisador dirige-se ao entrevistado com base na suposição que este sabe de algo e pode lhe transmitir.

No entanto, essa situação exige do pesquisador cuidados e atenção ao que é preconizado pela ética da psicanálise para que as situações não sejam forçadas a ocasionar uma posição de objeto do sujeito, em prol somente do foco de colher os dados necessários.

Com base nessa realidade, a proposta do estudo é realizar uma relação transferencial breve, a partir de entrevistas preliminares. Contudo, caso venha desenvolver uma demanda no sentido de dar continuidade na escuta, fica garantida a continuação do atendimento pelo pesquisador, bem como, também, a preservação e manutenção da economia psíquica dos sujeitos entrevistados.

Ao adotar esse modelo, o pesquisador com referencial em psicanálise se torna o primeiro sujeito de sua pesquisa, ou seja, ele está implicado como participante da investigação realizada e não como mero observador. Conforme Iribarry (2003), por estar submetido a um processo de análise e, assim, “dar o testemunho de sua investigação a um outro”, a uma alteridade com a qual ele também irá se “transferenciar”, o “pesquisador psicanalítico” “já encontra-se inserido tanto no dado da pesquisa como aqueles a quem o pesquisador destina sua pesquisa podem ocupar este lugar de alteridade”. De tal modo, é necessário admitir a existência da implicação do pesquisador como sujeito, pois é pelo delinear da escrita que o pesquisador contribui com os conceitos por meio do processo da pesquisa.

Definimos então, a partir da entrevista, uma escuta na qual a voz é direcionada ao sujeito como forma de expressar sua verdade sobre si. Isso nos permitiu, por meio dos significantes presentes nos discursos, compreender, no contexto da assistência à saúde mental, a singularidade e sofrimento de cada mulher, diante do uso de benzodiazepínico, estas inseridas no acompanhamento realizado no serviço de saúde especializado.

A coleta de dados e a comunicação com os sujeitos da pesquisa ocorreu por meio de entrevistas direcionadas por perguntas abertas, com a finalidade de compor a história clínica e a subjetividade de cada mulher. De acordo com o proposto por Costa e Poli (2006), a “questão” ou “hipótese” de pesquisa é uma construção elaborada *a posteriori* em relação ao estabelecimento do trabalho de transferência no decorrer das entrevistas. A elaboração de perguntas se fez durante o acompanhamento das respostas construídas no contexto da entrevista de cada mulher. Destarte, nossa entrevista aberta foi estabelecida a partir de uma única pergunta norteadora: “Fale sobre você?”.

Os discursos apresentados falam do sofrimento psíquico singular e não, necessariamente, da relação com o medicamento. Esse apareceu, muitas vezes, espontaneamente na fala das mulheres e, somente a partir daí, foi questionado como o uso do medicamento se desenvolveu em sua vida. No entanto, vale ponderar que pela parte de quem escuta, ou seja, do lado da pesquisadora, evitou-se direcionar o foco em um assunto específico, permitindo ao entrevistado falar tudo que queria dizer. Essa escuta seguiu a técnica da "atenção flutuante" que não centra somente em elementos que interessem ao profissional, mas a tudo que o paciente disser (FREUD, [1913] 1996). Avançamos em aspectos teóricos e na atuação da clínica exercida pelos enfermeiros, em sua assistência destinada aos sujeitos em sofrimento psíquico. Buscamos, desse modo, uma elaboração de contribuições para a pesquisa e o cuidado com o outro.

Por tratar-se de uma pesquisa psicanalítica, norteadada pela ética do desejo, não buscamos interpretar o que foi falado, tampouco classificarmos as falas para atribuímos significados, mas, sobretudo, interessamos-nos pelos significantes, aquilo que deixar cair pelo inconsciente a partir da fala. Freud ([1913] 1996) adverte que o inconsciente apresenta-se na cena discursiva, onde o sujeito pode desfilas os significantes com os quais tenta nomear suas angústias e sintomas. Por isso, não devemos ter como foco o tempo cronológico que sujeito fala, aplicando a técnica da atenção flutuante.

As entrevistas foram gravadas através de um minigravador de voz digital, e, posteriormente, transcritas para leitura. Os dados foram armazenados em CD-ROM, para assegurar o registro por um período de 5 anos.

Com intuito de operacionalizar a pesquisa, com base em alguns autores e pesquisadores norteados pela psicanálise, realizamos um estudo estruturado frente ao "método do estudo de caso em psicanálise", utilizando alguns conceitos abordados no âmbito da pesquisa psicanalítica preconizado por Yin.

2.3 PERÍODO, CENÁRIO, SUJEITOS DO ESTUDO E OS BASTIDORES

2.3.1 Período, cenário e bastidores

Diante da desconstrução do paradigma psiquiátrico, impetrados após muitas reivindicações políticas e sociais, cuja conquista culminou na criação de

redes de dispositivos substitutivos do ambiente hospitalar, principalmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes criados oficialmente pela Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992, com o objetivo de oferecer aos sujeitos em sofrimento psíquico serviços de saúde especializados em saúde mental para tratamento e reinserção social (BRASIL, 1992).

Os CAPS foram instituídos como política pública para realizar atendimento interdisciplinar, prioritariamente composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. Há uma diferenciação entre os tipos de CAPS, nessa política pública. Existem serviços para o atendimento para o público adulto, maiores de 18 anos, com sofrimento psíquico em “geral”, por meio do CAPS Geral, para o público infanto-juvenil, até os 17 anos de idade, através do CAPSi, e para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas pelo CAPSad.

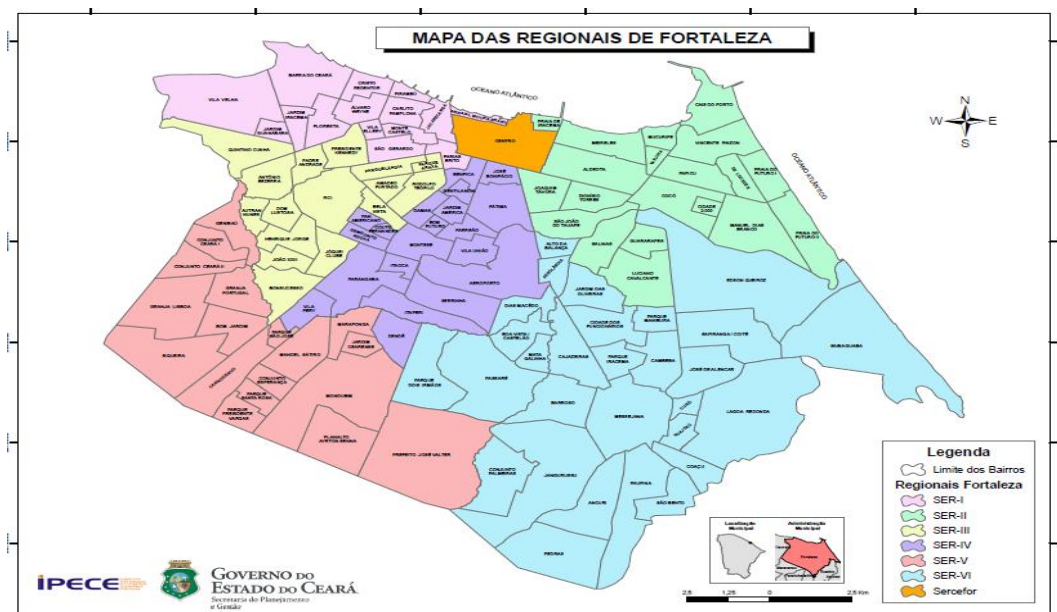
Nessa lógica, foi estabelecido que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto na portaria. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e eletivo.

O CAPS I é caracterizado por desempenhar o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, já o CAPS II é destinado à população entre 70.000 e 200.000 habitantes e o CAPS III para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Segundo o censo de 2010, Fortaleza dispõe de uma população de 2.452.185 habitantes. Atualmente, o município é dividido territorialmente por seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que são regiões administrativas de execução de políticas setoriais. Escolhemos o CAPS da SER II por ser referência na atenção em saúde mental no município e ser o único CAPS que dispõe do atendimento 24 horas, nos permitindo conhecer uma assistência de extrema importância na lógica da Reforma Psiquiátrica.

Em funcionamento há quase 15 anos, o CAPS da Regional II, destacada na cor verde do mapa abaixo (Figura 1), é localizado em um dos bairros de classe

média – alta do município e está situado na Rua Coronel Alves Teixeira, nº 1500 – Joaquim Távora e funciona 24 horas, de acordo com a modalidade III instituída pelo Ministério da Saúde. Esse dispositivo é registrado como um dos primeiros dispositivos extra-hospitalares instituídos na cidade, diante da reivindicação popular e necessidade preponderante de serviços baseados em modelos de atenção à saúde preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Figura 1 – Mapa das regionais de Fortaleza, onde encontra-se marcado na cor verde a Secretaria Regional II



Fonte: IPECE (2014).

O CAPS em questão é territorializado para atender uma população estimada de 325 mil habitantes, de acordo com o site da Prefeitura de Fortaleza, estando estes distribuídos em 20 bairros. O serviço dispõe de serviços eletivos, de acolhimento e internação. O atendimento 24 horas tem capacidade de internação para 10 pacientes, sendo 4 leitos para o público masculino e 6 leitos para o público feminino. A internação pode ser realizada de pacientes provenientes de todo município, desde que sejam encaminhados por outros serviços de saúde de caráter público ou pelos profissionais da unidade.

O atendimento ambulatorial funciona de segunda à sábado, de 8:00 às 17:00 horas com equipe técnica integral cuja finalidade é atender pessoas em acompanhamento diversificado, em modalidades de atendimentos e frequências variadas, de acordo com a necessidade e evolução de cada pessoa. Assim, uma

pessoa pode iniciar acompanhamento no serviço com frequência diária, permanecendo no serviço por horas ou o dia todo, sendo acompanhada por modalidades de atendimento/terapias diversas, com atendimento individual, participação em atividades de socialização, oficinas terapêuticas e/ou produtiva, atividades de lazer, que ocorrem no serviço e/ou na comunidade.

O encaminhamento para os CAPS pode ser realizado através de demanda espontânea, por intermédio de uma unidade de atenção primária ou especializada, após uma internação clínica/psiquiátrica, ou ainda por indicação da assistência social ou por ordem judicial. Quando da chegada, há o acolhimento realizado por um profissional da equipe escalado, com a elaboração terapêutica singular de cada paciente após admissão no serviço. O tratamento pode ser feito de forma individualizada ou coletiva, através de oficinas e grupos terapêuticos. O profissional de referência de cada paciente é responsável por decidir, juntamente com ele, as atividades que em que esse irá se inserir, estabelecer o diálogo com a equipe técnica e o sujeito, monitorar o projeto terapêutico individual, fazer contato com a família do paciente e avaliar periodicamente as metas traçadas (BRASIL, 2004a).

O CAPS em questão possui 5.078 prontuários abertos e 2.883 prontuários ativos e em acompanhamento contínuo. São realizados, aproximadamente, 2.300 atendimentos/mês, entre atendimentos grupais e individuais. Já na farmácia, onde ocorre a entrega de medicamentos, a estimativa é de 1.237 atendimentos/mês. Todos esses valores são aproximados, pois a unidade não possui sistema de informação e nem prontuário informatizado, desse modo o controle de atendimentos e serviços não são exatos.

De acordo com os dados fornecidos pela coordenação da unidade de saúde, a equipe técnica do CAPS da SER II é composta por 56 (cinquenta e seis) profissionais, sendo 10 (dez) Enfermeiros, 8 (oito) Psicólogos, 7 (sete) Assistentes Sociais, 7 (sete) terapeutas ocupacionais, 3 (três) farmacêuticos, 5 (cinco) médicos psiquiatras, 5 (cinco) clínicos gerais especialistas ou residentes em psiquiatria, 9 (nove) Técnicos de Enfermagem, 1 (um) Nutricionista, além de (1) um artista.

Os outros profissionais da instituição dispõe, no momento de conclusão da pesquisa, de 14 (quatorze) profissionais dentre eles estão: 1 (um) auxiliar administrativo, 3 (três) cozinheiras, 6 (seis) profissionais dos serviços gerais e limpeza, 2 (dois) auxiliares administrativos situados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), 6 (seis) recepcionistas. Além desses profissionais, o dispositivo

conta com um gestor direto, atualmente, exercido por um psicólogo e um articulador, também psicólogo, cujo papel é de unir à atuação da gestão realizada entre os dispositivos de atenção à saúde mental primária e secundária e a gestão municipal.

Para o funcionamento do CAPS no regime de 24 horas de trabalho, os profissionais de nível superior dividem-se em regime de escala, de forma que a equipe de enfermagem atua em todos os períodos de funcionamento da internação. Já os profissionais médicos, nos plantões de menor fluxo de atendimento, como domingo, o profissional trabalha em regime de sobreaviso.

De acordo com Portaria GM 336/2002 (BRASIL, 2004a), o CAPS de modalidade III deve haver para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, deve ser composta, no mínimo, por 2 (dois) médicos psiquiatras; 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 5 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 8 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por 3 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por 1 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; 3 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Ainda de acordo com a mesma portaria, os pacientes assistidos em um turno (4 horas) deve receber uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Considerando as diretrizes do SUS, os CAPS devem atuar de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos

em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde etc.), bem como a Estratégia Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também devem se articular em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde preconiza que os CAPS desenvolvam atividades de atendimento individual (médico, psicológico e de enfermagem), visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social.

A realização da pesquisa sucedeu durante os meses de fevereiro a setembro de 2014, após autorização do Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (anexar documento) e acatado na instituição de saúde nomeada por CAPS – Geral Dr. Nilson de Moura Fé.

Os atendimentos desenvolvidos nessa instituição perpassam o atendimento inicial, o acolhimento e um funcionamento de segunda à sexta, para garantir o acesso aos usuários com demanda espontânea ou referenciada por outros serviços de saúde e dispositivos do território local. Também estão incluídos no serviço a realização da admissão e readmissão, consultas individuais e grupais com as diferentes categorias profissionais, além das visitas domiciliares.

Algumas atividades terapêuticas são disponibilizadas dentro de diversas abordagens. Dentre elas, está o grupo de arte geral, no qual são efetivadas inúmeras atividades sucumbidas pela arte, como a realização de passeios por exposições de arte, parques, museus pela cidade, exposição de filmes, músicas, com o objetivo de proporcionar a interação da arte com o social e contribuir para o tratamento do sujeito. Também são realizados grupos terapêuticos com base no psicodrama, na gestalt terapia, bem como discussões e orientações sobre saúde em geral e assuntos da atualidade. Algumas dessas atividades são voltadas tanto para os usuários do serviço como para seus familiares e a comunidade.

Nesse CAPS, há pacientes em regime de tratamento intensivo, destinado aqueles que, em função de seu quadro clínico, necessitam de acompanhamento diário de até 25 dias no mês; semi-intensivo, que é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, de até 12 dias no mês, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no serviço; e não intensivo que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor de atendimento, mensal ou quinzenalmente (BRASIL, 2004a). Os pacientes assistidos

em um turno (4 horas) recebem uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (8 horas) recebem duas refeições diárias.

Dentre as atividades desenvolvidas na instituição, é importante salientar o serviço nomeado por “Dose Supervisionada”, designado prioritariamente ao enfermeiro, onde funciona, na instituição, numa sala composta por dois leitos, com um pequeno ambulatório e um sistema de controle manual dos prontuários dos pacientes assistidos, possibilitando o controle e supervisão dos medicamentos. O serviço é uma ferramenta importante para o acompanhamento de pacientes graves, devido a necessidade intrínseca de supervisão e acompanhamento frequente da terapêutica oferecida, uma vez que por meio da percepção clínica do enfermeiro, a assistência à saúde articulada pela equipe multiprofissional pode ser intensificada ou não.

Um ponto crítico da assistência em saúde mental se deve ao fato de como vem está sendo conduzido o sistema de relação trabalhista adotado pela Prefeitura do município. No momento, todos os profissionais de nível superior da unidade são contratados em regime de caráter temporário, não havendo, na instituição pesquisada, nenhum profissional de nível superior contratado por concurso público. Os profissionais atuantes foram selecionados por seleção pública de 2 anos por um contrato sem possibilidade de renovação, de acordo com o edital da seleção. Então, após finalização desse contrato, todos os profissionais serão desligados, ocasionando uma interrupção abrupta da continuidade do acompanhamento e assistência às pessoas em sofrimento psíquico grave.

Nessa mesma lógica, a gestão municipal permanece realizando seleções temporárias de apenas 1 ano de contrato, sem a prática mínima dos direitos trabalhistas, como o pagamento do 13º salário, férias e seguro desemprego. Portanto, cabe-nos os questionamentos, como está sendo realizada a assistência à saúde mental do município e que profissionais estão realizando o atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde de caráter bio, psico, social, já que nos editais temporários não direcionam sequer para qual área de atuação o profissional irá trabalhar. É possível estabelecer vínculo e um atendimento de qualidade com esse regime empregatício? Para quem o serviço público de saúde está atuando? Será que é para atender as demandas da população? Infelizmente, essa é a realidade do serviço público destinado àqueles sujeitos em sofrimento psíquico severos e persistentes ofertado pelo município onde realizamos a pesquisa.

2.3.2 Os sujeitos da pesquisa

Inicialmente, para que houvesse uma aproximação da pesquisadora com a realidade da instituição e com os sujeitos ali assistidos, acompanhamos voluntariamente a dinâmica da instituição, os profissionais e a assistência ofertada. Permanecemos em observação em turnos alternados, três vezes por semana, durante um mês. Esse momento inicial foi fundamental para o enriquecimento dos detalhes acerca do uso de medicamentos e sobre o funcionamento da instituição. Assim, foi possível conhecer melhor, apreender a prática de dispensação de medicamentos na farmácia e a forma de organização dos medicamentos.

Após autorização da prefeitura e aprovação do comitê de ética da Universidade, realizamos uma reunião com os profissionais presentes na instituição, além da coordenadora do serviço, com o intuito de apresentar a pesquisa, obter auxílio na identificação e aproximação dos casos pertinentes.

Os sujeitos do estudo são pacientes acompanhadas no CAPS pela equipe multidisciplinar e, devido a necessidade de delimitação da população a ser estudada, adotamos os seguintes critérios de inclusão:

- a) Mulheres que faziam uso abusivo de benzodiazepínicos;
- b) Mulheres em uso de benzodiazepínico há mais de 1 ano;
- c) Estar em acompanhamento no CAPS da regional II;
- d) Concordar em participar da pesquisa, além de ter condições físicas e econômicas de locomoverem para o serviço;
- e) Mulheres com idade superior a 18 anos;
- f) Não possuir diagnóstico de esquizofrenia ou psicose.

Apesar de a literatura configurar o abuso a partir do quarto mês de prescrição, optamos por adotar como população desse estudo aquelas mulheres usuárias de benzodiazepínicos há mais de um ano.

Como critérios de exclusão temos:

- a) Ser menor de 18 anos;
- b) Não ter condições psíquicas ou econômicas de frequentar os atendimentos;
- c) Residir fora do município de Fortaleza;
- d) Ser psicótica ou possui diagnóstico de esquizofrenia.

Após identificar as mulheres compatíveis com os critérios de inclusão, convidamos as mesmas para agendar encontros com a pesquisadora responsável, que lhes forneceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tirou as dúvidas que surgiram. Depois da concordância em participar da pesquisa e da assinatura do termo, tais mulheres foram então consideradas sujeitos do estudo, passando-se às entrevistadas. O sigilo sobre a identidade dos indivíduos participantes foi mantido, sendo o nome próprio substituído por um pseudônimo.

No período em que nos dispomos para realização do estudo de campo, nos deparamos com cerca de 20 mulheres que de alguma forma se interessaram em realizar a escuta. Dessas 20 mulheres, treze se prontificaram em participar da pesquisa, no entanto, apenas cinco prosseguiram no processo de escuta, sendo realizadas na medida em que foram marcados os encontros sequenciados no próprio serviço. Contudo, optamos por utilizar o discurso do caso de uma mulher escutada. Um dos pontos elucidados, nesse momento, decorreu do acordo estabelecido entre a pesquisadora e a participante para continuar realizando a escuta, mesmo após o encerramento da pesquisa.

Portanto, o quantitativo de entrevistas coletadas não foi prioridade para o desenvolvimento desse estudo, pois expomos discussões aprofundadas e provenientes da construção sistemática do ensaio metapsicológico mediante a relação transferencial.

A partir do referencial da psicanálise foi possível trazer a discussão dos casos, tendo com base conceitual os relatos psicanalíticos provenientes da clínica e elaborações teóricas de Freud, a saber: sobre histeria, com o caso Dora; fobia, com o caso do pequeno Hans e sobre psicose, com o caso Schreber. Freud articula de modo inédito o discurso científico com o estilo de romance da escrita dos seus relatos clínicos.

2.3.3 Os bastidores de uma pesquisa com foco na singularidade

É importante apresentar as dificuldades encontradas durante o desenvolvimento do estudo. Principalmente, por tratar-se de um estudo que expõe o propósito de ir além de uma mera aplicação de um questionário, previamente pronto, em busca de ser aplicado em outros sujeitos, o que já exige um envolvimento maior com o processo de aprendizagem e pesquisa.

O desenvolvimento de um estudo implica no envolvimento de muitos sujeitos e condições. Primeiramente, nesse caso, por objetivar a escuta de singulararizada, por consequência, o sofrimento do sujeito em escuta é a principal ferramenta e, para isso, não há condição uniforme, delineações pré-formatadas, pois não há previsibilidades quando se trata do inconsciente. Isso significa buscar participantes que aludem a aproximação do que é de mais íntimo e profundo de si, as suas angústias.

Além disso, buscamos desenvolver um estudo que preconiza a participação de sujeitos como "partícipes ativos" e, não, como meros objetos. Trazer todas essas questões em uma pesquisa não é tarefa simples e fácil, pois implica tempo, prazos estipulados para a conclusão de uma dissertação de mestrado e, por que também não, o próprio processo de construção do pesquisador enquanto sujeito.

Foi interessante perceber como muitas mulheres, mesmo ainda durante a aproximação rápida no decorrer de atendimentos realizados por profissionais da instituição, exibiam o desejo e a curiosidade de entender do que se tratava a pesquisa e demonstrando vontade de participar. No entanto, após serem convocadas a falar de suas próprias angústias e sofrimentos, boa parte recuava em prosseguir no processo de escuta.

2.4 PRODUÇÃO DO DISCURSO, ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DO ENSAIO METAPSICOLÓGICO

O estudo de caso consiste em uma investigação empírica abordada em “[...] um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real” (YIN, 2005, p. 32). Utiliza-se esse método quando deliberadamente se deseja lidar com condições contextuais, acreditando que elas podem ser altamente pertinentes ao seu fenômeno em estudo (YIN, 2005). Ressaltamos que várias áreas de conhecimento aplicam o estudo de caso, podendo ser utilizado como modalidade assistencial, de ensino e de pesquisa.

No estudo de caso em psicanálise, seguimos o que foi preconizado por Freud, considerando o seu estilo de relatar documentalmente a evolução dos sujeitos escutados, por meio dos relatos biográficos e sintomáticos, para, em seguida, realizar a construção metapsicológica. Destarte, privilegamos a evolução da fala de sua história.

A elaboração do estudo de caso não tem foco na completude, nem tampouco em esgotar a história do sujeito, como também não propõe fazer explicações acerca do caso clínico, todavia pretende apresentar possibilidades discursivas frente ao sujeito do inconsciente em relação ao desejo e ao gozo singularizado. O intuito é compartilhar novas reflexões do pesquisador com a comunidade. Nessa lógica, o pesquisador pode trazer discussões no que sucumbe a ordem do particular e do universal. No entanto, o estudo, como singular, pode confirmar suposições universais quanto ser uma exceção a ele. Nesse sentido, Vorcaro (2010, p. 28) aborda as contribuições pertinentes à elaboração do estudo de caso:

É devido a distinção entre objetividade e objetividade (LACAN, 1962-63 [2005]) que a empiria do estudo de caso, em psicanálise, não deveria ser usada apenas para confirmar ou refutar a teoria, mas para fazê-la evoluir, principalmente ao examinar as exceções (o particular) presentes no caso clínico que confirmem a regra (o universal). É nessa conexão que o psicanalista-pesquisador pode fazer do estudo de caso algo além de uma metodologia usual de pesquisa.

O estudo do caso tem a escuta como principal ferramenta. Para que o relato das histórias dos sujeitos viessem elaborar um texto acadêmico, nos orientamos, principalmente, nas contribuições recomendadas por Caon (1994), cuja proposição advém do ensaio metapsicológico. De acordo com Iribarry (2003), no procedimento de análise de dados, utilizamos as técnicas psicanalíticas, para além de leitura simples e de interpretação, mas uma leitura conduzida pela escuta e pela transferência (*Übertragung*) do pesquisador ao texto.

Nos Estudos sobre a histeria Freud ([1895] 2010) compara a transferência a uma falsa ligação, assumindo a aceção de envolver o analista na psicanálise de um sujeito (KAUFMANN, 1996). O termo transferência é definido por Roudinesco (1998, p. 766, 768) ao afirmar que:

[...] para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos. [...] implica numa ideia de deslocamento, de transporte, de substituição de um lugar por outro, sem que essa operação afete a integridade do objeto.

Outro conceito importante para nortear a elaboração do estudo, é o de **contratransferência**. Definido por “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente” (ROUDINESCO,

1998, p. 147). Seguindo essa consideração, a posição do pesquisador, enquanto sujeito, deve-se manter em segundo plano. Caso contrário, seria posto em cheque as proposições singulares do pesquisador e, não, do sujeito escutado.

Do lado do analista, Lacan ([1960-1961] 1992) revela que deve ser operado o desejo do analista, enquanto função de regular o desenvolvimento da análise. Por essa função ocupada pelo analista é que é possível manifestar o desejo do Outro, o qual pede reconhecimento e não por manter-se na posição de suposto saber que lhe é atribuído na transferência. Por, justamente, possuir um saber sobre o seu próprio inconsciente, o analista/pesquisador tem que ser o suporte do objeto que falta, de onde o sujeito se sente causado como desejante. Objeto em torno do qual se organiza o mundo do desejo (LACAN, [1964] 2008).

Nesse sentido, a elaboração do ensaio seguiu a lógica da **leitura-escuta**; demarcação dos elementos significantes do discurso; identificação dos "pontos-de-estofo" do discurso e a construção do ensaio metapsicológico propriamente dito.

Segundo Iribarry (2003) e Silveira (2003), o ensaio metapsicológico é uma modalidade de escrita psicanalítica, situada entre a literatura e a ciência, que é elaborada para melhor expor os dados produzidos durante o processo de escuta, possibilitando construções e/ou afirmações singulares de modelos conceituais, remetendo aos casos metapsicológicos de Freud. O ensaio deve ser apresentado às alteridades participantes (orientador) e colaboradores (banca examinadora) do estudo para que estes contribuam para sua construção, *a posteriori*.

Primeiramente, procurarmos transcrição contínua do discurso dos sujeitos, sem fazer nenhum tipo de apropriação, para haver uma leitura-escuta a partir da teoria psicanalítica, ao mesmo tempo em que já procuramos identificar os significantes apresentados no discurso do sujeito. O trabalho de leitura dirigida pela escuta psicanalítica é o que caracteriza o laboratório do texto psicanalítico, quando o pesquisador irá construir o ensaio metapsicológico (VORCARO, 2010).

Dá-se a produção do ensaio metapsicológico propriamente dito, a partir do que se configura a produção final elaborada pelo pesquisado. Nesse sentido, o ensaio reflete, não contenta nem classifica, o intuito não é a objetivação, mas é uma possibilidade de ser admissível. Segundo Iribarry (2003), o ensaio traz à tona a sensibilidade do escritor para além da ciência, sendo capaz de enunciar conhecimentos intensos sobre o homem e o saber social. A importância é compreendida pelo conjunto de experiências individuais e as potências criativas perante a aprendizagem. Essa é

uma construção deve ser apresentada à banca examinadora de dissertação de mestrado para, futuramente, alcançar publicações à anônimos.

Depois dessa experiência e de muito estudo, percebemos a importância da extração de contribuições para o cuidado clínico em enfermagem, principalmente para a realidade da saúde mental.

2.5 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

Durante todo o estudo, preconizamos os preceitos éticos e legais da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos, no que diz respeito ao consentimento e livre esclarecimento dos sujeitos da pesquisa (autonomia); compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e relevância social da pesquisa (justiça e equidade) (BRASIL, 1996).

O presente estudo faz parte do projeto de financiamento de pesquisa da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, obtendo parecer favorável, em anexo, e com apresentação da cópia do parecer ao Distrito de Saúde do município de Fortaleza que também autorizou a entrada da pesquisadora no campo de estudo. Quanto ao risco para as participantes da pesquisa, pode-se afirmar que este foi considerado mínimo, ou seja, o mesmo envolvido em atividades como conversar, andar ou ler. Quanto à identidade dos envolvidos na pesquisa, ressalta-se que esta foi tratada com padrões profissionais de sigilo.

3 OS BENZODIAZEPÍNICOS NA CONTEMPORANEIDADE

“Contra Rivotril não há vontade de morrer que aguento. O mundo fica quase bom. A vida fica quase bela. Eu fico quase feliz. Fico tão quase feliz que até paro de chorar”.

(Falcão, 2005, p. 48-49).

Nesse capítulo, embasaremos o estudo histórico sobre os benzodiazepínicos (BZD) para, em seguida, esboçar a temática a partir do mal-estar na atualidade, sob perspectiva psicanalítica. Para isso, adotamos como ensejo a subjetividade, ou seja “a produção de sofrimento nas individualidades” (BIRMAN, [1946] 2007).

Nos anos 50, o uso de substâncias químicas modificou o cenário do tratamento da loucura uma vez que, até então, a terapêutica era feita basicamente por choques e contensões em camisas-de-força. Dentre essas substâncias, surgem os psicotrópicos, medicamentos de ação direta no Sistema Nervoso Central, os quais produzem alterações de comportamento, humor e cognição e, conseqüentemente, podem levar à dependência.

Surgem as classificações da categoria de psicofármacos e, junto delas, as drogas benzodiazepínicas, já no início dos anos 60. Logo em seguida, umas das principais drogas dessa categoria, começa ser comercializada, nomeada pela indústria farmacêutica de Diazepam®. Assim, devido à boa aceitação clínica e a forte estratégia de mercado da indústria farmacêutica, o Diazepam® transformou-se em um das drogas mais famosas e mais prescritas em todo o mundo (DUTRA, PERINI; STARLING, 2000). Posteriormente, novas drogas com as mesmas características farmacocinéticas, ou seja, similares, são inseridas no mercado nomeadas de Rivotril® (Clonazepan), Lexotan® (Bromazepam), Apraz® (Alprazolam) e, conseqüentemente, os BZD se efetivaram como importante terapêutica medicamentosa para a realidade da assistência psiquiátrica.

Observamos, assim, como em poucos anos, ainda no início da década de sessenta, esses medicamentos ocasionaram uma revolução na comercialização farmacêutica e substituíram as drogas barbitúricas que, até então, eram as principais drogas utilizadas para o tratamento da loucura. Isso ocorreu, principalmente, devido esses medicamentos serem considerados drogas mais seguras e capazes de provocar menos efeitos colaterais quando comparados aos medicamentos barbitúricos.

No entanto, além do tratamento para loucura, os BZD, gradativamente, foram incorporados ao tratamento da depressão, da ansiedade, da insônia, de intoxicações alcólicas, para espasmos musculares esqueléticos e como adjuvante na anestesia local e geral. Havendo, portanto, uma disseminação dessa classe de psicotrópicos como terapêutica (KAPLAN; SADOCK, 1999). Por conseguinte, ao serem reconhecidas como drogas mais seguras e com menor toxicidade, o uso de BZD foi exacerbado nas décadas seguintes, favorecendo o intenso consumo em diversos contextos sociais, bem como a efetivação do empenho médico em receitá-los, sob imensa influência da indústria farmacêutica (BERNIK, 1999).

As diferenças entre os medicamentos da classe de BZD são percebidas por meio dos mecanismos de metabolização, nos quais podem ser de maior ou menor rapidez na absorção. Ou seja, é devido ao tempo de eliminação da substância pelo corpo que identificamos a diferença entre os tipos de BZD, sendo nomeado esse processo por “meia vida”. Contudo, todos esses tipos são semelhantes, por apresentar, principalmente, a capacidade de ocasionar a ação ansiolítica de forma análoga.

