

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Clinical care nursing in mental health: reflections on a practice nurse

Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro

Cuidados de enfermería clínica en salud mental: reflexiones sobre una enfermera practica

Arisa Nara Saldanha de Almeida ¹, Rúbia Mara Maia Feitosa ², Emilie Fonteles Boesmans ³, Lia Carneiro Silveira ⁴

ABSTRACT

Objective: Understand how clinical care in nursing can develop into a perspective that considers the person in distress as subject of this practice. **Method:** Work result of workshop with 17 nurses who work in the day-care Center of Fortaleza. **Results:** Through analysis of the lines of the nurses at the workshop, we come to the elaboration of the following categories: that subject matter. Subject and listening for who cares. The workshop allowed the nurses approach of other theoretical and methodological references to conceptualize the subject beyond Cartesian as, for example, the reference of psychoanalysis, allowing the nurse recognizes that the process of care is complex and demand actions based on the uniqueness of each subject. **Conclusion:** psychoanalysis emerges as a theoretical tool that can contribute to the nurse in this endeavor as it constructs a listening space, whose knowledge is supposed to be the person who speaks. **Descriptors:** Nursing, Mental health, Psychoanalysis.

RESUMO

Objetivo: Compreender como o cuidado clínico em enfermagem pode ser desenvolvido em uma perspectiva que considere a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito dessa prática. **Método:** Trabalho resultado da oficina com 17 enfermeiros que atuam no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza/CE. **Resultados:** Mediante análise das falas dos enfermeiros na oficina, chegamos à elaboração das seguintes categorias: De que sujeito se trata? Sujeito e Escuta e a Escuta de quem cuida. A oficina permitiu que os enfermeiros se aproximassem de outros referenciais teóricos e metodológicos que conceituam o sujeito para além do cartesiano como, por exemplo, o referencial da psicanálise, possibilitando que o enfermeiro reconheça que o processo de cuidar é complexo e demanda ações pautadas na singularidade de cada sujeito. **Conclusão:** A psicanálise surge como ferramenta teórica que pode contribuir com o enfermeiro nessa empreitada, pois constrói um espaço de escuta, cujo saber é suposto ao sujeito que fala. **Descritores:** Enfermagem, Saúde mental, Psicanálise.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo clínico cuidados en enfermería puede ser convertido en una perspectiva que considera a la persona en apuros como sujeto de esta práctica. **Método:** Trabajo resultado del taller con 17 enfermeras que trabajan en el centro de cuidado diurno de Fortaleza. **Resultados:** A través del análisis de las líneas de las enfermeras en el taller, llegamos a la elaboración de las siguientes categorías: ese tema? Tema y escuchando y escuchando a quién le importa. El taller permitió las enfermeras enfoque de otras referencias teóricas y metodológicas para conceptualizar el tema más allá de cartesiano como, por ejemplo, la referencia del psicoanálisis, permitiendo la enfermera reconoce que el proceso de cuidado es complejo y las acciones de demanda basan en la singularidad de cada sujeto. **Conclusión:** Psicoanálisis emerge como una herramienta teórica que puede contribuir a la enfermera en este esfuerzo como construye un espacio de escuchando, cuyo conocimiento se supone que quien habla. **Descritores:** Enfermería, Salud mental, Psicoanálisis.

¹Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: arisanara@gmail.com. ²Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: rubinhafeitosa@hotmail.com. ³Psicóloga. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC. E-mail: emilieboesmans@hotmail.com. ⁴Enfermeira. Psicanalista do Fórum do Campo Lacaniano em Fortaleza - Ceará. Docente do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (PPCCCLIS/UECE). E-mail: silveiralia@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O que eu sou? O que posso pensar? Naturalmente, hoje em dia, já nos deparamos fazendo perguntas desse tipo em algum momento de nossas vidas. O teor dessas duas perguntas levaram Descartes (1596-1650) a formular pela primeira vez na história das idéias o conceito de sujeito. Foi a partir da sua obra intitulada *Discurso do Método* (1637/2001) que procurou explicitar um caminho para a busca da verdade por meio de um método: matemático e filosófico. Podemos perceber que só é verdadeiro, para Descartes, tudo aquilo que pode ser concebido de forma clara e objetiva, portanto, somente a razão é capaz de conduzir o homem a esse processo. Assim, o sujeito que será formulado pelo método cartesiano não é outro senão o sujeito da ciência.¹

A equação “penso, logo sou” é a única verdade da qual não podemos duvidar. Ao ligar a existência do sujeito à certeza do ato de pensar, Descartes a dissocia de tudo o que não seja vinculado à razão: “não sou senão uma coisa que pensa”. Assim, a definição desse sujeito é uma coisa cuja substância é o pensamento. Portanto, para chegar a essa conclusão sobre quem sou eu, Descartes rejeita os sentidos, pois para ele estes são sempre enganadores. Desse modo, a subjetividade conduz para o afastamento das idéias racionais. Assim, aquilo que se vê, que se apalpa, que se sente não é capaz de dizer quem sou. Nessa perspectiva, afirma que o discurso científico separa a existência e os atributos do próprio sujeito, separação que se torna um ideal para a ciência moderna. Um pensamento sem qualidades, cujo correspondente é um sujeito, também, sem qualidades².

Por ser um sujeito substancial é, portanto, considerado plenamente consciente de seus atos. Essa é ainda uma percepção que norteia as práticas dos enfermeiros no cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico que, condicionadas pelas ações prescritivas, têm um caráter claramente adaptativo e objetivo, uma clínica centralizada em ofertar medidas “corretivas” como as higiênicas e de alimentação, padrões de comportamento, usos de medicamentos que, supostamente, aplacam o sofrimento, maquiando os sintomas com ansiolíticos ou antidepressivos.³

A primeira grande ruptura com a noção de sujeito instituída pela ciência moderna, pelo pensamento cartesiano ocorreu a partir do discurso freudiano. Freud, ao descobrir o inconsciente, contribuiu para a desconstrução da concepção de sujeito ancorado na racionalidade. Na teoria freudiana, o sujeito é um sujeito fendido, é um sujeito marcado por uma hiância. É um sujeito que, apesar de dizer “eu penso”, está subordinado a uma outra cena, a um outro lugar além dele - o inconsciente.⁴

Atualmente para a realização das práticas de cuidado clínico de enfermagem em saúde mental têm-se os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Estes se configuram num serviço de saúde aberto e comunitário que serve de referência para tratamento de pessoas com sofrimento psíquico. Nesse ambiente, a enfermagem deve aplicar sua clínica do cuidar ao se deparar com sujeitos em sofrimento psíquico.

