



**TERESA CRISTINA DA SILVA KURIMOTO**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA  
PERSPECTIVA DA CLÍNICA DO SUJEITO: QUESTÕES DE  
FINEZA**

---

**Campinas  
2013**





---

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**TERESA CRISTINA DA SILVA KURIMOTO**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA  
PERSPECTIVA DA CLÍNICA DO SUJEITO: QUESTÕES DE  
FINEZA**

---

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM NITKIN.**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE  
DEFENDIDA PELA ALUNA TERESA CRISTINA DA SILVA KURIMOTO  
E ORIENTADA PELA PROF<sup>A</sup>.DR<sup>A</sup>.DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM NITKIN.

---

ASSINATURA DO ORIENTADOR

**Campinas  
2013**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

K965c Kurimoto, Teresa Cristina da Silva, 1965-  
O cuidado de enfermagem em saúde mental na  
perspectiva da clínica do sujeito : questões de fineza /  
Teresa Cristina da Silva Kurimoto. -- Campinas, SP :  
[s.n.], 2013.

Orientador : Débora Isane Ratner Kirschbaum Nitkin.  
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Enfermagem  
psiquiátrica. 3. Psicanálise lacanianiana. 4. Sujeito  
(Psicanálise). 5. Transtornos psicóticos. I. Kirschbaum,  
Débora Isane Ratner, 1961-. II. Universidade Estadual  
de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Nursing care in mental health from the perspective of lacanian  
clinic : matters of finesse

**Palavras-chave em inglês:**

Nursing care

Psychiatric nursing

Lacanian psychoanalysis

Subject (Psychoanalysis)

Psychotic Disorders

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Titulação:** Doutora em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Débora Isane Ratner Kirschbaum Nitkin [Orientador]

Claudia Maria de Mattos Penna

Lia Carneiro Silveira

Vanessa Pellegrino Toledo

Luciane Loss Jardim

**Data de defesa:** 09-12-2013

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

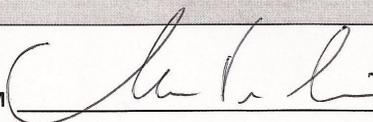
**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

TERESA CRISTINA DA SILVA KURIMOTO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). DEBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM NITKIN

**MEMBROS:**

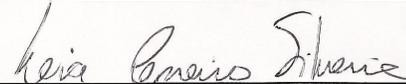
1. PROF(A). DR(A). MARIA FILOMENA CEOLIM



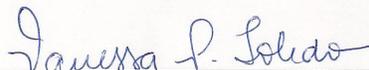
2. PROF(A). DR(A). CLÁUDIA MARIA MATTOS PENNA



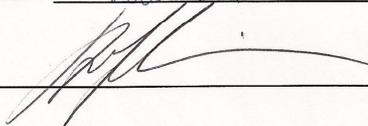
3. PROF(A). DR(A). LIA CARNEIRO SILVEIRA



4. PROF(A).DR(A). VANESSA PELLEGRINO TOLEDO



5. PROF(A).DR(A). LUCIANE LOSS JARDIM



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da  
Universidade Estadual de Campinas