Os BZD, deste modo, são evidenciados e mantidos como terapêutica medicamentosa até os dias atuais e de forma crescente. Hoje, encontramos mais de 15 tipos de benzodiazepínicos disponíveis no mercado, tornando-se um dos medicamentos mais consumidos em todo o mundo, bem como no Brasil (GOODMAN; GILMAN, 1996). Muitos estudos e dados epidemiológicos apontam para confirmação de tal realidade, ao afirmar que a classe lidera a lista dos cinco medicamentos controlados mais vendidos no Brasil, de acordo com o mapeamento do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) gerenciado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Além do mais, somente o Rivotril é apontado por estar na 9ª posição na lista dos 100 medicamentos mais vendidos no Brasil, de acordo com o IMS Health (dados compilados de 01 a 06/2013 por essa Consultoria Internacional de Marketing Farmacêutico). Vale ainda ponderar que cerca de 93% dos casos, o Rivotril, apesar de também poder ser indicado como anticonvulsivante, é prescrito como ansiolítico (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Ademais, estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de BZD e a maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os BZD são responsáveis por cerca de 50% de toda

a prescrição de psicotrópicos. Afirma ainda que um em cada 10 adultos recebe prescrição de BZD a cada ano (HALLFORS; SAXE, 1993; HIRSCHFELD, 1993).

Como esses medicamentos estão inseridos no processo de medicalização do sofrimento psíquico, apesar de serem vendidos exclusivamente sob prescrição médica, com retenção de receitas e válidas somente até 30 dias após a data de emissão. Diante dessa conjuntura, o uso de BZD é potencializado pelo excesso de prescrições, seja por meio de diagnósticos médicos realizados apressadamente, seja pela dosagem prescrita de forma inapropriada.

Além disso, muitas vezes, não existe um esclarecimento sobre os efeitos provocados por esse tipo de medicamento por parte dos profissionais prescritores ou pelos demais profissionais de saúde que acompanham a terapêutica. Percebemos, deste modo, como os pacientes não são informados adequadamente dos efeitos colaterais e dos riscos de dependência ocasionados por esses medicamentos. Dentre eles, a diminuição da atividade psicomotora, os riscos da interação com outras drogas, como o álcool, além do risco de desenvolver tolerância e dependência.

Trata-se, assim, de medicamentos comercializados em farmácias, drogarias, hospitais, tanto nos serviços da rede pública como nos serviços da rede privada, adquiridos mediante apresentação de receituário médico diferenciado, de cor azul. No entanto, em muitos casos, muitas pessoas adquirem os medicamentos sem o receituário e controle adequados. Assim, apesar do controle e do regimento de comercialização dos psicotrópicos no Brasil, pela Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998 e da intensificação da fiscalização nos últimos anos, o controle ou vigilância dos órgãos de saúde ainda são falhos (BRASIL, 1998).

O consumo de BZD, portanto, ainda ocorre de forma ilegal e inadequada. Como forma de adquirir os medicamentos, é comum nos depararmos com receitas rasuradas, extraviadas, adulteradas, falsificadas ou mesmo vencidas nos locais de venda ou dispensação. Além disso, ocorrem situações de automedicação e tentativas de suicídio ao ingerir doses excessivas. Por consequência, o uso inadequado provoca prejuízos ao tratamento e pode ocasionar a manutenção da dependência de muitos pacientes, ao mesmo tempo que apenas a minoria dá continuidade no acompanhamento terapêutico adequado.

Durante o levantamento bibliográfico da referente pesquisa e temática, nos deparamos com a dificuldade de acesso aos dados de vigilância sanitária epidemiológica acerca do uso dos BZD de forma atualizada e fidedigna. De tal modo, os

dados apresentados são referentes às informações de estudos realizados em determinadas regiões do Brasil ou de outros países, bem como em territórios restritos. Isso ocorre, sobretudo, devido à ausência de sistemas de informações que fomentem dados precisos e de alcance nacional, como também, a ausência de esclarecimento e divulgação da distribuição dos medicamentos por parte da indústria farmacêutica.

Alguns estudos apontam como vem sendo controlado e utilizado os BZD no Brasil. No levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram que aquisição dos benzodiazepínicos ocorria sem receita médica. Em um outro levantamento, com estudantes jovens de dez capitais brasileiras, afirmou que 5,8% dos entrevistados já teriam feito uso de ansiolíticos sem prescrição (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997).

Já em 1999, foi realizada outra pesquisa em dois municípios brasileiros da região sudeste, na qual foi analisada em um universo de 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde, hospitais (NOTO *et al.*, 2002). Essa pesquisa nos advertiu acerca da negligência dos profissionais durante o preenchimento das notificações e receitas especiais (destinadas à medicamentos de maior controle) e, até mesmo, sobre os indicativos de falsificações, na forma de prescrições por médicos falecidos e notificações com numeração oficial repetida. A realidade apresentada reforça a necessidade de uma ampla revisão no sistema de controle atual dessas drogas, bem como uma melhor fiscalização da função exercida pelos profissionais de saúde nesse preceito (NOTO; ORLANDI, 2005).

Além disso, outro ponto extremamente relevante para compreender o uso desses medicamentos, se dá pela ampla atuação da indústria farmacêutica como mentora de grandes investimentos em publicidade e propaganda, adentrando na relação terapêutica de profissionais e pacientes, incentivando-os, como moeda de troca e benefícios, o uso de tais medicamentos.

Do mesmo modo, essa indústria e seus investimentos favorecem o processo de incorporação dessas drogas como indispensáveis para o bem-estar físico e mental. Nessa lógica, qualquer profissional médico, de qualquer especialidade, pode diagnosticar um quadro de ansiedade ou algum transtorno emocional e iniciar o tratamento com benzodiazepínicos.

Algumas pesquisas sobre a temática dos BZD abordam diversos fatores que contribuem para a prática de prescrição inadequada. Dybwad *et al.* (1997)

mostram, como vem sendo praticada a prescrição por médicos generalistas de maneira ampla, chegando a ser os principais e maiores prescritores de BZD. O mesmo estudo discute, a partir dos relatos médicos, como a execução de tal prática é desconfortável para os profissionais, visto a grande demanda por parte dos pacientes e o desencadeamento de um sentimento de uma prática ilícita, mesmo considerada lícita, justificada por terem conhecimento das consequências acarretadas pelo uso contínuo.

No entanto, a prática rotineira é justificada pela transferência a fatores externos, como fatores sociais, ausência de recursos e, até mesmo, culpam outros médicos pelo início do uso dos medicamentos “controlados”. De acordo com a Associação Mundial de Saúde Mental (1993), estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos e metade destes gostariam de parar o uso. No entanto 30% dos usuários pensam que o uso é estimulado pelos médicos.

Vale ressaltar que existem benefícios significativos de quadros clínicos e enfermidades proporcionados pela introdução dos benzodiazepínicos no tratamento de doenças, devido às ações ansiolíticas efetivas as quais trouxeram respostas consideráveis aos pacientes. Entretanto, a má utilização dessas drogas desencadeou um processo de grave problema de saúde pública e até mesmo uma iatrogenia.

Para a aplicação dos medicamentos como terapêutica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prescrição dos benzodiazepínicos por períodos entre 2 a 4 semanas, no máximo, e apenas nos quadros de ansiedade ou insônia intensas. Contudo, os próprios órgãos internacionais, como a OMS e o Internacional Narcotics Control Board (INCB), têm alertado sobre o uso indiscriminado e a insuficiência do controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a realidade do tratamento com BZD, é percebida pela introdução dessas drogas apressadamente como principal terapêutica de doenças relacionadas ao sofrimento humano e, muitas vezes, sendo utilizadas por tempo indeterminado. Para fins discursivos do estudo, chamamos, portanto, de abuso, o uso de BZD há mais de um ano e de forma contínua.

Consideramos que, devido ao alto potencial para desenvolvimento de tolerância e dependência, o abuso dessas drogas, apesar de lícitas e prescritas por profissionais autorizados, devem ser abordadas na perspectiva de uma dependência

química. Ademais, devemos considerar suas consequências, compreendendo-as como possível porta de entrada para outras drogas (lícitas e ilícitas), como também para o aumento de anos de vida ajustados em função da incapacidade – AVAI. A partir dessa realidade crítica, muitas pesquisas brasileiras e mundiais têm demonstrado as consequências do uso prolongado dessas drogas que incluem a dependência, a tolerância e a possibilidade de síndrome de abstinência.

A possibilidade de desenvolvimento de **dependência** deve ser sempre ponderada, principalmente para determinados grupos cujo desencadeamento do processo é mais frequente, conforme abordam alguns estudos. Os fatores de riscos estão potencialmente direcionados aos grupos de mulheres, principalmente as idosas, os poliusuários de drogas, pessoas com distúrbios do sono, com doenças psiquiátricas e aquelas que buscam o alívio do estresse ou ansiedade (FRASER, 1998; LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

De tal modo, o fenômeno de dependência é compreendido pela permanência do consumo do medicamento mesmo após a eliminação dos sintomas que o levaram ao tratamento inicial, ou seja, o sujeito não consegue ficar sem usar o antídoto. O usuário, além disso, se depara com a **síndrome da abstinência** ao arriscar interromper a ingestão de forma abrupta, ocasionando sintomas como agitação, insônia, tremores, irritabilidade, sudorese, dores de cabeça e, eventualmente convulsões.

Outro fator relevante mencionado é a **tolerância** provocada pelos benzodiazepínicos, pois o usuário precisa aumentar a dose ingerida para obter o mesmo efeito inicial, logo, provoca, muitas vezes, o aumento da dosagem do medicamento e exacerba o risco de toxicidade e dependência (OLIVEIRA, 2000).

Porém, independente dessas sequelas fisiológicas apresentadas, segundo Oliveira (2000), a dependência medicamentosa precisa ser percebida dentro da perspectiva cultural e social, o que envolve uma variedade de significados e funções. Assim, faz necessário compreender como é construído o efeito normalizador de tais tratamentos diante da tentativa de eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico sem lhes buscar a significação a qual o sujeito está inserido. Roudinesco (2000) afirma que:

[...] quanto mais se promete o fim do sofrimento psíquico através da ingestão de pílulas, que nunca fazem mais do que suspender sintomas ou transformar uma personalidade, mais o sujeito, decepcionado, volta-se em seguida para tratamentos corporais ou mágicos.

Nessa lógica, esses medicamentos são popularmente conhecidos pela sua capacidade de sobrepujar a ansiedade e a angústia, assim chamadas de tranquilizantes, calmantes e, mais tecnicamente, de ansiolíticos. Podemos pensar o termo ansiolítico a partir da etimologia da palavra, a dividindo em *ansi*, como referente a *ânsia*, a ansiedade e *lítico*, como *lise*, como quebra, ou seja, a quebra da ansiedade. Essas drogas implementam a lógica de ocasionar o controle técnico e químico do que é referente ao sofrimento inquietante da existência humana como uma "lise" e, portanto, como objeto técnico para conter imediatamente aquilo que se refere ao sentimento mais intrínseco e subjetivo do sujeito, o seu próprio mal-estar. É pelo poder das ações químicas no corpo dos indivíduos que as práticas médico-psiquiátricas conseguem ter a função mais penetrante e eficaz da assistência em saúde (FOUCAULT, 2006). Assim, conseguem atingir profundamente sua vida social, de acordo com as regras estabelecidas nas práticas elaboradas por eles mesmos, tendo o medicamento como principal ferramenta de trabalho, além de transformar os pacientes em objeto de suas práticas.

Diante dessa realidade, estatísticas mostram uma maior prevalência no uso de benzodiazepínicos por mulheres (duas a três vezes mais do que em homens). No Brasil, pesquisas demonstram quanto os índices são ainda maiores em mulheres divorciadas ou viúvas, de menor renda e em média de 60 a 69 anos de idade (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; KAPCZINSKI *et al.*, 2001; KARNIOL *et al.*, 1986), sendo que o uso também é triplicado e mais provável em pacientes portadores de transtornos psiquiátricos (GONZÁLEZ RUBIO; ROJAS CASTILLO; DÍAZ VARGAS, 1995).

Ainda segundo a pesquisa realizada por Oliveira (2000), o consumo de Diazepan® por mulheres acompanhadas pelo sistema público de saúde de Sobral/CE aponta que 75% dos consumidores de uma farmácia pública era do sexo feminino. Já no estudo realizado no município de Fortaleza, mostra que numa das farmácias do sistema público de saúde apresenta 72% dos consumidores do medicamento era constituído por mulheres.

Ao analisar o fenômeno sob uma ótica mais ampla, percebemos como o casamento das propriedades benzodiazepínicas com a medicina científica e o modo de produção capitalista, abriu espaço para uma epidemia de dependência química bastante singular, não só aceita socialmente, mas até mesmo estimulada. Isso porque a substância nasce com um forte potencial para servir às duas dimensões

desse processo. Por um lado, vem à serviço da manutenção de um corpo que funciona para o modo de produção para atender às necessidades do capitalismo, sem demonstrar mal-estar ou dor, por outro, porque mostrou-se ser imensamente lucrativo para a indústria farmacêutica, tornando-se a medicação mais consumida do mundo e com um público cativo.

De acordo com Mendonça (2011, p. 49):

O medicamento é assim uma espécie de corretivo, um auxiliar da disciplina do corpo. Podemos aqui dizer que a função dos benzodiazepínicos é a de reter e controlar a mulher nos lares, controlando o nervoso e fazendo honrar as obrigações determinadas, sustentando um corpo disciplinado com conotações morais.

Diante dessa conotação moral, questionamos o uso de benzodiazepínicos percebido unicamente por uma questão de controle de gênero sobre o outro, ou mesmo, como um poder de um grupo social sobre o outro (MENDONÇA, 2011). Embora essas questões sociais devam ser consideradas, entendemos que não são suficientes para compreender a complexidade do problema, já que estão em jogo também elementos subjetivos de cada mulher que vão além do contexto social.

Esse fato ocorre em meio à padronização do sofrimento pelas ciências da saúde, realidade que questionamos no âmbito desse estudo, nos fazendo buscar uma discussão que seja sustentada pela singularidade e subjetividade da mulher. Assim, abordamos a psicanálise como forma de abrir um canal para dialogar a relação da mulher com seu sofrimento para além de uma questão social e de gênero.

Por meio da psicanálise é possível debater a temática do uso de benzodiazepínicos na contemporaneidade, trazendo um viés subjetivo no contexto do sofrimento psíquico, interligado ao saber inconsciente. Isso, no entanto, nos traz a necessidade de revelar o processo histórico e as modificações percebidas ao longo do tempo, no que diz respeito às diferenças das "formas de subjetivação" (FOUCAULT, 1976), diante do uso de benzodiazepínicos e, sobretudo, sobre o mal-estar atual na civilização.

Freud ([1930] 2010) questionou a relação do sujeito com a modernidade, caracterizando a época pelo "desencantamento do mundo, o esvaziamento dos deuses e a racionalização da existência forjada pelo discurso da ciência" (BIRMAN, 2007). Antes disso, o mundo medieval era regulado pela religião, por dogmas divinos e pelo teocentrismo, garantindo que a vida humana permanecesse fundada

na ordem divina. Por consequência, então, o homem era assujeitado à ordem involuntária (BIRMAN,1997).

O homem moderno traz nova configuração das relações entre o sujeito e a verdade, em que a possibilidade de acesso à esta foi concentrada no conhecimento, tendo a racionalidade como principal meio. Assim, apesar do homem ter criado condições para fazer aparecer o sujeito em suas elaborações construídas no nascimento da clínica moderna, ele o expulsa de tudo que diz respeito a ele mesmo e sua subjetividade. É no discurso do mestre como imperativo de saber sempre mais, que exige-se o comprimento ininterrupto da produção de saber. O mestre na ciência moderna e científica, é o saber e nada pode detê-lo, sendo tudo considerado como objeto ou objetivável para alcançar a objetividade científica.

Ali mesmo o homem moderno e a ciência consolidavam a racionalidade do pensamento cartesiano e a clínica médica já baseava-se na redução da doença ao corpo do doente. De forma ainda mais intensa nos tempos atuais, essa lógica é pautada pela identificação dos sintomas apenas por meio da lesão física ou dos tecidos e na mera observação, chamada por Foucault (2001), de clínica anatomopatológica, embora essa clínica não tenha respondido, como nos outros campos, à atuação clínica da “medicina mental”. É interessante ressaltar como Freud guiou sua atuação clínica a partir dessa lógica, já no seu tempo.

Freud, portanto, nega justamente esse modelo e se interessa por aquilo que não se encaixa nessa elaboração. Aproxima-se exatamente das mulheres cujos sintomas não tinham base orgânica, mas eram causadores de sofrimento e ocasionavam o abarrotamento do Hospital de Salpêtrière. Em pouco tempo, o pai da psicanálise revela o mundo subjetivo daquelas mulheres e descobre um sentido em suas falas, revelando uma verdade acerca de seu sintoma e sobre si. Apesar de terem sido julgadas por muitos de fingidoras, foi por meio delas que Freud nos proporcionou a revelação de um campo de saber, com qual foi possível desvendar a lógica do inconsciente: a Psicanálise.

Posteriormente, em seus inúmeros textos, mais especificamente no artigo “Mal-estar na civilização” (FREUD, [1930] 2010), o psicanalista nos mostra como o sofrimento é condicionante a nós humanos por vivermos em civilização. Decerto, estamos imersos nas relações de prazer e desprazer provenientes de fontes externas, como as relações estabelecidas com os outros, das quais queremos fugir para seguir o princípio do prazer, além das causas por fontes internas. Ele ainda nos

revela que, com o passar do tempo, podemos perceber o quanto não é possível fugirmos de muitas sensações desprazerosas durante a vida. Estamos mergulhados em nós mesmos, bem como no nosso próprio corpo e eles por si já são fontes de desprazer. É nessa relação entre a busca do sentimento de prazer e a fuga do desprazer que os sujeitos se confrontam com o sofrimento decorrentes do viver. Assim, o mal-estar é fruto da impossibilidade de se atender às demandas sociais e às reais necessidades individuais enquanto sujeito.

Desde esse momento, Freud ([1930] 2010, p. 28) exibiu o quanto as substâncias tóxicas já eram utilizadas para amenizar o sofrimento humano, chamando tal prática, de “medidas paliativas”. O psicanalista, além disso, nos apresenta outras medidas que contribuem para aliviar o sofrimento humano: a arte, designada como medida de satisfação substitutiva e a ciência, por exemplo, como forma de conter a infelicidade. O autor afirma ainda que buscamos sempre a felicidade e sua permanência constante. Todavia, essa busca contém dois lados, um deles intento positivo e o outro como negativo. Refere-se que, nessa situação, está revelada a ausência de dor e desprazer em um lado e, noutro, a vivência de fortes prazeres. Entendemos, portanto, como é decisivo para a função da vida a leitura feita por Freud para compreender “o programa do princípio do prazer” (FREUD, [1930] 2010, p. 30).

No entanto, o psicanalista acrescenta que “esse programa está em desacordo com o mundo inteiro, tanto o macrossomo como microssomo” (FREUD, [1930], 2010, p. 30), contrariando todo o arranjo do Universo, pois não se acha a possibilidade do homem ser “feliz” no plano da “criação”. Apesar de ser uma afirmação espantosa frente ao que preconizava a ciência moderna, Freud trouxe à tona sobre como ocorre a origem do sofrimento humano, mostrando-nos um caminho onde podemos alcançar tudo o que desejamos, pois o programa de ser feliz imposto pelo princípio do prazer é irrealizável (SILVEIRA, 2013).

Trata-se, assim, de exprimir quais as possíveis fontes do sofrimento do qual o homem está condicionado: primeiramente, o que é revelado pelo próprio corpo, o qual é fadado à decadência. O segundo como o mundo externo é desencadeador de consequências maléficas à vida e, por fim, o sofrimento mais árduo, o causado pelas relações entre os homens. Podemos compreender tais formas de sofrimento devido vivermos em civilização e, para que isso seja possível, é necessário abdicar de grande parcela de satisfação pulsional. Contudo, a mera

perda de satisfação não quer dizer que ocorra o “desaparecimento da pulsão, pois ao ser reprimida, ela tende a retornar e tentar se satisfazer, é nessa tentativa que ela relança mão de alguns sintomas” (SILVEIRA, 2013).

Nesse sentido, o sintoma para a psicanálise é compreendido como algo bem diferente da psiquiatria, pois o sintoma envolve paradoxalmente uma parcela de satisfação. Nisso o sintoma pode chegar à consciência como sofrimento, geralmente, revelado em quadros fóbicos, em manifestações somáticas sem base orgânica, repetição de comportamentos, os quais podem por em risco sua própria vida. Assim, o inconsciente é apreendido como uma espécie de "satisfação substitutiva" (FREUD [1917] 2010). O viés exprimido pela psicanálise no faz pensar em como o sofrimento permuta os sintomas identificados pela fala dos sujeitos e a importância de decifrá-los para conduzir a escuta.

Do mesmo modo, Freud ([1917] 2010) constata que as formas mais interessantes de evitar o sofrimento são produzidas pela influência exercida no próprio corpo, e uma das formas mais eficazes de influenciar o organismo é o químico, a intoxicação, uma vez que esta impede, muitas vezes, o contato com situações desagradáveis, como também ocasiona prazer no sujeito. Conforme exprime o psicanalista:

O serviço dos narcóticos na luta pela felicidade e no afastamento da miséria é tão valorizado como benéfico, que tanto indivíduos como povos lhes reservaram um sólido lugar em sua economia libidinal. A eles se deve não só o ganho imediato de prazer, mas também uma parcela muito desejada de independência em relação ao mundo externo. Sabe-se que com ajuda do “afasta-tristeza”^{*} podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade. É notório que justamente essa característica dos entorpecentes determina também o seu perigo e nocividade. Em algumas circunstâncias eles são culpados pelo desperdício de grandes quantidades de energia que poderiam ser usadas na melhoria da sorte humana (FREUD, [1930] 2010, p. 33-34).

Assim, apesar de Freud não se referir aos medicamentos psicotrópicos ou mesmo os benzodiazepínicos, pois esses medicamentos surgiram anos depois da escrita do referido artigo, compreende-se os medicamentos como substâncias tóxicas, cuja lógica é a mesma. Isso se deve, sobretudo, pelo fato de serem substâncias psicoativas capazes de ocasionar dependência e toxicidade, mesmo sendo legalizadas.

Freud ([1938] 1996) já relatava sobre como a inserção hegemônica dos psicofármacos poderiam impor limites ao tratamento psicanalítico, para o qual a fala

é a ferramenta primordial. Ele, então, questiona como pode aparecer futuramente algo que possa agir diretamente, como algumas substâncias químicas, contestando acerca da quantidade de energia e sua distribuição no aparelho psíquico. E, então, interroga se serão descobertas outras possibilidades terapêuticas. Afirma, por fim, que naquele momento só se dispunha da técnica psicanalítica.

Hoje, presenciamos algo que Freud não imaginava. Após a inserção da psicanálise na maioria dos países ocidentais, o saber psiquiátrico encontra-se praticamente subjugado pela valorização significativa da psicofarmacologia. A realidade é que a psiquiatria vivenciada na época vitoriana tem sido progressivamente excluída. Em seu lugar, vem surgindo um saber que valoriza unicamente as substâncias químicas como forma de tratamento para aquilo que foi chamado, ainda no século XIX, de “doenças da alma” (ROUDINESCO, 2000).

Nesse sentido, muitas críticas vêm sendo feitas ao modelo psiquiátrico moderno e biológico, denunciando certo fracasso do paradigma atual, ao se questionar o tratamento medicamentoso como única solução de controle das produções sintomáticas. Tal paradigma não consegue assegurar um “tratamento eficaz” para aquilo que há de mais subjetivo no ser humano. O sofrimento psíquico não é alcançado unicamente por códigos de doenças nem por prescrições generalizadas em que os mesmos psicotrópicos são receitados para os mais variados sintomas.

Roudinesco (2000, p. 41) mostra as consequências disso ao ponderar que a Psiquiatria, diante do impulso da psicofarmacologia, acabou por abandonar o modelo nosográfico para beneficiar uma classificação dos comportamentos, que ocasionou a redução da “psicoterapia a uma técnica de supressão de sintomas”. Tal realidade coaduna com a valorização empírica e atórica dos tratamentos, para os quais os medicamentos são percebidos como soluções imediatas. Assim, a psicanalista afirma que “o moderno profissional de saúde, psiquiatra, psicólogo, psiquiatra enfermeiro ou médico, já não tem tempo para se ocupar da longa duração do psiquismo, porque, na sociedade atual” (ROUDINESCO, 2000, p. 41), o tempo é calculado de tal modo que não utilizar soluções rápidas na vida significa perder dinheiro. Tudo deve ser rápido, prático.

Ainda nos anos 1950, o tratamento medicamentoso deveria ser mantido em equilíbrio com a psicanálise, como também, “entre a evolução das ciências do cérebro e o aperfeiçoamento dos modelos explicativos de explicação do psiquismo”

(ROUDINESCO, 2000, p. 46). No entanto, aconteceu justamente o contrário, nos anos 1980, os tratamentos psíquicos, inspirados na psicanálise, foram exaustivamente atacados em nome do avanço da psicofarmacologia, a tal ponto que os próprios psiquiatras sentem-se hoje inquietos e criticam duramente seus aspectos nocivos e perversos (ROUDINESCO, 2000).

Nesse sentido, a autora (ROUDINESCO, 2000) relata como os psiquiatras sentem-se ameaçados pelo desaparecimento da própria prática, devido à realidade assistencial que ao mesmo tempo resguarda a hospitalização para a loucura mais grave, decifrada como doença orgânica e vinculada à medicina e, por outro, direciona aos psicólogos aqueles pacientes não considerados loucos.

Conforme essa consideração, a realidade do sofrimento psíquico na contemporaneidade nos remete à necessidade de contestar a ampliação de diagnósticos relacionados ao modelo hegemônico das práticas de saúde, permeadas pelos sistemas de classificação (DSM e CID¹). Essas classificações se propõem a minimizar a complexidade do sofrimento humano, reduzindo à várias séries de comportamentos quantificáveis e observáveis. Percebemos então a consolidação de catálogos organicistas, com base na localização anatômica, fundados em causas biológicas, a que atribuem as emoções e os sentimentos. Para atender a essa lógica, a intervenção é majoritariamente de base medicamentosa.

Nessa forma de classificar as doenças e sintomas, a psiquiatria encontrou uma maneira de legitimar-se como ciência biomédica, nos moldes positivistas já que, até então, era contestada com saber “inferior” pela ausência de aspectos científicos que a fundamentasse. Em nome disso, a partir do DSM-III, abandona-se a singularidade humana em benefício da generalização. Uma depressão passou a ser vista da mesma forma como uma hipertensão, afirmando que não há hipertensos, mas, sim, pessoas com hipertensão, assim não há mais depressivos, mas pessoas com depressão. Igualmente, “a doença passou a não ser mais compreendida como uma experiência subjetiva, mas como uma entidade nosológica na qual o sujeito é acometido” (RODRIGUES, 2003, p. 3).

Como afirma Simanke (2002, p. 22):

¹ Siglas referentes aos manuais de classificação de diagnósticos médicos: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (CID).

O indivíduo como objeto da ciência médica se constitui graças à expulsão de tudo que faz parte da dimensão subjetiva do paciente: a doença é, então, identificada com um processo real de alteração dos tecidos que o método anatomoclínico trata de desvendar com seu olhar: a fala do paciente, queixa subjetiva e desecaminhadora, é preterida em benefício do silêncio do cadáver.

Assim, a tendência da Psiquiatria de se aproximar da Neurobiologia restringe a compreensão da mente ao cérebro. Desse modo, o funcionamento da mente, equivalendo ao cérebro, pode ser comparada qualquer outro órgão. Como o fígado que produz a bile, o cérebro produziria o pensamento. Essa rígida forma de perceber o corpo por meio do funcionamento de seus órgãos ocasiona uma abordagem exclusivamente técnica de saúde, em que a doença é reduzida a uma avaria mecânica e o tratamento, à manipulação técnica (CARVALHO; DIMESTEIN, 2003).

Com essa abordagem materialista, há somente a valorização dos termos físicos e biológicos nos moldes do que provoca o efeito rápido e simplificado do medicamento, pondo como preceito a mesma lógica praticada pelo mundo moderno, onde prevalece "a lei do menor esforço". O discurso farmacológico coloca como centro da terapêutica o medicamento, com a lógica da universalidade, convocando uma questão preocupante para realidade psíquica dos sujeitos, conforme afirma Jerusalinsky (2001, p. 18),

[...] o problema, certamente, não reside na medicação – que costuma ser eficaz, em proporção significativa, na redução dos transtornos do humor e na moderação das precipitações afetivas –, mas na posição em que esta costuma ser colocada – como operador fundamental – acima e oposta à condição de sujeito do paciente. O problema é em que medida o vidro de comprimidos é usado como apagador do valor etiopatogênico da palavra.

Certamente, hoje, a pessoa, a partir da visão psiquiátrica, é vista como alguém que não conhece nada de seu sofrimento e precisa de um outro, na figura do médico ou do profissional de saúde, para conduzir a si. Deste modo, os recursos terapêuticos premeditados pela ciência biomédica centralizam-se no entendimento biológico, tomando como base o efeito genético e/ou fisiológico.

Assim, afirma Quinet (2002, p. 84) que:

A medicina hoje aparece mais do que nunca como um produto da conjunção da ciência com o discurso capitalista. A corrida pela descoberta da vacina da Aids, a medicalização crescente não mais apenas da doença mas principalmente da saúde, a fabricação de novas demandas endereçadas ao médico, a biologização dos ideais estéticos, a hormonização de processos antes naturais, tudo isso e muito mais é

impulsionado pela mão, não mais tão invisível como queria Adam Smith, que regulam mercado ferozmente competitivo. Essa “mão” hoje dita as linhas de pesquisa científica a serem seguidas, por que é ela quem as financia: essa “mão” é que escreve os currículos dos médicos-cientistas fazendo-os aparecer como figuras do mestre moderno, quando, de fato, estão a serviço do discurso do capitalista.

Em parte, a novidade destes contornos é devida à dada a crescente medicalização do sofrimento que, abordado como patologia, tem seu significado ignorado. A tentativa de padronização e universalização do tratamento se dá em detrimento da singularidade que o sintoma assume para cada sujeito. Qualquer sofrimento psíquico é, apressadamente, rotulado como patologia e tratado com medicamentos. Apresentados, destarte, como solução “mágica” e, ao mesmo tempo, cortejada por publicidade e promovida por interesses econômicos (VIEIRA, 2007). Isso ocasiona uma afirmação de uma certa alienação como indivíduo ao que se refere a si mesmo, bem como o seu próprio sofrimento e suas características subjetivas, fato esse que o diferencia como sujeito.

Nos faz pensar então, sobre a questão do tratamento e as intervenções praticadas pelos profissionais, pois essa ciência desconsidera a existência de um sujeito no adoecimento psíquico. Corroborar, ainda mais, com o que podemos chamar de "medicalização da vida". Como afirma Laurent (2004, p. 32) “estamos hoje mergulhados no medicamento”.

Diante da angústia e do desamparo, as pessoas preferem encontrar um nome (patologia) que identifique sua fraqueza, de preferência as patologias apresentadas como da “moda”, cujo tratamento é prioritariamente o medicamento, ao invés de buscar outras propostas terapêuticas, como as pautadas pela fala, as quais exigem responsabilidade acerca de si e seu sofrimento (TAVARES, 2010).

Portanto, o autor apresenta:

[...] se levarmos em consideração que a perspectiva biologizante (medicamentos) pressupõe um ideal de normalidade (normatização) que desconsidera as particularidades subjetivas individuais, isto por fim só acaba por reafirmar a alienação do indivíduo diante de si mesmo e diante de suas próprias condições e características subjetivas que o individualizam como sujeito (TAVARES, 2010, p. 18).

A maneira como é imposta a extinção das formas de mal-estar pelo efeito farmacológico que, além de produzir o apagamento dos recursos de que dispomos para dar sentido à vida (KEHL, 2003), dificulta a capacidade do sujeito para lidar

com o mal-estar, bem como de ter acesso às origens dos sintomas. Articulado a isso, podemos compreender os laços sociais e as formas de subjetivação. Ao “foracluir” o sujeito de seu próprio sofrimento, acaba-se por desresponsabilizá-lo de suas construções sintomáticas, além de contribuir para o tamponamento de sua própria falta (HASSAN, 2005). Se não há lugar para a falta, não haverá desejo se não haverá desejo, não haverá sujeito?

Ao tentar resolver o sofrimento humano por meio de medicamentos, confirma-se a negação da dor humana, admitindo-os com certa prioridade para tamponar aquilo que ocupa o lugar da causa de desejo do sujeito. Assim, ao sofrer modificações advindas dessas tentativas, o desejo passa a ser decifrado como desejo de objetos e não mais como desejo do desejo do outro. Transforma-se, portanto, o sujeito em mero consumidor de objetos, de preferência naqueles de uso rápido e facilmente substituíveis (FERRARI, 2002). Ao fomentar essa lógica surge a

[...] ilusão de completude não mais com a constituição de um par e sim com um parceiro conectável e descartável ao alcance da mão. [...] isso pode levar à decepção, à tristeza, ao tédio e à nostalgia do Um em vão prometido, assim como a diversos tipos de toxicomania (QUINET, 2001, p. 17).