O objetivo do trabalho é compreender como o cuidado clínico em enfermagem pode ser desenvolvido em uma perspectiva que considere a pessoa em sofrimento psíquico como

sujeito dessa prática. No entanto, podemos nos perguntar a que sujeito estamos nos referindo? Será que se trata do indivíduo cartesiano, tomado em sua extensão de corpo? Ou ainda em sua racionalidade? Desenvolvemos este estudo na perspectiva de refletir as possibilidades de um cuidado clínico de enfermagem em saúde mental a partir do referencial teórico da psicanálise.

O trabalho torna-se relevante por permitir aos enfermeiros uma oportunidade de repensar sua prática, indo além do modelo tradicional de saúde pautado na escuta que supõe um sujeito cartesiano, plenamente consciente das razões de seu sofrimento. Pode colaborar ainda, para instigar a curiosidade dos enfermeiros a se debruçarem sobre outros referenciais teóricos metodológicos.

CONCEPÇÃO DE SUJEITO NO CUIDADO CLÍNICO EM SAÚDE MENTAL

A clínica do sujeito pautada no referencial da psicanálise busca colocar seu acento no sujeito.⁵ E este passa ser capaz de transmitir um saber desconhecido por outros discursos, qual seja, o de ser marcado pelo inconsciente. Desse modo, a subjetividade excluída do discurso médico é privilegiada no discurso psicanalítico, permitindo compreendermos a possibilidade de articulação entre sintoma e a forma como o sujeito significa os acontecimentos de sua vida. É a partir da fala é que se pode ter acesso à realidade psíquica, à posição discursiva do sujeito.

Lacan ao escrever o texto “A ciência e a verdade”, menciona que a psicanálise opera sobre esse mesmo sujeito da ciência. Parece paradoxal a princípio, mas posteriormente perceberemos que o surgimento da psicanálise é historicamente dependente do pensamento científico⁶. O que pode ser resgatado a partir das considerações de Lacan é que a importância do cogito para a psicanálise dá-se em virtude da relação do sujeito com sua vertente simbólica. É por meio dessa dimensão que algo pode ter valor de existência para o ser falante⁵.

Desse modo, para a psicanálise o sujeito é também o sujeito do pensamento inconsciente. Mas não é por se referir à dimensão psíquica que esse sujeito não pode se manifestar. O sujeito inconsciente se estrutura em forma de linguagem. Portanto, falar do sujeito inconsciente não se trata aqui do sujeito da desrazão, refere-se a razão inconsciente cuja lógica é também apreendida através de um método, não o método cartesiano, mas ao que se chama de método psicanalítico¹.

A psicanálise, portanto, se fundamenta a partir de seus próprios princípios e métodos. Eis a grande contribuição da psicanálise: se configura em um discurso, mas traz o particular dos demais discursos, que o outro a quem esse discurso se dirige é, por excelência, o próprio sujeito.⁷

Assim, se o procedimento cartesiano e o freudiano convergem em definir o sujeito pela razão, divergem em relação à substância: para Descartes o sujeito é uma coisa pensante, enquanto para a psicanálise o sujeito não tem substância, manifestando-se na hesitação, na dúvida entre isto e aquilo. “O inconsciente é o capítulo de minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado”.^{8:260} De outra maneira, o sujeito para a psicanálise é essa lembrança apagada, esse significante que falta, esse vazio de representação em que manifesta o desejo.¹

Portanto, o cogito freudiano é antes de tudo “desidero ergo sum” (desejo logo sou), uma vez em que lá onde se encontra o desejo, está o sujeito com efeito de associação das representações. Desejo é o nome do sujeito da era freudiana. Dessa forma, o sujeito que a psicanálise descobre nos escombros da patologia é um sujeito que é fundamentalmente desejo.²

O sujeito inconsciente é capaz de transmitir um saber desconhecido para ele mesmo. Porém, nem sempre este sujeito quer saber daquilo que luta tanto para se resguardar. Embora seja um capítulo censurado, a verdade pode ser resgatada, pois na grande parte, ela esta escrita de outra forma, com outros contornos, com outras cores e em outro lugar. Uma escrita contendo textos cujas partes das frases podem ser suprimidas, sem sentido. Assim, não é porque ele não deseja saber que ele não se manifesta. Mas de que forma? O sujeito inconsciente se revela na fala daquele que busca entender o sentido das suas dores, das suas angústias.⁸

Nessa perspectiva, ao se revelar pela fala diz-se que o sujeito inconsciente se estrutura em linguagem. Portanto, algo foge do controle do sujeito, algo que não é consciente e que a ele não pertence. E é por meio da linguagem que o sujeito inconsciente deixa rastros de sua visibilidade.⁹

O inconsciente pode ser acessado por seus efeitos nos sonhos, nos lapsos, nos atos falhos, nos chistes e no sintoma. É assim que ele dribla a armadura e as estratégias censoras do psiquismo, por isso mesmo, deixa escapar a verdade do sujeito. E, conforme Quinet¹, o significado dela, na verdade, se constitui no desejo, tão fugaz, quanto o próprio sujeito que aí se manifesta.

Assim, nessa clínica, o sujeito é aquele que fala e se relaciona com o Outro da linguagem. Em contraposição à psicologia clássica, fundada em Descartes e materializada nas práticas de interpretação, esse novo referencial coloca o sujeito no campo da alteridade e de seus impasses.¹⁰ Portanto, é através da compreensão de que fala e linguagem se inserem num campo de forças imanente ao corpo, aos seus objetivos de satisfação/repulsa e aos outros, que é possível o desenvolvimento de uma relação terapêutica duplamente ativa, em que o sujeito disponha de autonomia para atuar diante de novas configurações que possam advir de seus ditos.

Ainda persiste entre nós uma acepção de cuidado vinculada à transmissão de conhecimentos e informações, permeada por um viés comportamentalista que visa à mudança de atitudes dos sujeitos. Na qual o enfermeiro assume o papel de emissor enquanto o paciente destina-se ao papel de receptor. Atribuições preexistentes, inviabilizando a produção de encontros subjetivos e fortalecendo ações de cuidado eminentemente prescritivas, modeladoras, voltadas a mudança de comportamento e tomando o paciente em abstrato.¹¹

Dessa perspectiva do processo de cuidar de enfermagem, em sua versão unilateral e tecnicista, acopla-se a noção de cuidado, ainda hegemônica, como processo individual de proteção do corpo, da saúde, independentemente das condições sociais, históricas, culturais, econômicas e singulares do sujeito. O cuidado, como ato solitário e individual, torna-se mais um meio de culpabilização dos pacientes pelo que ocorre em suas vidas.

Neste sentido, a escuta acaba sendo reduzida a um ato protocolar, a uma técnica de coleta de evidências, de sinais, ou ainda, a um jogo interpretativo. A escuta surda realizada

pelos enfermeiros, produz como efeito a tutela dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro. Portanto, que tipo de escuta queremos para tomar os pacientes em sofrimento psíquico enquanto sujeitos dos seus processos de vida, sofrimento?