Data: 09 de dezembro de 2013



## RESUMO

---

O cuidado de enfermagem na área da Saúde Mental no Brasil vem, nas últimas décadas, passando por transformações. A constituição de uma rede de serviços de saúde mental de base comunitária, organizada a partir de concepções próprias Ao Modo Psicossocial, favoreceu o nascimento e disseminação de práticas de enfermagem orientadas por princípios teóricos alinhados com a chamada clínica do sujeito. Algumas elaborações teóricas iniciais vem se ocupando dessas questões, mas lacunas permanecem no que diz respeito às práticas de cuidado voltadas a sujeitos psicóticos. Acredita-se assim, que a inclusão, no cuidado de enfermagem em psiquiatria/saúde mental, das concepções advindas da clínica do sujeito, pensada a partir da teoria psicanalítica, possa ter resultado em deslocamentos e ressignificações das concepções que tradicionalmente vem embasando esse cuidado, produzindo, assim, um saber e fazer (novos dispositivos). O objetivo desse estudo é identificar e analisar concepções de cuidado de enfermagem, articuladas sob a forma de princípios e dispositivos de cuidado, nas práticas exercidas por enfermeiros de saúde mental que as identificam como alinhadas à construção de uma clínica do sujeito. Trata-se de um estudo qualitativo, especificamente, uma pesquisa narrativa com interface etnográfica, tendo a teoria psicanalítica por referencial teórico. A ausência de estudos que sintetizassem as concepções de cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria a partir do início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorrida em 1980, impôs a necessidade de uma Revisão Qualitativa Sistemática da qual foram extraídas duas concepções de cuidado denominadas, nessa pesquisa, como: (1) 'Averso do Cuidado' e (2) 'Inspirações Nightingaleanas', esta subdividida em: Relacionamento Interpessoal Terapêutico e Modo Psicossocial. Os sujeitos da pesquisa foram 19 enfermeiros brasileiros que produziram narrativas acerca de sua prática que explicitaram as concepções de cuidado de enfermagem que os norteia em seu trabalho. As concepções extraídas das narrativas dialogaram com o arcabouço teórico da psicanálise, a saber, a noção da Prática entre Vários e de suas consequências para o trabalho com psicóticos nas instituições a partir de Freud e Lacan. Dialogaram também com a discussão epistemológica acerca do saber de enfermagem proposta por Barbara Carper e revista por Patricia Munhall. Dessa análise resultou as seguintes discussões: (1) **O 'Cuidado esvaziado'<sub>(N5)</sub>: Discursos e saberes (saber e não-saber) que conformam o cuidado de enfermagem.** Um cuidado é Esvaziado, quando

se vale do esvaziamento da posição de saber prévio, ou seja, sem mestria. O Cuidado Esvaziado vale-se da posição de não-saber, assim como prescinde da ilusão de que, no tempo certo, poder-se-ia, com as perguntas certas ou mesmo com algum tipo de vínculo, vir a saber.

(2) **O cuidado de enfermagem na psicose: o anteparo da beleza ou o cuidado e suas coisas de fineza.** No cotidiano do lidar com o corpo e seus odores, excreções, secreções, o cuidar revela um real junto ao qual a beleza pode funcionar como anteparo possível. Assim, um cuidado que se embasa num saber de sutilezas, de coisas de fineza, talvez possa, por convocar algo do registro imaginário e da ordem simbólica, limitar o real, que, na psicose, ganha estatuto de realidade, de concretude, de certeza. (3) **“Não como todo mundo”: o um que marca uma posição ética.** Esse cuidado que se volta ao sujeito, ao seu modo único de lidar com seu sofrer, vale-se da responsabilização e a inclusão do sujeito como pontos nodais. Dessa forma, o enfermeiro pode conseguir fazê-lo, de uma posição ética, isentando-se de tomar o lugar de quem tem todas as soluções. (4) **Um cuidar que afeta: acerca de palavras, atos e posições.** Como sujeito, às voltas com seu inconsciente, é fundamental que o profissional inspire-se na posição de objeto do analista que implica não se apresentar como alguém que sabe o que é melhor para o outro e assim se propõe cuidar. Assim é o não-saber, enquanto posição discursiva, que, ao contrário de permitir ao profissional um ausentar-se, convoca-o em sua responsabilidade. A análise revelou que quanto aos dispositivos de cuidados, os narradores não se apresentaram novidades, mas referiram-se a ações de cuidado já estabelecidas que ganharam novas leituras e, nesse sentido, abriram novas perspectivas quando embasadas por conceitos advindos da teoria psicanalítica. O cuidado de enfermagem, na perspectiva da Prática entre Vários, encontra as condições para se constituir enquanto tal, embora do ponto de vista das práticas, continue incluindo um fazer sobre o corpo, seus odores e humores, sem, no entanto, prescindir das coisas de fineza. Coisas e questões essenciais ao cuidado de enfermagem que se norteia pela clínica do sujeito, não somente por introduzir novas concepções e perspectivas, mas por trazer a noção de que pode haver algum deslocamento, alguma dialética entre esse cuidado que se faz no corpo e esse cuidado que se norteia pela palavra.