De tal modo, o uso indiscriminado de medicamentos anestesia os sujeitos e os deixa apáticos e distante da verdade do desejo. É nessa alienação ao medicamento que assistimos a era da individualidade substituir a da subjetividade, “dando a si mesmo a ilusão de uma liberdade irrestrita, de uma independência sem desejo e de uma historicidade sem história, o homem de hoje transformou-se no contrário de um sujeito” (ROUDINESCO, 2000, p. 14).

Contudo, estando os BZD inseridos numa classe de medicamento cuja função é impetrar essa lógica medicalizante, ao indagarmos os efeitos sobre o ser falante, entendemos que os mesmos não se restringem, de maneira alguma, à dimensão meramente química. Trazemos, assim, a percepção de outra lógica, ao compreender o medicamento como elemento que participa do mundo do mundo simbólico (já que é apreendido a partir de palavras) e, como tal, pelo efeito que provoca em cada sujeito dentro da sua construção significativa.

Recorremos aqui ao autor Eric Laurent (2004), em seu texto intitulado “Como engolir uma pílula?”, onde o mesmo assegura que “a primeira maneira como o medicamento se articula ao simbólico é quando ele é objeto da demanda.

Demanda de obtê-lo ou demanda de ser privado dele” (LAURENT, 2004, p. 34-35). Sabemos que hoje, no entanto, as demandas compõem nos serviços em forma de procura de medicações.

A segunda proposição do autor é acerca da relação do medicamento com os significantes que o nomeiam. Uma medicação também é um elemento do mundo simbólico e, como tal, vai ser tomada por cada sujeito dentro de sua rede de construção significativa (LAURENT, 2004). Então, embora seja produto da ciência, o medicamento exige um nome. É nessa perspectiva que a indústria farmacêutica o nomeia com significantes pertinentes, a fim de fazê-lo circular com aceitação no mercado, tanto ao que diz respeito aos sujeitos, como pela distribuição comercial. Eles vendem algo a mais que o princípio ativo. Assim é que aprazolam vira no mercado Apraz (aprazível? prazer? paz?); o clorazepato dipotásico se torna tranxilium (tranquilidade?); o oxazepan chega como serenid (serenidade?); o chlórdiazepoxide como librium (liberdade?). É frequente, ainda, os pacientes recusarem um nome comercial diferente da mesma substância, alegando que ele não tem a mesma ação.

A terceira proposição de Laurent implica em considerar o fato de que o medicamento “é inseparável do Outro como tal”. Isso ocorre pela instituição de certo controle social do uso, como a “legislação de sua distribuição, pelos agenciamentos de sua destinação, além da responsabilidade daquele que receita”. Afirma-se com isso, a forma de capturar as “mais finas redes simbólicas do Outro”. Por conseguinte, as regras de uso necessitam de uma posição ética que embase tal prática.

O medicamento é permeado pelos “efeitos de significação”, justamente, pelas expectativas dos efeitos atribuídos à droga, tanto pelo profissional que o prescreve como pelo usuário. Para a psicanálise, trata-se dos efeitos de “significação fálica, o qual o medicamento pode provocar um efeito de castração ou de restauração do ser fálico” (LAURENT, 2004, p. 36). É no imaginário que o medicamento “pode ser restaurado sob forma de um objeto a, tomado do outro para completar o sujeito”, chegando a ser colocado como efeitos reais do antídoto como o de alienação ou de separação do Outro (LAURENT, 2004, p. 36).

Somos seres de linguagem e, como tal, estamos submersos aos seus efeitos, cuja evocação está diretamente associada ao próprio sujeito e sua relação com o Outro. Mas há nessa relação sempre algo que escapa a dimensão simbólica, resiste à possibilidade de ser colocado em palavras (LAURENT, 2004).

Ainda segundo o psicanalista Laurent (2004), o medicamento é exposto como objeto libidinal e, nessa discussão do estudo, debateremos a sua compreensão sob quatro formas: o *phármakon*, o placebo, o "mais de vida", e o anestésico.

O *phármakon* era entendido na cultura grega como uma substância que podia ter efeitos seja de veneno, seja terapêutico. Portanto, o efeito da substância estava atrelado ao uso que se fazia dela, não a natureza da substância. Desse modo, implicava-se aí o sujeito, pois o resultado dependia do uso que era dado e não da substância em si.

Nesse sentido, Freud ([1920] 2010) também assume essa concepção, no texto "Além do Princípio de Prazer". "O medicamento é sempre suscetível de virar veneno". Deste modo, é "pelo hábito e pela necessidade no novo, faz aparecer uma espécie de automaton natural da repetição no organismo" (LAURENT, 2004, p. 34).

O autor revela a dimensão biológica do efeito do medicamento no corpo como algo semelhante ao aspecto do que deriva da dimensão do inconsciente transbiológico (LAURENT, 2004). "O medicamento tem estranhas relações com a repetição" (LAURENT, 2004, p. 34).

O psicanalista articula o efeito placebo como uma ação entre o que é verdadeiro e falso no corpo: há uso do efeito falso para atingir o verdadeiro. Nas palavras do autor "o placebo não é para ser utilizado de maneira subtrativa". Ele revela simplesmente que todo medicamento é inseparável de uma ação subjetiva. "Uma substância ativa que cura é ainda mais placebo do que outra, o placebo inativo, artificial" (LAURENT, 2004, p. 35).

O efeito libidizante do medicamento manifesta no sujeito a relação de engano diante do "sentimento de vida". O sujeito ao ser desafiado pelas desavenças da vida, como sentimento de sofrimento, de angústia, de tristeza ou mesmo quando perde seu corpo libinal, busca no medicamento (antidepressivo ou ansiolítico) um antídoto capaz de enviar uma "mensagem enganosa". Teríamos aqui um efeito de placebo? Isto é um "anestésico" ilusório? Por meio do efeito enganoso, o sujeito é capaz de esquecer dos sentimentos de desprazer e de infelicidade (LAURENT, 2004).

O medicamento, tomado nesse sentido, pode ser compreendido como uma articulação da dimensão da demanda. Lacan ([1966] 2001) atenta para a relação do médico com a demanda, para além da execução de sua função de distribuidor de medicamento dizendo que o mundo científico deposita nas mãos do médico um número infinito do que ele pode produzir como agentes terapêuticos

novos, químicos ou biológicos. Eles põem a disposição do público, e o paciente pede ao médico da mesma forma que um agente distribuidor, que os coloque à prova (AGUIAR, 2014 ou 2000!!).

O que está em jogo no estabelecimento da relação demandada ao profissional é algo para além de um mero pedido a ser atendido e uma revelação associada à sua construção subjetiva como sujeito, em seu desejo de gozo, comprimida pelo pedido verbalizado ao médico. O que está posto é a relação do medicamento com o corpo, pois “um corpo é alguma coisa feita para gozar, gozar de si mesmo” (LACAN, [1966] 2001, p. 42). O corpo, nesse sentido, está para além de um organismo, como é apreendido pela medicina científica. Nessa perspectiva, o mérito da ação do profissional está atrelado às potencialidades do medicamento.

Ainda assim, o sujeito introduz o medicamento prescrito em sua cadeia significante, reinscrevendo-o nas “categorias do dito”. O medicamento “é um dos significantes-mestres de nossa civilização” (LAURENT, 2004, p. 38). Nesse sentido, Soler (2005, p. 70) relata o lugar do homem moderno, a ciência e a saúde:

De uns tempos para cá, se escutarmos as vozes dos médicos, assim como dos estatísticos, elas nos anunciarão que, na civilização moderna, as mulheres seriam mais deprimidas que os homens.

Foi a partir dessa perspectiva que trouxemos uma reflexão sobre a construção subjetiva das mulheres diante do consumo indiscriminado de drogas benzodiazepínicas. Tal maneira de consumo, aparece na relação entre as mulheres com essas drogas.

Nesse sentido, é que para concluir convocamos as palavras de Kehl (2002, p. 79):

Uma sociedade em que os homens concebem sua vida psíquica segundo o modelo do distúrbio e da cura neuroquímica (ainda que não se possa negar a importância da psicofarmacologia no auxílio ao tratamento das formas extremas de sofrimento psíquico) é uma sociedade em que as condições do laço social não convocam os sujeitos a fazer do pensamento um auxílio para a mediação de suas relações e na negociação de suas diferenças. Ao empobrecimento do pensamento correspondem, de um lado, a violência; de outro, a depressão.

4 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Antes de discutir a realidade da assistência de enfermagem na atualidade, faz-se necessário compreender como, historicamente, foi construída a clínica da enfermagem, no contexto da psiquiatria/saúde mental.

4.1 BREVE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CAMPO DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL

Inicialmente, destacamos que a enfermagem psiquiátrica constituiu-se a partir das demandas da psiquiatria. Portanto, entendemos que, através do estudo de tal constituição histórica, é possível compreender a atuação dos profissionais de enfermagem no campo que hoje convencionou-se chamar de “saúde mental”. Essa relação histórica entre psiquiatria e enfermagem é de grande relevância para o entendimento das práticas e saberes do enfermeiro.

A enfermagem emerge como prática de caráter religioso desempenhada por freiras e direcionada ao conforto da alma do paciente. Isso se deu em um tempo marcado pelas características do sistema de organização feudal, comandado pelo poder da Igreja e pelos princípios da solidariedade e altruísmo. O homem era, então, regido pelos dogmas da Igreja Católica cuja doutrina entendia o corpo como corruptor da alma. Assim, cuidar do corpo era proteger a alma (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Nessa realidade, os cuidados de saúde eram exercidos por mulheres que prestavam caridade, de forma humilde, apresentando obediência e submissão às pessoas enfermas. Os serviços de cunho religioso eram oferecidos como forma de salvação da alma dos cuidadores e remissão dos pecados supostamente cometidos. Essas mulheres eram reconhecidas como “anjos de branco” e os saberes eram passados de uma religiosa para outra. Miranda (1994) considera que a imagem angelical dessas cuidadoras aparece no ideário popular sustentando um dualismo entre o sagrado e o profano.

A autora mostra a relação entre as origens religiosas e filantrópicas da enfermagem, o papel da mulher neste processo e a constituição da enfermagem como campo que vinha se desenhando como profissional (MIRANDA, 1994). Entremeadado a isso, Miranda (1994) traz à tona um aspecto relevante do que ora

discutimos, isto é, as relações dos cuidados de enfermagem com saberes concernentes à atuação clínica face ao sofrimento psíquico.

Assim, Loyola (1994) enfatiza como as enfermeiras incorporavam aspectos sociais e religiosos em seu ideal profissional na figura abnegada e docilizada do “anjo branco” que serve como perfeição ao Estado e ao poder médico, à medida que elas se tornam corpos dóceis e disciplinados. Podemos perceber até hoje as consequências dessa influência histórica. A profissão de enfermagem ainda é marcada pela predominância de mulheres, por uma realidade com difíceis condições, longas jornadas de trabalho e pela incessante busca de reconhecimento.

Nesse sentido, ao recorrer a aspectos históricos, deparamo-nos com a etimologia da palavra *nurse*, que hoje significa enfermeira em inglês. Os primeiros registros da palavra datam de 1526 e faziam referência à mulher que amamenta ou cuida de pessoas. Quanto à palavra francesa *infirmière*, há registros de 1398 referindo-se às pessoas que cuidavam de pessoas de doentes em espaços destinados à exclusão do pobre, a se estabelecer como instituição terapêutica (hospital) no final do século XVIII (FOUCAULT, 1989). Assim, a enfermeira é designada como uma pessoa que cuida de enfermos já nessa época, com a função de suprir uma ausência ou uma carência, à uma forma carinhosa de cuidar dos doentes, além de aparecerem como uma atuação restrita às profissionais do sexo feminino (MIRANDA, 1994).

Segundo Oliveira *et al.* (2005), foi com a chegada do sistema de produção capitalista e a entrada da prática médica como saber pautado pela imposição científica e iluminista que articulou-se o modo de divisão da enfermagem em relação à prática médica. Pois, com a mudança do comando, nos locais destinados à cura, das religiosas para os médicos, institucionalizou-se o espaço hospitalar como lugar de intervenção médica sobre a doença, organizada pela prática clínica anatomopatológica. Nesse momento, apesar de não ter sido socialmente institucionalizada, a enfermagem se configura como prática e parte das religiosas e mulheres que já se encontravam trabalhando no hospital, começa a receber treinamentos.

Porém, até a criação da primeira escola de enfermagem por Florence Nightingale, na Inglaterra, o cuidado permaneceu sendo oferecido como custodial, sem caráter profissional e, no que se refere a enfermagem psiquiátrica, a assistência era praticamente inexistente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). Ou seja, o processo de trabalho da enfermagem tradicional desenvolvia apenas práticas de

trabalho de enfermagem disciplinadoras e sem elaboração de um saber específico como campo do saber (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Em decorrência da organização do hospital como lugar de cura e com a transformação no saber e nas práticas médicas, a enfermagem é institucionalizada, determinando a necessidade de um preparo técnico para desempenhar suas ações. A enfermagem vai abandonando, portanto, a prática laica e insere-se na organização do espaço hospitalar para intervir sobre a doença. Ocorre, por conseguinte, o nascimento da enfermagem moderna, na data de 9 de julho de 1860, quando 15 candidatas foram aceitas na Escola Nightingale, onde foi reproduzido o modo de produção do sistema vigente, o capitalista (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

O modelo educacional introduzido por Nightingale tinha como objetivo a transformação do espaço direcionado para execução assistencial, em um espaço saudável, baseado na manutenção das condições ambientais e de higiene adequadas, para, assim, transformá-lo em local de cura. A precursora da enfermagem buscava, justamente, o cuidado condicionado ao processo restaurador da doença, voltado para execução do modelo biomédico e técnico.

Nesse instante, a enfermagem se subdivide, numa reprodução de hierarquias da divisão de trabalho. Essa divisão do trabalho de enfermagem ocorreu por meio de uma bifurcação social e padronizada, separando o trabalho intelectual da execução mecânica. Os âmbitos dessa divisão sempre estiveram submetidos às relações de jogo entre a compra e a venda da força de trabalho e, com base nessa realidade, instituiu-se a divisão da formação das categorias entre as *lady-nurses* e as *nurses*. A divisão reproduziu a estrutura social de classes da sociedade, as primeiras, oriundas da burguesia, eram preparadas para o ensino e supervisão, e as *nurses*, geralmente oriundas da classe baixa, executavam o trabalho de cuidado direto dos doentes e moravam e trabalhavam no hospital durante o período de formação. Porém, apesar da institucionalização da enfermagem como profissão, permanece o trabalho realizado basicamente por mulheres, mesmo que não mais como caridosas, com o objetivo de executar atividades com pouca exigência de qualificação e considerada subjugada ao saber médico. A execução do trabalho, nessa realidade, era comparada do trabalho doméstico e com baixa remuneração. Além disso, temos a mesma divisão instituída até os tempos atuais, exercida entre os enfermeiros graduados (*lady-nurses*) e àqueles com formação técnica de nível médio (*nurses*) (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Já o século XVIII foi marcado pela institucionalização hospitalar como espaço de intervenção médica sobre a doença e com organização anatomopatológica da clínica (FOUCAULT, 1989). Essas discussões nos fazem perceber como o exercício da enfermagem emergiu vinculado ao hospital, baseado nessa organização e subordinada a ela.

No que diz respeito à instituição prática da assistência psiquiátrica, essa realidade não foi diferente. O campo da enfermagem emerge a partir da constituição da medicina psiquiátrica, mediante um momento de mudança na percepção do que é o homem. Passando a ser apreendido como ser do pensamento racional (cartesiano) e baseado no saber científico. Assim, para atender essa lógica, predominam-se as práticas mecanicistas, centradas na técnica e no cuidado do corpo como mero organismo. Portanto, a doença também é o objeto de cuidado da enfermagem psiquiátrica.

Diante do encaminhamento psiquiátrico científico e moderno, foram apresentadas duas tendências hegemônicas, uma delas delimitou o tratamento da loucura em locais fechados para não importunar as cidades. A outra tendência, mostrou a formação da loucura com suas heterogeneidades entre as percepções da arte e o desvio da paixão, da doença na leitura da medicina, da oposição na política ou na polícia. "Para cada objeto, um agente e um mercado". Assim nasce a psiquiatria moderna, na busca para atender à lógica expansiva da racionalidade e da mercadoria (SAMPAIO, 1998). Na medida em que ganhou destaque na lógica do pensamento científico e racional, o saber médico científico incorporou-se à crença absoluta do poder da técnica como exatidão do cuidado. Assim, constituído por meio dessa acepção, o homem pode encontrar uma resposta exata para si e para sua felicidade (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Para atender essa demanda, a psiquiatria moderna ancorou-se, logo, no modelo biológico e apreendeu a loucura como adoecimento. Foi o psiquiatra Pinel quem fundamentou a inserção dessa lógica na assistência psiquiátrica, ao retratar a alienação mental como sendo um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso. Além disso, nesse contexto, foi definido o cérebro como sede da mente, local onde se manifesta a loucura, concretizando, de tal modo, a loucura como doença. Por consequência, o hospital é consolidado como o local de reclusão dos loucos para tratamento incessante, ficando a serviço da disciplina e do saber particular do médico. Portanto, o marco histórico para o surgimento da enfermagem

psiquiátrica foi, justamente, para atender a implantação prática assistencial entre divisão e implementação de tarefas no âmbito da assistência hospitalar.

O funcionamento do espaço hospitalar foi instaurado para proporcionar cuidados e praticar tais atividades, cujas intervenções eram baseadas em medidas disciplinares, para garantir a ordem e o controle dos corpos como principal terapêutica. Estas medidas foram regularizadas, principalmente, nos princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma que nenhum pormenor fugisse a esse saber permanente (FOUCAULT, [1979] 2000). Ou seja, o papel do enfermeiro era permanecer em vigilância, punição e busca da manutenção do ambiente hospitalar em ordem. Conforme aborda Rocha (1994, p. 12):

A enfermagem psiquiátrica, especificamente, foi criada para vigiar e disciplinar o louco. Desde então, a psiquiatria tem se transformado na teoria, no discurso; a práxis, porém, pouco mudou. E a enfermagem, ligada principalmente a práxis, participa pouco do discurso.

Os enfermeiros, de tal modo, exerciam o tratamento moral nos espaços asilares, conforme mostra Birman (2007). A terapêutica era constituída por uma prática na qual o indivíduo internado era minuciosamente regulado pelos agentes vigilantes (enfermeiros), mantendo-se hierarquicamente organizados, para conservar o ambiente asilar em ordem, onde qualquer conduta estranha e diferente deveria ser controlada.

A enfermagem psiquiátrica se mantém nesse lugar subsidiário à prática médica durante muitos anos, uma vez que se mantiveram como observadores e provedores das informações que serviam de fomento para a construção das primeiras classificações nosográficas da psiquiatria moderna. Nessa prática, segundo Kirschbaum (2000), manter-se nesse lugar deu algumas garantias à enfermagem nas instituições. Com o exercício da função de vigília, os enfermeiros adquiriram certo poder hierárquico, pois era por meio do olhar deles que o médico subsidiava sua assistência, exercendo, portanto, uma atividade meio e como substrato para o saber médico e a loucura.

Além disso, os enfermeiros atuantes no campo da psiquiatria, até por volta da década de 50, não possuíam um preparo formal para atuação nos hospícios, pois não existia treinamento específico nas escolas de formação. Alguns pesquisadores da área (KIRSCHBAUM, 1997; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003)

apontam para as percepções dos enfermeiros psiquiátricos dessa época que, até então, buscavam nesse campo de atuação, apenas uma possibilidade de atender suas próprias necessidades financeiras ou uma alternativa de profissionalização, em detrimento da aptidão ou vocação para desempenhar as funções do enfermeiro com os doentes mentais. No entanto, essas pessoas permaneciam trabalhando durante anos, diante da prática de saber-fazer destinado ao senhor, “um saber que sabe muito das coisas, mas o que sabe muito mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que este não o saiba, o que é o caso mais comum, pois sem isso ele não seria um senhor” (LACAN, [1969-1970] 1992, p. 30).

Nesse sentido, o saber/fazer pode ser repassado ao senhor, ocupado, na prática, pelo saber médico. A enfermagem submetida a lógica de saber-fazer, construiu-se na posição de poder sobre os alienistas ao mesmo tempo que contribuiu para uma identidade da profissão, mesmo sem questionar a quem ou por quem estava sendo produzido esse saber (KIRSCHBAUM, 2000). Essa produção do fazer sem saber pra que, é uma realidade comum na assistência realizada pelo enfermeiro, pois muito preocupa-se com a aquisição de habilidades para fazer o trabalho, mas pouco é contestada a forma de execução.

A partir dessa realidade, a enfermagem começa a se atentar para a necessidade de aquisição de um saber próprio, com identidade profissional, tendo como base o saber da ciência e assim, a partir dos anos 1950, iniciam-se as primeiras elaborações da enfermagem como “depositária e consumidora do saber” (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Emergem, entremeadas a isso, as elaborações das teorias de enfermagem, as publicações em revistas científicas, a realização de congressos elaborados por enfermeiros, além dos primeiros programas de pós-graduação destinados para formação de enfermeiros em mestrado e doutorado, inicialmente nos Estados Unidos. Por outro lado, essas conquistas são negadas no âmbito da assistência dos hospitais psiquiátricos, permanecendo o saber informal e assistemático, devido, principalmente, à desqualificação e formação da maioria dos trabalhadores da área.

Foi por volta dos anos 1970 que a enfermagem, começou a trazer uma outra percepção sobre a atuação menos reducionista e tecnicista, cuja a busca era em ampliar a inserção do sujeito social como objeto de cuidado. Nesse sentido, percebemos uma aproximação da enfermagem com as ciências sociais e humanas, com diversas abordagens filosóficas, levando à prática singular em seus processos

de trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Embora não tenham se tornado hegemônicas, surgiram reflexões que romperam com o modelo causa e efeito do processo saúde-doença, ao buscar uma compreensão na relação entre a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Nos anos 1980 e 1990, as mudanças na assistência aconteceram no próprio modelo psiquiátrico, mediante uma reorganização da saúde no mundo, o que fez surgir outras possibilidades para a atuação do enfermeiro. Nessa expectativa, a assistência psiquiátrica passa por transformações onde profissionais de enfermagem garantem a presença em dispositivos extra-hospitalares, instituídos pela mudança de paradigma, modificando a lógica da psiquiatria hospitalocêntrica para a lógica do campo da saúde mental destinados ao portador de sofrimento psíquico.

O processo de transformação de saúde e doença mental abrange muitos fatores decorrentes das concepções e práticas da ciência e de seu levantamento histórico. Assim, saúde, sofrimento e doença são complexas formas de expressão as quais permeiam as formas de compreender a realidade do sujeito e sua constituição psíquica.

4.2 O CONTEXTO DA REALIDADE BRASILEIRA

A chegada da Família Real, em 1808, provocou inúmeras transformações econômicas, políticas e sociais no Brasil. Com isso, um dos aspectos introduzidos socialmente, foi a lógica do controle urbano e a necessidade de recolhimento dos habitantes desviantes, como os mendigos, os órfãos, os marginais e os loucos. A proposta inicial era de não propor uma intervenção sobre a doença, mas apenas uma medida de controle e organização do espaço social. Entretanto, esses locais onde ficavam essas pessoas passaram a ser foco de grandes epidemias ao longo dos anos, questionando-se a necessidade do saber científico para operar em tais espaços. Assim, a loucura começa a ser compreendida como doença e, por conseguinte, se consolida a assistência médica como principal terapêutica (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Nesse contexto, por volta de 1890, sob influência dos modelos francês e da medicina moderna, diante da necessidade de organizar o manicômio, surge a primeira escola brasileira de enfermagem, no Brasil, ligada ao Hospital Nacional de Alienados: a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, nomeada hoje por

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, instituída dentro de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). A formação dos enfermeiros, nessa escola de enfermagem, objetivava apenas preparar as pessoas para o trabalho de cuidar dos alienados, como também a organização interna do espaço asilar/hospitalar, com base na terapêutica medicamentosa.

O século seguinte, marcado pelos avanços vividos pela ciência, trouxe para a enfermagem a necessidade de uma modernização. Em meados dos anos 1950, foi dada ênfase à necessidade de preparação na formação de profissionais enfermeiros para atuarem na psiquiatria, devido, principalmente, a influência da introdução de outras terapêuticas como a somatoterapia (eletroconvulsoterapia, insulinoaterapia e psicocirurgia), além do advento das drogas psicotrópicas (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A assistência direcionada à psiquiatria permaneceu inserida nos manicômios e baseada no modelo hospitalocêntrico durante muitos anos e foi tornando-se cada vez mais forte. Para essa consolidação observamos o poder do capitalismo inserido na ciência moderna, pautada pelo desenvolvimento da indústria farmacêutica e o assombroso lucro com as internações particulares nos hospitais psiquiátricos (MACHADO; COLVERO, 2003).

Nessa acepção, o modelo manicomial desencadeou inúmeras consequências para os pacientes, chegando ao ápice da exclusão social e da decadência humana, ao ocasionar a perda dos direitos civis e a fragilização dos laços sociais. Essas consequências não aconteceram, também, aos próprios profissionais ditos cuidadores, principalmente, devido ao longo do processo de cuidado direto com essas pessoas, em presença de um ambiente desolador e precário. Desencadeando, portanto, consequências psíquicas nesses profissionais (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Foi ao final da II Guerra Mundial que vários movimentos iniciaram a contestação das práticas psiquiátricas manicomiais e excludentes. Emerge então, a proposta de reforma da política em saúde mental, por meio da Reforma Psiquiátrica. Mundialmente, foram destacadas propostas preconizadas pela Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, Psiquiatria Preventiva nos EUA e ainda, de forma mais radical, o movimento italiano propôs a desinstitucionalização da assistência praticada.

Conforme destaca Furtado (2001, p. 166),

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

É no final da década de 70 que começa a ser discutida a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Até aquele momento, predominava maciçamente a assistência em hospitais e manicômios de caráter psiquiátrico, onde o isolamento social era quase irreversível. Foi por meio de reivindicações e denúncias realizadas, especialmente, por trabalhadores de Saúde Mental, que o processo de desospitalização da assistência aos pacientes em sofrimento psíquico começou a passar por mudanças. A discussão sobre a reforma aos poucos foi sendo fortalecida pela adesão de vários segmentos sociais, além dos familiares de pacientes, da mídia, intelectuais, chegando nas raízes das políticas públicas.

A desinstitucionalização surge então, a partir do modelo italiano, como um processo crítico e prático, impulsionado pelo trabalho de transformação dos aparatos manicomial e com ênfase na implantação de uma rede territorial direcionada à saúde mental, para substituir o modelo psiquiátrico tradicional por serviços comunitários e com normas para as internações involuntárias (AMARANTE, 1998).

Em busca do abandono do enclausuramento dos indivíduos, foi que se deu o resgate da cidadania e acarretou a reorientação do objeto de intervenção e cuidado. Assim, busca-se a alteração do foco da assistência direcionada a doença para uma assistência voltada para a "existência-sofrimento" dos sujeitos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Paulo Amarante, com seu amplo conhecimento como pesquisador, corrobora com tal perspectiva:

De doença mental para existência – sofrimento, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não equilíbrio. Instrumento de reconstrução da complexidade do fenômeno, a existência-sofrimento reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da "cura" para a produção de vida, de sociabilidade, de subjetividades (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 52).

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica, foi constituída por um movimento social em busca de reformular as estratégias e técnicas para substituir as "[...] práticas assistenciais do modelo clínico-biológico, hospitalocêntrico, de tradição

asilar e segregadora do doente mental, para uma cultura de reabilitação do usuário por meio da construção dos serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento” (LIMA; SILVA, 2004, p. 591). As estratégias de atuação do processo de reforma foram baseadas no modelo de descentralização da saúde, no controle da prática asilar e na repriorização do financiamento público.

As mudanças dos cuidados dispensados aos sujeitos em sofrimento psíquico e suas práticas ocasionaram um dos maiores benefícios para o tratamento em saúde mental, ao contribuir, significativamente, para o surgimento de outras modalidades terapêuticas no Brasil. Nesse sentido, várias outras categorias profissionais, além do enfermeiro, foram incluídas no processo de reabilitação psicossocial. O enfermeiro traz uma modificação no papel de vigília e contenção dos doentes mentais, para uma prática capaz de participar diretamente da recuperação dos pacientes em sofrimento psíquico (MIRANDA, 1994). Assim, a atuação da enfermagem entra em processo de transformação, e aparecem outros modelos para fundamentar tal modificação. No entanto, esses modelos surgem com características diversificadas e heterogêneas e raramente voltados para o sujeito enquanto singular.

Essa diversificação na atuação dos profissionais de enfermagem ocorreu, sobretudo, devido a ampliação dos dispositivos em saúde mental e das novas possibilidades de atuação do enfermeiro, onde a lógica assistencial vem sendo constantemente reestruturada e, conseqüentemente, com necessidade de modificar os processos de trabalho dos profissionais. Na enfermagem, a mudança da prática é redirecionada para implementação de novos projetos terapêuticos, como os atendimentos grupais e individuais, além da necessidade de produzir uma modificação na forma de apreender e intervir junto aos pacientes. Assim, o enfermeiro deve considerar a clínica como um lugar de intervenção do cuidado em saúde mental.

Após observação das práticas de enfermagem nos serviços de Saúde Mental na última década, Kirschbaum (2000) indica como os modelos assistenciais estão expostos de forma contraditória ou mesmo antagônica dentro de um mesmo serviço. Tornam-se, portanto, atributos característicos do contexto da realidade das instituições após implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Há mistura de práticas que regiam o modelo asilar com as práticas direcionadas para a substituição do modelo psicossocial, a começar pelo deslocamento da função do enfermeiro nessa realidade.

Vários caminhos e modelos éticos de intervenção estão entremeados as construções da clínica da enfermagem. Para compreender essas práticas, apresentaremos uma discussão baseada na experiência assistencial acerca do desenvolvimento das possibilidades e modelos que afetam o trabalho de enfermagem e saúde mental.

4.2.1 O modelo interpessoal

Esse modelo emergiu com a chegada das teorias de enfermagem, por volta da década de 50, e foi por meio delas que buscou-se um saber específico da categoria, na tentativa de ampliar ou renovar o conhecimento do enfermeiro. As teorias comportam referenciais teóricos filosóficos empiristas e racionalistas que consolidaram a oportunidade do enfermeiro, aparentemente, adquirir elementos capazes de configurar uma especificidade do seu fazer.

Nessa perspectiva, muitos autores trazem modelos e formas de materializar a clínica da enfermagem, apresentando várias propostas de bases epistemológicas que situam o “cuidado” como “essência da profissão” (WALDOW, 2001). Porém, a fundamentação para os estudos teóricos que abordariam o “cuidado de enfermagem” prevaleceu a de abordagem humanística-fenomenológica, apoiada na obra de Martin Heidegger (1889-1876) que muito influenciou a vivência cotidiana da profissão. A apropriação desse campo do saber traz à tona como a realidade do enfermeiro está fortemente associada à atitudes de maternagem e acalanto, onde um (o cuidador) detém os meios para fornecer aquilo que o outro (ser cuidado) necessita (MOLINA, 2004; SOUSA *et al.*, 2005; WALDOW, 2007).

Tais ferramentas buscam abordar o sofrimento psíquico para além dos cuidados técnicos, trazendo o relacionamento interpessoal ou relacionamento terapêutico (relação do paciente-profissional) como premissas para a execução do trabalho. Esses conceitos têm como principais bases as teorias de Hildegard Peplau e Joyce Travelbee. Nessas teorias, as abordagens desempenhadas pelas enfermeiras, durante sua execução clínica, são focadas em proporcionar mudança de atitude do pacientes frente ao seu problema, mediante interferência do próprio *eu* do enfermeiro.

Segundo a teórica Peplau (1990), o enfoque do cuidado não é trabalhar para o cliente, mas junto dele. De tal modo, essas práticas são regidas pelo

desenvolvimento de habilidades as quais os enfermeiros devem desenvolver em sua atuação, a empatia, harmonia e autenticidade, para assim ter condições de intervir e alterar o funcionamento psíquico do paciente. Nessa lógica, Peplau (1990) coloca o enfermeiro também como “terapeuta”. No entanto, avaliamos que as fontes teóricas que predominaram na teorização e implementação do relacionamento terapêutico na enfermagem aproximaram-se para o âmbito das “terapias do ego²” (SILVEIRA, 2011).