Entendemos que não é possível implantar uma forma de serviço que vá contra o modelo biomédico de assistência, chegando ao ponto de negar e/ou desvalorizar as contribuições desse saber para o campo da saúde mental. Não se trata disso, mas faz-se importante que o enfermeiro que atua no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), reconheça o paciente em sofrimento psíquico enquanto sujeito singular de existência, considerando sua posição subjetiva.

Dessa forma, percebemos que o cuidado de enfermagem pode ser tomada como um campo pautado por intervenções que extrapolam o caráter instrumental e do preenchimento de formulários para obter informações clínicas sobre a doença. Mas buscar um cuidado, pautado em outros referenciais, que possa valorizar os padecimentos do paciente em sofrimento psíquico. Na perspectiva de fazer um cuidado clínico de enfermagem que visualize no termo clínico as ações de cuidado para além do diagnóstico, dos sinais e sintomas.

Ressaltamos que o conceito de Cuidado Clínico vem sendo construído pelos docentes e discentes do Programa de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará na perspectiva de produzir novos saberes e práticas no campo da saúde, rompendo com o paradigma biomédico. Na linha de pesquisa em que este texto se insere, trata-se de uma articulação do conceito de cuidado (enquanto processo de constituição do sujeito nas suas condições de acesso à verdade); com o conceito de clínica (tomado na sua raiz etimológica *Klinikê*, que significa inclinar, debruçar-se para ouvir um sujeito). O Cuidado Clínico, nessa perspectiva, é um campo conceitual onde a intervenção clínica só pode aparecer mediada pela escuta de um sujeito naquilo que ele estabelece a partir de relações com sua própria verdade.

Assim, como aborda Almeida³ é preciso assumir uma nova postura pautada na dimensão ética. E isso impele o enfermeiro a também deslocar seu lugar. Enquanto que no modelo tradicional é requisitado a ocupar o lugar do especialista, na escuta desenvolvida na clínica do sujeito é preciso que ele saia desse lugar de um saber pré-estabelecido. Portanto, é indispensável que aquele que escuta abra espaço para que o próprio sujeito elabore as especificidades de sua situação, de seu sofrimento. “O exercício da clínica em atos de fala, escuta, em que o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado.”^{12:127}

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

Assim, colocar o sujeito em foco, ativo, significa realizar um cuidado de enfermagem a partir de uma clínica do sujeito, implica em concebê-lo diferentemente, ou seja, trata-se de responsabilizá-lo, convidando-o a ocupar uma posição diferente da de objeto do desejo do Outro.¹³ Dessa forma, para realização do cuidado clínico de enfermagem frente à clínica do sujeito, é preciso que o enfermeiro ocupe um novo lugar, não do Outro detentor do saber, mas daquele que acompanha o sujeito na descoberta daquilo que constitui seu

desejo, ou seja, possibilitar-lhe dizer ou apreender quais significados emergem da combinação entre os significantes. Portanto, o enfermeiro não deve nomear o desejo, mas favorecer condições para que o sujeito entre em contato com o desejo para decifrá-lo.¹⁴ Mas, para isso acontecer, é fundamental que o profissional saiba direcionar a tão evocada escuta.

Escutar significa evocar a fala do cliente, o que ele diz e por que diz. O processo de escuta só tem sentido porque permite contar e contar-se. Essa fala precisa necessariamente passar pelo outro, ou seja, é preciso sempre outro para se dizer. Se o outro não está ali, há uma ausência. Assim a “escuta de si” passa pelo fato de ser escutado pelo outro.¹⁵ Para uma compreensão mais ampla dos mecanismos da escuta, é preciso que se considere um ponto fundamental, a linguagem. Freud investigou as articulações entre as representações e o corpo, e, em sua aventura psicanalítica, não mediu esforços a fim de esclarecer cientificamente o poder mágico das palavras.

O leigo por certo achará difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras. Achará que lhe estão pedindo para acreditar em bruxarias. E não estará tão errado assim: as palavras de nossa fala cotidiana não passam de magia mais atenuada. Mas será preciso tomarmos um caminho indireto para tornar compreensível o modo como a ciência é empregada para restituir às palavras pelo menos parte de seu antigo poder mágico. (16:283)

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

Percebemos que o enfermeiro que atua no CAPS pode estar muito mais sensível para a fala dos sujeitos, promovendo um cuidado clínico mais comprometido com a potencialização da vida.

METODOLOGIA

Esta pesquisa possui uma abordagem qualitativa, pois permite descobrir processos sociais ainda pouco conhecidos, como também refletir e construir novos conceitos a partir do objeto de estudo. Tem fundamentação teórica, além de favorecer a sistematização de conhecimentos empíricos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.¹⁷

A pesquisa surgiu a partir da pesquisa piloto intitulada “Cuidado de enfermagem em saúde mental: a contribuição da clínica do sujeito” desenvolvida pelo Laboratório de Clínica do Sujeito da Universidade Estadual do Ceará (LACSU/UECE) através do Programa de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PMACCLIS), por alunos da graduação e pós-graduação em enfermagem e professores destinado aos enfermeiros que

atuam no Centro de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza/ Ceará interessados no estudo, reflexão e na modificação da prática de enfermagem no âmbito da saúde mental. Contou-se com a participação de 17 enfermeiros.

Para o desenvolvimento do trabalho piloto foram realizadas quatro oficinas, ao longo do ano de 2010, com os participantes da pesquisa. Nesse trabalho nos deteremos nos dados resultantes da terceira oficina, aquela voltada para a discussão da concepção de sujeito e sua articulação com o cuidado clínico de enfermagem aos pacientes em sofrimento psíquico. Participaram desse momento doze pessoas entre enfermeiros, alunos de graduação e enfermeiros que atuam em Centros de Atenção Psicossocial.

A oficina teve início com uma atividade de sensibilização a partir de uma técnica de estimulação dos sentidos onde, com os pés descalços e os olhos vendados, os participantes iam experimentando objetos com diversas texturas, cores e sensações térmicas que iam sendo oferecidos pelos coordenadores. Em seguida, os participantes realizaram a leitura e discussão do texto intitulado "Subjetividade no Trabalho com Saúde Mental".¹⁸ Após a leitura abriu-se um debate em torno da pergunta norteadora: como o cuidado clínico em enfermagem pode ser desenvolvido em uma perspectiva que considere a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito dessa prática?