**Descritores:** Cuidado de Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Psicanálise - Linguagem; Psicanálise lacaniana; Sujeito (Psicanálise); Psicoses.

**Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde**

## ABSTRACT

---

Over the last decades nursing care in the field of Mental Health has been through several changes. A community mental health care network has been organized in the light of a so called Psychosocial Mode. It created favourable conditions for the birth and dissemination of nursing practices oriented by the clinic of the subject, an overarching approach strongly influenced by psychoanalytical perspectives. Some developments in that approach have been focusing issues pertinent to the articulation of nursing care from the Lacanian's clinic of the subject, but there are gaps regarding to the nuances of these practices addressed to psychotic subjects and how they are structured within this approach. The presupposition that supports this study is that the integration of the conceptualizations of the clinic of the subject grounded in psychoanalytical theory into the psychiatric or mental health nursing care may be fostered resignifications of the traditional ways of conceptualizing such practice and displacements in the manner of practicing it. And, as a result, it may be produced the construction of a distinct knowledge and practices embodied in what has been called new dispositives. The purpose of the study is to identify and analyze the conceptualizations of nursing care, articulated as principles and dispositives of caring, which are embedded in the clinical practices developed by mental health nurses who align themselves with the construction of a clinic of the subject psychoanalytically oriented. This is a qualitative research in which the Narrative Research was combined with Ethnography Research and has the Lacanian Psychoanalysis as theoretical framework. The lack of recent studies that synthesize the conceptualizations of nursing care and its nature within the psychiatric and mental health care areas since the beginning of the Brazilian Health Care Reform arose the need for a Systematic Qualitative Research. The results of this review showed that the conceptualizations of caring have been organized according two different categories here designated as (1) The other side caring and (2) 'Nightingalean Inspirations', which is subdivided in Therapeutic Interpersonal Relationship and Psychosocial Mode. The subjects of research were 19 Brazilian nurses, whose narratives detailed shows the conceptualizations of caring which guide their work. The narratives were analyzed in the light of the theoretical framework of Psychoanalysis, and specifically inspired in the notion of a Clinic Practiced among many therapists, and its implications for the work with psychotic patients in institutions departing from Freud's and Lacan's formulations. In the analyses of the narratives, a dialogue with the

epistemological discussion inaugurated by Barbara Carper and reviewed by Patricia Munhall was also articulated. It produced the following arguments: (1) **The 'Emptied care'<sub>(N5)</sub>: Speeches and knowledge (knowing and not-knowing) that make nursing care.** A care is Emptied, when comes from an empty position prior knowledge, i.e. without mastery. Emptied Care uses its position of not knowing, and rejects the illusion that, in time, it would be possible to come to know with the right questions or even with some kind of connection. (2) **The nursing care in psychosis: the foresight of beauty or care and its finesse.** The daily life of dealing with the body and its odors, excretions, secretions, caring reveals a reality from where beauty can work as a possible foresight. Therefore, a care that is grounded in the knowledge of the subtleties, of finesse things, might, by calling something from the imaginary memory and from the symbolic order, limit the reality which in psychosis earns, for sure, a statute of reality, of concreteness and of assurance. (3) **"Not like everyone else": the one that marks an ethical position.** A care that turns to the subject, its unique way of dealing with his suffering, relies on liability and the inclusion of the subject as nodal points. Thus, nurses can manage to do it from an ethical position, exempting themselves of taking the place of someone who has all the solutions. (4) **A caring that affects: about words, acts and attitudes.** As a subject, dealing with his unconscious, it is essential that the professional get inspire by a position of object that implies not presenting himself as someone longing, or someone who knows what is best for the other and thus offers to care. So it is the unknowing, as a discursive position, that calls for the professional responsibility rather than his absent. The analysis revealed what the narrators weren't presented novelties about dispositives of the care , but they referred to the actions of care established that won new readings and, accordingly, have opened new perspectives when backed up by deriving concepts Lacanian Psychoanalysis theory. The nursing care within the clinic practiced among many therapists finds the ideal conditions to constitute itself as such, at the same time that includes a practice concerning the body, its humours and odours, without prescinding from matters of finesse. These matters and their resulting issues are essential within a nursing care which is oriented by the clinic of the subject not only because it introduces new concepts and perspectives, but also for bringing forth the idea that in between the dialectic of care of the body and care that is directed through the words there may be some displacement, some a dialectic between this care what is done in body and that this care is guided by the word.