Além disso, a atuação psiquiátrica de forma geral se depara com a complexidade e com o limite entre a identificação do que é normal e patológico. Aos enfermeiros que utilizam o modelo científico tradicional, as anormalidades são apontadas a partir de parâmetros passíveis de alterações fisiológicas, como a medição da pressão arterial e da temperatura para, assim, intervir na conduta do tratamento julgado necessário para o paciente. Mas no campo da saúde mental, quando se trata de comportamentos humanos, no caso das emoções, de sentimentos, pensamentos, como definir o que é normal e o que é patológico? Os enfermeiros estarão, assim, tentados a cair numa rotulação, discriminando a diferença e, pior ainda, fazendo das nossas percepções enquanto sujeitos resposta para o outro.

Todos esses questionamentos nos fazem refletir e elaborar sobre possibilidades e contribuições no que tange à prática de ações na saúde mental e cuidados exercidos pelos enfermeiros, de forma que essa prática alcance a subjetividade humana. Não se trata de cumprir uma tendência da "humanização em saúde" para todo e qualquer âmbito da assistência, sem gerar uma reflexão acerca da assistência oferecida, mas sim, uma maior compreensão das questões que afetam um sujeito. Conforme compreendem Almeida e Rocha (1989), 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 ao atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente. Para isso, é necessário pensar no desenvolvimento de novas habilidades e instrumentalização do saber de enfermagem.

Nesta perspectiva, essas habilidades devem ser desenvolvidas junto ao paciente, colaborando para que ele possa construir um percurso para si,

² Esse termo foi utilizado por Jacques Lacan para se referir às abordagens – principalmente norteamericanas – que menosprezavam o inconsciente freudiano, buscando uma adequação da pessoa ao contexto social, tornando-a mais “madura” e “saudável”.

responsabilizando-se por suas questões 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).

É importante também refletir sobre o processo de constituição dos profissionais para que venhamos construir uma mudança na realidade a qual se mostra. É preciso nos conscientizar do papel que cada profissional tem na lógica da saúde mental e no seu formato de atuação interdisciplinar. Os enfermeiros possuem, sim, imensa responsabilidade como agente do cuidado, inseridos na sociedade, e como laço social diante do mal-estar na cultura.

Igualmente, pensemos numa assistência de enfermagem voltada para a singularidade, possibilitando uma assistência aos sujeitos a ponto de desenvolver uma prática que problematize criticamente a assistência biologicista e de modelização do paciente a um ideal de normalidade, promovendo um ambiente de trabalho mais voltado para as especificidades de cada paciente de modo que se faça uma abertura para a questão de seu desejo.

O propósito seria desenvolver um trabalho voltado para as especificidades de cada paciente e modificar o paradigma em que permanece alocando o lugar do paciente "dito doente mental" como mero objeto, retirando-o do lugar de passividade frente ao que lhe angustia e/ou o que lhe afeta. Portanto, é colocando-o, prioritariamente, como agente de seu plano terapêutico por meio da sua fala que podemos repensar o cuidado exercido pelo enfermeiro.

4.2.2 O modelo científico

A construção do saber da enfermagem psiquiátrica e posteriormente de saúde mental, foi proveniente da lógica do modelo médico e de sua ciência. Visto que a enfermagem adentrou as instituições para atender a lógica disciplinadora e de vigilância nos espaços de tratamento psiquiátrico, apresentando-se como elemento fundamental na estruturação e na operacionalização do Tratamento Moral, modelo que constituiu a psiquiatria conhecida até hoje (KIRSCHBAUM, 1994). Essa prática perdura, na maioria das instituições de saúde mental, acompanhando a tendência da hegemonia de uma Psiquiatria extremamente biológica e reducionista, nas quais predomina uma Psiquiatria classificatória.

Enquanto ciência e produtora de saberes na contemporaneidade, a enfermagem se depara com essa realidade hegemônica das práticas de saúde, e tenta enquadrar seus processos de trabalho tomando como base os sistemas de classificação de doenças (DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais) e o CID (Classificação Internacional de Doenças).

Por mais que seja propagado a importância da interdisciplinaridade como prática prioritária nas instituições de saúde, é a partir desses sistemas de classificação de diagnóstico médico que se organizam os serviços de saúde, deixando os outros saberes como coadjuvantes.

Tais sistemas de classificação, nasceram com o propósito de universalizar os diagnósticos de doenças. No caso do sistema de classificação dos enfermeiros, os diagnósticos são qualificados de acordo com os cuidados assistenciais necessários, nomeados de processo de enfermagem, cujo intuito foi de tornar as práticas de enfermagem mais evidentes. Isso ocorre, sobretudo, devido ao modelo que segue a proposta do método científico em suas etapas de investigação, formulação de hipótese, intervenção e avaliação. O processo de enfermagem é a aplicação do método científico à prática da enfermagem.

Nessa lógica, a Enfermagem buscou também a universalidade da sua assistência, lançando os sistemas classificatórios direcionados às práticas de cuidados, apresentadas pelo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Destaca-se, nesse enfoque prático assistencial, a necessidade de possuir habilidades psicomotoras para executar os procedimentos técnicos, a partir da utilização de métodos e princípios científicos, mediante os quatro processos direcionados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Essa sistematização é dividida em etapas: histórico de enfermagem, planejamento de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, implementação/intervenção de enfermagem e avaliação, cujo objetivo é padronizar a terminologia de todas essas etapas empregadas pelo processo de enfermagem. Portanto, todas essas classificações buscam compreender a “totalidade da experiência” da assistência de saúde (NANDA, 2002). Assim, esse método que une o saber científico, mediante organização sistêmica dos processos, formam o processo de enfermagem.

De tal modo, as práticas de enfermagem preconizadas pelo modelo científico são embasadas pela atuação do enfermeiro por meio da SAE. Com isso, o campo do saber da enfermagem vive em busca de valorizar a profissão nos moldes científicos, baseando-se na generalização, universalização e previsão dos sintomas físicos e corporais dos pacientes.

É por meio desse processo sistematizado que a enfermagem acredita adquirir novas possibilidades como saber, bem como uma oportunidade de obter garantias de autonomia no seu campo de atuação, além da independência em relação às outras áreas do conhecimento (ANDRADE, 2007). Assim, por ser dividida em processos sequenciados, o processo de enfermagem permite maior organização quanto à assistência e, conseqüentemente, propicia a criação de condições próprias para cada uma delas.

No entanto, é preciso refletir se é possível universalizar a mesma prática que funciona para atender as necessidades biofisiológicas do corpo e da sistematização do processo de trabalho da enfermagem em âmbito hospitalar, para o campo da saúde mental. Uma vez que o cuidado não pode ser o produto de um saber exclusivamente sistemático provido do saber científico e tecnológico, pois se assim o for, será insuficiente para a execução efetiva daquilo a que se propõe alcançar (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Tendo em vista a delimitação do saber-fazer da enfermagem e a forma de organizá-lo por meio de classificações metodológicas rígidas, percebe-se a busca direta dos ideais de objetividade, generalização e neutralidade próprios da ciência moderna, e, nesse entremeio, não há lugar para o sujeito (CUNHA, 2011). Segundo Alencastre (2000) esse é modelo mais utilizado nas escolas brasileiras, justamente, por não levarem em conta a singularidade de cada cliente e de cada relação terapêutica.

Entendemos, portanto, que as reformulações da clínica da enfermagem são provenientes do modelo da medicina, por partirem da mesma aplicação do seu método científico e pelo próprio processo histórico mediante o qual a enfermagem foi emergida. Não se trata de negar a importância da ciência médica e seus benefícios para a vida contemporânea, mas, sobretudo, realizar um questionamento da aplicação padronizada no âmbito dos serviços onde é exigido um olhar capaz de compreender o sofrimento psíquico e os seus fatores subjetivos que, na maioria das vezes, escapam da lógica da previsibilidade sistematizada.

As pessoas que buscam atendimento devido ao seu sofrimento, estão inseridas em seu contexto social, hábitos de vida, costumes, crenças e as mais diversas construções subjetivas. Deste modo, tratá-los com um sistema classificatório padronizado, acaba deixando os profissionais de enfermagem em maus lençóis, principalmente quando nos deparamos com as necessidades dos pacientes que escapam ao padrão já formatado, apontando para um furo nesse saber. Uma vez que em algum momento da permanência em uma instituição, direcionada para assistência em saúde mental, os pacientes podem até vir desenvolver queixas físicas, no entanto não é o principal motivo de sua estadia ali, mas sim, as suas manifestações psíquicas sob a forma de sofrimento (SILVEIRA *et al.*, 2011).

Corremos o risco, assim, de tornar a SAE em uma prática reducionista, que propicia a anulação da subjetividade necessária para se estabelecer o cuidado clínico em saúde mental singular. Pois, entendemos que é na singularidade que cada pessoa pode produzir suas próprias questões, diante da relação consigo mesmo, com sua sexualidade e desejos (BEZERRA, 1996).

Por outro lado, na assistência dos pacientes em sofrimento psíquico, nos deparamos com a crescente ampliação dos diagnósticos classificatórios relacionados às doenças mentais, fobias, depressões, pânicos. É prática comum esses sofrimentos humanos serem traduzidos em doenças e propagadas de forma hegemônica pela mídia e pela psiquiatria que periodicamente lança novas edições de sistemas classificatórios de doenças (CID, DSM) com mais diagnósticos. Em pouco mais de 50 anos da primeira edição do DSM, o número de patologias chega a ser quase 1000 vezes maior. Em face a essa realidade, presenciamos a prescrição médica e o uso de medicamentos psicotrópicos cada vez mais frequente. Dentre esses, um dos mais usados são os benzodiazepínicos. Então, faz-se necessário questionarmos: estamos vivendo uma crescente patologização dos fenômenos inerentes a existência humana? A serviço de que ou de quem o saber científico e a indústria farmacêutica vêm sendo operacionalizados?

Entendemos que historicamente o "objeto" da prática clínica em saúde mental consiste na doença, conforme foi definido pela psiquiatria. O diagnóstico é, portanto, o âmago desse saber, onde fica limitado a patologia clínica e a racionalidade técnica, porém essas ações não levam a uma percepção acerca do sujeito.

Inserida nessa dialética, a enfermagem é caracterizada por um saber e uma prática delineados pelo cuidado, porém, trata-se de um cuidado voltado,

principalmente, para o corpo. Igualmente, como prática científica, as pesquisas estão muito focadas na atuação do fazer concreto, sustentadas por essa tendência e arraigadas pelo modelo biotecnológico. Estando, conseqüentemente, cada vez mais direcionadas aos fenômenos anatomofisiológicos.

Nesse sentido, a noção de doença vem sendo levada ao extremo de tal modo que todo comportamento humano deve ser explicado pelas relações de causa e efeito. Fica evidente a relação dessa aceção nas práticas clínicas das instituições de saúde, quando os profissionais buscam estratégias que decifrem o sofrimento psíquico em doenças psiquiátricas ou transtornos.

A resposta a esses fenômenos é anunciada pela psiquiatria, fortalecida pela neurociência, mediante a oferta de recursos preponderantes como os medicamentos. Inserem-se, deste modo, os psicofármacos como recursos primordiais para “tratar” as questões humanas, funcionando como uma espécie de adormecimento para os sintomas ora apresentados. É assim que a relação com a humanidade consigo mesma vai ficando cada vez mais distante.

A hegemonia de tais projetos traz conseqüências drásticas para o lugar ocupado pelo enfermeiro nos dispositivos assistenciais, pois cada vez menos será necessário do profissional de enfermagem algo além das atividades meramente técnicas e voltadas para o físico, como administração dos medicamentos, observação dos mesmos, preparação e encaminhamento dos pacientes, além da vigilância e obediência às recomendações médicas diante dos comportamentos observáveis (KIRSCHBAUM, 2010).

Assim, após percorrer em realidades assistenciais, como pesquisadores e profissionais de saúde, compreendemos as limitações acerca desse fazer da enfermagem, principalmente, quando aplicados à realidade dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Alguns estudos (ALMEIDA, 2010; KIRSCHBAUM, 2000; SILVEIRA, 2012) realizados por profissionais de enfermagem, vêm buscando a apropriação de referenciais como a psicanálise, para subsidiar a assistência pautada na escuta do enfermeiro e na singularidade. Pois, acredita-se que ao promover essa aproximação com a psicanálise, é possível ampliar as possibilidades de produzir a clínica de forma mais coerente com as necessidades dos sujeitos que demandam cuidado.

4.2.3 O modelo psicossocial

Já nos dispositivos organizados a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica, aos poucos, os enfermeiros estão procurando uma readaptação às mudanças significativas no processo de cuidar em saúde mental. Os profissionais visam ganhar novos contornos no trabalho coletivo e individual, onde as condições de trabalho sejam mais favoráveis ao exercício da clínica e da reabilitação psicossocial. É necessário, no entanto, pensar em possibilidades de superação de uma prática direcionada para doença e rever as formulações teóricas de formação do enfermeiro.

Diante da reordenação das práticas e dos saberes, é importante fazer uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro com a mudança do modelo hospitalocêntrico para uma assistência pautada pela atenção psicossocial. Nos perguntamos, portanto, a que estamos direcionando os cuidados de enfermagem no campo da saúde mental? O cuidado técnico e biologicista, restrito ao corpo, corresponde à realidade da atuação do enfermeiro na clínica da saúde mental nos dispositivos pós-reforma psiquiátrica? Como tratar do sujeito que não tem uma lesão corporal aparente ou uma queixa com causa orgânica comprovada? Encaminhamos assustados para os outros profissionais tudo que diz respeito ao sofrimento da mente, da alma, da psique? Como construir novas possibilidades de cuidados direcionados a atuação do enfermeiro?

Após a ampliação dos equipamentos de Atenção Psicossocial, no final da década de 1990, e com a implementação da Reforma Psiquiátrica, houve um aumento considerável dos profissionais envolvidos nesses equipamentos, dificultando o alcance prático e teórico diante dimensão das realidades assistenciais distribuídas pelo Brasil. No entanto, os novos serviços destinados aos pacientes em sofrimento psíquico favoreceram à reorganização do trabalho em saúde mental, ao reformular as equipes multiprofissionais, sob uma perspectiva interdisciplinar, sem uma rígida definição de funções e papéis concernentes à formação de base do profissional (KIRSCHBAUM, 2000). Dentre as atribuições de toda equipe, essa realidade oportunizou o enfermeiro ampliar sua atuação em projetos terapêuticos tanto individuais como grupais, esses com a função de coordenar atividades com pacientes graves e de diversos sofrimentos. Nesse meio tempo, foi a oportunidade para a enfermagem reposicionar-se frente aos seus processos de trabalho,

possibilitando a saída do lugar de controle, vigília e exercício de poder, conforme exerciam no modelo psiquiátrico.

O abandono das práticas executadas na psiquiatria marca um novo estilo de atuação, nas quais as pessoas acompanhadas são percebidas pela história que trazem consigo, e também hábitos, costumes, crenças, além da forma de relacionar-se com as outras pessoas. De acordo com Kirschbaum (2000), a mudança na reabilitação e tratamento pautado pela desinstitucionalização da assistência, representava a restituição dos direitos civis, da identidade das pessoas ali abrigadas, um lugar social no grupo a que pertencia, fazendo-se necessário modificar radicalmente o modelo assistencial.

Para isso, os profissionais recorreram à estratégias e modalidades terapêuticas que dessem voz ao sujeito falante, reflexivo e, quem sabe, capaz de retornar a vida social. Assim, as práticas de reabilitação são realizadas com uma ética e não como uma técnica, uma ética de solidariedade que facilite a assistência dos sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes, além do aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade (PITTA, 1996).

Dentre as funções exercidas pelo enfermeiro no CAPS, destacamos as atividades assistenciais que englobam as consultas de enfermagem, administração e entrega de medicamentos, triagem, verificação de sinais vitais, visita domiciliar, supervisão e auxílio das atividades higiênicas. Incluem-se também o uso adequado dos medicamentos, orientações dietéticas de caráter social e de autocuidado. Tais atividades compreendem a assistência voltada para o âmbito, principalmente individual, com atendimento destinado às pessoas em surto, regulado pelo tratamento medicamentoso (VILELA; MORAES, 2008).

Pesquisas consideram que existem várias tendências teóricas influenciando a prática do enfermeiro no campo da saúde mental diante do processo de mudança da prática e dos paradigmas (MENDES; CASTRO, 2005; RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999). Esses estudos discutem que, embora muitos deles apontem para uma convergência teórica em torno da compreensão do papel do enfermeiro em serviços de saúde mental como “agente terapêutico, cujo objetivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio para melhorar as suas relações pessoais”, o trabalho efetivo dos enfermeiros encontra-se, muitas vezes, praticado para o desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Ou seja, prevalece o

distanciamento do enfermeiro no contato direto com os pacientes, mesmo sendo considerado esse cuidado como “as meninas dos olhos da enfermagem”.

Nesta realidade, ao mesmo tempo em que esses espaços possibilitaram a interação entre profissional de enfermagem e o paciente como um possível ambiente de intervenção e escuta, a atuação do enfermeiro permanece com restrições e dificuldades na execução de uma prática menos tecnocrática.

Primeiro porque, frequentemente, o enfermeiro fica responsável pelo contato inicial com o paciente para realizar a triagem, porém esse atendimento é intermediado por protocolos e questionários com perguntas previamente elaboradas (anamnese), restringindo a fala e a escuta do paciente perante o profissional. Ainda assim, nessa realidade, o papel do enfermeiro permanece, na maioria das instituições, restrito às funções de triar e encaminhar ou gerenciar os serviços e, quando se trata da terapêutica junto ao paciente, as práticas de cuidado são executadas apenas com cuidados físicos direcionados ao corpo e ainda pela execução de prescrições medicamentosas.

Nessa forma de realizar suas práticas, os enfermeiros permanecem bem próximos das atividades executadas no ambiente hospitalar e tal realidade repercute de maneira significativa no discurso dos profissionais atuantes nos dispositivos de Saúde Mental. Sendo assim, é comum apresentar uma queixa de despreparo e de ausência de uma formação que se proponha a construir um modelo assistencial capaz de assumir um cuidado direcionado para a dimensão do sofrimento psíquico de um sujeito. Além disso, apresentam-se desinformados sobre as mudanças das políticas públicas no país e com pouca crítica acerca da realidade da reabilitação dos pacientes de forma singular (MENDES; CASTRO, 2005).

Nos bancos das universidades, também ainda repetem as práticas e formações meramente tecnicistas. Os questionamentos e a visão crítica nem sempre são estimulados, há pouca valorização do que é subjetivo, pouco esclarecimento sobre a necessidade do profissional de lidar com as próprias angústias e dificuldades como sujeito. Pois, como é possível, enquanto profissional atuante no campo da saúde mental, vivenciar uma assistência cujo o foco é lidar com o sofrimento alheio, se nem mesmo olhar para o próprio sofrimento?

Segundo Lucchese (2005), existe um descompasso entre o ensino e a prática de enfermagem psiquiátrica e saúde mental com a realidade das políticas de saúde vigentes no país. Percebe-se, na realidade, uma forte necessidade da

profissão em atender a pressão recebida pelo capitalismo (de produção) e de buscar incessantemente se firmar enquanto ciência. Em troca disso, a enfermagem se distancia cada vez mais do cuidar como uma dimensão subjetiva. No entanto, as demandas apresentadas nos dispositivos extra-hospitalares, exigem uma postura diferente dos profissionais em relação à maneira de conceber alguém que lhe dirige uma queixa subjetiva (FILHO, 2011).

Com essa necessidade de mudança na realidade dos dispositivos assistenciais, no campo da saúde mental, ficou garantida a legalidade da presença do enfermeiro na assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico. Abriu-se, portanto, uma importante área de atuação profissional, mas não garantiu sua efetiva inserção nesses espaços ao que diz respeito a assistência desenvolvida. É perceptível, de tal modo, como a mudança na lei não é suficiente para acarretar uma mudança na prática.

Os discursos apontam para lacunas importantes quando observamos a inserção e desenvolvimento do profissional do enfermeiro. No entanto, é importante considerar que os desafios são muitos e envolvem não apenas a realidade da categoria de enfermagem, mas, principalmente, os problemas do sistema de atuação do campo da saúde mental como todo, onde a produção da exclusão do sujeito permanece sendo reproduzida, mesmo com a mudança dos dispositivos assistenciais.

É necessário, portanto, construir reflexões que contribuam significativamente para desvendar transformações dessa realidade. Apesar disso, ainda é comum nos depararmos com restrições dos espaços, com indefinições ou mesmo objeções por boa parte da categoria dos profissionais de enfermagem ou parece não haver interesse de questionar criticamente a função exercida na assistência em Saúde Mental. Por consequência, os enfermeiros acabam por replicar modelos, muitas vezes, já falidos. É preciso ir na direção contrária desses discursos reducionistas e de estratégias que anulam o sujeito.

Ao apresentar essas aceções e questionamentos sobre a atuação do enfermeiro na relação com o campo da saúde mental, justificamos a necessidade de proporcionar uma reestruturação produtiva do profissional de enfermagem e as demais categorias que buscam sair da sujeição ao biopoder exercido pelo sistema organizacional, que os limitam com a preocupação dos interesses dos outros, que não os seus (ALMEIDA, 2007).

Cabe-nos, então, produzir novos efeitos terapêuticos que produzam um sentido singular e que leve em conta primordialmente a fala daquele que sofre.

Assim, a enfermagem pode utilizar-se da escuta para fortalecer sua atuação, abrindo uma possibilidade assistencial para além do corpo biológico. Para isso, é importante compreender o conceito de “escuta”.

A escuta não pode ser apreendida como uma mera ferramenta de coleta de dados ou informações do paciente em que o enfermeiro pode intervir segundo suas próprias intenções ou objetivos de ideal de cura. Trata-se de uma escuta comprometida com a singularidade, cujo cuidado é baseado na posição ativa do sujeito e em seu processo de sofrimento psíquico. Não há padronizações de condutas, procedimentos, técnicas, mas sim, uma escuta viva, comprometida com a verdade do sujeito, buscando na sua fala a aparição de seus significantes e, a partir desses, ser capaz de produzir novos significados.

Em acordo com essa consideração, Poujol (2006) afirma que escutar significa evocar a fala do cliente, o que ele diz e por que diz. O ato de escutar só tem sentido porque permite contar e contar-se. Para a fala ter certo sentido precisa, necessariamente, passar pelo outro, ou seja, é preciso sempre do outro para se dizer, pois a “escuta de si” passa pelo fato de ser escutado pelo outro. É justamente por sermos seres de linguagem que podemos tocar na dimensão do outro em relação ao seu desejo.

Do mesmo modo, Silva e Kirschbaum (2008) afirmam que o ato cuidador e direcionado ao outro ganhará novas dimensões quando, diante dos impasses cotidianos da clínica (como, por exemplo, dores sem “causa” aparente; pacientes que detém conhecimento, mas não mudam seus hábitos), considerarmos, a partir de uma observação rigorosa, que há ali algo que ultrapassa a racionalidade científica.

Pensando na experiência clínica, apontamos para esse algo que vai além da prática classificatória entre o normal e o patológico, além das terapias do ego e comportamentais, como também de uma reabilitação social normalizadora como possibilidade que objetiva a realização de atividades da vida diária e aceitação social. Trata-se de uma mudança ética frente ao desejo, que reconhece o sujeito e a divisão inconsciente, percebendo, portanto, que não há padronizações diagnósticas do sofrimento, mas modos de posicionar-se frente a existência.

Isso implica em reconhecer que o corpo não consiste apenas em um conjunto de células, com efeitos químicos de um organismo biológico, mas em um corpo cuja materialidade inclui as significações estabelecidas pelo sujeito sob efeitos da linguagem. Tal compreensão nos é advertida em situações práticas vivenciadas

na atuação profissional, nas quais não se encontra uma justificativa biológica para os sintomas ora observáveis. Sobreveio esse questionamento com as chamadas históricas desde a época de Freud, quando elas apresentavam sintomas corporais que não obedeciam às leis da consciência, sem uma resposta de causa biológica, e permanece como enigma renegado pela ciência até hoje.

Fazemos o mesmo questionamento quando nos deparamos na assistência com situações em que a cura dos sintomas ou alívio de um sofrimento não são alcançados, mesmo sendo aplicadas intervenções proporcionadas pelo saber racional e por classificações diagnósticas, mediante combinações de medicamentos e terapêuticas. Nesse instante que o sofrimento psíquico escapa da leitura meramente biológica e se apresenta como centro do cuidado, é que o enfermeiro se vê sem recursos para conduzir o cuidado. Assim, há algo apresentado por esses pacientes que extrapola a racionalidade científica e o apelo consciente, que nega as intervenções padronizadas a partir dos modelos tecnicistas. Conforme afirma Kirschbaum (2000, p. 6):

A questão é que por mais que o sujeito possa ser naturalizado e a subjetividade equiparada ao funcionamento cerebral, como no limite é preconizado neste modelo teórico, haverá sempre situações que escapam ao previsto, ao planejado e é com estas situações que as enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem tem que se haver. Por exemplo, a recusa a tomar a medicação que poderá modificar seu humor, a resistência a se alimentar, o não querer permanecer internado. Haverá sempre um paciente disposto a atrapalhar nossos planos de um Mundo Perfeito e disposto a apontar o furo em nosso saber.

Então, direcionamos o nosso olhar para a clínica da enfermagem pautada pela singularidade e pelos trâmites do inconsciente, por apostarmos que é no processo de escuta, ao convocar o sujeito a falar de si, que o sintoma pode ser desfeito, pois o sintoma é feito de palavras e é só por meio delas que podemos intervir.

Isso só é possível se os pacientes forem manejados a partir da posição ética que responsabiliza o sujeito pela sua própria construção psíquica e este for compreendido como o detentor do saber sobre aquilo que o acomete, em vez de ser tratado como uma pessoa a ser treinada para atingir um objetivo.

Assim, buscar desenvolver atividades no campo da enfermagem ocasiona uma mudança radical nas características de um trabalho, uma vez que sugere uma grande responsabilidade pela implementação de concepções terapêuticas e psicoterápicas, o que significa voltar-se para a clínica (KIRSCHBAUM, 2000).

5 PSICANÁLISE E FEMINILIDADE: O QUE QUER UMA MULHER?

“Ser mulher - desafio, dor da solidão e dor esfera do silêncio diante do mistério do ser, [...] da arte de viver e inventar a vida [...]”.

(Kleper, 1994).

A psicanálise nasce do encontro de Freud com as histéricas. Destituído de um lugar no saber médico exatamente por não apresentar lesão orgânica, o sintoma neurótico ganhou estatuto de mensagem (SILVEIRA, 2011). Além disso, ponderamos como a clínica pautada no modelo biomédico é realizada, muitas vezes, a partir da relação estabelecida entre o paciente e o profissional especialista, na qual o paciente ocupa o lugar de objeto e o profissional detentor do saber.

É evidente a diferença na concepção do sintoma entre a psicanálise e a medicina. Para a medicina, é um desequilíbrio, geralmente um excesso ou uma falta a ser normalizada. Já na psicanálise, o sintoma, apesar de gerar sofrimento, deve ser acolhido, decifrado, representa uma forma de o sujeito existir. São atos e, como tais, possuem sentidos e singularidades próprias de cada sujeito. Aqui ele é signo, mas não de uma doença a ser eliminada. É, antes, o signo de um saber enigmático, recalçado, mas que porta uma verdade sobre o sujeito (QUINET, 2000). Entendendo isso, Aguiar, Silveira e Dourado (2011, p. 3) elaboram uma contribuição pertinente para a atuação clínica:

[...] não podemos tomar a tristeza, a falta de interesse e o desânimo da mesma maneira para qualquer mulher que experiência esses sentimentos. É preciso, através da abertura de um espaço para a fala, que se permita a esse sujeito significar o que lhe acontece, ou seja, o sentido do sintoma não está do lado do profissional com seu saber pronto, mas sim do lado da própria pessoa que sofre.

A psicanálise é um campo do saber que vai trazer contribuições para essa discussão, na medida em que nos permite examinar a feminilidade na perspectiva do sujeito, como algo que se estrutura na relação com o desejo. Sendo assim, visamos desenvolver um estudo capaz de compreender as relações que se estabelecem entre as queixas trazidas pelas mulheres ao serviço de saúde e a medicalização desse sofrimento com a prescrição de benzodiazepínicos, utilizando o conceito de feminilidade numa ótica psicanalítica para pensar as contribuições desse campo do saber para a análise da problemática.

Por outro lado, no que se refere às indicações na prática médica, prevalece o tratamento, principalmente medicamentoso, no qual os benzodiazepínicos são prescritos alinhados ao seu saber e baseados em nosografias classificatórias, em detrimento da singularidade do sujeito. Nessa acepção, a pessoa apresenta suas queixas e o médico decifra o sintoma por meio das evidências apresentadas para assim realizar o tratamento e eliminar a queixa exposta. Opondo-se a isso, o saber psicanalítico apropria-se da queixa apresentada pelo sujeito, utilizando a escuta como principal ferramenta, tendo como finalidade a compreensão da relação entre a queixa ora suscitada e a relação com seu sofrimento. Portanto, a queixa é compreendida pela psicanálise como algo a ser decifrado e não eliminado.

Diante dessas reflexões, nos perguntamos sobre as possibilidades de uma prática clínica que, podendo ser desenvolvida nos serviços de saúde, não esteja centrada nessa lógica que toma a mulher como corpo orgânico e que a objetifica como espaço de intervenção técnica, a excluindo como sujeito. Entendemos que a psicanálise pode vir em nosso auxílio, trazendo questões e conceitos capazes de contribuir com essa reflexão (AGUIAR; SILVEIRA; DOURADO, 2011).

A Enfermagem enquanto campo próprio de saber, inserido nas ciências da saúde, tem buscado agregar à sua prática saberes de outras áreas de conhecimento na perspectiva de fortalecer a interdisciplinaridade na produção do cuidado e na sua prática clínica. Percebem-se como esse campo do saber vem realizando articulações com diversas áreas de conhecimento, oriundas tanto das ciências humanas quanto das ciências básicas da saúde, dentre elas a Psicanálise.

A Enfermagem e a Psicanálise, apesar de emergidas de campos distintos de conhecimento e constituídos a partir de paradigmas diferentes, apresentam construções que perpassam semelhanças quando pensamos na prática clínica desenvolvida junto do paciente. Ter como referencial da pesquisa a psicanálise, nos possibilita discutir questões inerentes à relação e o sofrimento humano, por uma visão clínica diferente do modelo biomédico, comportamental ou social.

Neste sentido, um enfermeiro pesquisador, interessado pelos assuntos que tem como princípio a vida psíquica, pode encontrar, na Psicanálise, elementos e conceitos que podem oferecer uma nova referência conceitual na abordagem do uso abusivo de benzodiazepínicos diante do feminino.

O que é uma mulher? Essa foi a pergunta que se apresentou para o criador da psicanálise, Sigmund Freud, quando despertou o interesse pelo sofrimento daquelas mulheres que a medicina qualificava como “histéricas”, tidas como fingidoras, por apresentarem sintomas sem comprovação de causa orgânica. A mesma pergunta fazemos, no presente estudo, por buscarmos compreender a mulher como sujeito e não como um corpo meramente biológico ou subjugado.

Em face do enigma que a feminilidade apresenta, Freud admitiu certa dificuldade frente a essa dimensão do feminino que chegou a chamar de “continente obscuro”. Porém, até chegar a admitir os limites de questões apresentadas acerca do feminino, o autor avançou em pontos importantes para compreender a relação da sexualidade e da feminilidade.

Em primeiro lugar, é preciso ressaltar que a assunção de uma posição sexual não é apenas uma questão de papel social. Ela está intimamente ligada à própria constituição subjetiva. Na formação acadêmica do enfermeiro nos apropriamos de uma compreensão de **sujeito** como equivalente a “indivíduo”, ou seja, como um todo indivisível, governado por sua consciência. No entanto, essa unidade não existe, o sujeito é dividido sim, entre o consciente e o inconsciente. Cada ser que nasce vai precisar se organizar como um “eu”, mediante a relação com a construção inconsciente, diferenciando-se do “outro” e do mundo que o cerca.

Antes mesmo de nascer, todos nós já temos um lugar reservado na linguagem que nos antecede. São histórias que se contam de geração em geração, o nome que os pais escolhem e os planejamentos que esses fazem para o futuro filho. Tudo isso nos antecede e delimita, de certa forma, o mundo no qual iremos chegar. Além disso, chegamos para esta jornada ainda muito despreparados, desprovidos das ferramentas que precisamos para sobreviver. O bebê que chora representa o estado bruto de um grito, justamente por não saber nomear o que sente e é a mãe que lhe confere o estatuto de apelo, estabelecendo, assim, uma relação que porta um sentido. Em meio a sua luta pela sobrevivência, é nesse outro (geralmente a mãe) que irá buscar as palavras para nomear sua fome, sua sede, seu medo e... seu desejo (FINK, 1998).