As informações produzidas desta pesquisa foram analisadas a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, que se constitui de procedimentos sistemáticos de descrição das falas dos sujeitos pesquisados. Esta técnica torna-se muito útil para observar os processos de comunicação em diversos contextos, como também para conseguir uma compreensão dos significados das discussões num nível que vai além de uma leitura comum.¹⁹

As fases desta técnica de análise aplicadas ao trabalho incluíram inicialmente a transcrição das respostas encontradas; seguidamente processou-se a constituição e organização do material e realização da leitura para a definição das unidades de registro que foram utilizadas pelos pesquisadores, a codificação dos dados obtidos, transformando os dados brutos através de agregações (escolha das categorias) no intuito de atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão, suscetível de esclarecer as características dos dados coletados; distribuição dos componentes dos dados analisados em categorias, classificando-os por diferenciação e por reagrupamentos em torno de critério previamente, ou não, estabelecidos.¹⁹

A partir da análise das falas dos participantes da oficina, chegou-se a elaboração das seguintes categorias: conceito de sujeito, sujeito e escuta e cuidando dos cuidadores. No que se refere aos aspectos éticos, o trabalho seguiu as normas estabelecidas para o desenvolvimento da pesquisa com seres humanos, baseada na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará - UECE, com o número de aprovação: 083501630. A referida pesquisa foi financiada pela Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa - FUNCAP. Edital PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS.

RESULTADO E DISCUSSÃO

DE QUE SUJEITO SE TRATA?

A primeira categoria remete a discussão dos participantes da pesquisa sobre a concepção que eles têm acerca de sujeito. Os enfermeiros expressaram, de forma heterogênea, a compreensão de sujeito em três perspectivas: sujeito da experiência, sujeito da ação, sujeito de linguagem. A primeira percepção pode ser apreendida quando os enfermeiros tentam associar a palavra sujeito às qualidades do ser humano. Essa qualidade remete a um sujeito que “*é experiência, é vivência e ele é feito de subjetividades (...)*” (Enf. 2).

Aqui emerge a percepção sobre a singularidade do sujeito, constituído a partir das suas experiências, do seu modo de vida, uma produção incessante que acontece a partir dos encontros que se vive com as pessoas que os cercam.4 Outro participante ainda completa “o sujeito é uma história, uma construção e, ele constrói sua subjetividade, sua vivência” (Enf. 3).

A segunda percepção dos enfermeiros, sujeito da ação, refere-se à correlação de sujeito enquanto indivíduo, pessoa ativa, capaz de estabelecer as soluções para as tomadas de decisões que lhe são postas, sujeito de sua ação, rompendo com a situação de sujeito-objeto das práticas de saúde mental:

Quando fala de sujeito vem a mim duas coisas: o sujeito àquele que faz parte da frase, da oração que é quem age quem faz a ação e vem sujeito também de não estar submetido à outra coisa, de não estar sujeito a outra coisa, então, sujeito é aquele que age (Enf. 1).

Sujeito da razão, dono de suas escolhas (...) (Enf. 8).

As duas percepções de sujeito acima marcam a compreensão de que o sujeito não está pronto, mas se constitui nos dados da experiência, no contato com os acontecimentos. Percebemos que a maioria dos enfermeiros embora discorra sobre a subjetividade, estes se reportam a elementos difíceis de serem ressaltados no cuidado aos pacientes em sofrimento psíquico. O enfermeiro 8 diz “*não somos formados para compreender o outro na sua subjetividade e, isso fica difícil de por em prática*”. Desse modo, observamos que a concepção de sujeito abordado pelos enfermeiros se aproxima do indivíduo coerente, organizado, sujeito da ação e que segue o cogito cartesiano.

Essa é ainda uma percepção que norteia as práticas dos enfermeiros no cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico, condicionadas pelas ações prescritivas, tem um caráter claramente adaptativo e objetivo, uma clínica centralizada em ofertar medidas “corretivas” como as higiênicas e de alimentação, padrões de comportamento, usos de medicamentos que, supostamente, aplacam o sofrimento, maquiando os sintomas com ansiolíticos ou antidepressivos.³

(...) Não é só essa questão de sujeito, sujeito-objeto, mas sujeito de linguagem, o próprio sujeito tem uma divisão [consciente e inconsciente] dele entre aquilo que ele pensa que quer e aquilo que ele faz e aquilo que ele não sabe por que, mas faz (Enf. 5).

Essa percepção remete a concepção do sujeito do inconsciente. Relevante para os enfermeiros que atuam na área da saúde mental, pois o inconsciente é o discurso do Outro, isto é, o inconsciente consiste naquelas palavras que surgem de algum outro lugar que não o da fala do eu, ou seja, o inconsciente está repleto da fala, das conversas, dos objetivos, das aspirações e das fantasias de outras pessoas.²⁰

Dessa forma, os enfermeiros podem visualizar a perspectiva de atender um paciente com sofrimento psíquico não é apenas identificar suas necessidades humanas básicas. Ao entender o inconsciente como linguagem, percebe-se que o sujeito se constitui no mundo através daquilo que não pode ser satisfeito pela demanda entendida no sentido estritamente biológico, que lhe garante a manutenção da própria vida (fome, frio, desconforto físico, etc.). O sujeito inconsciente é movido por algo que ele sempre procura para satisfazer um desejo e, não encontra. Caminhada sem fim, solitária, que o sujeito não sabe pelo que procura e o que necessariamente quer encontrar.⁹

Mediante essa discussão, a indagação de um dos enfermeiros surgiu como pontapé para problematizarmos a discussão sobre o sujeito e a escuta dos pacientes em sofrimento psíquico.

SUJEITO E ESCUTA

A segunda categoria de análise, Sujeito e Escuta, remete a dificuldade que os enfermeiros têm para efetuar a escuta do sujeito:

A escuta é realizada como se a escuta fosse uma rotina entendeu? Perguntas prontas. Uma coisa cotidiana, mas o que se faz é uma conversa em forma de triagem (Enf. 1).

Entendemos que mudar essa postura implica ir além da triagem, da possibilidade de escutar sem amarrar-se a protocolos, a condição de não ter tempo, ou mesmo ter o próprio tempo desejado não remete a premissa que a escuta seja fundamento de sua prática. Outra fala de m enfermeiro aborda essa realidade, independente do espaço de atuação:

Uma vez chegou no CAPS um usuário que o PSF encaminhou para o CAPS porque ele não tava conseguindo dormir. Quando ele chegou lá aí ele disse assim: não eu não to conseguindo dormir porque meu nariz ta entupido. Porque lá (PSF) só ouviram isso, que ele não estava conseguindo dormir e encaminhou para o CAPS. E de repente lá onde deveria ser espaço para se escutar, muitas vezes não se escuta também (Enf. 8).

Isso remete a dificuldade que os profissionais de saúde, independente da categoria e do cenário de prática, têm para efetuação da escuta. Não se escuta, pois, na grande maioria, o fato do usuário falar por mais tempo é sinônimo de sobrecarga de trabalho, se o profissional demandar mais tempo para escutar isso não significa para ele qualidade do cuidado, mas perda de tempo, ou seja, minutos desperdiçado para desenvolver outras atividades laborais. Prefere-se, portanto, ouvir superficialmente a escutar. Essa realidade também se faz presente nas atividades dos enfermeiros no CAPS, posto que as palavras triagem e tempo referem-se à objetividade, mecanicidade do ato de escutar:

Os profissionais acabam não tendo tempo para isso [escutar o paciente] (...). O que fazemos é só triagem, saber o que ele [paciente] tem, quais sintomas sente (Enf. 6).