Keywords: Nursing Care; Psychiatric nursing, Psychoanalysis – Language, Lacanian Psychoanalysis; Subject (Psychoanalysis), Psychosis.

<b>RESUMO .....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IX</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>7</b>
3.1- O EU (OU EUS?), A IDENTIDADE E A CULTURA LOCAL: DESENHANDO CONTORNOS, CONSTRUINDO INTERLOCUÇÕES. ....	13
3.2- NARRATIVAS, CONHECIMENTO TÁCITO E CUIDADO DE ENFERMAGEM: INTERFACES. ....	19
3.3 – SUJEITOS DA PESQUISA.....	22
3.4- COLETA DE DADOS .....	24
3.4.1- ENTREVISTAS SÍNCRONAS NO TEMPO E ESPAÇO E ENTREVISTAS SÍNCRONAS NO TEMPO: PECULIARIDADES E COMPARAÇÕES.....	26
3.6- ANÁLISE DOS DADOS .....	30
<b>4- CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NO PERÍODO DE 1980 A 2010: REALIDADES FOTOGRAFADAS.....</b>	<b>35</b>
4.1 - O AVESSO DO CUIDADO .....	37
4.2 - INSPIRAÇÕES NIGHTINGALEANAS.....	47
4.2.1- O CUIDADO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA/SAÚDE MENTAL E O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO.....	53
4.2.2- O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E O MODO PSICOSSOCIAL .....	65
<b>5- PSICANÁLISE, INSTITUIÇÃO E PSICOSE E SUAS RELAÇÕES COM A CLÍNICA DO SUJEITO: APROXIMAÇÕES PRIMEIRAS.....</b>	<b>75</b>
5.1- A PSICANÁLISE, OS ENSINOS DE LACAN E A PSICOSE: ELABORAÇÕES PARA NÃO RETROCEDER .....	79

5.1.1 - PRIMEIRO ENSINO – A CLÍNICA ESTRUTURAL.....	81
5.1.2 - O SEGUNDO ENSINO – O SINTHOMA.....	85
5.2- INSTITUIÇÃO, PSICOSE, PSICANÁLISE: UM SEGUNDO DESAFIO E SUAS POSSIBILIDADES DE INVENÇÃO NUMA PRÁTICA ENTRE VÁRIOS.....	96
5.3- CUIDADO DE ENFERMAGEM E INSTITUIÇÃO: O ‘JÁ DITO’ E ALGUMAS INTERROGAÇÕES .....	105
<b><u>6- O CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEUS SABERES: APROXIMAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS .....</u></b>	<b><u>109</u></b>
6.1- PADRÃO EMPÍRICO DE SABER – A CIÊNCIA .....	115
6.2- O PADRÃO ESTÉTICO DO SABER – A ARTE.....	117
6.3- O PADRÃO ÉTICO DO SABER – O QUE SE TEM OBRIGAÇÃO DE FAZER OU SER O MAIS ÉTICO QUE SE PODE SER.....	122
6.4- O PADRÃO PESSOAL DO SABER EM ENFERMAGEM – O ‘EU-TU’ .....	125
6.5- O NÃO-SABER COMO PADRÃO DE SABER – “OUT OF THE BOX” <sup>(201:P.203)</sup> .....	130
6.6- ‘IN BOX’, ‘OUT OF THE BOX’ OR ‘NO BOX’... BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DE CAIXAS	136
<b><u>7. NARRATIVAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: COISAS DE FINEZA .....</u></b>	<b><u>141</u></b>
7.1- O ‘CUIDADO ESVAZIADO’ <sup>(N5)</sup> : DISCURSOS E SABERES (SABER E NÃO-SABER) QUE CONFORMAM O CUIDADO DE ENFERMAGEM. ....	143
7.1.1 - SABER E ANTECIPAÇÃO: POSSIBILIDADES E IMPOSSIBILIDADES. DUAS CENAS. ....	150
7.2- O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PSICOSE: O ANTEPARO DA BELEZA OU O CUIDADO E SUAS COISAS DE FINEZA .....	156
7.3- “NÃO COMO TODO MUNDO”: O UM QUE MARCA UMA POSIÇÃO ÉTICA. ....	167
7.3.1 - O TEMPO COMO LÓGICA DO UM .....	178
7.4- UM CUIDADO QUE AFETA: ACERCA DE PALAVRAS, ATOS E POSIÇÕES.....	184
7.4.1 – SOBRE CONVERSAS, ATOS E PALAVRAS – QUE ENCONTRO POSSÍVEL? .....	192
<b><u>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</u></b>	<b><u>199</u></b>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</u></b>	<b><u>211</u></b>