Porém, esse outro que acolhe a criança também está submetido ao seu próprio desconhecimento em relação ao seu desejo. A mãe, além de mãe é mulher, e como tal é perpassada por um desejo que não se resume ao bebê. A criança percebe que a este Outro também falta algo, que ele não pode tudo, não vê tudo e

não pode nomear tudo. Esse ponto fraco aparece justamente porque o outro também tem que recorrer à linguagem, impossível de dizer tudo.

Nessa lacuna que se abre, marcada pela falta no outro, é que o sujeito vai passar a se perguntar sobre o seu desejo: o que esse outro quer? E mais, o que ele quer de mim? Existem maneiras diversas de responder a esse encontro com o desejo do Outro e é essa resposta que vai determinar o modo como esse sujeito vai se estruturar. A partir daí, o sujeito segue procurando responder a esta questão, seja tomando o outro por objeto do seu próprio desejo, seja se colocando como o objeto que poderia tamponar a falta do outro também desejante.

Esse momento estruturante vai determinar, entre outras coisas, como cada um vai se situar diante do sexual. Nesse campo do saber, a anatomia do sexo não é o destino, ou seja, a sexualidade não é exclusivamente respondida biologicamente. Nesse aspecto, a sexualidade é marcada, sobretudo, pela posição do sujeito, resultante de como se deu a organização psíquica. Cada um percorre o caminho para chegar à realização de uma posição sexual, é preciso ir ao encontro e escolher ou não o caminho da feminilidade.

Uma importante descoberta freudiana nesse campo foi a da existência da sexualidade infantil. Não é na adolescência que um sujeito se define em relação às suas identificações e escolha de objeto sexual. A sexualidade já está em jogo desde a mais remota infância, presente sob a forma de satisfações parciais. Enquanto criança ainda somos desprovidos de sentimentos morais (como vergonha e asco, por exemplo), a fase chamada pré-genital é marcada por uma satisfações que envolvem sugar, cuspir, morder (característicos da fase oral) e brincar com as próprias fezes, soltar ou reter os excrementos (próprios da fase anal). Essas satisfações são vivenciadas na relação com o outro materno.

Outra descoberta freudiana que ainda hoje causa impacto é o fato de que até certa fase da vida (por volta dos cinco ou sete anos) a criança ainda não se dá conta da existência de uma diferença sexual. Na verdade, no psiquismo infantil apenas um órgão sexual é considerado, o masculino, o pênis, apresentado como a primazia do falo (FREUD, 1923).

Sendo assim, tanto o menino quanto a menina se consideram como tendo o falo. Este, assim como nas outras fases da vivência de satisfação pulsional, vai ser direcionado para o outro materno. Logo, o menino adentra no Édipo e tem a mãe como objeto de amor a ser conquistado. A interdição do incesto, fundadora da

civilização enquanto experiência humana, vai incidir nesse momento como uma lei proferida pelo pai, que proíbe a satisfação junto à mãe. O menino mostra seus interesses pelos órgãos sexuais pela conduta de manipular seu próprio órgão. Depois, descobre que os adultos reprovam tal conduta conforme vão interferindo a ele uma certa ameaça, compreendida como punição.

Freud ([1925] 1980) aponta que essa lei é entendida pela criança como uma ameaça de castração proferida pelo pai ou seus substitutos. A partir daí constitui-se um conflito entre o interesse narcísico ocasionado pelo medo de perder a parte do corpo (o pênis) e o abandono dos desejos edipianos³. Aqui é que, pela primeira vez, vai se colocar para a criança a necessidade de um posicionamento frente à partilha sexual. Até atravessar a dissolução do chamado “complexo de Édipo” o desenvolvimento da sexualidade se dá paralelamente, meninos e meninas supondo que possuem o mesmo órgão sexual (o falo). No entanto, após a descoberta da diferença anatômica entre os sexos, os caminhos a serem percorridos são bem diferentes.

No Édipo considerado “normal” o menino vai desistir do investimento amoroso na mãe como forma de preservar o órgão que supôs ameaçado. Dessa forma, sob ameaça de castração, ultrapassa o complexo de Édipo, pondo fim à ligação erótica com a mãe e se identificando com o pai para construir sua posição masculina junto às outras mulheres. Freud ([1925] 1980) afirma que “o complexo é simplesmente reprimido, é literalmente feito em pedaços pelo choque da castração ameaçada; as catexias libidinais são abandonadas, dessexualizadas em parte ou sublimadas, devido a formação do superego”.

Na menina, ultrapassar o complexo de Édipo exige um esforço maior. Inicialmente, a mãe também é o primeiro objeto de amor e, como afirmamos anteriormente, a menina também se supõe provida do falo. No entanto, quando ela se depara com a diferença sexual, inicia uma análise comparativa entre perceber o seu órgão equivalente ao pênis, o clitóris, e aquilo que percebe existir no menino. Nessa comparação infantil sente-se em desvantagem atribuindo-se uma inferioridade anatômica. É preciso ressaltar que essa posição não é uma teoria de Freud sobre o que é o feminino. É uma teoria que a criança constrói para explicar a diferença sexual que a angustia.

³ Freud faz um recurso à tragédia grega “Édipo Rei” para nomear essa experiência em que cada sujeito desejou um dia deitar com a mãe e matar o pai, repetindo em suas fantasias a trajetória do herói trágico sofocliano.

Nessa teorização infantil, a menina vai se considerar como vítima da castração, responsabilizando a mãe por tê-la feito castrada. Além disso, aparecem alguns motivos que levam a menina a se afastar da mãe, como o ciúme, o desmame, a incapacidade de ter satisfação amorosa. No entanto, o mais forte impulsionador da castração deve-se ao fato de perceber que a mãe também é castrada. Essa descoberta vai promover uma mudança de objeto para a menina: ela abandona o investimento na mãe e passa a se dirigir ao pai como aquele que possui o falo. Essa mudança de objeto amoroso não ocorre de forma natural, segundo André (1998), “o que empurra a menina para o pai não é a atração pelo homem, mas o ódio pela mãe”.

Além disso, no texto intitulado “Feminilidade”, Freud ([1932] 2010) afirma que para a menina tornar-se mulher, ela precisa efetuar também uma mudança de zona erógena, passando do clitóris para a vagina que, até esse momento, a vagina era considerada inexistente. Então, conforme o percurso da menina para ultrapassar complexo de Édipo é preciso atingir dois processos: a troca do clitóris para a vagina e a troca do objeto de amor da mãe para o pai.

Esse encontro com a castração para a menina poderá resultar três diferentes caminhos, com diferentes consequências para o desenvolvimento da sexualidade. Na primeira possibilidade, insatisfeita com a comparação feita aos meninos ela abre mão de sua atividade fálica, negando sua sexualidade em geral. Outro caminho possível seria negar a ausência do pênis mantendo a esperança de obtê-lo, podendo resultar na escolha homossexual. Já o terceiro caminho, seria o da maternidade, no qual a menina passa a esperar o falo do pai, sendo substituído pelo desejo de um bebê. Ou seja, para Freud esse seria o caminho mais próximo de um acesso à feminilidade, que seria, portanto, equivalente ao desejo de ser mãe. Como esse filho esperado do pai não viria, a menina passaria a voltar paulatinamente seu interesse para outros homens.

Algumas décadas depois, essa teorização vai ser retomada por um outro psicanalista, o francês Jacques Lacan. Em Lacan, a questão do masculino/feminino vai pensada a partir de um posicionamento lógico do sujeito em relação à diferença sexual. Para entendermos como ele vai formalizar essa lógica é preciso, em primeiro lugar, percebermos toda articulação freudiana em torno do Édipo e da castração como algo que resulta do fato de sermos seres de linguagem.

Ser um ser de linguagem não é simplesmente a capacidade de falar. Mas está relacionado ao fato de que, para abordar o mundo, é preciso nomeá-lo e para isso, é preciso recorrer ao significante. Os significantes são os elementos que constituem a linguagem e que se distinguem por sua diferença uns dos outros: dia-noite; claro-escuro, homem-mulher. Além disso, segundo Lacan ([1960] 1998, p. 833) um significante, portanto, é aquilo que representa o sujeito para outro significante. O significante “mulher” representa um sujeito para o significante “homem”.

Lacan vai dizer, com Freud, que no inconsciente só existe um único significante para nomear o sexual: o significante fálico. Não se trata do pênis, como se poderia imaginar a partir da elaboração que sumarizamos acima acerca da descoberta da diferença sexual que a criança faz em determinado momento da vida. Mas de um significante que vem no lugar daquilo que falta onde era esperado. À mãe, como outro que responde às demandas da criança, seria esperado que ela detivesse o falo, como resposta do enigma do sexo. A resposta que preencheria a falta de um saber sobre o sexual é o que o falo vem significar com sua ausência. Essa descoberta, de que a mãe não tem o falo, terá suas consequências na organização subjetiva da criança e isso inclui a própria noção de identidade, de realidade e de posição frente à partilha entre os sexos.

O mito do complexo de Édipo tenta responder como essa organização vai se dar. No primeiro tempo do Édipo a criança é tomada pela mãe como substituto fálico. Ela é, portanto, o objeto que poderia responder pelo que lhe falta. Ocorre que, além de mãe, ela também é mulher e, nesse campo, seu desejo não pode ser respondido pelo filho. Como mulher, é o falo que aponta para onde está o seu desejo. Estamos no segundo tempo do Édipo onde a criança descobre a mãe como privada do falo, privada pelo pai que profere uma lei de mão dupla. Para o filho, a lei edípica se formula como “tu não te deitarás com tua mãe” e, para a mãe, a lei profere “tu não reintegrarás o produto do teu ventre” (LACAN, [1957-1958] 1999).

É essa interdição dupla que vai abrir um espaço onde a criança poderá se colocar como sujeito de desejo e não apenas como objeto do desejo da mãe. Abre-se também uma dimensão onde esse sujeito vai ser chamado a construir a sua própria resposta frente ao enigma do desejo. Do lado homem, temos uma construção que se aproxima bastante da resposta que Freud elaborou. Ao se deparar com a falta fálica da mãe, o menino (aqui entendido como aquele que se coloca do lado masculino) situa o pai como o portador daquilo que poderia

responder pelo desejo da mulher, ou seja, como portador do falo. Existe um que detém o falo e esse um é o pai. É se identificando com o pai que o menino vai tomar suas insígnias fálicas e, no momento oportuno, vai poder dirigir-se a uma mulher, como objeto do seu desejo (LACAN, [1957-1958] 1999).

Ao dizer que a mulher é não toda fálica, Lacan ([1972-1973] 1985) está situando que, apesar de estar submetida à ordem fálica, ele, o significante fálico, não basta para situar o que é uma mulher. Existe do lado de sua posição de gozo⁴ algo que se coloca como suplementar ao gozo fálico. Esse “algo” não pode ser nomeado, exatamente porque se encontra fora da linguagem, mas que é vivido como algo no próprio corpo. Lacan ([1972-1973] 1985) deu a isso o nome de “gozo outro” em contraposição ao “gozo fálico”. Assim, não é o caso de dizer que a mulher está fora da ordem fálica, mas que ela está dividida entre a ordem fálica e um gozo que lhe é suplementar.

Portanto, enquanto ser falante e de linguagem, ela também está submetida à norma fálica. Podemos até mesmo constatar que, atualmente, ela vai buscar constelação de insígnias com que vai se definir em um dado momento. Como afirma Gallano (2011, p. 60), essas constelações, como efeitos de discurso, variam de uma sociedade para outra: “Não se pode comparar os traços que definem o ser social das mulheres talibãs, por exemplo, dos traços do ser social em uma sociedade ocidental desenvolvida e liberal”. O próprio discurso feminista denuncia a impostura desses significantes para definir o que é uma mulher, pois se trata de algo prescrito pelo “mestre social”.

Então, ser delicada, usar maquiagem, ter filhos, nada disso responde pelo que é ser mulher. Se no plano simbólico só existe um significante para definir o

⁴ A definição de “gozo” na psicanálise é delineada a partir da concepção de que o psiquismo não é regido apenas pela busca do prazer. O que Freud percebe a partir de sua experiência clínica é que o sujeito se situa a partir de uma repetição, e que o que se repete não são as experiências que lhe dão prazer, mas uma determinada posição que se articula com um certo sofrimento (FREUD, 1920). Lacan vai retomar essas elaborações freudianas para formular o conceito de “gozo”. Para Lacan, só podemos falar de gozo a partir de um sujeito falante, pois é o fato de entrarmos na linguagem que condiciona o gozo em suas duas vertentes: de um lado, o “O gozo fálico”, que se determina a partir da “cifragem linguageira do gozo corporal, que se efetua no nível do inconsciente.” (VALAS, 2001, p. 59). Esse processo de cifragem encontra seu limite no corpo, onde resta sempre um gozo impossível de ser nomeado. É por isso que na outra vertente do gozo, temos o que Lacan chamou de “gozo outro”, que é o gozo do corpo, de um corpo que goza de si mesmo, fora de qualquer possibilidade de articulação na linguagem (VALAS, 2001, p. 46). Assim, o conceito de gozo em psicanálise remete à uma repetição (de significantes, de modos de nomear) mas também repetição de uma experiência de corpo que não se nomeia. Nessa repetição se encontra algo que amarra uma extração de satisfação do sujeito, ao mesmo tempo em que presentifica algo do seu sofrimento. Daí falar em “posição de gozo” de cada sujeito, como algo que lhe singulariza.

sexual que é o fálico, como poderia ela subjetivar-se como mulher, se nesse plano ela se define exatamente por não ter o falo? Ela não pode tomar o significante vindo do pai para nomear seu ser mulher, pois isso a colocaria do lado masculino. Do lado da mãe tampouco ela encontra essa resposta, pois a mãe, enquanto mulher, também é castrada. Isso leva Lacan a formular que a mulher é não-toda fálica, o que não é o mesmo que dizer que ela não é fálica. Como afirma Soler (2005, p. 17), “[...] O Édipo produz o homem, mas não produz a mulher”.

Senão vejamos. A ordem fálica é o que organiza o mundo dos significados. Atribuímos um sentido às nossas experiências porque estamos submetidos à linguagem e é o falo que dá a ela sua coerência. No quadros psicóticos, por exemplo, onde esse referente fálico não está operando, temos uma dissolução das cadeias significantes e a fala do sujeito perde a sua coerência. Todos os significantes passam a se equivaler e daí nenhuma formulação pode ser compartilhada no laço social com o outro (MARTINS; SILVEIRA, 2014).

Mas a feminilidade não é da mesma ordem que a loucura. Por estar submetida à ordem fálica a mulher se insere no laço social através dos emblemas que lhe dão lugar no discurso. Ocorre que, na atualidade, a constelação de insígnias que a definiam no plano social já vem sendo devidamente questionada e nos encontramos em uma situação que a mulher não precisa ser aquela que fica em casa cuidando dos filhos enquanto o homem sai para trabalhar. Ela ampliou seu espaço no social e, pelo menos em algumas sociedades, pretende ocupar qualquer espaço que o homem também ocupe. Como sujeitos da linguagem as mulheres ocupam cargos políticos, presidência de grandes empresas, pilotam aviões, etc. No plano social a mulher pode reivindicar uma posição de igualdade frente ao homem. Em determinada momento da história elas disseram: “somos iguais, exceto pelo fato de que você tem um pênis e eu não. Mas não é porque não tenho um pênis que sou inferior a você! O que é verdade”.

Mas isso, apesar de poder responder pelo que ela é em termos sociais, não dá conta de responder pelo que ela é como sujeito do desejo. Quando se trata dos encontros amorosos a mulher e o homem não se encontram como iguais. Nem mesmo os casais homossexuais se encontram como iguais. É a diferença que faz com que haja alguma possibilidade de encontro. É porque eu suponho que o outro tem aquilo que me falta que há envolvimento e desejo. Como afirma Lacan ([1957-1958] 1999), a questão em termos desejo não consiste em “alguém se acreditar

homem ou mulher, mas em levar em conta que existem mulheres para os meninos e homens, para a menina. É conceber a alteridade em termos de diferença para um e para outro”. Ou, como afirma Gallano (2011, p. 76), “uma relação homem-mulher, que pode adquirir um significado pelo discurso, não diz nada sobre os tipos de relações existentes entre os homens e mulheres, do ponto de vista sexual”.

O que responde então pelo “ser mulher” na hora do encontro sexual com um homem? Os fenômenos sociais e o sofrimento percebidos na clínica apontam para toda espécie de desencontros. Certamente ainda existe em alguns estratos geográficos e econômicos a situação da mulher oprimida pela enorme desigualdade social que se encontra em relação ao homem. Mulheres estupradas sistematicamente, mutiladas em seus corpos, agredidas pelos parceiros, impedidas no acesso a serviços básicos de saúde e educação. Nessas situações extremas, a questão pelo “ser mulher” geralmente se responde a partir de um sofrimento mudo, que nem pode se colocar já que elas não têm nem mesmo seus direitos de cidadãos garantidos.

Mas essa já não é a única posição que a mulher ocupa na atualidade. A mulher pode adiar ou até evitar a maternidade através dos contraceptivos e se dedicar aos estudos e ao trabalho, pode encerrar seu expediente de trabalho com um “*happy hour*”, tomar uns drinks e terminar a noite na cama com alguém que acabou de conhecer. Pode abordar o homem em uma situação social e demonstrar seu desejo. São situações que seriam impensadas há algumas décadas atrás e que são fruto de toda a militância em torno dos direitos das mulheres (MARTINS; SILVEIRA, 2014).

No entanto, mesmo para essa “mulher moderna”, prevalece a queixa no desencontro com o outro sexo: faltam homens interessantes, eles não ligam no dia seguinte, eles não preenchem a demanda de amor. O que se desvela aí é que existe algo na dimensão feminina que não pode ser respondido pela lógica fálica. Não se resolve pela via do ter: ter um carro, ter um diploma, ter um amor, ter um filho. Há algo que está para além dela e que configura como um furo, como um buraco que não pode ser preenchido, pois ela é inerente ao campo do desejo.

O campo do desejo, para a psicanálise envolve necessariamente a falta. O mundo simbólico, o mundo da palavra, não dá conta de recobrir toda a experiência. Em tudo que tentamos nomear há sempre uma perda incluída, uma perda que é sentida como perda de satisfação. Mas é somente atravessando a castração e aceitando essa perda de gozo imposta pelo fato de sermos seres

falantes que podemos nos situar como seres de desejo. A posição feminina é aquela em que se está diretamente do lado disso que fica fora da linguagem. Ela é outra, heteros, para ela mesma (GALLANO, 2011).

O homem certamente também tem que lidar com isso. Se ele aborda uma mulher para satisfazer seu desejo ele precisa considerá-la a partir de sua dimensão de “não-toda fálica” e em sua dimensão de alteridade. Isso coloca também uma série de questões clínicas que chegam hoje do lado homem: fenômenos que questionam sua virilidade (impotência, ejaculação precoce, etc.) e a própria dificuldade de encontrar as insígnias que podem defini-lo homem. Mas como nesse texto se trata de abordar a questão do lado mulher, nós não vamos nos dilemas masculinos. Procuraremos pensar agora, as consequências dessa concepção do feminino para abordar a medicalização e o abuso de benzodiazepínicos entre elas (MARTINS; SILVEIRA, 2014).

Se na época vivida por Freud, os sintomas histéricos eram percebidos de forma estranha e excludente, com as mudanças da inserção social da mulher na contemporaneidade, os sintomas, os conflitos e angústias do feminino são exteriorizados de outra forma. As mudanças do âmbito da mulher ideal na vida contemporânea são perceptíveis, a busca pela equiparação no mercado de trabalho entre mulheres e homens construíram oportunidades e mudanças no contexto social, atualmente as mulheres são independentes, autônomas, desidealizadas pela submissão e dependência a figura masculina, no entanto, mesmo muitas mulheres desfrutando de uma carreira profissional sem restrições aparentes, quando direcionadas às relações amorosas e às relações sexuais entre corpos, o feminino é incorporado por significâncias diferentes da masculina, muitas vezes, marcadas pelas amarras do passado. A mudança no âmbito social não necessariamente acompanha as articulações intrapsíquicas, ocasionando desafino entre o ideal da mulher contemporânea e seus encontros sexuais.

Nesse contexto, ao mesmo tempo em que a mulher tenta desconstruir um modelo antigo em que a identificação de ser mulher era sinônimo de cuidar da casa e de ser submissa ao homem, a mulher na contemporaneidade se depara com o desafio de inventar um novo que responda pela a mulher atual.

Em tempos que pactos são firmados entre a ciência e a produção de bens, o discurso capitalista apresenta o sujeito impetrado pelo seu valor de rentabilidade, ou seja, pelo que pode ser produzido como objeto de lucro, a questão

sexual é concernida como objeto de gozo, nada existe mais lei além do benefício a partir da ganância.

Os imperativos do dinheiro, sucesso, fama, glamour como promessa de felicidade estão inseridos na cultura contemporânea e as mulheres parecem ocupar um lugar reservado nessa disseminação do "imperativo do gozo". Cada vez mais produtos de consumo são inseridos como valores estéticos e éticos, gerados para criar necessidades de consumo e, conseqüentemente, de satisfação pulsional na cultura, essa, é confundida pela ilusão de igualdade do poder de ter.

No que concerne a ciência, a disseminação epistemológica do positivismo e, por conseguinte, da hegemonia das ciências exatas e naturais, firmadas pelo processo de mercado de produção de bens, são articulados também na mesma lógica o processo de medicalização do social, estando inserido nesse mesmo contexto, o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e a lógica capitalista, nelas, não há espaço para o ser no desejo, para o desútil, para a falta. Dessa forma, compreendemos a lógica incorporada pelo uso de medicamentos, podendo substituir as demandas sociais e promessa de felicidade como forma de tamponar o mal-estar e o sujeito na contemporaneidade.

A psicanálise interroga esse processo de construção de rejeição do sujeito promovido pelo discurso do capitalismo e da ciência. O saber psicanalítico é construído na contra-mão desses discursos, no qual o sujeito é incluído como ser singular, marcado pela introdução no campo da linguagem e pela lógica do inconsciente. Para Freud, o sujeito do inconsciente é o "*desidero logo sum*", afirmado posteriormente com Lacan em analogia a Descartes que o sujeito de desejo está justamente onde ele não pensa, "sou onde não penso". Segundo Quinet (2000, p. 16):

o sujeito não é o homem e tampouco é a mente suscetível de estar doente ou saudável, [...] o sujeito é patológico por definição, sujeito ao *phatos*, afetado pela estrutura que obedece a uma lógica: os significantes que o determinam e o gozo de sexo que o divide. "O sujeito é desejo".

Onde há a falta é que existe o desejo. Se na lógica capitalista não há espaço para essa falta, para o vazio, o sujeito frente a impossibilidade da falta da sua própria castração, pode se tornar incapaz de renunciar seu gozo originário, ficando restrito somente a necessidade de "ter cada vez mais", ocluindo qualquer

possibilidade de desvendar o enigma do seu próprio desejo, assim tamponar essa falta é equivalente a calar o desejo.

Nessa lógica, nunca encontraremos a satisfação plena dessa “necessidade”, sempre haverá a busca para tamponar o vazio. Essa busca pela satisfação é apresentada ao sujeito como angústia e sentimento de estranheza frente ao seu próprio desejo e, é nesse lugar que a mídia é impulsionada como promessa ilusória de solucionar a angústia e trazer felicidade. Dessa forma, é instaurando o consumismo frenético, transformando o sujeito apenas em desejo de ter objetos como forma de encontrar a completude e plenitude imaginárias.

Na obra intitulada *Mal-Estar na Civilização*, Freud ([1930] 2010) dedicou-se a abordar o mal-estar humano e afirmou que ele decorre do próprio processo civilizatório. Para nos tornarmos humanos há um preço a pagar: abrir mão de uma parcela importante de satisfação pulsional. Segundo ele, para aplacar esse sofrimento, recorreremos a algumas estratégias, como uma forma de silenciar a voz desse mal-estar, ou mesmo o sofrimento.

Para Freud ([1930] 2010), a escravizante busca por satisfação é justificada pelo fato do sujeito tentar recuperar o objeto de amor originário, perdido para sempre, através de suas metáforas e pensamentos pulsionais, caracterizando o movimento psíquico como narcísico pelas tentativas de encontrar no imaginário a resposta de completude, semelhante a primeira experiência alucinatória do seu primeiro objeto de amor, o seio materno.

Frente aos processos de civilização, a ciência impulsiona o medicamento como forma de resposta frente à sua demanda e os benzodizepínicos aparecem como uma medicação com dupla função: manter o sujeito na linha e tamponar a angústia.

Com essa perspectiva, podemos observar a importância do elemento simbólico presente nas mulheres que, seduzidas pela indústria farmacêutica, estão inseridas até mesmo nas escolhas dos significantes utilizados para nomear as medicações. A invenção do nome permite a difusão e aceitação do medicamento pelo “mercado”, o nome repercute a ação trazida pelo seu nome, ocupando um lugar fundamental por gerar efeitos (MARTINS; SILVEIRA, 2014).

Se a mulher é um ser que se define no campo só desejo por estar numa relação direta com esse campo da falta, do fora da linguagem, quais as consequências para ela do abuso de benzodiazepínico?

Podemos depreender que a posição feminina convoca aquele que aí se situa a lidar duplamente com a falta. Por um lado, enquanto submetida à norma fálica que rege a entrada na civilização, como todo ser falante. Por outro, na relação com sua própria posição sexuada, impossível de ser toda recoberta por essa lógica fálica.

O que abre a possibilidade de espaço para a feminilidade é a pluralidade do discurso, a possibilidade de construir de forma artesanal a sua singularidade. Se o desejo é indestrutível e é o que nos move, ocluir o vazio é deixar sem lugar o próprio sujeito. Assim, tamponar a angústia é excluir a possibilidade de criação, de inventar algo a partir dessa falta, gerando a impossibilidade de construir formas de subjetivação.

Podemos, então, nos perguntar: como pensar a questão do abuso de benzodiazepínicos entre mulheres a partir da dimensão da singularidade? Como considerar nesse fenômeno massivo a especificidade de cada sujeito? O capítulo que desenvolvemos a seguir aborda essas questões partindo de um estudo de caso.

6 A CONSTRUÇÃO DO ENSAIO METAPSICOLÓGICO

Após a articulação teórica elaborada, chegamos no momento de apresentar o ensaio metapsicológico como fruto do desenvolvimento da pesquisa. Nesse sentido, apontamos para o cuidado e cautela imprescindíveis, diante da elaboração do ensaio. Trata-se de algumas vias possíveis para o desenvolvimento do estudo, e não verdades a serem confirmadas. Em primeiro lugar, porque a pesquisa em psicanálise não tem a pretensão de partir de hipóteses que levem a generalizações. Em segundo lugar, por termos em conta que, nesse estudo, não se trata de elaborações originárias de um processo analítico, a única via que permitiria ao sujeito aceder à sua verdade singular.

Ainda assim, entendemos que a discussão que trazemos aqui pode colaborar no sentido de ampliar as perspectivas possíveis para se pensar o que fazemos quando escutamos aqueles que nos demandam na clínica de enfermagem.

A seguir apresentaremos o caso que abordamos e foi, a partir dele, que tecemos a elaboração teórica.

6.1 CASO LOUISE: O REMÉDIO CASAMENTEIRO

Louise tem 43 anos, duas filhas do sexo feminino e é acompanhada na instituição há mais de 2 anos. Chegou ao serviço de saúde em busca de acompanhamento e já fazia uso há 15 anos de substâncias benzodiazepínicas.

Meu primeiro contato com ela se deu quando, certa manhã, após 2 meses participando das atividades desenvolvidas no CAPS, fui abordada por uma mulher de voz alta e marcante. Caminhando em minha direção, Louise me perguntou: “você está ouvindo as mulheres aqui no CAPS? É que o meu psicólogo me falou sobre sua pesquisa e eu me interessei em saber do que se trata, Eu posso participar?” Foi assim que iniciamos nossos encontros que se estenderam por cerca de um mês.

Logo no primeiro contato, Louise, sem que eu precisasse realizar alguma pergunta, já começou a contar sua história, reafirmando os motivos que a fizeram dar início ao acompanhamento no CAPS. Me diz que é muito “irritada”, tem “crises de nervos” e associa isso ao que chama de “histórico familiar”: “Sou muito irritada, ao extremo, eu tenho crises de nervo muito forte, eu tenho histórico familiar”.

Tomando um dos significantes que perpassam o universo dos serviços de saúde, Louise faz dele um uso muito singular: ter um “histórico familiar” é uma forma de dizer que suas queixas têm uma história e que essa história se articula a algo que está na família. É através desse “histórico familiar”, portanto, que ela começa a contar e a “se contar” nos relatos porvir.

Louise é a filha mais velha de cinco irmãos, dois do sexo feminino e duas do sexo masculino. Quanto aos pais, é através do significante “controle” que Louise os descreve: de um lado, o pai, um homem controlador: “Meu pai é daqueles pais antigos que os filhos não, não tem esse negócio de conversar, não... É ele quem diz e se você falar...”; Do outro a mãe que, para Louise, vive obcecada com a arrumação da casa pois tem medo de perder o controle: “A minha mãe tem mania de arrumação, tudo no lugar, tudo limpo, ela perde o controle se as coisas não estão em ordem”.

É em meio a esse casal parental, atormentado pela possibilidade de perder o controle de algo, que Louise se constitui como a filha “descontrolada”, que quebra as coisas, chuta portas e tem crises de nervos:

“também tem isso, que eu sou descontrolada, eu falava muito, eu falava com qualquer pessoa, eu era tão danada, descontrolada”. “Aí eu sou dita como a... eu sempre cresci cheia de adjetivos, rebelde sem causa, louca, neurótica, esquizofrênica, retardada e outras coisas mais”. “Sou conhecida na família como a barraqueira, doida, desequilibrada, essa menina nasceu com parafuso a menos”.

Após essas crises de agressividade, Louise é tomada por uma tristeza imensa: “eu extravazava aquela raiva e depois vinha um choro, um choro descontrolado, eu gritava sem parar e quem estivesse na minha frente, eu esmurrava mesmo”.

A agressividade marcou sua infância também nas relações sociais fora de casa. Na escola, brigava repetidamente e, na adolescência, essas reações ainda se repetiram com mais frequência. Por conta de todas essas brigas, era apelidada pelos colegas homens da sala de “macho-fêmea”, o que ela atribui ao fato de sua mãe ter cortado seu cabelo muito curto, como o de homem. Ela diz: “eu brigava como menino: de soco, dava nas pernas, na cara, rasteira, eu não brigava como uma menina, com puxão de cabelo, batendo na cara, meu negócio era murro”.

A agressividade também marca a relação entre os pais de Louise que, segundo ela, brigavam muito. O pai chegava a agredir a mãe e os filhos várias vezes e Louise diz ter sido a que mais apanhou “era só para levar peia, por que eu não podia fazer nada” e que preferia que o pai batesse nela do que neles: “era com seu eu quisesse que ele passasse a raiva dele para mim”. Apesar disso, se diz muito apegada ao pai e que até hoje é ele quem a protege.

Falando, Louise se dá conta de que essa atitude de se colocar entre os pais para receber as pancadas é algo que marca sua posição diante da vida: “as vezes eu tenho raiva de mim porque eu sempre boto os outros na minha frente e esqueço um pouco de mim, aí isso foi agravando com o passar do tempo. (começa a chorar)”.

Sobre os irmãos, relata que estes não gostavam de brincar com ela, mas justifica isso devido ao fato de ser muito competitiva e sempre vencê-los nas brincadeiras. Agora, já adulta, Louise queixa-se do desprezo da irmã “encostada” nela, das brigas constantes. Relata sobre como o relacionamento com ela é difícil e afirma ser devido à posição social da irmã, pois a mesma fez graduação, especialização e ela não fez nada disso.

Além da agressividade, ela ainda refere como outra queixa as dores de cabeça constantes e a dificuldade de dormir:

...desde criança eu tinha essa dificuldade de dormir, eu esqueci de dizer para os médicos que quando eu era menina, eu era sonâmbula, até os 9 anos. Aí minha mãe fechava a casa inteira se não eu abria as portas e saía [...] Era uma crise nervosa, depois por que meu pai tem uma crença que não pode acordar o sonâmbulo porque senão ele sofre uma ataque cardíaco. Mas diz para minha mãe esconder a chave sempre que eu viesse, mas eles me contavam que me encontravam na rua andando, ou então eles ouviam o barulho da chave, na rua, eu tentando abrir as portas.