Dessa forma, compreendemos que assumir o cuidado clínico de enfermagem aos pacientes em sofrimento psíquico é necessário que o enfermeiro possa ir além da triagem, da possibilidade de escutar sem amarrar-se a protocolos, a condição de não ter tempo, ou ter o próprio tempo desejado, não remete a premissa que a escuta seja fundamento de sua prática. É preciso assumir uma nova postura pautada na dimensão ética.

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

Nesse contexto, a escuta é ferramenta importante, pois o inconsciente está estruturado como uma linguagem. Assim, o acesso a esta estrutura só pode ser conseguido por uma única via, a fala do paciente, é através dela que o sujeito surgirá como efeito de linguagem, efeito único, singular em cada homem. Esse efeito diz sobre a lógica de uma cadeia de significantes que é construída para cada um de uma maneira, pois as marcas que cada homem carrega são também restritas à sua existência, ao seu sofrimento.²⁰

Em algumas das falas dos enfermeiros participantes da oficina percebe-se que os mesmos buscam, na maioria dos atendimentos clínicos, se indagarem sobre que sujeito é esse que se apresenta, por que ele diz e rediz a mesma coisa, que articulação tem com a sua história de vida.

Tem paciente que chega lá e conta sempre a mesma história, desde que está lá, você já sabe de “co-salteado”. Mas tem paciente que conta para cada um [profissional] uma história diferente. Ai a gente fica assim, né, como escutar? (Enf. 4).

O sujeito com efeito da articulação significativa é o sujeito do pensamento inconsciente que se estrutura em forma de linguagem. Assim o sujeito para a psicanálise é um vazio - oco que estrutura o homem não tanto como vir-a-ser, mas como falta a ser. É um dizer aquilo que ele pensa saber o que diz, ou seja, o que conhece, porém não sabe que

deseja desconhecer. Então, como apreender esse sujeito que não tem substância? Escutar o que?

É a palavra como forma de acesso por parte do sujeito ao desconhecido em si mesmo e o tempo da escuta que ressalta a singularidade de sentidos da palavra enunciada²¹. Palavras que desvelam e velam; que produzem primeiramente descargas e depois associações. Palavras que evidenciam a existência de um outro, mas que também proporcionam vias de contato com o mundo quando qualificado na sua escuta. A escuta de um corpo que fala.²²

Essa questão de que a escuta não é só obter informações, que você precisa deixar a pessoa falar várias vezes até que ela possa dar um sentido a isso né, E a gente vê isso no CAPS, paciente que fala, fala. E o sintoma ta articulado a história de vida, é no ato de falar que ele pode resolver da outro tratamento a esse sintoma, que não é só escutar, escutar e indagar pra ele mesmo (Enf. 5).

O que é mais importante nesse discurso é os significantes que o perpassam e que se repetem. O sujeito com efeito da articulação significativa é o sujeito do pensamento inconsciente que se estrutura em forma de linguagem. É a palavra como forma de acesso por parte do sujeito ao desconhecido em si mesmo e o tempo da escuta que ressalta a singularidade de sentidos da palavra enunciada⁹. Palavras que desvelam e velam; que produzem primeiramente descargas e depois associações. Palavras que evidenciam a existência de um outro, mas que também proporcionam vias de contato com o mundo quando qualificado na sua escuta. A escuta de um corpo que fala.²² O enfermeiro 5 aborda:

(...) precisa deixar a pessoa falar várias vezes até que ela possa dar um sentido a isso né (...) É no ato de falar que ele pode resolver da outro tratamento a esse sintoma, que não é só escutar, escutar e indagar pra ele mesmo.

Freud²³ na Conferência XVII, Os Caminhos do Sintoma mostra que a psicanálise, diferentemente da psiquiatria, valoriza, em primeiro lugar, que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as vivências, história de vida do paciente. O sintoma traz uma mensagem e não está ali por acaso. Ele está intrinsecamente relacionado com as construções simbólicas do sujeito. Desta maneira é preciso escutar cada sujeito e a sua relação com seu sintoma. Como segue a fala:

Ele pode falar mil vezes, mas toda vez que ele fala é de um jeito diferente aí ele vai falando, ele vai falando e é como se ele fosse retificando assim na cabeça dele, aí vai [pausa] deixar ele falar porque vai estruturando o quebra-cabeça (Enf. 6).

É preciso deixar que o sujeito fale de sua forma, e saber esperar palavra por palavra, sem adiantar, sem se inquietar porque ele cala por longos minutos, ou as nuances, as pontuações da frase. Quando este sujeito fala é que ele pode apontar para algo da sua

realidade psíquica. Por vezes é preciso que o sujeito fale de várias outras coisas ou ainda sobre a mesma coisa até conseguir chegar no 'X' de sua questão.²⁴ Podemos perceber essa realidade a partir de um exemplo dado por um enfermeiro:

Aí já tem outra paciente que é exatamente o contrário, que todo mundo que chega ela conta a mesma novidade. Se chega no portão ela: doutora eu quero conversar com você. Essa semana ela acha que ta grávida e ela é HIV positivo. (...) Outra pessoa chega, - doutora vem cá, vou contar um segredo. E todo profissional que chega ela conta o mesmo segredo, aí quando lá na sala, e pergunta fulana tu já sabe o segredo? Sei. Pergunta a outra pessoa. (...) Ela pega todos os profissionais pra contar o segredo (Enf. 6).

Mesmo que a linguagem seja nossa ferramenta de acesso ao mundo, é impossível para o sujeito representar tudo. Algo sempre escapa à possibilidade de representação, de nomear a experiência. Quando isso acontece, dizemos que estamos no plano do traumático, da angústia. O sintoma surge como tentativa de reparar essa fenda que se abre. E, assim, o sujeito pode tentar reformular outros significantes para suas angústias, ansiedades e sintomas.²⁵

Estava numa triagem, uma mulher ela disse que tinha tido uma decepção amorosa. E disse: isso me arrasou e eu me apaixonei pela droga, eu substituí a paixão que eu tinha pela droga, então eu não consigo mais me desligar da droga (Enf. 8).

Nessa perspectiva, trabalhar com a ferramenta da escuta adquire outra significação. Não se trata de colher informações sobre o paciente para poder intervir sobre ele, nem de uma espécie de aconselhamento onde o enfermeiro vai instruir o paciente acerca do que lhe acontece. A escuta passa a ser um espaço privilegiado onde poderá ser possível a emergência do desejo desse sujeito.³

Assim como do lado do paciente solicita-se que diga tudo que lhe vier à cabeça, sem censurar o conteúdo, do lado de quem ouve, exige-se uma atenção flutuante, ou seja, que a escuta não deve privilegiar a priori qualquer elemento da fala, pois o sujeito não é aquele que sabe o que está fazendo, mas, pelo contrário, aquele que responde por aquilo que faz sem saber por quê.⁹ Frases comuns que podem ser percebidas pelos enfermeiros nos atendimentos aos pacientes: “uso a droga para esquecer minha dor”.