<b><u>ANEXO I.....</u></b>	<b><u>229</u></b>
<b><u>ANEXO II.....</u></b>	<b><u>231</u></b>
<b><u>ANEXO III.....</u></b>	<b><u>233</u></b>
<b><u>ANEXO IV.....</u></b>	<b><u>235</u></b>



**DEDICATÓRIA**

---

**Aos amados  
Takeshi,  
Fernando e Igor**



## **AGRADECIMENTOS**

Muitos nomes me ocorrem. O mesmo não se dá com as palavras que deveriam ser únicas a cada um para expressar o que desejo falar nesse tempo de agradecer. Assim, apoio, leitura, acolhida, aposta, suporte, incentivo, estímulo, interlocução, discussão, oração e direcionamento são algumas dessas palavras que me surgem nessa hora. Mas elas não são exatas, nem precisas, sequer justas. Resta, então, nomeá-los, a esses que se fizeram, de diferentes formas, parceiros ao longo desses quatro anos. A vocês minha gratidão que não cabe nas palavras.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Isane Ratner Kirschbaum Nitkin.

Irineu Duarte Carvalho, Eliane Carvalho, Larissa Carvalho e Mariana Carvalho.

Regina Célia, Hellenice, Kurimoto, Kazue, Tia Terezinha, Marlene, Ir. Beatriz.

Annette Souza Silva Martins da Costa, Licia Mara Penna, Liliane Maria Alberto da Silva, Maria Édila Abreu Freitas, Maria José Duarte Utsch, Marília Rezende da Silveira, Paula Cambraia Mendonça Vianna, Rosana Maria Resgalla, Samara Lima.

Ana Paula Rigon Francischetti Garcia, Ana Lúcia Machado, Edirlei Machado dos Santos, Larissa Ferreira Trigueros, Luciana Colvero, Marcia Nozawa e Vanessa Toledo.

Irmãs Oblatas da Comunidade Nazaré.

Conselho Federal de Enfermagem.

Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG na pessoa de suas atuais chefes, Maria José Brito e Kenia Lara Silva, e dos que as antecederam, Gilberto Simeoni Rodrigues e Isabela Silva Cândia Velloso.

Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, Comissão de Pós-graduação na pessoa da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Filomena Ceolim.

Aos enfermeiros narradores.



*In principio erat Verbum.*  
(Jo,1:1)

No descomeço era o verbo.  
Só depois é que veio o delírio do verbo.  
O delírio do verbo estava no começo, lá onde a criança diz: *Eu escuto a  
cor dos passarinhos.*  
A criança não sabe que o verbo escutar não funciona para cor, mas para  
som.  
Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira.  
E pois.  
Em poesia, que é voz de poeta, que é voz de fazer nascimentos –  
O verbo tem que pegar delírio.  
(Manoel de Barros – O livro da ignoranças).



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

---

<b>Figura 01- O nó borromeano .....</b>	<b>88</b>
<b>Figura 02- Sinthoma.....</b>	<b>92</b>
<b>Figura 03 – Representação da Banda de Moebius .....</b>	<b>188</b>



## APRESENTAÇÃO

---

Essa apresentação cumpre o papel de relatar brevemente a origem das questões e ideias que foram aqui desenvolvidas. No final da década de 80, ao iniciar minha atuação na Enfermagem, vi-me as voltas com esse fazer tão amplo, mas que acaba por se dicotomizar entre um fazer ao lado ou com o sujeito e um fazer distante dele. Via grande importância em me demorar um pouco mais ao lado dos leitos de cada paciente quando eles entendiam que haviam coisas a serem ditas. Mas havia todo um trabalho que era necessário realizar longe dos leitos.