Louise lamenta que todo esse seu comportamento tenha sido negligenciado pelos pais, que achavam tudo aquilo normal:

A minha mãe que me trouxe pra cá porque eu já estava num estágio muito alterado de crises, porque a minha família pegava e dizia que era a lua, que era a puberdade, era a adolescência. Ficava camuflando as coisas. Eu chegava a esmurrava, quebrava as coisas e a minha mãe dizia para o meu pai: ‘ela vai acabar se machucando!’ E o meu pai dizia: “deixa, deixa ela quebrar que aí ela passa a raiva dela.” As portas lá de casa eram todas rachadas, quando eu tinha crise, o que eu pegava eu esmurrava. Mas para a minha família, eles achavam que era normal. Até hoje é assim.

Para ela, os pais “camuflavam” as coisas porque não queriam assumir um “filho defeituoso”:

Eu sempre senti isso, mas eles diziam que era normal. Eu achava que era normal. Eu não lembro a idade certa, mas na fase de adolescência, eu chorava muito, eu dizia para mãe que eu sentia uma tristeza, aí ela dizia assim: “não, menina, isso é da idade”. “Eles têm vergonha, para os meus pais é defeituoso, é um filho com defeito”. “Aí eu vim procurar ajuda para ela também, porque meus pais não fizeram, porque eu conversando com meu pai chega fica constrangido quando eu falo, ele pergunta, mas você vê o constrangimento dele. Meu pai se gabava e dizia: “A minha Louise é como um bambú, enverga, mas não quebra”. Já ta com mais de ano e ele continua a dizer, e eu, é pai mas tô rachando, e ele: “como assim ta rachado?” Aí foi quando eu disse que estava me tratando, aí ele, ele ficou tão perplexo que parecia que eu tinha dito um palavrão. Aí eu disse: “Pai, se o senhor tivesse me tratado mais cedo... por que aquele comportamento não era normal, uma criança tão agressiva”.

Além disso, afirma que sua posição foi sempre de questionamento da autoridade paterna:

Por exemplo, eu era uma... apanhei muito, porque eu nunca... na maioria das vezes eu não aceitava, eu não aceitava um não. Sabe o que é não aceitar um não? [...] Eu tenho uma dificuldade muito grande de receber ordem, porque como eu fui controlada a minha vida toda... sempre aquele negócio: “Louise tu faz isso, Louise tu faz aquilo”.

Aos 18 anos Louise se casa e é nesse momento que os benzodiazepínicos passam a fazer parte de sua vida, pois, segundo ela, foi isso o que permitiu que esse casamento ocorresse:

“Quando eu casei, foi por causa dos comprimidos. Eu até disse para os psiquiatras: se eu fosse casado comigo, eu já teria me deixado! Tinha hora que eu não me suportava!” Quanto a prescrição, ela afirma que foi feita por um cardiologista: “porque ele, porque eu sou hipertensa e ele me achou muito descontrolada”.

No entanto, as crises de agressividade continuam ocorrendo após o casamento e, agora, é o marido que é convocado a reagir. Mas, assim como o pai, ele também se mostra passivo: “Meu marido entrava calado e saía mudo. Quando eu tinha as crises, ele ficava sentado no sofá. Aí eu aprontava de tudo dentro de casa, ele trancava logo a porta. Ele deixava, fazia o que meu pai fazia”.

A agressividade aparece também na relação com a filha mais nova que, segundo ela, a mais apegada ao pai, quase a “sombra” dele:

é essa agressividade enorme, e com minha filha, a briga não foi pior, porque sempre tem alguém para separar nós duas [...] quando eu partia para cima dela era para bater mesmo, não era negócio de palmadinha, não, era de quebrar a cara mesmo!.

Como sempre, as crises de agressividade são seguidas de acessos de angústia muito fortes: “Aí eu comecei ter umas crises de sumir. Eu queria, eu queria... Meu apartamento é pequeno, mas para mim estava desse tamanho. Eu sentia falta de ar, eu sentia angústia, isso tudo junto, dor de cabeça, eu sentia tremor”.

Lembra de fatos de sua infância, onde essa vontade de sumir aparecia, referindo ter pensado em se matar várias vezes. Exemplificando uma dessas vezes, menciona:

A primeira vez que eu pensei em me matar eu já tinha planejado tudo bem direitinho, eu tinha 11 anos, o pai levava a gente para a escola, ele subia o viaduto ali da Aerolândia para pegar a BR, aí nesse tempo não tinha negócio de usar cinto, e sempre [...] como eu sou a mais velha, ninguém sentava no banco da frente, porque o banco da frente é da Louise. Eu é que sento no banco da frente, meus irmãos já sabiam. Aí eu sentada no banco da frente, já tinha planejado tudo à noite, porque eu fico acordada e fico só pensando o que não presta, aí quando ele estiver no pico, eu abro a porta e me jogo, não acredito que de uma queda daquela eu não sobreviveria.

Mas não teve coragem de fazer isso diante dos irmãos e do pai. Diz também já ter tentando tomar vários medicamentos ao mesmo tempo, mas procurou ajuda a tempo de se salvar. Associa essas tentativas de suicídio ao seu “histórico familiar”: dois primos com diagnóstico de psicose, além do suicídio de uma prima e de outro tio.

No momento em que nos encontramos para a realização das entrevistas, Louise vem passando por algumas transformações decorrentes do processo terapêutico que vem desenvolvendo há dois anos e também de mudanças que ocorreram nas relações familiares. Afirma que com a terapia, ela começou a melhorar. No entanto, nesse mesmo período a família começa a dizer que ela não precisa mais de tratamento e começa a esconder seus remédios, dizendo que ela precisa aprender a viver sem eles:

Porque teve um tempo que lá em casa eles pararam, eles esconderam meus remédios e eu fiquei sem tomar, porque eles estavam achando... Porque como eu comecei a mudar o comportamento, falar mais calma, eu falava atropelado.

Além disso, o marido de Louise começa a entrar em um estado depressivo e deixa de trabalhar. Agora Louise é convocada a cuidar dele. Os sintomas voltam e ela não sabe como lidar com isso:

porque ta acontecendo os problemas lá em casa e eu tenho que me manter forte pra ter equilíbrio porque o equilíbrio... as minhas filhas já disseram, o meu sogro dizia: “o equilíbrio da casa, a sustentação da vida era eu” Eu tô cansada disso, tô cansada, tô cansada desse peso, tô cansada, tô cansada, tô cansada. Não tô aguentando mais, não tô aguentando mais. A vontade de sumir voltou de novo, voltou de novo. Ai eu fingi que eu passei mal aqui, eu tenho cefaleia, essas crises de dor de cabeça forte eu as vezes tenho tontura, desmaio. Ai eu passei mal aqui e vocês me deram uma injeção, a injeção dava sonolência, pra ver se me poupava um pouco, ta entendendo? Pra ver se eu conseguia reagir, porque eu peço muito a Deus força, mas eu não sei de onde tirar mais não, eu não sei, eu não sei de onde tirar. Eu não tô conseguindo, eu não tô conseguindo, eu não tô conseguindo.

Após o dia em que fez esse relato, Louise não compareceu para a próxima entrevista que tínhamos marcado. Ainda tentamos fazer outros contatos, mas ela não conseguimos obter retorno.

6.2 CONSTRUÇÃO TEÓRICA

Ao escutar Louise apreendemos a sua forma de se fazer representar pelos significantes “descontrolada”, “crise nervosa” e “histórico familiar”. Com isso, nos faz perceber a construção elaborada por ela para dar algum sentido à história que conta. Essa história que cada sujeito elabora para se contar e para tentar responder as questões que tocam no limite do saber: a morte, o sexo, a vida.

Percebemos que o lugar que Louise ocupa na família é o de “descontrolada”, lugar esse que é constantemente reforçado por suas crises agressivas. Mas é interessante observarmos como ser “descontrolada” responde pelo sintoma do casal parental que tenta camuflar algo que perpassa esse histórico familiar.

Desde de o início de suas elaborações psicanalíticas, Freud ([1914] 2013) destacou sua preocupação a respeito do lugar da criança em relação aos pais. No texto sobre o narcisismo, ele aborda como a criança em um primeiro momento identifica-se com o narcisismo parental. Ou seja, ela é tomada pelos pais como aquela que vai atender às expectativas daquilo em que eles mesmos fracassaram. Isso, muitas vezes, é exprimido do decorrer do investimento realizado pelos pais que, frente aos seus próprios desejos, fazem dos filhos uma continuidade dos seus narcisismos.

Freud (1914 [2013]) sugere que “o amor parental nada mais é do que um retorno e reprodução do narcisismo dos pais que colocam o filho no lugar de ‘Sua Majestade o Bebê’”, o bebê vem realizar os sonhos dos pais e satisfazer seus desejos com este ideal. Então, o filho se encaixa justamente no que é inconsciente dessa relação parental, pois acontece o encontro de várias questões, como a história do casal e de cada membro. Com isso, há transmissão dessa construção psíquica tanto ao que se refere ao narcisismo parental quanto a identificação que a criança faz a esse narcisismo em troca do amor dos pais. Na maioria das vezes, a criança apresenta um sintoma como resposta à produção dessa unificação.

Com essa percepção Lacan (2003, p. 369) coaduna com Freud ao afirmar que “o sintoma da criança acha-se em condições de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar”, tomando-o na qualidade de ser representante da verdade do casal. Assim, o casal parental está aludido diretamente na constituição do sujeito e, portanto, nas produções psicopatológicas da infância. Então, compete ao filho responder de forma singular à demanda dos pais e satisfazer os seus desejos como o ideal ou rompê-los.

É nessa perspectiva que Louise, frente a um casal que teme o “defeituoso”, se apresenta como agressiva e descontrolada em resposta ao sintoma do casal parental. De tal forma, os pais, a partir da perspectiva da filha, tentavam “camuflar”, esconder deles mesmos os sintomas apresentados por ela: “isso é normal”, “deixa ela extravasar”, além do estranhamento causado, principalmente no pai em saber que sua filha faz tratamento. Contribuindo com esse aspecto citado, Mannoni (1987, p. 38) exprime como o sintoma vem denunciar o fantasma familiar, aquilo que é não-dito pela família ao afirmar:

[...] o fantasma, isto é, o sintoma, aparece como um véu, cuja função é esconder o texto original ou o acontecimento perturbador. Enquanto o sujeito permanece alienado em seu fantasma, a desordem se faz sentir ao nível do imaginário: é para Hans sua fobia de cavalos; para o homem dos lobos, sua fobia e, finalmente, sua alienação nesse corpo fantasmado. O sintoma, como mostra Freud, inclui sempre o indivíduo e o Outro.

No caso de Louise, certamente não tivemos como permitir a elaboração desse “acontecimento perturbador”, já que não se tratou de uma análise. No entanto, os elementos que surgem ao longo das entrevistas apontam que a dimensão sintomática situa-se ante a constante queixa acerca da agressividade, sendo

presente de forma tão marcante e constante durante sua infância que é repetida até sua vida adulta, configurando-se no seu maior conflito psíquico.

No transcorrer dos avanços teóricos de Freud (1926 [2013]), o sintoma é apresentado como “um sinal de satisfação que permaneceu em estado imóvel, sendo então o sintoma uma consequência do processo de recalçamento”. O sintoma é a causa de sofrimento, é como uma pedra no caminho que o sujeito se esbarra e, muitas vezes, não consegue ultrapassar; é o que nos faz ficar imóveis diante das questões e angústias, gerando desprazer. É um lugar que contém uma verdade para o sujeito a ser decifrado e, dependendo da interpretação que o sujeito der, buscará um médico ou um analista, ou ainda um padre ou um pai-de-santo (QUINET, 2011).

No caso apresentado, Louise buscou primeiramente os médicos para entender suas questões. Foi ao neurologista, ao cardiologista e, finalmente, depois de muito tempo, até o CAPS. Assim, começou a fazer uso de medicamentos, atribuídos, segundo sua fala, a necessidade de “acalmar os nervos”.

Na resposta encontrada no modelo médico, o sintoma é abordado como uma verdade *a priori* como ferramenta de impetrar o diagnóstico. Nesse caso, fica claro o impedimento de decifrá-lo e minimamente compreendê-lo, já que o intuito é eliminá-lo. Essa forma de tratar o sintoma pode adormecê-lo, de alguma forma, devido ao efeito do medicamento ou mesmo o efeito simbolizado pelo ato de dar um diagnóstico ao sujeito, embora as duas opções não ocasionem o desaparecimento dos sintomas.

Por outro lado, para psicanálise, há algo querendo se realizar em busca de satisfazer o desejo e nesse aspecto o sintoma persiste. Para o saber psicanalítico o sintoma revela, não a verdade da doença, mas a verdade do sujeito inconsciente, indestrutível (FREUD, [1900] 2013). Para Lacan, o registro da verdade deve ser compreendido pela sua determinação simbólica, “o sintoma é mesmo linguagem” e, pela mera interpretação, não é possível alcançá-lo. Deve-se então, pela via do significante, decifrar a verdade oculta pela repetição inerente ao que é sintomático, mesmo sendo possível tocá-lo como meia-verdade, pela impossibilidade de dizer a verdade toda.

Lacan ([1917] 1980) considera, portanto, o sintoma como efeito estrutural para o sujeito, como algo de mais real e, logo, não deve ser extirpado. Com essa lógica, cada sujeito se organiza sob seu sintoma. Para o processamento psíquico do sujeito, o sintoma se apresenta como um retorno do que foi recalçado e como

oposição frente à sua realização. No entanto, ainda que paradoxal, possibilita satisfação ao sujeito.

Destarte, além dessa vertente de verdade a ser decifrada, o que a psicanálise descobre é que o sintoma, apesar de fazer o sujeito sofrer, também porta uma dimensão de satisfação (FREUD, [1917] 1980).

Nesse sentido, percebemos como aquilo que está em jogo no núcleo do sintoma do sujeito apresenta-se também a elaboração do fantasma do mesmo e a realização do seu desejo inconsciente. Laplanche e Pontalis (1998) definem a fantasia como um "roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que figura, de maneira mais ou menos deformada pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente". Sustentando, portanto, a tela por onde o sujeito vê a sua realidade, não importando se causa sofrimento consciente ou não. Assim, é por meio da relação do sujeito diante do outro que os sintomas aparecem, estes sustentados pela posição ocupada por ele nessa relação.

De tal modo, vemos como que para Louise, durante bastante tempo a agressão participa do seu fantasma como sinônimo de potência frente aos outros, organizando sua posição frente aos pais, aos irmãos e colegas do colégio.

A partir de Freud ([1932] 1976), sabemos que as fantasias inconscientes têm influência primordial na realidade psíquica, e serão consideradas mais importantes do que a influência do mundo externo para a investigação das neuroses e para o trabalho analítico. Em um só tempo, Freud descobre a sexualidade infantil e as fantasias inconscientes que organizam a realidade psíquica do sujeito (GALLINA 2010). "A fantasia é uma encenação ativa produzida pelo desejo sexual inconsciente" (QUINET, [1951] 2010, p. 167).

A posição fantasmática de Louise, apoiada no seu sintoma da "agressividade" aponta para uma articulação entre este sintoma e as diversas situações em que alguém é batido: seja se colocando entre o pai que bate na mãe, seja ela mesma batendo em seus colegas ou até na sua filha.

No texto, de 1919, intitulado "Bate-se numa criança", Freud ([1919] 2010) aborda a especificidade de um roteiro específico de fantasias que ele identifica em seus pacientes, roteiro este que envolve o fato de alguém ser espancado. Segundo ele, essas fantasias surgem na primeira infância e proporcionam material para uma autossatisfação erótica, quando um dos componentes da função sexual (nesse caso aquele relacionado ao bater/apanhar) teria se tornado prematuramente autônomo e

se fixado. A partir da experiência clínica, Freud percebe que o significado dessas fantasias só podem ser observados se considerarmos sua escansão em três fases:

- a) a primeira fase é o relato da observação de uma criança que apanha. Nesse momento, “a criança que apanha nunca é a que fantasia, mas invariavelmente uma outra, em geral um irmão menor, quando existe” e ainda, “permanece obscuro, de início quem é realmente e pessoa que bate. Apenas uma coisa se pode constatar: não é outra criança, mas um adulto”. Após algum trabalho em análise, através de associações, esse adulto será reconhecido de maneira clara e inequívoca como o pai da paciente. Assim, essa etapa da fantasia pode ser expressa na frase: “meu pai bate na criança” (FREUD, ([1919] 2010, p. 302).
- b) A segunda fase, a criança fantasia que “a pessoa que bate continuou a mesma, o pai, mas a criança castigada tornou-se outra, é invariavelmente a própria criança que fantasia”; porém Freud acentua que “a fantasia é bastante marcada pelo prazer e adquire um significativo conteúdo”. Essa fase é expressa pela frase: “sou castigada pelo meu pai” (FREUD, ([1919] 2010, p. 302-303).
- c) A terceira fase aproxima-se da lógica da primeira e mostra como a pessoa que bate nunca é o pai, permanecendo indefinida, ou mesmo, vem a ser, de modo típico, um representante do pai (como professor). No entanto, “a pessoa da criança que fantasia já não aparece na fantasia de surra”, mostrando como “no lugar da criança que apanha, em geral há muitas crianças”. Ainda afirma Freud ([1919] 2010, p. 303), que a “monótona situação original da surra pode experimentar as mais diversas alterações e adornos, e a surra mesma pode ser substituída por castigos e humilhações de outras espécies”.

Nesse artigo, Freud ([1919], 2010) conta que a menina é afetuosamente fixada ao pai, e deve ter feito esforço para conquistá-lo, a troco de despertar atitudes de ódio perante à mãe. Muitas vezes, por ter que dividir com outras crianças, geralmente os irmãos, o amor dos pais, a criança acaba desprezando os irmãos, Nessa disputa, a produção fantasmática da criança interpreta: “Meu pai não ama esse outro, ama somente a mim”, por isso ele me bate.

Assim, Freud ([1919], 2010, p. 303) demonstra como a elaboração da fantasia está interligada à sentimentos de prazer, “em virtude dos quais ela foi reproduzida várias vezes ou continua a sê-lo”. No auge da situação imaginada há quase sempre uma satisfação masturbatória.

Outro texto freudiano importante para entendermos essa relação entre fantasia, sintoma e satisfação é o “Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade” (FREUD, [1908] 1996). Esse artigo demonstra de forma evidente como as fantasias inconscientes encontram-se atreladas à formação dos sintomas. Aborda, ainda, como atrás de todo sintoma histérico há sempre duas fantasias sexuais, uma de caráter masculino e outra feminino. Isso é exemplificado por Freud pela descrição de uma de suas pacientes que, durante um ataque histérico “pressionou o vestido contra o corpo com as mãos (como mulher), enquanto tentava arrancar com a outra mão (como homem)” (FREUD, [1908] 1996). Essa divisão entre homem e mulher, é própria da histeria, divisão entre o que é desejado e ao mesmo tempo rejeitado. O psicanalista Quinet (2002) retrata essa acepção e revela que no ataque histérico o sujeito feminino traz à tona sua fantasia de ser seduzida e deste modo encena sua divisão entre o homem que a seduz e sua própria recusa em se deixar seduzir.

Essa representação é visualizada no quadro de René Magritte o *Les jours gigantesques*. Nele, uma mulher nua tenta afastar com uma mão o homem cuja silhueta está desenhada em seu próprio corpo; e com a outra, o toma em seus braços. A aparência de miragem e assombração suscita o ar amedrontado da mulher; sendo estranho para si, mas opera como uma representação sua. Relaciona, sobretudo, um assédio sexual pelo como algo estranho-familiar pertencente ao seu corpo. “Eis o quadro que a histérica mostra em seu da-a-ver ao Outro” (QUINET, 2002, p. 169).

Figura 2 – Quadro de René Magritte o *Les jours gigantesques*



Fonte: Quinet (2002).

No âmbito de uma pesquisa acadêmica pautada na realização de entrevistas, é certamente complicado falarmos de uma atribuição diagnóstica. No entanto, em virtude de um ganho didático, nos permitimos recorrermos a uma licença estilística, para correlacionarmos a posição de Louise àquela que caracteriza a posição histérica. Isso porque é essa relação entre recusa de um gozo, ao mesmo tempo em que se identifica a ele, que comparece em seu discurso, através da referência ao pai.

A histeria é caracterizada pela sua queixa da desordem do mundo que, contudo, a histérica sustenta como um desejo insatisfeito. Há uma recusa para manter-se em falta e como desejante. É aí que situamos o discurso de Louise que, ao mesmo tempo em que culpa o pai por seu comportamento agressivo (eu sou assim porque apanhei dele, porque ele batia na minha mãe) se identifica com ele e passa a assumir o traço paterno da agressividade como sendo seu (bate nos amigos, na filha).

Cito, assim, Maurano (2010, p. 97) para exemplificar essa identificação: a histérica “vale-se da emergência de uma identificação viril com pai, como forma de capturar dele uma orientação frente ao seu desejo no campo sexual”. No entanto, ao mesmo tempo que institui o pai como controlador, mantém-se questionando a autoridade paterna: ao afirmar sua conduta diante de sua autoridade e ao comporta-se como contestadora sempre que o pai lhe ordenava ou exercia sua função. Isso demonstra como Louise inscreve-se no discurso da histérica ao eleger um mestre para depois derrubá-lo.

Essa é a posição histérica que procura eleger um mestre para ocupar o lugar de detentor do saber sobre o mistério que ela guarda e, ao mesmo tempo, coloca-se para o outro como enigma a ser decifrado, fazendo-se assim de objeto para o desejo do outro. Todavia, o que ela quer com isso é que o enigma seja relançado, jamais estancado ou alcançado, pois o seu sintoma a coloca sempre numa necessidade de manter-se como insatisfeita frente ao seu próprio desejo. Entretanto, ela acaba por buscar sempre a destituição do mestre eleito de seu lugar do saber, mostrando-o impotente para dar conta dela. A Bela Açougueira, caso apresentado por Freud, ilustra como a histérica questiona o mestre. Trata-se de uma paciente que, sabendo das teorias de Freud acerca do sonho como realização de um desejo, lança-lhe um desafio:

O senhor sempre me diz... que o sonho é um desejo realizado. Pois bem, vou lhe contar um sonho cujo tema foi exatamente o oposto – um sonho em que um desejo meu não foi realizado. Como o senhor enquadra isso em sua teoria? (FREUD, ([1900] 1996, p. 180).

Com base no trecho de Freud, o sujeito histórico se apresenta como objeto de pesquisa para exatamente destituí-lo do lugar do saber do mestre, grifando as falhas de sua mestria. Ela destitui a função do mestre fazendo greve.

No caso de Louise, vemos que ela denuncia a impotência do pai quando afirma que ele se posiciona de maneira relapsa frente aos seus caprichos: deixa a menina! Posição que também vai ser denunciada posteriormente com relação ao marido, que presencia suas crises, mas nada faz. Esse repetido lamento de que o pai não age, o marido não age, aponta para um apelo a figura paterna, para que ele venha a ocupar o lugar de Lei.

Porque, então, esse estranho mecanismo que faz com que a histórica esteja sempre numa corda bamba nessa relação com o mestre? A resposta histórica é uma defesa do sujeito contra sua falta, o seu vazio. Para exemplificar a posição histórica Freud ([1900] 1987) analisou o sonho de uma de suas pacientes e mostrou como o desejo não realizado é fruto da satisfação latente em manter o desejo insatisfeito. Nesse sentido, a histeria se faz além da insatisfação com seu desejo, como uma forma de proteção, de defesa, para não se deparar com sua própria castração. Sendo assim, é preciso compreender como ocorre a construção do sujeito diante de sua falta e de seu desejo.

No tópico onde abordamos a relação entre a feminilidade e a psicanálise, percebemos que os caminhos por onde advém um sujeito em sua constituição sexual, depende, antes de tudo, de como cada sujeito encontra-se com a falta no Outro, recebida em forma de pergunta: o que o Outro quer de mim? As respostas que o sujeito constrói frente a esta pergunta constituem sua fantasia, sua relação com o Outro e sua posição sexuada.

Para a menina, o encontro com a falta no Outro (ou conforme a elaboração freudiana, com a falta do falo na mãe) culmina em um sentimento de ter sido feita faltosa e de atribuir essa falta à mãe. Essa descoberta promove uma dupla mudança para a menina: por um lado, abandono da satisfação clitoriana em prol da satisfação vaginal; por outro, ela abandona o investimento na mãe e passa a se dirigir ao pai como aquele que possui o falo.

Uma histérica pode ser compreendida pela dificuldade de resposta ao enigma do feminino. A posição da mulher perante à esse enigma, contudo, se instaura devido a inexistência de simbolização do sexo da mulher como tal, porque o imaginário fornece apenas uma ausência. É pela impossibilidade do sujeito histórico de suportar a ausência do falo, ou seja de colocar-se, no encontro sexual como objeto de desejo do outro, que a histérica se constrói.

Freud averigua como ocorre essa elaboração ainda na infância e afirma que, por não obter resposta do seu desejo na mãe, vem à tona sempre o desejo como insatisfeito, pois busca seu desejo no Outro. Percebemos, sobretudo, como opera o “lugar e o papel do Outro enquanto Outro sexo que se trata no sintoma histórico”, conforme afirma André ([1986] 2011). Assim sendo, o núcleo da construção psíquica do histórico é tomado por essa necessidade de pedir ao Outro que lhe ofereça o ser, ao mesmo tempo que recusa tornar-se objeto de gozo do Outro.

O sujeito não consegue localizar o seu desejo, daí recorre ao pai. Ela então faz questão de colocar o pai como impotente para responsabiliza-lo por aquilo que ela não consegue sustentar em seu desejo. Toda criança, no momento do declínio do Édipo, se volta para um pai, um pai que seja digno de ser amado porque onipotente, pai ideal que possui o falo e pode dá-lo (FREUD, [1912-1913] 2012).

É esse pai que uma histérica ama. No entanto, o sujeito histórico sabe que ele ou ela não tem um pai assim e é essa sua maior questão. Nos casos apresentados por Freud, como o de Anna O., de Dora, como no de Louise, apresenta-se sempre a suposta impotência do pai. Põe-se, igualmente, o amor histórico pelo pai enquanto potente, ferido e diminuído (KAUFMANN, 1996).

Nesse aspecto, para discorrermos como um sintoma histórico pode ser constituído, é necessário falarmos um pouco sobre o falo. Esse é um elemento estruturante para o sujeito, por ser a peça indicativa da plena potência vital, mesmo não pertencendo a nenhum dos sexos, masculino ou feminino.

Nesse sentido, o falo é justamente explicitado por ser um significante da falta. Lacan ([1958] 1998), em “A significação do falo”, afirma que o falo não é uma fantasia, não é um objeto parcial que se configura como sendo bom o mau, tampouco se restringe a um órgão, pênis ou clitóris. O falo é um significante, um significante especial, já que se configura como o index do desejo do Outro⁵. Uma

⁵ O Outro é concebido por Lacan como espaço aberto de significantes que o sujeito encontra desde seu ingresso no mundo, e é utilizado por ele, em último termo, para se referir à linguagem.

vez que o inconsciente não diz ao sujeito de qual sexo ele é, a definição da posição sexuada de cada um vai se dar apenas a partir de sua colocação em relação com o falo (VOLICH, 2005).

Nesse sentido, como a relação fálica para o sexo feminino é marcada pela ausência de um significante que a nomeie (o significante fálico), a menina vai se constituir buscando essa referência simbólica num outro.

A histeria vai ser uma das respostas possíveis frente à essa falta. Na medida em que ocorre a falta de um significante para o sexo feminino, a histérica adota a postura de reivindicar algo que venha ocupar o lugar deste significante faltoso, fazendo dele um ponto de apoio que lhe seja oferecido lá onde o inconsciente a deixa abandonada (ALONSO; FUK, 2004). Ela busca este significante em algo que lhe faça sentido. Portanto, a histeria pode ser uma saída possível que, na busca de um objeto perdido, relança o desejo em uma incansável circularidade.

Outro aspecto relevante a se considerar na posição histérica é que ela se constitui numa pergunta sobre o feminino que pode se colocar da seguinte maneira: sou homem ou sou mulher? No caso de Louise, viemos como o significante “macho-fêmea” traduz essa questão atrelando-a ao traço de identificação ao pai que e a agressividade. Ser “macho-fêmea” diz de sua forma de se apresentar sob comportamentos que ela considera característicos dos homens, ao mesmo tempo em que questiona a necessidade de sentir-se amada, construção inerente ao feminino. Ela afirma: “eu brigava como homem mesmo, era murro e chute”, ao mesmo tempo em que também reclama da carência do carinho do pai e familiares, trazendo à tona a contradição entre seu sintoma convocado pelo aspecto de comporta-se como homem e os aspectos femininos pela necessidade de sentir-se amada. Há, portanto, um duplo movimento de sedução e recusa. Louise também põe em questão o fato de brigar de ao mesmo tempo que se coloca como "macho-fêmea" perante aos outros, briga como homem, sente-se humilhada e diminuída frente à irmã.

Compreendemos, nessa acepção, como os significantes e o imaginário perpassam a histeria, devido sempre ser posto em questão o desprazer e a contradição interna de sua sexualidade. “A histérica sabe que não tem o falo e age de modo a situá-lo como significante último de seu desejo, que deve ser reconhecido, mas jamais satisfeito” (MAURANO, 2010, p. 97). O sujeito marcado pela histeria

consome a falta, é como se houvesse o gozo da falta. O gozo insatisfeito é o que define, de maneira precisa, a posição da histeria (SOLER, 2003).

Há na posição histórica o mecanismo de se dedicar ao outro para não querer saber de seu desejo. A forma como Louise se posiciona perante aos outros, colocando-os em sua frente e esquecendo-se de si, revela uma figura anunciadora de um sintoma da histeria.

É importante distinguir a posição histórica da construção feminina, ainda que elas possam combinar-se. O caminho para a feminilidade é bem mais tortuoso. A histórica, ao deixar insatisfeito o gozo do Outro, quer um mais ser. Lacan ([1958] 1998), repete “Que quer uma mulher?” A resposta poderia ser: gozar. Assim, seria viável dizer: a mulher quer gozar, a histórica que ser. Ser, não obstante, algo para o Outro: não um objeto de gozo, mas o objeto precioso que sustenta o desejo e o amor (SOLER, 2003).

Para a histórica, não se trata de apenas de fazer o Outro desejá-la sexualmente, o seu objeto de desejo não é o da necessidade, nem o da demanda de amor, mas o desejo de um desejo, desejo que incide sobre a falta no Outro e não sobre o que causa essa falta. Então, se o falo é o significante do desejo do Outro, para a histórica, “só aparece o véu que o esconde, sem que ninguém possa saber se ele está lá ou não por trás desse véu” (KAUFMANN, 1996, p. 249).

A histeria aponta não só para a insatisfação do desejo, mas também para um corpo habitado pelo gozo. Há na histeria uma fenda entre o corpo e o saber, entre o lugar da enunciação e do o que é enunciado. O sintoma histórico se articula como uma cena impossível de ser controlada, pelo rompimento do real em cena, podendo se apoderar do sujeito repentinamente.

Essa acepção abre para a questão do corpo, o qual sempre foi implicado de maneira significativa para a psicanálise. Freud parte da exploração de uma possível articulação entre o corpo biológico e o corpo como representação. No entanto, posteriormente, já se subverte a apreensão do corpo natural, fisiológico quando o coloca como submetido à linguagem, incorporando a representação do corpo como simbólico. Dessa forma, o corpo é organizado pelo significante que o envolve à determinação de significação. Ou seja, o corpo é instrumento capaz de permitir a expressão das representações recalcadas.

Para Freud ([1894] 1987), em suas pesquisas iniciais, as fantasias sexuais reprimidas poderiam ocasionar efeitos sintomáticos no corpo, o qual chamou

de mecanismo de conversão. O termo conversão apareceu em “As neuropsicoses de defesa”, no qual Freud ([1894] 1987, p. 56) mostra como “a representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática”, porém essa explicação é inseparável do sentido simbólico, como lembram Laplanche e Pontalis (1998). Nesse sentido, o sintoma conversivo usa o corpo para anunciar representações recalçadas. Freud, no texto “Estudos sobre a Histeria” (1893), afirma que os histéricos sofrem pois, em sua maior parte, de reminiscências inconscientes, ligadas a um afeto insuportável. No caso de Elisabeth Von R, Freud ([1894] 1987) mostra que os “sintomas somáticos da histeria podem ser produzidos por uma simbolização”.

Por conseguinte, após avançar em seus estudos sobre o corpo, o psicanalista apresenta a noção de corpo erógeno por volta de 1905 para, em seguida, introduzir o conceito de pulsão, cuja zona erógena confere à pulsão um caráter sexual. A pulsão diz respeito a um processo econômico, no qual aparece para o indivíduo como fenômeno psíquico. Assim, o corpo aponta para uma possível articulação entre a pulsão e o inconsciente (simbólico e o real).