O atendimento clínico mencionado pelo enfermeiro 8 suscitou novas correlações sobre o que realmente se configura a queixa, sintoma do paciente ao procurar os serviços do CAPS: é sempre a reclamação sobre o uso de substância ilícita? Qual é a relação deste sujeito com essa droga e porque isso se transforma num sintoma para o sujeito? Por que considerar a droga como seu novo amor? Nessa perspectiva a atenção flutuante por parte do enfermeiro é indispensável, permitindo que o profissional capte aquilo de que se trata o que o sujeito fala. Evitam-se os julgamentos, moralismo.

Esse modo de fazer clínica dá espaço para que o sujeito elabore as especificidades de sua relação com o Outro, o que é evidenciado pelos seus ditos ou não-ditos.¹⁴ Sendo

assim, as intervenções através da ferramenta básica da escuta serão possíveis a partir de uma atenção às entrelinhas do discurso e ao que não é expresso por palavras, como os sintomas. Caso contrário, caímos novamente no âmbito do modelo biomédico de entrevista que parte de um saber prévio e absoluto que coloca o paciente na condição de objeto e não de sujeito.⁴

O aparelho psíquico recusa-se a se desfazer de um objeto que já lhe trouxe prazer um dia. Há todo momento, na falta do objeto, o sujeito reinveste traços mnêmicos, ou seja, traços de memórias deixados pelas experiências anteriores, a fim de alcançar de novo o prazer obtido. Assim, percebemos que o aparelho psíquico funciona em uma compulsão à repetição em busca da satisfação perdida.²⁶ Por vezes, a escuta de um profissional serve para apontar os pontos de fixação do sujeito, ou seja, o ponto para o qual o sujeito sempre retorna e repete. Freud²⁷, em seu texto Recordar, Repetir e Elaborar traz que o processo de análise serve para que o sujeito possa recordar esses traços mnêmicos, repetir a sua forma e relação com eles e com os objetos de prazer e elaborar, ou seja, perceber porque ele faz aquilo que faz do jeito que faz. Cita-se uma fala de outro enfermeiro participante:

Ela vinha no ônibus voltando do trabalho e muito cansada, ela vinha com o olho fechado. E um homem parou perto dela e disse: me dê uma esmolinha. E ela muito cansada não quis abrir o olho, meteu a mão no bolso, puxou um real e esticou pra ele que disse: pois bote aqui no meu bolso. Aí ela disse que abriu o olho puta de raiva, mas num tô dizendo pede um real e ainda manda eu botar no bolso dele. O homem não tinha os dois braços, aí ela botou o dinheiro no bolso dele e foi pra casa, quando chegou em casa essa mulher simplesmente não sentia mais os dois braços dela, aí ela tava lá no CAPS com uma bolinha de fisioterapia, porque acharam que o problema dela era orgânico. E aí o que é que explica pra gente um negócio desse? (Enf.5).

Sabe-se que a medicina se propõe a transformar o sintoma, aquilo que é perceptível como alteração no corpo, em significante que significa precisamente a doença como sendo a verdade imediata do sintoma identificável. Esse estabelecimento ocorre mediante a intervenção de um ato que será efetuado pelo olhar e saber médico. No relato acima a alteração de sensibilidade dos braços da mulher é correlacionada a uma lesão orgânica, portanto, fazendo o visível e enunciando a doença. Nada melhor que tentar reabilitar o corpo para funcionar como antes.¹

Para a psicanálise o sintoma também é um significante, porém o significado não é patológico. É também um sinal, mas não um sinal que apreenda um caráter de doença. O sintoma com significante para a psicanálise tem um significado sexual, e como sinal, o sintoma é um sinal do sujeito de que algo ou alguma coisa ele deseja, mas esse desejo deve ser encarado como inconcebível. Mas mesmo sendo um desejo indesejado, o sintoma não fica totalmente escondido.²⁵ Ele abre brecha, percorre o labirinto e procura escapar de qualquer forma. Pois, o sintoma, assim como nas demais formações do inconsciente, há também uma satisfação de desejo.¹ Neste ínterim, é necessário a escuta para compreender melhor o que e de que forma a mulher do ônibus significa os fatos de sua vida. Se ela está

sendo atendida no CAPS qual a atuação do enfermeiro com o sofrimento psíquico dessa pessoa? Qual objeto da prática clínica de enfermagem em saúde mental?

O sintoma para a psicanálise é uma maneira de presentificar um desejo que não pode ser dito conscientemente, ou seja, há alguma coisa que se satisfaz no sintoma, embora no plano consciente isso seja sentido como sofrimento ou insatisfação. É por isso que ele não deve ser visto como algo a ser “eliminado”, pois ele já é uma tentativa de organização do sujeito frente a sua realidade psíquica. Isso não significa que o sujeito também não sofra com este seu sintoma. Mas é por meio da fala, da articulação dos significantes que se pode desfazer o sintoma, pois o sujeito poderá simbolizar estas coisas inomináveis e buscar uma saída ainda melhor para elaborar seu conflito interno¹

Por fim, escutar significa evocar a fala do cliente, o que ele diz e por que diz. Considera-se o sujeito inconsciente que trás uma demanda que ele mesmo desconhece, além da dimensão biológica. Entretanto, o processo de escuta só tem sentido porque permite contar e contar-se, criar e recriar um sentido para quem falar, assim a pessoa ameniza sua angústia simplesmente por falar. Essa fala precisa, necessariamente, passar pelo outro, ou seja, é preciso sempre outro para se dizer. Se o outro não está ali, há uma ausência. Assim, a escuta de si passa pelo fato de ser escutado pelo outro.²⁸

A ESCUTA DE QUEM CUIDA

A terceira categoria pode ser apresentada a partir de uma única indagação: Aquele que escuta também não precisa ser escutado? A fala dos participantes da oficina permite refletir, na perspectiva da psicanálise, sobre as dores dos cuida-dores que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Como segue a fala abaixo:

(...) Sendo que todos nós temos os nossos conflitos e todos nós temos inquietações, tem momento que a gente para, assim, mas “pera” o que eu to fazendo, porque que eu to seguindo esse caminho aqui? (Enf. 4).