Assim, conclui, naquele momento, que em minha escolha profissional havia um equívoco. E isto me levou à graduação em Psicologia, ao mesmo tempo que, juntamente com colegas médicos do hospital, comecei a frequentar seminários, jornadas e cartéis de Psicanálise. Minha primeira produção em um cartel, no ano de 1996, se voltou exatamente a pensar a Enfermagem e seus arcabouços teóricos. Produzi um texto nomeado 'A enfermagem não-toda ou o corpo-para-médico'. Nesse percurso em direção ao que eu entendia ser uma nova formação, para além das articulações teóricas e os fazeres, iniciei minha análise pessoal.

Fui caminhando nessas duas áreas de conhecimento e se passaram dez anos, numa experiência de cuidar marcada pelo desejo e investimento de pensar esse cuidar com o auxílio de outras áreas de conhecimento. Isto porque meu fazer a partir desses sujeitos assim o exigia. A oportunidade de atuar na docência na área da Enfermagem trouxe-me a perspectiva de transitar pela saúde mental. Essa me pareceu uma opção acertada.

Às voltas com a formação do enfermeiro fui tentando trazer elementos teóricos que conferissem uma sustentação mais sólida a esse cuidar. Mas sempre estive as voltas com o que ensinar a esses futuros enfermeiros. Meus alunos, sempre brilhantes, questionavam e ansiavam pelo ensino de algo que pudesse ser mais, digamos, autóctone. Algo que se voltasse a Enfermagem em seu fazer cotidiano. A literatura científica contribuía para esse debate teórico, mas suas contribuições para a prática de cuidar eram mais tímidas.

Na vida acadêmica conheci enfermeiros que, assim como eu, também buscavam alguma interlocução possível entre Enfermagem e Psicanálise. Havia textos fundamentais que traziam essa interlocução, mas pouquíssimos voltavam-se a pensar a clínica.

Nesse percurso, nesse entre Psicanálise e Enfermagem, puder entrever e constatar que os arcaísmos teóricos tradicionalmente ensinados na Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental não ofereciam a consistência teórica exigida para o cuidado cotidiano de sujeitos psicóticos. Também constatei que a psicanálise não era a resposta exata para todos os impasses que vivíamos no cotidiano de ensinar e cuidar. Fui, aos poucos, entreverendo e revendo que havia, nessa interlocução, possibilidades.

Lancei-me à esse desafio que se apresentou a mim a cada etapa da construção dessa tese. Situar as concepções de cuidado de enfermagem em saúde mental a partir da década de 80, algo que não tinha sido produzido, logo, surgiu a necessidade de uma revisão sistemática. Definir qual recorte da Psicanálise Lacaniana possibilitaria uma real interlocução: de onde veio, após leituras e seminários, a direção da Prática entre Vários. Estabelecer e sustentar teoricamente qual seria a direção epistemológica a ser seguida em relação à Enfermagem: de onde sobreveio a ideia dos padrões de saber. A princípio tão díspares de toda a discussão proposta pela Psicanálise, mas havia ali, nesses 'padrões' algo que sinalizava na direção de uma real possibilidade. E, por fim, dentre outros tantos elementos desse trabalho desafiador, apresento, como relevante, o desafio de analisar as narrativas: brilhantes, profundas, complexas...

Desses e de outros tantos desafios nasce a presente tese voltada a discutir, a partir de cenas do cotidiano do cuidado, algumas possibilidades de interlocução entre a Psicanálise e a Enfermagem, com o cuidado de não standardizar a primeira, tampouco de desconstruir a segunda. O cuidado de enfermagem na perspectiva da clínica do sujeito é o produto de longos anos de trabalho, de elaborações, de perguntas e de preciosas interlocuções.