Temos, no caso de Louise, a presença de elementos conversivos como dores de cabeça constantes, mal-estares potencializados, as ausências e a “vontade de sumir”, demonstradas em momentos que ela se recusa a participar de situações, associadas aos momentos de mais angústia. Esses sintomas aparecem como inexplicáveis e incapazes de ser controlados, constatando uma repetição e a constância dos mesmos, além do não-saber consciente de sua origem.

Nesse sentido, os sintomas podem aparecer em uma histérica como um escape de excitações que não encontraram outra via, se não no corpo, para mostrar a função sexual do sujeito, portanto o corpo deixa de estar a serviço de uma função estritamente orgânica e coloca-se invadido pela função sexual.

Colocando-se entre a necessidade e o desejo, o órgão pode aparecer destacado da função previamente estabelecida, para servir à função que é estabelecida pela fantasia inconsciente. Essa modificação da função inicial de um órgão ou parte do corpo é apresentada por Freud ([1910] 1987), quando revela a cegueira histérica como algo cuja função orgânica foi sobreposta à função sexual. Relata: “um órgão que serve normalmente à finalidade da percepção sensorial começa a se comportar como um genital real quando se intensifica seu papel erógeno” (FREUD, ([1910] 1987, p. 203). A psicanálise, portanto, mostra como a

função orgânica pode ser apropriada pelo imperativo de dar expressão a uma questão psíquica.

O corpo assume a junção entre o que é sexual e não sexual, determinando uma falha no processo de recalque. O sintoma conversivo manifesta, justamente, o desejo em posse do corpo como imagem erotizada, capaz de anunciar algo recalcado (FREUD, [1908] 1987). O que os sintomas no corpo nos mostram justamente o aparecimento abrupto do real impossível de ser simbolizado. Refere-se, logo, à queda do simbólico, o qual leva o aparecimento sintomático diante de algum trauma ou questão, portanto o motivo de angústia desses sujeitos é se deparar com a falha do recalque, apresentando o real do corpo.

Com base nisso, o corpo como lugar onde o sintoma da histeria se inscreve aponta para algo impossível de ser simbolizado da constituição do desejo, ou seja, que não pode ser simbolizado no real no corpo. Então, Freud articula tal questão e afirma que o corpo de uma histérica pode ser mudo, apesar de mostrar-se barulhento com o abrigo dos sintomas, pois, dá ares de impedir o encontro com a experiência angustiante e, por consequência, de perda de gozo.

Podemos nos perguntar como o traço da “agressividade” assumido por Louise ressoa no plano pulsional. Em seu texto sobre as pulsões, Freud ([1905] 2012) inicialmente tornou “o impulso agressivo como uma oposição entre a pulsão sexual e a pulsão de autoconversão, associando a agressão ao impulso sexual”. Nessa direção, Freud apresenta a noção de masoquismo como a brutalidade associada à pulsão sexual, a dor vinculada ao prazer, além da passividade como elemento aliado à satisfação, tanto nas formas passivas como ativas no mesmo sujeito.

Porém, somente em 1920, a agressividade é reconhecida como pulsão específica, “[...] existem essencialmente duas classes diferentes de pulsões: as pulsões sexuais (Eros), e pulsões agressivas, cuja finalidade é a destruição” (FREUD, 1932-1933, p. 129).

Da mesma forma, a pulsão sexual continha um elemento sádico, conforme considerado por Freud ([1924] 1976), consistindo no emprego da violência ou da força sobre outra pessoa, o masoquismo foi ilustrado como vinculado ao sentimento de culpa, logicamente, de forma inconsciente. De tal modo, o sujeito espera ser punido por alguma coisa de que, em sua fantasia, julga ser culpado, especialmente de situações ligadas à masturbação infantil.

No entanto, tanto o masoquismo como o sadismo foram associados ao erotismo e ao impulso destrutivo. O pai da psicanálise converge seus estudos a considerar que o instinto agressivo está interligado à pulsão de morte, assim a agressividade é considerada parte do conflito entre a pulsão de vida e a pulsão de morte.

No caso de Louise, a agressividade aparece como um sintoma predominante tanto na sua vida infantil como na adulta. A paciente conta que chegava a esmurrar a si mesmo ou entrava numa briga por nada e acabava sendo vítima de agressões. A partir desse comportamento, o ódio contado por Louise durante os seus momentos de agressão, pode nos remeter à discussão freudiana de que o ódio não é simplesmente o negativo do amor, mas também como algo que endereça um prazer, há algo paradoxal.

É interessante pensar como o principal sintoma de Louise “a agressividade”, ainda repete-se na sua relação com a filha mais nova, filha essa que é colocada pela paciente como a mais querida do pai. Louise relata momentos de extremas brigas entre as duas, chegando, inclusive, à agressão física.

Para pensarmos na busca de Louise em responder ao enigma do que é o feminino ou na busca pelo objeto faltante, compreendemos como a agressividade pode ser colocada como uma resposta. No entanto, a agressividade, por si, não dá conta e aos poucos Louise começa a questionar-se e a sofrer na relação com o sintoma. Deste modo, a angústia comparece quando o sintoma vacila.

Acreditamos que é nesse ponto que o benzodiazepínico surge para Louise como um elemento mediador entre o sintoma (agressividade) e a angústia. Aqui, é importante analisarmos mais detalhadamente como o medicamento comparece e qual sua função para este sujeito específico.

Em primeiro lugar, é importante retomarmos com Laurent (2004, p. 35) que a medicação não pode ser tomada apenas em sua dimensão química, pois “o sonho da pureza bioquímica é uma ilusão”. Como em tudo com que o ser falante se relaciona, o benzodiazepínico é tomado na constituição subjetiva do sujeito através de suas dimensões imaginária, simbólica e real. Certamente, nem tudo da relação de Louise com a medicação vai poder ser aqui explorado. Primeiro porque “tudo” não é possível der dito, mas também porque, numa pesquisa acadêmica, estão excluídas as condições requeridas por uma análise que permitiriam ao sujeito, ele mesmo, elaborar o sentido da medicação. No entanto, pelas falas que captamos nas

entrevistas realizadas, alguns significantes podem ser pinçados, apontando para como se constrói essa rede de significações.

Começamos interrogando o lugar simbólico que a medicação ocupa nesse caso. Como diz Laurent (2004, p. 39), o medicamento é “capturado nas mais finas redes simbólicas do Outro”. Para Louise, essa rede é tecida com o significante “agressividade”. É esse o lugar que ela encontra no Outro simbólico. Identificada ao pai que ela sustenta como aquele que é agressivo e à quem Louise dirige uma demanda de controle de sua agressividade (o pai não fazia nada, não percebe que ela precisava de tratamento, o marido não age frente às suas crises). É como elemento simbólico que o medicamento vai ser tomado, então, como demanda dirigida ao Outro, “demanda de obtê-lo ou de ser privado dele” (LAURENT, 2004, p. 38). No caso de Louise, demanda de um Outro que possa controlá-la: “quem receitou meu remédio foi o cardiologista porque ele me achou muito descontrolada”. Não é a toa que o benzodiazepínico é mais conhecido nos serviços de saúde como “medicação controlada.”

A identificação simbólica de Louise ao significante paterno da agressividade, apesar de garantir-lhe um lugar no Outro, joga-a em cheio no conflito que se instaura acerca da sexualidade: sou homem ou sou mulher? No caso de Louise: eu bato como homem, mas quero ser amada como uma mulher? À esse conflito, o Outro simbólico responde com o significante “macho-fêmea”.

Podemos nos perguntar, então: quando é que a medicação passa a ser necessária pra Louise? A resposta que ela nos dá é que essa necessidade surge quando o encontro com o sexual acontece e ela se vê na situação de casar-se. A frase que chama a atenção por pontuar o lugar dos benzodiazepínicos para Louise é “eu casei por causa dos comprimidos”. Essa contingência da vida exige que Louise responda de um lugar que toca em sua posição sexuada: como é para um macho-fêmea se casar? O benzodiazepínico comparece aqui em sua função imaginária, restaurando os efeitos de significação fálica: “o imaginário pode assim ser restaurado pelo medicamento sob a forma de um objeto a imaginário, tomado do Outro para completar o sujeito.” (LAURENT, 2004, p. 40). Tamponando a angústia suscitada pelo encontro com o sexual, o medicamento torna possível para ela casar-se.

Paradoxalmente, apesar de acalmá-la, a medicação também completa imaginariamente para Louise o lugar que ela ocupa na família de “descontrolada”, a louca da família. Ser alguém que precisa de tratamento medicamentoso é visto,

principalmente pelo pai, como a confirmação tão temida de ter um filho “defeituoso”. Sabemos, desde Freud ([1919] 1996), o quanto aquilo que tememos e aquilo que desejamos estão tão próximos. É o “estranho familiar” que habita o cerne de cada um de nós.

É interessante observar que, quando a terapia vai permitindo a Louise se questionar sobre toda essa rede de significações, isso atinge diretamente a dinâmica familiar que dá a cada um o seu papel. Quando Louise começa a sair do lugar de louca e descontrolada o marido se deprime e os filhos começam a interferir no seu tratamento. O remédio surge então em sua dimensão real, como fora do sentido e a família passa dizer que ela precisa aprender a viver sem esses remédios. É preciso que Louise continue sustentando o lugar da “descontrolada”.

A partir dessas considerações podemos nos interrogar agora: o que ela aportam para o cuidado clínico de enfermagem? Quais seriam as consequências de se pensar essa singularidade para o cuidado clínico de enfermagem junto à mulheres em situação de abuso de benzodiazepínicos?

7 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Ao realizar a escrita deste capítulo, muitas foram as questões e as possibilidades para embasar a discussão entre a psicanálise e a clínica de enfermagem. Tecemos, no entanto, alguns pontos importantes para o presente estudo, entre elas a reflexão sobre a função e as possibilidades do enfermeiro frente ao sofrimento psíquico, a percepção na prática do saber-fazer do enfermeiro e o “saber fazer com isso”⁶ da psicanálise, para trazer, assim, uma discussão acerca das contribuições da assistência em enfermagem e o uso de benzodiazepínicos, na perspectiva psicanalítica.

Em primeiro lugar, é importante situarmos que a psicanálise não se propõe a ser uma *weltanschauung*, “uma construção intelectual que soluciona todos os problemas de nossa existência, uniformemente com base em uma hipótese superior dominante, a qual por conseguinte, não deixa nenhuma pergunta sem resposta e na qual tudo o que nos interessa encontra seu lugar fixo” (FREUD, [1932] 1933, p. 193). Desde seu surgimento, já somos advertidos por Freud da estrutura de “contracorrente” que esse discurso porta e das dificuldades com que se depara todo aquele que por aí envereda. Nesse trecho podemos identificar, com Freud, que esse caminho não precisa nem deve ser trilhado por todos. Apenas aqueles que se sentirem instigados frente à essas dificuldades é que permanecerão. Assim, não temos como delimitar uma proposta de trabalho pautada na psicanálise para a enfermagem. É no nível da singularidade, da experiência de cada um, que esse processo pode ou não se constituir. Até porque ele implica em uma dedicação pessoal que passa principalmente pela análise, para todo aquele que deseje se aventurar pelas trilhas do inconsciente. E isso não pode de maneira alguma ser prescrito (FREUD, [1916-1917] 2014).

Essa perspectiva implica ainda em sair do lugar de especialista, o que pode ser especialmente “ansiosôgeno” para o enfermeiro acostumado a lidar com processos, diagnósticos, e intervenções padronizadas. Pois, ao abordamos o

⁶ “*Savoir y faire*” (saber fazer com isso) é uma expressão cunhada por Lacan para marcar adiferença com o *savoir-faire* (saber-fazer) da técnica. “‘*Savoir faire*’ é diferente de ‘*savoir y faire*’. A introdução do ‘y’ quer dizer se desembaraçar, mas este ‘y faire’ indica que não pegamos verdadeiramente a coisa, em suma em conceito” (LACAN, [1976-1977]). A letra “y”, em francês, pode ser traduzida como “isso”, mesmo significante utilizado por Freud para fazer referência a uma dimensão inconsciente que, entre nós foi traduzida como “Id” (pronome neutro do latim). Assim, *savoir y faire* implica em um saber fazer com o inconsciente, com isso que escapa.

deslocamento do lugar do enfermeiro na atuação clínica, sugere-se diretamente em uma necessidade de sair da zona de conforto em que o profissional pode ficar acomodado. Esse é o lugar onde o saber científico nos coloca, ou seja, como forma de acomodação e, para reinventar tal prática não é tarefa fácil de seguir, exige do profissional a capacidade de lidar com novas perspectivas e avanços. Além disso, estamos inseridos nesse contexto como sujeitos divididos, marcados pela lógica do inconsciente e pelos paradoxos do próprio desejo.

Ao nos depararmos com os efeitos da causa analítica e com esse campo do saber tão instigante e denso, podemos perceber como essa lógica nos confere como sujeito, chegando, até mesmo, nos fazer experimentar as consequências dos efeitos do inconsciente no processo de elaboração do estudo, cuja proposta é avançar e deslocar-se para um novo. De tal modo, lidar com o sofrimento humano diante do Outro é algo complexo e, como tal, requer de quem se dispõe, esforço e progresso.

Entendemos que é por meio de uma construção realizada a partir do vazio do saber, que é possível estimular o paciente a questionar-se sobre si e suas próprias questões. A prática clínica, assim, deve ser compreendida como reconhecidora do sujeito singular, evitando a paralisação imposta pela orientação que leva a analisar o paciente apenas como um caso social fruto de causa e efeito da doença.

Desse modo, é deslocado o foco na cura e estabelece-se o desejo como singular, nos fazendo compreender sobre a necessidade de extrapolar o seguimento de protocolos pré-formatados e padronizados. Assim, o foco sai da cura e incide numa articulação de reconstrução de sentidos, atrelada à ética do desejo.

Em acordo com essas considerações, é possível trazer uma horizontalidade nas relações terapêuticas, propiciando a construção de “[...] laços transferenciais que circulam os saberes e novas relações” (VIEIRA FILHO; ROSA, 2010). Tal construção, também é considerada pelos autores ao afirmar sobre oportunidade da mudança do lugar do enfermeiro de detentor do saber especialista, para o lugar do grande Outro, capaz acompanhar a elaboração dos significados que emergem da combinação entre os significantes.

Percebemos que é preciso potencializar ferramentas que valorizem os sujeitos a quem oferecemos o cuidado, e não como algo que corrobore com a relação de poder entre o enfermeiro (detentor do saber) e o paciente (o necessitado). Nessa realidade, a psicanálise traz relevantes contribuições, pois é por meio da escuta que nos apresenta a teoria sustentada pela "ética do desejo", cujo

lugar de suposto saber fica do lado daquele que fala. Isso só é possível devido a psicanálise apresentar o discurso que considera a existência de um saber do lado daquele que fala, o saber inconsciente. Assim, os delineamentos que traçaremos aqui, aplicam-se apenas aqueles que, “despeito dos desconfortos” sentirem “retida a atratividade” desse saber.

Outro ponto importante de destacar, é que a psicanálise nunca se apresentou como panaceia⁷. Ela não é a cura para todos os males da humanidade, nem se propõe a substituir o saber médico. Na psicanálise, assim como na poesia de Manoel de Barros⁸, lidamos com ninharias, “com aquilo que é descartado pelas demais ciências como demasiado insignificantes – o refugio, por assim dizer, do mundo dos fenômenos.” (FREUD, [1932-1933] 1976, p. 33-34).

Assim, lidamos na prática com aquilo que não cabe no discurso médico científico, mas que nos convoca diariamente na nossa prática clínica, trata-se de um mal-estar que comparece das mais diversas formas, nos diversos espaços onde o enfermeiro desempenha suas atividades.

Nesse sentido, segundo Vieira (2014), no campo da saúde, podemos identificar demandas que não se aplicam pela racionalidade científica. Elas são consideradas sobras do processo de objetificação, ato esse considerado indispensável para a execução das técnicas estabelecidas para desempenho da profissão. Pois, para a ciência moderna pautada pelo saber científico e racional, quando algo não condiz com esse propósito do saber, ele o é excluído. Tornando-se, portanto, irrelevantes e sem valor.

Te tal forma, isso que escapa à essa lógica – as sobras – são repulsadas como demandas sem significados, sendo nomeadas pelo saber psicanalítico de resto. É justamente por esse resto que a Psicanálise se interessa, pois entende-se que é por meio dele que nos deparamos com o desejo, uma vez que é em torno

⁷ Na mitologia grega **Panaceia** (ou **Panacea** em latim) era a deusa da cura. O termo Panacéia também é muito utilizado com o significado de remédio para todos os males.

⁸ “Uso a palavra para compor meus silêncios./ Não gosto das palavras fatigadas de informar./ Dou mais respeito às que vivem de barriga no chão/ tipo água pedra sapo./ Entendo bem o sotaque das águas/ Dou respeito às coisas desimportantes/ e aos seres desimportantes./ Prezo insetos mais que aviões./ Prezo a velocidade das tartarugas mais que a dos mísseis./ Tenho em mim um atraso de nascença./ Eu fui aparelhado para gostar de passarinhos./ Tenho abundância de ser feliz por isso./ Meu quintal é maior do que o mundo./ Sou um apanhador de desperdícios: Amo os restos/ como as boas moscas./ Queria que a minha voz tivesse um formato de canto./ Porque eu não sou da informática:/ eu sou da invencionática./ Só uso a palavra para compor meus silêncios” (BARROS, 1994).

disso que o sujeito, enquanto desejante, se move. Corresponde, portanto, a um saber não sabido que causa o sujeito (VIEIRA, 2014).

Nos interessamos, de tal modo, por uma forma de conduzir a clínica da enfermagem, a qual se propõe a inclusão, justamente, daquilo que foi excluído pelo discurso científico e isso se tornou possível por meio da Psicanálise.

Diante dessa forma de conduzir a clínica, nos deparamos com a realidade dos serviços públicos e com sua estruturação pela perspectiva da caracterização e padronização do sofrimento psíquico daqueles que o buscam e, especialmente, o das mulheres. Ou seja, os serviços estão estruturados mediante o modelo biomédico e, assim, parece não haver lugar nem para compreender este resto nem o cuidado singular.

Visualizamos que, apesar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) preconizar ações referentes às necessidades de humanização e de percepção da subjetividade das mulheres, esses conceitos estão restritamente baseados na questão da cidadania, cujos termos sujeito, indivíduo ou ser humano coincidem. Consequentemente, centralizam-se na assistência fundamentada pela consciência científica e pelo adoecimento na perspectiva de causa e efeito, excluindo tudo que escapa a isso.

Ainda nessa realidade, as políticas assistenciais dos serviços de saúde que visam o atendimento para as mulheres, são estruturadas para garantir à saúde delas em todas as fases do ciclo de vida. No entanto, essas fases são elaboradas a partir da classificação da mulher apenas como corpo e por sua capacidade reprodutiva. Nessa lógica, as mulheres são compreendidas, prioritariamente, pela abordagem biologizante, na qual são percebidas como objeto de cuidado na assistência do controle de natalidade, planejamento familiar, tomado como base o uso de métodos contraceptivos. Nessa acepção, a mulher deve ser assistida desde o ciclo gravídico-puerperal⁹ até a chegada da menopausa, ficando de fora tudo que a abrange como sujeito.

De tal modo, mesmo os serviços destinados à acolher o sofrimento psíquico das pessoas, inclusive o das mulheres, como os CAPS, são fundamentados pela exigência do saber-fazer acerca do sofrimento psíquico, sendo este percebido como algo rotulado hegemonicamente pelo diagnóstico médico e pela medicalização do sofrimento. Assim, não existe espaço para perceber uma

⁹ **Puerpério** é o período que compreende a fase pós-parto, quando a mulher passa por alterações físicas e psíquicas.

mulher e o seu sofrimento psíquico singular, ela é vista apenas como portadora de um corpo biofisiológico.

Questionamo-nos, portanto: O que é possível fazer para proporcionar uma assistência de enfermagem, na qual sejamos capazes de acolher o mal-estar e o sofrimento psíquico que comparece na clínica com mulheres, muitas vezes, já medicalizadas com benzodiazepínicos?

No decorrer do presente estudo, foi possível nos aproximar dessas mulheres que buscam, no serviço de saúde, um acompanhamento para suas questões psíquicas, justamente, por padecerem de sofrimentos que escapam da lógica do sujeito como indivíduo governado pela consciência. Elas chegam apresentando queixas, geralmente, de cunho emocional, através de sintomas expressos tanto no corpo como na fala e foi por meio desses “sintomas” que buscamos escutar cada uma e o que marcou as suas falas.

Com a aproximação das mulheres, foi possível compreender um pouco mais do que está sendo dito através do “sintoma”. Durante a escuta, marcada pela singularidade de cada uma, aparece o sofrimento psíquico entremeado ao significado atribuído ao medicamento, assim como cita uma delas: “desde que eu abandonei meu filho na maternidade, há uns 10 anos, eu não saio de casa sem o medicamento, o diazepam, por que tenho medo de sair sozinha, passar mal e não ter o medicamento para me acalmar”. Já Louise relata que só casou por causa do medicamento que a acalmava e desde lá, poucas vezes, foi interrompido o uso do “azulzinho”.

É preciso explicitarmos que, para a psicanálise, isso que se constitui como sintoma vai ser tomado de maneira diferente da medicina. Aquilo que, para a medicina, é um desequilíbrio, geralmente um excesso, um transtorno a ser corrigido; para a psicanálise o sintoma é uma mensagem, e como tal, possui sentidos e singularidades próprias de cada sujeito. Aqui ele é signo, mas não de uma doença a ser eliminada. É, antes, o signo de um saber enigmático, recalcado, mas que porta uma verdade sobre o sujeito (QUINET, 2000).

Isso não significa que o sintoma não cause sofrimento, mas apesar disso, ele envolve paradoxalmente uma espécie de satisfação (inconsciente), pois trata-se da maneira “às avessas” que a pulsão recalcada encontra para se satisfazer. É nesse sentido que aparecem as fobias de diversas ordens, as angústias repentinas, medo em situações relativamente simples, repetições e dependências pesadas e, muitas vezes, situações as quais põem em risco a própria vida.

É por isso que o sintoma, para a psicanálise, não deve ser eliminado e sim decifrado, uma vez que é uma tentativa de organização frente à sua realidade psíquica. Já que o sintoma é formado a partir da palavra que não pôde ser dita, o saber recalçado, é por intermédio da linguagem que os sujeitos têm acesso ao mundo que, singularmente, adquire suas cores, suas formas e seus sentidos a partir do enquadramento simbólico de cada sujeito (LACAN, 1998).

Para isso, é necessário saber que a medicação não age apenas quimicamente, mas que ela porta efeitos simbólicos e imaginários sobre o sujeito. Destarte, o enfermeiro que lida diariamente com a administração e controle das prescrições, pode ter aí uma oportunidade de escutar o lugar que essa medicação ocupa sem, necessariamente, ter como objetivo a retirada do medicamento, mas talvez pensar em outras possibilidades para lidar com isso.

Por outro lado, apesar de reconhecer a importância do conhecimento técnico para os profissionais de enfermagem, é preciso considerar a prática clínica, baseada na singularidade do sujeito, como campo relevante para a assistência do enfermeiro. Tornando necessário, assim, buscar um referencial consistente que ultrapasse essa restrição da percepção tecnicista, tão valorizada pelo pensamento moderno, e que traz à tona, sobretudo, a instrumentalização de suas ações através da acumulação do saber científico.

É essa a visão presente, por exemplo, durante o desenvolvimento da graduação em enfermagem, na qual o maior desígnio do currículo das faculdades e universidades, é fazer com que o aluno acumule um saber teórico para, em seguida, realizar a prática clínica nas instituições de saúde, ou seja, nos lugares onde será aplicada a técnica.

No entanto, essa forma de pensar a técnica como uma mera instrumentalização merece ser questionada, principalmente quando se trata da assistência que busca oferecer um atendimento direcionado para as questões psíquicas. Especialmente porque, nesse campo de atuação, não é raro surgir a angústia do lado daquele que aplica a técnica, exatamente por sentir que o conjunto teórico de saberes que ele acumulou não é suficiente ou nem mesmo adequado para permiti-lhe intervir, ficando a incômoda sensação de farsa.

Além disso, questionamentos aparecem em comentários como os de Bukowski (1987), em que durante uma entrevista dada a Sean Penn apresenta,

justamente, pontos relevantes para apontar a fragilidade que perpassa a intervenção clínica pautada no modelo moderno:

Creio que o problema entre psiquiatria e seu paciente é que o psiquiatra atua de acordo com o livro, ainda que o paciente chegue pelo que a vida lhe fez. E mesmo que o livro possa ter certa astúcia, as páginas sempre são as mesmas e cada paciente é diferente. Existem muito mais problemas individuais que páginas.

Devemos pensar, então, na realização de uma prática clínica de enfermagem que não negue a singularidade e se proponha em ir além de articulações produtoras de procedimentos e técnicas, isso sem desprezar o coletivo, por ser percebido como um espaço importante para a atuação do enfermeiro nas instituições de saúde e, mesmo, no estabelecimento das relações coletivas entre os profissionais.

Para isso, é preciso construir um ponto de interlocução possível para essas práticas discrepantes (o discurso coletivo e singularidade da fala) e, deste modo, é no espaço da clínica que podemos encontrar essa possibilidade de diálogo. Isso é admissível em “uma clínica que avalie os riscos não só biológicos de morrer ou adoecer, mas também os riscos subjetivos e sociais de cada sujeito” (CAMPOS, 2012).

Nos propomos, logo, a trazer estratégias capazes de compreender a constituição do sujeito e o acesso à verdade, na perspectiva de produzir novos saberes que questione o paradigma biomédico e restrito à anatomofisiologia. Retornamos, assim, ao conceito de clínica em sua raiz etimológica da palavra, o termo **clínica** vem do grego *kline* e refere-se a debruçar-se para ouvir o sujeito, inclinar-se, dobrar-se e, a partir disso, produzir um saber. A clínica, então, é originária da escuta dos elementos recolhidos no discurso do sujeito, acolhendo suas manifestações inconscientes, lugar onde é possível incidir o sujeito do inconsciente e sua verdade.

Na prática de enfermagem, o encontro entre o enfermeiro e o paciente pode ser um momento possível para estabelecer uma intervenção e uma escuta direcionada ao sujeito. A Enfermagem por ser uma das profissões atuantes na realidade da saúde mental, permanece em contato na maior parte do tempo com os pacientes e tem a favor de si o espaço da consulta de enfermagem como uma ferramenta para desenvolver uma escuta que considere os efeitos do inconsciente.

Somos conhecedores que a escuta não se restringe a um procedimento padronizado a ser executado. Assim, possibilitamos uma escuta, tanto de Louise,

caso ora apresentado, como das demais mulheres, que privilegia a emersão do desejo do sujeito, deixando-as falar, sobretudo, acerca de sua história de vida e daquilo que ela atribui significados ao medicamento. Ou seja, uma escuta para além da sua relação com o benzodiazepínico.

No entanto, prevalece na assistência de enfermagem, geralmente, a “escuta como meio” e o que convocamos quando passamos a considerar a hipótese do inconsciente, é a “escuta como fim”. No texto de Lima, Silveira e Vieira (2012) foram elencadas duas categorias de escuta a partir da realização de suas pesquisas, mediante o achado das concepções sobre o processo de escuta. A “escuta como meio” vislumbra investigar a elaboração de intervenções, as quais são realizadas para coletar informações, a ouvir as queixas dos pacientes com a finalidade de elaborar as intervenções de enfermagem. Já a “escuta como fim”, tem como base a escuta como intervenção em si, tanto para proporcionar a expressão de afetos e sentimentos, como uma ferramenta capaz de possibilitar a compreensão dos elementos envolvidos no sofrimento psíquico.

A escuta, na abordagem psicanalítica, tem como princípio a criação de um lugar para que a palavra seja dita, circule e compareça no discurso do sujeito. Somente assim, o acesso ao sujeito do inconsciente é possível, pois, escutar significa evocar a fala do sujeito, procurando explicitar os mecanismos psíquicos implicados no que ele diz e porque o diz. É por meio desse processo que o sujeito pode contar e contar-se, deste modo é possível aliviar sua angústia ao falar a respeito do seu sofrimento. O processo de escuta, portanto, possibilita “a recuperação da ancoragem simbólica por meio da articulação significativa, para então viabilizar a formulação de uma demanda e a possibilidade da clínica do inconsciente” (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007, p. 7).

Nos posicionamos, deste modo, pelo viés psicanalítico, e contra uma prática que se distancie do sujeito a ser cuidado, pois procuramos, justamente, estratégias baseadas no saber inconsciente, a começar pela utilização de ferramentas como a associação livre e a atenção flutuante, estas como indispensáveis na execução da escuta.

Realizar escuta não se trata de buscar causas objetivas do sofrimento, mas deixar o paciente falar o que lhe vier a cabeça e tentar articular em palavras o que lhe acontece, cujo nome Freud deu de “associação livre”. Algo muito importante também se diferencia na psicanálise, não há uma distinção precisa entre o momento

de investigar e o momento de intervir, como ocorre no processo de enfermagem, chamamos tal ferramenta de “entrevistas preliminares”, pautado principalmente no objetivo de refinar a queixa. Freud sugeria que a investigação num momento preliminar ao tratamento propriamente dito. Além disso, o intuito não é realizar diagnósticos como doenças e, sim, compreender a relação do sujeito com o Outro e essa relação com seu sofrimento. As entrevistas preliminares nos permitem o estabelecimento da hipótese diagnóstica, mas em referência ao modo como o sujeito se estrutura nessa relação com o Outro.

Nesse sentido, o diagnóstico não pode ser estabelecido *a priori*, na busca de encaixar o sujeito, mas como algo construído após o processo de escuta. Portanto, é por meio da palavra, e somente dela, que o enfermeiro pode se colocar em um ponto do discurso do sujeito, para esperar o momento de levá-lo a ser capaz de fazer 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 (QUINET, 2000).

Em acordo com essas considerações, ponderamos uma condição de mudança de paradigma considerável na relação do profissional e o desenvolvimento da escuta, uma vez que no campo do saber psicanalítico não é exigido de quem se propõe a escutar desenvolver um saber especializado *a priori*. Isso implica em prevalecer o saber do lado de quem fala, aquele que expressa o inconsciente. Assim, o “[...] espaço de escuta deve afastar-se do lugar de confessor, prestação de ‘contas’ ou mesmo de produção de ‘roteiros de cura’” (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007, p. 13).

Por fim, queremos acrescentar uma recomendação freudiana que se aplica especialmente na enfermagem. O enfermeiro procura, comumente, essa profissão, pela busca de curar, de salvar, de tratar o outro. Freud ([1912] 1996), contudo, nos advertiu dos perigos desse desejo incessante a que ele chamou de *furor sanandi*, nos precavendo contra, justamente, o abuso desse desejo. Pois, ao oferecer ao paciente essa necessidade de alcançar uma cura constante, sugere-se a suspensão do sintoma e isso impossibilita o acesso ao desejo do sujeito, já que se busca é a eliminação dele. Uma vez que onde não há sintoma, não há sujeito (QUINET, 2000). De tal modo, o enfermeiro não deve procurar eliminar o sintoma, mas possibilitar o acolhimento de suas manifestações subjetivas e, assim provocar a emersão do sujeito.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final deste trabalho que pretendeu compreender de forma singular o uso abusivo de benzodiazepínicos diante do sofrimento psíquico em mulheres. Isso nos faz rememorar a travessia da formação acadêmica, visto que ao partir de uma formação subsidiada por muitas técnicas, por modelos passíveis de sistematização e padronizações, adentrar no saber psicanalítico exigiu muitos esforços, dedicação e superações para chegar nesta finalização. Não significa que ela se encerra aqui, pelo contrário, este momento muitas questões são relançadas e já abrem possibilidades para buscar novos desafios.

Essa pesquisa se desenhou na contramão do discurso racionalista e cartesiano, os quais são embasados por saberes onde o sujeito é percebido como indivíduo e decifrado como objeto da ciência. No entanto, poder fazer uma imersão em um campo do saber que se propõe perceber o outro enquanto sujeito, já é motivo de imensa satisfação.

Desde o início da pesquisa o desafio estava lançado, tanto por tratar-se de um tema voltado para a atuação clínica de enfermagem, como por abordar uma realidade que envolve o uso abusivo de um medicamento e, conseqüentemente, os fatores políticos, científicos e sociais que o envolvem. Assim, foram necessárias doses de ousadia e de sustentações conceituais entre articulações de saberes formados por conceitos e práticas bem distintas como é a enfermagem e a psicanálise.

Ainda nesse contexto, ao mesmo em tempo que adentramos em um campo de atuação do enfermeiro (saúde mental) que passa por vários questionamentos, percebemos uma oportunidade para elaborar contribuições para um universo obscuro, cheio de imprevisibilidades, cujo ambiente se desenha numa sociedade contemporânea marcada pela liquidez dos laços sociais, nos quais a singularidade e a subjetividade estão refutados como elementos desnecessários para a vida humana.