Atualmente, na área da Saúde Mental, é preconizada que os profissionais de saúde tenham características ímpares que possam valorizar e, ou, “qualificar” a produção do ato de cuidar, onde se atribui ao enfermeiro habilidades para conhecer os sinais e sintomas dos quadros patológicos, a atenção minuciosa, a compreensão aos usuários. Não podendo se mostrar sujeitos fragilizados, caso fossem seriam inadequados para o exercício de suas atividades com os pacientes em sofrimento psíquico.²⁹

A indagação supramencionada da participante revela a necessidade dos profissionais de saúde mental construir um escudo. Escudo blindado aos desvios, as anormalidades, garantindo que estes profissionais permaneçam isentos e, acima de tudo, sóbrios diante da realidade. Armadura que seja capaz, também, de não transpor para si mesmo a própria vulnerabilidade e, de não (re)conhecer os seus próprios “conflitos”. O trabalho do enfermeiro em saúde mental é considerado pelos participantes como desgastante em virtude deste apresentar situações “adversas” como, por exemplo, lidar com o sofrimento psíquico de outras pessoas, imersas em um mundo de alucinações, agressividades, pensamentos suicidas e a vivência cotidiana de situações que para algumas pessoas são repulsivas, desgastantes e atemorizadoras. Percepção demonstrada na fala abaixo:

Aqui é pesado. Semana sim, semana não, a gente tem um surto, a gente tem um ronda [polícia] entrando aqui, a gente tem um paciente se cortando ou querendo se matar ou então um paciente querendo matar o outro, (...) (Enf. 3).

E pra mim é muito ruim, porque assim, eu fico numa coisa tão ruim comigo, porque além de trabalhar aqui no CAPS, eu ainda trabalho no SAMU, só vê coisa assim ruim (Enf. 4).

O trabalho, na perspectiva psicanalítica, torna-se uma das possibilidades encontradas pelo homem de viver em sociedade, mais do que isto, tem-se no trabalho um meio de realização pessoal na medida em que oferece ao homem a oportunidade de viabilizar a satisfação de suas pulsões, mesmo que de maneira indireta, sublimada. Essa satisfação nunca ocorrerá em sua plenitude, porém sempre de forma parcial, restrita e repentina.³⁰

O trabalhar, então, não se restringe ao mero desempenho da atuação técnica do enfermeiro no CAPS, mas pressupõe aquisição emocional e libidinal, portanto investimento inconsciente que permeia suas relações. E quando essas pulsões no trabalho não são satisfeitas, ou não encontrou uma forma de ser sublimada pelo sujeito, como por meio das produções científicas, artísticas e laborais, traz um sofrimento aos enfermeiros que muitas vezes se manifesta em sintomas.²⁵ O trabalho passa a ser fonte de desprazer e dor. E na maioria dos casos a solução encontrada pelos enfermeiros é isolar-se do trabalho, maquilar os próprios sintomas com medicações, tentando fugir de seu sofrimento. Na fala baixo verifica-se que este fato é algo bastante comum na realidade dos participantes:

Quantas pessoas [profissionais] a gente não conhece que chega a tirar licença por não suportar o dia-a-dia do CAPS quantas pessoas não fazem, tem que se afastar do trabalho, por não poder lidar com o sofrimento psíquico dos outros e com o seu também (Enf. 5).

E pra mim é muito ruim, porque assim, eu fico numa coisa tão ruim comigo, porque além de trabalhar aqui, eu ainda trabalho no SAMU, só vê coisa assim ruim (Enf. 4).

Dessa forma, o trabalho pode ser uma forma de obter satisfação de um desejo, quando permite que o indivíduo mantenha sua história pessoal articulada com a realidade social. Mas o trabalho não elimina totalmente os sofrimentos advindos da inserção no mundo civilizado. Na verdade o objeto do desejo é um objeto ausente, que se presentifica como falta de um prazer que já foi experimentado e que continua procurando ser realizado através de substitutos ao longo da vida. Tal mecanismo substitutivo encontra-se nas atividades laborais. Este local permite ao sujeito inserir-se no mundo cultural e conviver com outras pessoas - lugar do encontro entre o desejo e a angústia. Isto é, a busca pela vivência de satisfação e ausência de sofrimento.³¹

Ao partir do pressuposto de que na prática em saúde mental esta lidando com a dimensão do sujeito e do seu sintoma, torna-se necessário que os enfermeiros do CAPS possam, além de cuidar dos outros, reconhecerem que também são sujeitos de desejos, que precisam acolher seus próprios sintomas, e dar possibilidade de que eles sejam ditos.

Então, como considerar a escuta terapêutica como ferramenta de trabalho se não há espaço para os enfermeiros serem escutados? Pois, um importante fundamento para que haja a escuta terapêutica para com os pacientes é o enfermeiro saber diferenciar o eu do outro, pois é importante que, aquele que escuta, tenha passado também por um processo de análise, para que possa saber-fazer com sua falta, com seu vazio, evitando que a subjetividade, a angustia, o medo e as implicações envolvidas no processo terapêutico se misturem. Saber lidar com o próprio vazio que há dentro dele.³ As falas seguintes abordam a perspectiva de escutar e ser escutado:

Justamente, assim, então todos nós temos os nossos conflitos, como lidar com essas pessoas se a gente já tem os nossos conflitos, como é tratar essas pessoas dessa forma” (Enf. 3).

Pois é, então como é que a gente lida com o sofrimento todo, se nós estamos falando que o sujeito tem que ser escutado e como é que a gente lida com esse sofrimento todo, sem ter um lugar onde a gente possa falar (Enf. 5).

Entende-se que o sofrimento psíquico está atrelado ao desconhecimento de si, de sua história, seus desejos e fantasias inconscientes, quando são recalçadas, buscam uma forma de se manifestar. A única via possível é através do corpo, sob a forma de sintomas. E o sintoma é a presentificação do desejo que aí se manifesta em suas impossibilidades.¹⁴ Como se percebe na a fala de um dos enfermeiros:

A outra enfermeira onde eu trabalho disse: preciso conversar contigo. Ai eu fui conversar com a Eufrazina, menino a Eufrazina começou a chorar. Eufrazina o que ta acontecendo, ta tendo algum problema? Não Carlinda é que eu to, fico me sentido tão mau, porque eu não consigo resolver a vida do povo. Mas ela entrou num estado depressivo que precisou tomar remédio. A Eufrazina tomou durante um mês medicamento (Enf. 7).

Por isso, torna-se necessário que os enfermeiros possam também ter um lugar para onde encaminhar suas inquietações. É o mecanismo da fala que permitirá aos enfermeiros dos CAPS cuidar do seu sofrimento para, posteriormente, no encontro com paciente, fazer emergir pela fala o sujeito de desejo como sujeito inserido nas leis da linguagem.

CONCLUSÃO

A elaboração dessa oficina nos permitiu perceber que o paciente em sofrimento psíquico não é colocado enquanto sujeito de sua prática. Para que ocorra essa nova atitude, o cuidado clínico de enfermagem pautado na escuta, só será possível se o enfermeiro efetuar um deslocamento no seu posicionamento frente àqueles que atendem, saindo do lugar de detentor do “saber sobre o outro” para uma posição que permita ao outro emergir como sujeito, inconsciente. Acredita-se que a psicanálise surge como ferramenta teórica que pode favorecer o enfermeiro nessa empreitada, pois forja um espaço de escuta que se sustenta numa “ética do desejo”, cujo saber é suposto ao sujeito que fala. Considera-se o sujeito inconsciente que trás uma demanda que ele mesmo desconhece, além da dimensão biológica.