## **1. INTRODUÇÃO**

---

## 1. Introdução

O cuidado de Enfermagem na área da Saúde Mental vem, nas últimas décadas, passando por transformações. A partir da década de 80, consolida-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, que coloca a cidadania do louco como 'valor fundante e organizador desse processo'<sup>(1)</sup>. Serviços (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) que substituíram os antigos manicômios, voltados ao acolhimento e tratamento de neuróticos e psicóticos em crise, tornam-se os elementos articuladores de uma rede de cuidados que se pretende comunitária<sup>(1)</sup>. Cuidar, nesse contexto, exige dos profissionais e serviços o exercício da invenção de possibilidades de sustentação e suporte ao portador de sofrimento mental desinstitucionalizado.

Dessa forma, observa-se um deslocamento das atividades historicamente atribuídas exclusivamente à enfermagem: as ações antes consideradas banais e periféricas passam a ocupar lugar central nos projetos terapêuticos voltados à atenção psicossocial, devido à sua relevância no tratamento de psicóticos<sup>(2)</sup>.

Assim, desde a década de 80, constata-se o espocar de discussões, de algumas iniciativas exitosas no âmbito das práticas de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, bem como estudos e pesquisas que fotografam a posição da Enfermagem nesse movimento de Reforma e, em particular, buscam estabelecer saberes e práticas que se aproximam daquilo que se entende por cuidar em saúde mental.

Multiplicam-se os estudos científicos na área da Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental que buscam, ao dar voz aos profissionais enfermeiros, compreender a prática e o seu papel frente a esse novo contexto que se apresenta. Entretanto, muitos desses estudos voltam-se ao diagnóstico das práticas de enfermagem apontando e denunciando um descompasso das mesmas em relação ao contexto da Reforma e do Modo Psicossocial, concluindo pela urgência de novidades no campo do saber e das práticas. Poucos estudos, entretanto, dedicam-se a análise das práticas.

O Modo Psicossocial, campo marcado por enorme diversidade teórica, propõe a superação da "ética da adaptação para uma ética que considere a relação sujeito-desejo e a dimensão carecimento-ideiais"<sup>(3: p.14)</sup>.

Nesse sentido, os Modelos de Orientação Clínica do Modo Psicossocial, ganham importância na medida em que reconhecem "...uma dimensão particular, única e irreduzível de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramentos sobre seu modo de estar

no mundo, bem como aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for” (4: p.17).

Na psicose, a inscrição do sujeito se apresenta de forma claudicante e as crises são marcadas por um estranhamento de si mesmo, fazendo com que esse sujeito identifique como vindo de fora as ideias que lhe ocorrem<sup>(5,6)</sup>. Dessa forma, tal alienação implica dificuldades específicas nessa subjetividade e na construção de laços sociais. Implica ainda uma relação peculiar com o próprio corpo, que no caos pulsional pode ser vivenciado como despedaçado, esburacado ou ainda figurar como um último recurso para fazer frente ao que o invade ou o comanda<sup>(7)</sup>.

Na tentativa de responder a esses desafios (localizar o cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental e fazê-lo em relação ao cuidado ao sujeito psicótico) alguns enfermeiros, em suas pesquisas, vem procurando se desvencilhar dessa posição de resistência discutindo, não só seu lugar no modelo de atenção psicossocial, mas quais seriam os elementos teóricos que sustentariam um trabalho de construção de uma certa subjetividade na experiência psicótica mediada pelo cuidado de enfermagem. Interessa aqui, particularmente, aquelas que vem construindo sob a orientação psicanalítica que, em última instância, se coloca como um dos saberes que contribui para a construção do Modo Psicossocial.

Garcia<sup>(8: p.31)</sup>, constatando a impossibilidade de um cuidado que toma por objetivo modificações do comportamento, considera que “os novos efeitos terapêuticos são produzidos, então, ao se considerar o discurso da pessoa tratada. O cuidado de enfermagem deverá ser construído a partir da fala do paciente, escutando-se a demanda que o sujeito emite”. A autora considera que esses novos efeitos terapêuticos possibilitam o aparecimento do sujeito que, quando psicótico, se estrutura de forma peculiar na linguagem.