Além disso, quando nos propomos em realizar um estudo voltado para o feminino, percebido enquanto singular, significa ainda ir diretamente ao encontro das peculiaridades da enfermagem, por abordarmos questões acerca de uma profissão marcada pela presença feminina. Isso nos fez considerar como fundamental a inclusão de contribuições extraídas das observações de como uma mulher pode ser percebida pelos discursos e diante do sofrimento psíquico.

As questões que nortearam essa pesquisa foram delineadas devido às inquietações sobre como é possível pensar a questão do abuso de benzodiazepínicos entre mulheres a partir da dimensão da singularidade. Assim, nos interrogamos sobre como considerar o fenômeno massivo que é o uso de benzodiazepínicos a especificidade de cada sujeito? Como pensar a relação entre o abuso dessas substâncias e a feminilidade para além da homogeneização e padronização? Quais seriam as consequências e as contribuições do estudo para se pensar a singularidade na clínica de enfermagem?

Por isso, nos propomos a trazer uma possibilidade de "compreender", a partir da singularidade de cada mulher, como se dá o uso abusivo de benzodiazepínicos no contexto da saúde mental. Norteamo-nos, portanto, pela escuta singularizada, supondo o saber inconsciente, ao nos deparamos com as queixas apresentadas pelas mulheres em sofrimento psíquico e em uso de benzodiazepínicos de forma contínua há mais de ano.

Utilizar a Psicanálise como referencial da pesquisa tornou possível considerar o ser falante enquanto singular, marcado pela divisão constitutiva do sujeito. Deste modo, o caminho buscado se deu por meio da fala das mulheres, dos chistes apresentados, dos sintomas com os quais adentramos na verdade do sujeito desejante.

O estudo do caso apresentado foi escolhido por nos consentir trazer contribuições para a atuação clínica da enfermagem, ao passo que fomos nos apropriando dos conceitos da clínica psicanalítica como escuta, sintoma, desejo, sujeito, inconsciente, feminilidade. Entendemos que a discussão que tecemos pode colaborar para refletir sobre o que fazemos quando escutamos aqueles que nos demandam na clínica de enfermagem. A fala do paciente deve ser, prioritariamente, valorizada.

Louise nos apresentou seu sofrimento ao chegar ao serviço de saúde em busca de realizar um novo agendamento de consulta para renovar a receita do medicamento "controlado". No primeiro contato, a mesma relatou que fazia uso de benzodiazepínicos há mais 15 anos e foi no decorrer da escuta que alguns significantes nos chamaram atenção como "irritada", "agressiva" "histórico familiar" "descontrolada", além de ter afirmado que se casou devido aos medicamentos.

Então, nos trouxe a questão sobre como o enfermeiro iria conduzir o caso com uma abordagem orientada pelo modelo biológico: Entregaria a prescrição do medicamento sem possibilitar uma escuta, fato que ocorre rotineiramente nas instituições? Encaminharia espantado para os outros profissionais ao se deparar

com a situação? Negaria uma assistência com a desculpa de não ser sua função na realidade do campo da saúde mental? Ou compreenderia como uma mera dependência química? Essas questões podem se entrelaçar, o objetivo não é trazer respostas prontas, mas buscar entendê-las já nos trazem discussões importantes para a clínica de enfermagem.

Interrogamos também o lugar e a função que o profissional de saúde e o sujeito ocupam no âmbito da relação com o benzodiazepínico, ao discutir o lugar simbólico que a medicação estabelece. Como diz Laurent (2004, p. 39), o medicamento é “capturado nas mais finas redes simbólicas do Outro”. Para Louise, essa rede é tecida com o significante “agressividade”. É esse o lugar que ela encontra no Outro simbólico. No caso apresentado, isso surgiu a partir de uma demanda de um Outro que possa controlá-la: “quem receitou meu remédio foi o cardiologista porque ele me achou muito descontrolada”. Não é a toa que o benzodiazepínico é mais conhecido nos serviços de saúde como “medicação controlada.” Para isso, situamos a abordagem de conceitos que traçam o sujeito em relação ao seu desejo e os significantes expostos.

Sabe-se que a significação da queixa apresentada pelos sujeitos não podem ser generalizadas. Não devemos realizar um tratamento com padronização dos sintomas ou utilizar o caso apresentado como suposição unificada para todas mulheres. Trata-se, portanto, dos significantes relacionados à fala de cada mulher, mas que nos abriu a possibilidade de discutir as contribuições para a realidade estudada.

Deparamo-nos, no entanto, com o enfoque hegemônico da padronização de condutas em que a assistência de enfermagem se encontra, cujo cuidado fica restrito aos aspectos biológicos, permanecendo distante das questões subjetivas. Assim, como a subjetividade não é considerada, os profissionais apresentam dificuldades em estabelecer o seu papel na assistência quando o sofrimento psíquico se apresenta. Por consequência, reduzem sua atuação a meras execuções de atividades e não dão conta do sujeito em sua ampla constituição.

Ao percebermos como acontece a assistência à saúde nas instituições, nos questionamos sobre como a mulher é compreendida nestes serviços. Na prática, a base do saber do enfermeiro é o conhecimento o técnico do saber-fazer, prevalecendo o trabalho que toma o conhecimento prévio como principal ferramenta para somente em seguida apresentar alguma forma de tratamento. Na assistência à mulher inserida nesse contexto, questionamos a forma que ela é percebida nas

instituições, já que o foco do atendimento é compreendê-la como um corpo capaz de reproduzir e não como sujeito que como tal apresenta sofrimento psíquico.

No que se refere à articulação da prescrição de psicotrópicos (benzodiazepínicos), ficamos atentos à maneira que acontece essa experiência na assistência à saúde. Percebemos que dependendo da situação que o sujeito se encontra diante da admissão de uma atitude prescritiva, ainda que motivada pelas melhores intenções, pode produzir efeitos nefastos ao tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. Tal atitude pode provocar uma piora dos sintomas e trazer mais sofrimento, devido ao lugar, ou mesmo o sentido, que o medicamento pode ocupar em cada sujeito, além dos efeitos de dependência e tolerância geradas pelo uso de forma abusiva (KIRSCHBAUM, 2000).

Assim, percebemos como a prática entre os profissionais de saúde mental e de enfermagem, em particular, se mantém posicionados frente a assistência realizada aos sujeitos, conforme exprime Kirschbaum (2000, p. 16):

[...] é uma preocupação de prescrever, orientar, ensinar, treinar os pacientes com o intuito de eliminar ou reduzir de forma significativa as suas dificuldades na execução das atividades de vida diária que acaso possam inviabilizar a sua inserção social e a convivência comunitária. No entanto, o que fica evidente na operacionalização do cuidado em saúde mental é a predominância de intervenções pautadas em visões de senso comum, ou por ideias pretensamente científicas, juízos de valor dominantes na sociedade e, em função disso, equiparados a verdades universais e a-históricas.

Diante dessa realidade, na nossa lógica de pesquisa pautada pela psicanálise, escolhemos subverter os métodos de padronização, classificação ou sistematização do sujeito, fato focado na coleta do discurso à construção do ensaio metapsicológico apresentado. Isso se deve ao fato de termos buscado uma construção teórica com outra concepção sobre sujeito, onde o mesmo deve ser inserido como detentor do saber. Utilizamos, portanto, a escuta, reconhecendo-a com sua dimensão inconsciente e como possível campo de intervenção também dentro do saber-fazer da Enfermagem.

Na prática de enfermagem, o encontro entre o enfermeiro e o paciente é um momento para estabelecer uma intervenção e uma escuta direcionada ao sujeito. A Enfermagem por ser uma das profissões atuantes na realidade da saúde mental, por permanecer em contato na maior parte do tempo com os pacientes, por ter a favor de si o espaço da consulta como uma ferramenta para desenvolver uma

escuta. Apostamos nessa possibilidade por tornar possível uma prática profissional que realize uma clínica de enfermagem a partir da clínica do sujeito, convocando-o e responsabilizando-o pela emergência de uma posição diferente da de objeto do desejo do Outro. Assim, o profissional precisa sair do lugar de especialista e detentor do saber frente à necessidade do paciente.

Consideramos que o desenvolvimento de uma pesquisa pode ser um instrumento importante para a atuação da profissão, por ser capaz de contribuir para melhorias relevantes na prática assistencial, proporcionando novos conhecimentos e formas de atuação. Além disso, pode ser um auxílio para a enfermagem construir-se como uma profissão mais crítica e a reflexiva acerca da aplicação de novas teorias em sua assistência.

Retomamos a alguns pontos desenvolvidos a partir do referencial psicanalítico que trazem contribuições relevantes para o estudo e para abrir novas possibilidades frente à temática abordada:

- 1) O mal-estar/sofrimento psíquico que vem sendo medicalizado na atualidade decorre da falta constitutiva que permite ao homem se humanizar, entrando na civilização através da linguagem e estabelecendo laços sociais com o outro;
- 2) A falta constitutiva exige que nos posicionemos diante dela, seja do lado masculino (todo fálico) seja do lado feminino (não todo-fálico).

Podemos depreender, assim, que a posição feminina convoca aquele que aí se situa a lidar duplamente com a falta. Por um lado, enquanto submetida à norma fálica que rege à entrada na civilização, como todo ser falante. Por outro, na relação com sua própria posição sexuada, impossível de ser toda recoberta por essa lógica fálica. Assim, entendemos que a mulher, por estar numa situação de dupla intimidade com a falta que a ciência tenta medicalizar, acabaria sendo mais frequentemente seduzida pela promessa dos benzodiazepínicos.

Certamente trata-se de uma hipótese que precisa e merece ser questionada e melhor elaborada. Mas se partirmos daí, podemos nos perguntar: quais as consequências dessa formalização acerca da feminilidade para a realidade da assistência em saúde mental e as relações com o laço social? Que outras possibilidades se abririam para pensarmos a mulher frente ao mal-estar contemporâneo para além da medicalização e do abuso de benzodiazepínicos?

A presente pesquisa não se propõe a apresentar respostas fechadas, mas entendemos que é possível tecer algumas contribuições da psicanálise para a clínica de enfermagem e o campo da saúde mental, nesse sentido:

O sofrimento psíquico não pode ser reduzido à alterações bioquímicas ou neurológicas. É preciso considerar que o sofrimento não é uma doença, e que uma certa dose dele é até mesmo necessária para que possamos nos constituir enquanto sujeitos. O ideal de cura, que permeia o campo da saúde pretende a eliminação do sintoma como foco do tratamento. O sintoma (enquanto fenômeno) pode até desaparecer, mas ele continua encontrando outras formas de dizer sua verdade. Verdade inconsciente, que resulta numa mensagem acerca daquilo que o acomete (QUINET, 2000).

Partindo dessa concepção, o enfermeiro não pode ocupar um lugar de especialista. Ele precisa estar aberto à fala do outro. Se interessar pelo que este tem a dizer. Isso, muitas vezes, mobiliza a angústia, e daí a nossa pressa em responder à demanda com soluções imediatas, como a prescrição do benzodiazepínico. Ampliar o espaço de tempo entre ouvir a queixa e dar uma resposta, pode favorecer que o próprio sujeito elabore suas questões, se implique naquilo de que vem se queixar (SILVEIRA, 2013).

Essa compreensão da feminilidade nos obriga a questionarmos as políticas de saúde para as quais, frequentemente, a mulher se define apenas por sua configuração anatômica e por sua capacidade reprodutiva (AGUIAR; SILVEIRA; DOURADO, 2011). Considerar que não é a localização anatômica que define o que é ser mulher, exige que a escuta das questões relacionadas ao sofrimento psíquico seja feita levando-se em consideração a posição de cada sujeito frente ao seu desejo e ao seu modo de gozo. Essa questão abre a possibilidade de espaço para a feminilidade é a pluralidade do discurso, a possibilidade de construir de forma artesanal a sua singularidade (GALLANO, 2011).

Precisamos nos questionar sobre a formação necessária para realizar essa escuta do sofrimento psíquico na saúde mental. Para ser um bom cirurgião, o profissional não precisa, necessariamente, ter passado por uma cirurgia. Seria até absurdo esperar isso dele. Mas, para a psicanálise, ouvir o outro implica necessariamente que em que possamos lidar com nossa própria falta. Só assim podemos sustentar esse espaço vazio onde o outro vai poder depositar suas questões. Daí ela ser o único método de “tratamento” que requer de todo aquele que

se propõe a praticá-la, que ele mesmo se submeta a este tratamento. Lacan, em seus textos dedicados à formação do analista destaca um tripé indispensável para desempenhar a função de analista, afirmando que só existe a possibilidade de abordar o inconsciente do sujeito que experimentou seus efeitos (QUINET, 2011). Foi isso que Freud ([1926] 1976) constatou ao longo de sua experiência e sempre colocou com exigência necessária a todos que quisessem ingressar nesse caminho.

O enfermeiro que trabalha na saúde mental também é requisitado a se posicionar eticamente frente às injunções do modo de produção socioeconômico no qual estamos inseridos. O simples fato de que ocupar o lugar de profissional de saúde já nos coloca em situação de ter que “aguentar a miséria do mundo” como diz Lacan (1974), ou seja, nos convoca a dar algum tipo de resposta ao mal-estar. No atual cenário essa resposta vem facilmente na forma de medicalização.

No entanto, dar respostas que desresponsabilizem o sujeito de sua posição ética é situarmo-nos à serviço do discurso capitalista, visando à manutenção da sua ordem normativa. Abre-se possibilidades para que possamos nos questionar: como se posicionar no interior desse discurso sem reforçá-lo? Como fazer com que o nosso trabalho não esteja à serviço da medicalização do sofrimento, da docilização dos corpos à serviço da produção de mais-valia? Não se trata de esgotar a temática com este estudo. Deixamos em aberto para que desafios sejam lançados e novos estudos possam ser realizados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **SNGPC**: Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/mapainterativo/mapainterativo.html>>.

AGUIAR, D. T.; SILVEIRA L. C.; DOURADO, S. M. N. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 622-628, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a26v15n3.pdf>>.

AGUIAR, L. **O corpo e o risco**: a atualidade de "o lugar da psicanálise na medicina".

ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. Dentro do texto é 2014.

ALENCASTRE, M. B. (Org.). **Estudos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil**. Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

ALLONES, C. R. **La demarchè clinique en sciences humaines**: documents, méthodes. Paris: Bordas, 1989.

ALLOUCH, J. **Letra a letra, traduzir transcrever, transliterar**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 1995.

ALLOUCH, J. **Freud, et puis Lacan**. Paris: Epel, 1993.

ALMEIDA, A. N. S. **Cuidado Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito**. Dissertação (Mestrado). Fortaleza, CE:, 2009.

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S.; PEPE, V. L. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 5-16, 1994.

ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-752, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/17.pdf>>.

ALMEIDA, M. C. P. de, ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 129 p.

_____. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 127 p.

ALONSO, S. L.; FUK, M. P. **A histeria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Coleção Clínica Psicanalítica).

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 136 p.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

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

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Abuso e dependência dos benzodiazepínicos**. São Paulo, 2008a. (Projeto Diretrizes).

_____. **Transtornos de ansiedade**: diagnóstico e tratamento. São Paulo, 2008b. (Projeto Diretrizes).

BARROS, M. **Apanhador de desperdícios**. In: O LIVRO das Ignorâncias. [S.l.: s.n.], 1994.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1998. Seção I. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>>.

BUKOWSKI, C. Entrevista com Sean Penn, ator e poeta. [S.l.], 1987. Disponível em: <<http://bukowski.net/poems/int2.php>>. Acesso em: 20 out. 2011.

CAMPOS, R. O. **Psicanálise e saúde coletiva**: interfaces. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAON, J. L. O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 7, n. 2, 1994.

CARLINI, E. A.; FORMIGONI, M. L. O. S. A influência de uma legislação mais restritiva na venda de medicamentos psicotrópicos. **Revista ABP-APAL**, v. 10, n. 1, p. 12-15, 1988.

CARVALHO, L. de F.; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, v. 8, n. 15, p. 37-64, jan./jun. 2003.

CASTRO, J. L.; FORMIGA, J. M. M.; VILAR, R. L. A. (Orgs.). **Política e gestão em saúde**: reflexões e estudo. Natal: Ed. Observatório RH NESC/UFRN, 2006.

COSTA, A.; POLI, M. C. (2006). Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. **Pulsional: Rev. de Psicanálise**, 19(188), 14-21.

CUNHA, B. M. C. Cuidado clínico de enfermagem e drogadicção: contribuições da psicanálise. Monografia (Graduação). Fortaleza, 2010.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. v. 1, 203 p.

DUARTE, E. O. S.; NASI, C.; CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 4, p. 191-199, 2012.

DUTRA, K. R.; PERINI, E.; STARLING, S. M. Utilização do diazepam em unidades de atenção primária do Distrito Sanitário Norte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG. **Revista de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 201-215, 2000.

DYBWAD, T. B.; KJØLSRØD, L.; ESKERUD, J.; LAERUM, E. Why are some doctors high-prescribers of benzodizepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. **Fam. Practice**, v. 14, n. 5, p. 361-358, 1997. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/content/14/5/361.long>>.

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

_____. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In: Alberti, S. & Elia, L. (Org.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. p. 19-35.

FALCÃO, A. Serial killer. In: FALCÃO, A. *et al.* **Tarja preta**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005. p. 39-63.

FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória**: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1992.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. VII, n. 1, p. 75-86, 2003. Disponível em: <http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/ Disciplinas/a_construcao_do_caso_clinico_uma_contribuicao_da_psicanalise_a_psi copatologia_e_a_saude_mental.pdf>.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 39, n. 70, jun. 2006.

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

FLECHA, R. D. Modernidade, contemporaneidade e subjetividade. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 28- 43, 2011.

FOUCAULT, M. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Coleção Ditos e Escritos, 5).

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-319.

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

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979a.

_____. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. (Esta autoria não está citada, retirar!!!).

_____. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

FREUD, S. [1894]. **As neuropsicoses de defesa**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 51-72. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 3).

_____. [1895]. **Projeto para uma psicologia científica**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21).

_____. [1900]. **A interpretação dos sonhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 4).

_____. [1905]. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 129-238. (Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7).

_____. [1908]. **Fantasia histérica e sua relação com a bissexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 149-154. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 9).

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

_____. [1912-1913]. **Totem e Tabu**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. (Obras Completas, v. 11).

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

_____. **Os caminhos da formação dos sintomas**. Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 419-440. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 16).

Freud, S. (1919) "**Batem numa criança**": contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais, vol.14, Sigmund Freud Obras Completas, São Paulo, Cia das letras, 2010.

_____. [1919]. **O estranho**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 275-314. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 17).

_____. [1923-1925]. **O eu e o id, "autobiografia" e outros textos**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Obras Completas, v. 16).

FREUD, S. [1925]. **Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 19.

_____. [1926]. **A questão da análise leiga**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 203-293. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 10).

_____. [1930]. O mal-estar na civilização. In: _____. **Novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-122. (Obras Completas, v. 18).

_____. [1930]. O mal-estar na civilização. In: _____. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1931]. **Sexualidade feminina**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. [1932]. **Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise: Conferência XXXV: A questão de uma Weltanschauung**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 22).

_____. [1933]. **Feminilidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. [1938]. **Esboço de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____. **Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)**. Tradução de Sergio Tellaroli. Revisão da tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Obras Completas, v. 13).

_____. **Escritos sobre a Psicologia do inconsciente (1915-1920)**. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 2, p. 135-136.

_____. **História de uma neurose infantil**: ("O homem dos lobos"): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **O caso Schreber**: artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. **Inibições, sintomas e angústia**. [S.l.: s.n.], 1926. (Obras Completas).

FREUD, S. O estranho, 1919. In: _____. **História de uma neurose infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 233-270. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras – 1997**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia – UNIFESP – EPM, 1997.

GALLANO, C. **A alteridade feminina**. Tradução de Kelia Silveira, Luciana Abreu Lima; revisão Sandra Berta. Campo Grande, MS: Andréa Carla Deuner Brunetto, 2011.

GALLINA, J. T. **Ficção e fixação**: a amarração da fantasia à repetição. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2010.

GARABINI, M. **Considerações Sobre o Amor Transferencial**. Artigo científico apresentado ao curso de Especialização em Psicanálise: Teoria Interfaces e Aplicações da Universidade Vale do Rio Doce. 2009.

GONZÁLEZ RUBIO, M. I.; ROJAS CASTILLO, G.; DÍAZ VARGAS, B. Uso de psicofármacos por consultantes al nivel primario. **Rev. Psiquiatr.**, Santiago de Chile, v. 12, n. 3/4, p. 186-189, 1995.

GOODMAN, J. G.; GILMAN, A. G. **The pharmacological basis of therapeutics**. New York: McGraw-Hill, 1996.

GUERRA, A. M. C. A lógica da clínica e a pesquisa em psicanálise: um estudo de caso. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2001.

HALLFORS, D. D.; SAXE, L. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. **Am. J. Public Health**, v. 83, p. 1300-1304, 1993.

HASSAN, S. E. Psicanálise e psicofármacos nos discursos prevalentes. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 183, p. 41-54, 2005.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora (Rio J.)**, v. 6, n. 1, p. 115-138, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v6n1/v6n1a07.pdf>>.

JERUSALINSKY, A. Com uma boa dose de carbolíto e um bom ansiolítico você não sentirá aflição pela morte de seu pai... **Correio da APPOA**, v. 90, p. 33-36, 2001. Disponível em: <<http://www.apoa.com.br/download/correio90.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

JURANVILLE, A. **Lacan e a filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

KAPCZINSKI, F.; AMARAL, O. B.; MADRUGA M.; QUEVEDO J.; BUSNELLO, J. V.; LIMA, M. S. de. Use and misuse of benzodiazepine in Brazil: a review. **Subst. Use Misuse**, v. 36, n. 8, p. 1053-1069, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KARNIOL, I. G.; BOTEAGA, N. J.; MACIEL, R. R.; MOREIRA, M. E. A.; CAPITANI, E. M. de; MADUREIRA, P. R. de; OLIVEIRA JÚNIOR, J. F. de; PORTELLA, V.; VIEIRA, R. J. Uso e abuso de benzodiazepinas no Brasil. **Rev. ABP-APAL**, v. 8, n. 1, p. 30-35, jan./mar. 1986.

KAUFMANN, P. (Ed.). **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KEHL, M. R. **Uma vida sem sujeito**. [S.l.], 2003. Disponível em: <<http://www.mariaritakehl.psc.br/PDF/umavidasemsujeito.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

_____. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KIRSCHBAUM, D. I. R. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50**. 1994. 367 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; Campinas, SP, 1994.

_____. O trabalho de Enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, v. 6, n. 19, p. 15-26, 2000.

KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. A pesquisa em psicanálise na universidade: reflexões a partir da teoria lacaniana dos discursos. **Revista da SPAGESP**, v. 11, p. 55-65, 2010.

LACAN, J. [1966]. **O lugar da psicanálise na medicina**. São Paulo: Edições Eolia, 2001. (Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 32).

_____. [1957-1958]. **O Seminário, Livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. [1960]. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **ESCRITOS**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1958]. A significação do falo. In: **ESCRITOS**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1969-1970]. **O Seminário 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. [1960-1961]. **O Seminário, livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. [1972/1973]. **O Seminário 20: Mais, Ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. [1970]. **O Seminário – Livro 20 – Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. **O Seminário, livro 24: l'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre**. [S.l.: s.n.], 1976-1977. Inédito.

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

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernik, M. A. (Ed.). **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. São Paulo: Edusp, 1999. p. 187-198.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER, J. A. (Org.). **Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, p. 500-503, 1983.

LIMA, D. W. C.; SILVEIRA, L. C.; VIEIRA, A. N. A escuta no tratamento do estresse psicológico: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 6, n. 9, p. 2273-2280, set. 2012.

LIMA, M. da G.; SILVA, G. B. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 591-595, set./out. 2004.

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

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

LUCCHESI, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a28.htm>>.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. de A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003.

MANNONI, M. **A criança sua “doença” e os outros**. Tradução de A. C. Villaça. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

MAURANO, Denise. **Histeria: ontem, hoje e sempre**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MENDES, T. H.; CASTRO, R. C. B. R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 6, p. 94-98, 2005.

MENDONÇA, R. T. Corpo feminino medicado e silenciado: gênero e performance. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 43-50, 2011.

MENTAL HEALTH FOUNDATION. **Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence**. Washington, 1992.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1994.

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

MOURA, A.; NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XIII, n. 140/141, p. 69-76, 2001.

NASIO, J. D. Que é um caso? In: OS GRANDES casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **A fantasia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, v. 15, n. 1/2, p. 83-106, 2004.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. de; MASTROIANNI, P. C.; ALVES, V. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; KUROIWA, W.; CSIZMAR, J.; COSTA, A.; FARIA, M. de A.; HIDALGO, S. R.; ASSIS, D. de; NAPPO, S. A. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Psiq.**, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n2/a06v24n2.pdf>>.

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

OLIVEIRA, E. N. **Saúde mental e mulheres**: sobrevivência, sofrimento e dependência química. Sobral: Edições UVA, 2000.

OLIVEIRA F. B., FORTUNATO M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 2003;56(1):67-70.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB - Editora Universitária, 2002.

PAIVA FILHO, F. **Contribuições da psicanálise para clínica de Enfermagem em drogadicção**: do drogadito aos ditos drogados. 2011. 157 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/francisco_paiva_filho.pdf>.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales en enfermería**: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat; 1990.

PIMENTEL, M. O.; DACLÉ, V. C. Reflexão na abordagem psicanalítica das representações do enfermeiro sobre si e sobre a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 780-786, nov./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600011&script=sci_arttext>. Acesso em: ago. 2014.

QUINET, A. **A estranheza da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

_____. As novas formas do sintoma na medicina. In: QUINET, A.; PEXOTO, M. A.; VIANA, N.; LIMA, R. (Orgs.). **Psicanálise, capitalismo e cotidiano**. Goiânia, GO: Edições Germinal, 2002.

_____. A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: _____. (Org.). **Psicanálise e psiquiatria** – controvérsias e divergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 13-20.

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

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica** – que papel é esse? Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1994. 129 p.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista mal-estar e subjetividade**, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n2/08.pdf>>.

ROUDINESCO, E. **Por que psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, C. E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. **Est. de Psic.**, v. 24, n. 4, p. 487-502, 2007.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral**. São Paulo: Edusp, 1990.

SILVA, T. C.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Psicanálise como método de pesquisa que se desenha na prática clínica: contribuições para a Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 486-490, 2008.

SILVEIRA, L. C. O que Marcélio sabia: o desejo e o gozo na constituição do sintoma. **STYLUS: Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 109-121, maio 2011.

SILVEIRA, V. F. **Os sons de Nicole**: ensaio metapsicológico sobre a modulação da voz na situação psicanalítica de tratamento através da operação do transitivismo. 2003. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SILVEIRA, L.C; AGUIAR, D. T.; PALÁCIO, P. D. B.; DUARTE, M. K. B. A Clínica de Enfermagem em Saúde Mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v.25, n.2, p. 107-120, maio/ago. 2011.

SILVEIRA, L.C. Existirmos, a que será que destina? Ética e estética no contexto das práticas de saúde mental. Texto apresentado pela autora no XIV Encontro Nacional na Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano – Brasil. Belo Horizonte, em outubro de 2013.

SIMANKE, R. T. **Metapsicologia lacaniana**. [Curitiba]: Editora UFPR, 2002.

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

SOLER, C. A histórica e a mulher: Clínica diferencial: A incidência política do psicanalista e a histeria no discurso da ciência. In C. Soler, *A Psicanálise na civilização* (pp.223-275). Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

SOUZA, E. C. F. de. Ampliação da clínica: para buscar a integralidade do cuidado em saúde. In: *Política e gestão em saúde – reflexões e estudos*.

STAKE, R. E. **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 1994.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica e suas dimensões assistenciais**. Barueri, SP: Manole, 2008. (Série Enfermagem, IV).

TAQUETTE, S. Doenças psicossomáticas na Adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 22-26, 2006.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

_____. A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, 2009.

VALAS, P. **As dimensões do gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

VIEIRA FILHO, N. G.; ROSA, M. D. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 26, n. 1, p. 49-55, 2010.

VIEIRA, A. N. **Cartografia do cuidado e da clínica na formação do enfermeiro – saberes, práticas e modos de subjetivação**. 2010. 164 f. Dissertação (Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

VIEIRA, A. N. **Interfaces entre a clínica do sujeito e o cuidado clínico de Enfermagem**. 2014. Tese em andamento (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014. 1 CD-ROM.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. **Psicanálise e Saúde Mental Revista Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p. 50-59, set. 1999.

VOLICH, R. M. Entre o trauma e os ideais. **Viver Mente & Cérebro**, p. 18-36, jun. 2005.

VORCARO, A. Pesquisa em Psicanálise: Transmissão na Universidade. Org. Fuad Kyrillos Neto; Jacqueline Oliveira Moreira. In: *Psicanálise e o Método Científico: o lugar do caso clínico*. Angela Vorcaro. Barbacena MG : EdUEMG, 2010.

WESTERN AUSTRALIAN PSYCHOTROPIC DRUGS COMMITTEE. **Anxiety disorders drug treatment guidelines**. [S.l.], 2008. Disponível em: <http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/HP010922_anxiety_disorders.pdf>.

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

ANEXOS

ANEXO A – Termo de anuência



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

DECLARAÇÃO

Processo Nº.1010143340760/2013

Título do projeto de pesquisa: **USO ABUSIVO DE DROGAS BENZODIAZEPÍNICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL:UM ESTUDO SOBRE A VULNERABILIDADE E A SUBJETIVIDADE FEMININA.**

Pesquisadores (as): responsáveis: **Lia Carneiro Silveira**

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

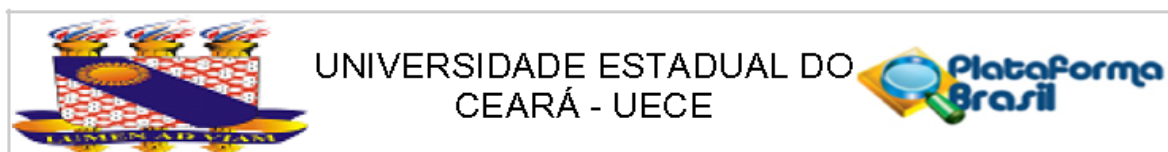
A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara,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

Fortaleza, 21 de março de 2014.

Maria Ivanília T. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

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

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP da UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso abusivo de drogas benzodiazepínicas na atenção à saúde mental: um estudo sobre a vulnerabilidade e a subjetividade feminina

Pesquisador: Lia Carneiro Silveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30278114.3.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 690.266

Data da Relatoria: 09/06/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo busca investigar o uso abusivo de benzodiazepínicos em mulheres atendidas no SUS e fatores relacionados. Serão aplicados questionários às mulheres, entrevistas a profissionais e escutas clínicas a mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Geral: Investigar o uso abusivo de drogas benzodiazepínicas na atenção à saúde mental com enfoque nas dimensões da vulnerabilidade e da subjetividade feminina

Objetivo Secundário:

- Investigar como se dá a associação entre o abuso de drogas benzodiazepínicas por mulheres quanto aos dados pessoais, sócio-econômicos e clínicos.
- Compreender a relação entre a queixa trazida pela mulher ao serviço de saúde e a tradução dessa queixa, pelo profissional, em um quadro clínico que requeira a prescrição de benzodiazepínicos;
- Elaborar uma proposta metodológica da construção do casoclínico em psicanálise para o cuidado clínico ao sofrimento psíquico.
- Analisar, na perspectiva da Clínica do Sujeito, a participação das mulheres nas

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

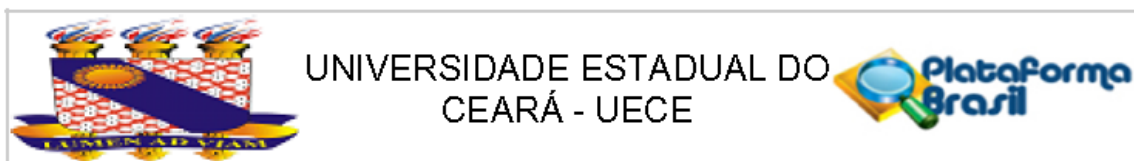
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 690.266

atividades terapêuticas em grupo no CAPS como via de tratamento alternativo/complementar ao uso de drogas benzodiazepínicas.

- Perceber a partir de atendimento clínico singularizado, como as mulheres significam em cada caso as queixas, os sintomas, o diagnóstico e a prescrição de drogas benzodiazepínicas com foco nos aspectos subjetivos e de vulnerabilidade dessa paciente.

- Identificar as formas de intervenção dos profissionais de saúde junto à paciente em situação de abuso de drogas benzodiazepínicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão bem descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante socialmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Junho de 2014

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br