A oficina permitiu aos enfermeiros que a escuta pode se tornar uma ferramenta terapêutica, direcionada para questões que são do sujeito, sujeito inconsciente. Discutiu-se sobre a importância de analisar como cada sujeito significa os fatos da sua vida, rompendo com uma prática clínica pautada em aconselhamentos, em eliminar ou mascarar o sintoma por meio da medicalização. Desse modo, a psicanálise pode se constituir em um referencial teórico importante para a prática dos enfermeiros nos serviços de saúde mental, pautado na escuta do sujeito, e não na escuta da doença.

Esse trabalho, portanto passa pela possibilidade de que o enfermeiro, no exercício de atividades onde o encontro com o outro é o foco maior, possa abrir espaço para a manifestação da dimensão do inconsciente. Esse dispositivo permite que o sujeito, ao emergir nos tropeços das intenções conscientes daquele que fala, possa ser reconhecido como tal pelo falante. Além disso, a partir desse reconhecimento, abre-se espaço para o surgimento do novo, pois o sujeito terá sido levado a admitir como sua uma produção que desconhecia, mas que, ainda assim, faz parte dele³².

Dessa forma, exerce-se uma verdadeira “clínica do sujeito”, em que o importante é exatamente aquilo que do coletivo escapa, ou seja, o cuidado com a singularidade. Isto não corresponde a uma segregação, como alguns podem pensar. Pois, cuidar da singularidade é respeitar o princípio da diferença, da subjetividade³³. Pois, percebemos pela fala dos enfermeiros que participaram da oficina a inexistência de um referencial teórico que pautasse suas ações e, que valorize a dimensão do sujeito estruturado em linguagem, pouca formação especializada na área, dificuldade de delimitar o foco de trabalho. Outro ponto observado foi a não utilização da escuta por parte dos enfermeiros como ferramenta terapêutica. Os enfermeiros que citaram a utilização da escuta como instrumentos de trabalho referiam-se a uma escuta superficial, como sinônimo de ouvir e impor seu saber.

Tomar em consideração essa leitura do inconsciente e do sintoma no desenvolvimento da prática de enfermagem em saúde mental requer a construção de estratégias e técnicas diferentes daquelas que transitam apenas no plano da consciência. Se não cabe ao enfermeiro desempenhar papel de analista, por ser um processo inconsciente,

quem sabe, pode ele fazer a experiência de simplesmente escutar o paciente nas suas expressões mais diversas: sofrimento, angústias, dor, nas suas realizações de sucesso, nos fracassos, nos tropeços, entre outros. E não se prender apenas a um formulário.

REFERÊNCIAS

1. Quinet, A. A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
2. Lopes, R G. Quem é o sujeito da psicanálise? Tempo Psicanalítico: v.40, n. 2, p.12-59, 2008.
- 3 Almeida, A N S de. CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito [Dissertação]. Fortaleza (CE): Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2009.
4. Mansano, S R V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. Rev.Psicologia UNESP 2009, dez/jan; 8(2):110-17.
5. Erlich, H. Psicanálise e ciência: um sujeito, dois discursos. [Dissertação]. Mestrado em Psicanálise. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, 2007.
6. Lacan, J. (1966). A ciência e a verdade; In: LACAN, Jacques. Escritos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 855-92.
7. Alberti, S. Psicanálise e saúde mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
8. Lacan, J. (1956). A carta roubada. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197 - 213.
9. Dor, J. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
10. Birman, J. O sujeito no discurso freudiano. In: Estilo e modernidade em psicanálise. São Paulo: ed. 34, p. 15-42, 1997.
11. Brant, L C; Minayo-Gomez, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. Psicologia em Estudo 2007 set/dez; 12(3): 465-473.
12. Franco, T B; Magalhães, JR. Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado. In: Merhy, E E et al. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; São Paulo: HUCITEC, 2003.
13. Kirschbaum, D I R. O trabalho de Enfermagem e o Cuidado em Saúde Mental: novos rumos? Cad. do IPUB 2000 set/dez; 6(19):15-36.
14. Quinet, A. Os Outros em Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
15. Pujol, J. Manual de relacionamento de ajuda conselhos práticos para acompanhamento psicológico e espiritual. Tradução: Norma Cristina Guimarães Braga. São Paulo: Vida Nova, 2006.
16. Freud, S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud, S. Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 7, 1996.
17. Minayo, M C S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6 ed. Petrópolis : Vozes, 1996.

18. Marcon, H H. A subjetividade no trabalho com saúde mental. *Psyche* 2007 jun;11(20):151-164.
19. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2008.
20. Lacan, J. (1956). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde de Freud. In: Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 496-533.
21. Lacan, J (1957-1958). *O seminário livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
22. Macedo, M M K; Falcão, C. N. de B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Revista Psyche* 2005 jan/jun; 9(15):65-76.
23. Freud, S. (1916-1917). Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In: Freud, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, v. 16, 1996.
24. Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento. In: Freud, S. *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, v.2 1996.
25. DIAS, M G L V. O sintoma: de Freud a Lacan. *Psicologia em Estudo* 2006 mai/ago; 11(2): 399-405.
26. Freud, S. (1920). Além do princípio de prazer. In: Freud, S. *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu Rio de Janeiro: Imago, v.18, 1987.
27. Freud, S. (1914). Recordar, Repetir e Elaborar In: Freud, S. *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, v. 16, 1996.
28. Pujol, J. *Manual de relacionamento de ajuda conselhos práticos para acompanhamento psicológico e espiritual*. Tradução: Norma Cristina Guimarães Braga. São Paulo: Vida Nova, 2006.
29. Borsoi, I C F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia e Sociedade* 2007 mar;19(1):103 -11.
30. Mendes, A M B; Tamayo, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *Rev. Psico USF* 2001 jan/jun; 6(1):36-49.
31. Bertão, F R B M; Hashimoto, F. Entre o desejo e o sofrimento psíquico no trabalho: um estudo de caso com professora de educação infantil. *Psicologia em revista* 2006 dez;12(20):141-163.
32. Elia, L O conceito de sujeito. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
33. Assad, M M E et al. Algumas contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. *Rev. Conceitos* 2004 dez; 11(esp): 45-57.

Recebido em: 02/01/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 03/10/2013
Publicado em: 01/01/2014

Endereço do autor correspondente:
Arisa Nara Saldanha de Almeida
Rua Crisanto Arruda, nº 740, Passaré; Fortaleza-Ceará; CEP:
60861760Email: arisanara@gmail.com