Assim a autora explica:

Cuidar, na perspectiva que este estudo traz, diz respeito a uma construção diária, elaborada a cada encontro, em que possa significar: cuidar da relação transferencial, cuidar dos significantes, cuidar da posição que estabelecemos para nós e para o paciente e, principalmente, cuidar em não se esquecer que o saber inconsciente se caracteriza pelo desconhecimento<sup>(8: p.138)</sup>.

Meu percurso profissional, no qual a prática clínica, voltada a pacientes psicóticos em crise, atendidos em serviços abertos de atenção a Saúde Mental, norteia-se pela ideia de que o cuidado ali oferecido deve ser situado como um dispositivo dessa atenção que se guia por

concepções semelhantes às propostas por Garcia<sup>(8)</sup>, Kirschbaum<sup>(2)</sup>, Loyola e Rocha<sup>(9)</sup> e Motta<sup>(10)</sup>. Trata-se de um cuidado que privilegia essa dimensão singular, que considere a dimensão do sujeito do inconsciente único em sua forma de desejar e transitar pela linguagem. Entretanto, a cada momento, no cotidiano de cuidar e ensinar o cuidado me deparo com lacunas, tais como, a falta de produção científica que discuta as práticas de enfermagem em psiquiatria/saúde mental para além dos modelos comportamentais ou das abordagens baseadas em concepções cartesianas do ser humano e de suas formas de sofrer psiquicamente.

Questionando abordagens que objetificam o doente mental, essas enfermeiras abriram possibilidades para que o discurso psicanalítico pudesse contribuir para o campo epistemológico do cuidado. Tais profissionais vem pensando o cuidado de enfermagem a partir da ideia de uma clínica do sujeito<sup>(2)</sup>; propondo que esse cuidado se dê a partir de um secretariado da loucura<sup>(8,11-13)</sup> pensando-o a partir da relação transferencial, dos significantes<sup>(8)</sup>. O cuidado, assim pensado, apoia-se numa concepção de sujeito como clivado, marcado pelo inconsciente e por suas formas singulares de desejar, um sujeito sem essência que se constitui e se revela pela linguagem, materializando-se no discurso. Tais concepções implicaram em inovações tanto no campo do saber quanto das práticas de cuidado de enfermagem? Quais conseqüências tais concepções trouxeram e trazem para esse cotidiano dos enfermeiros de saúde mental/psiquiatria no cuidado aos psicóticos?

Além disso, há ainda mais uma questão: o cuidado de enfermagem implica o cuidado corporal, e este, nem sempre, é realizado pelo enfermeiro. No entanto, ao enfermeiro é atribuída a responsabilidade – técnica e legal - sobre a equipe de enfermagem, cabendo a ele a orientação e capacitação dessa equipe. Cabe então pensar em que medida seria possível uma transmissão desses possíveis novos dispositivos e princípios de cuidado aos agentes de enfermagem que atuam no cuidado aos psicóticos.

Toma-se assim, por pressuposto, que a inclusão no cuidado de enfermagem em psiquiatria/saúde mental das concepções advindas da clínica do sujeito, pensada a partir da teoria psicanalítica, produziu deslocamentos e ressignificações das concepções que tradicionalmente vinham embasando esse cuidado. Por conseguinte, possivelmente produziu um saber e fazer – aqui denominados pelos termos princípios e dispositivos - que reconheça o sujeito como efeito do inconsciente e se façam a partir das conseqüências que disso advêm. E para isso as práticas desses enfermeiros precisa ser investigada.

## **2- OBJETIVOS**

---

## **2. Objetivos**

Identificar e analisar concepções de cuidado de enfermagem, articuladas sob a forma de princípios e dispositivos de cuidado, nas práticas exercidas por enfermeiros de saúde mental que as identificam como alinhadas à construção de uma clínica do sujeito.

### **3-PERCURSO METODOLÓGICO**

---

### 3. Percurso Metodológico

O presente trabalho foi desenhado no interior da abordagem qualitativa. Especificamente, trata-se de uma Pesquisa Narrativa que, ao voltar-se para a investigação de práticas de cuidado de um grupo específico de enfermeiros, identificados sob um mesmo referencial teórico, compartilhando compreensões, discussões e concepções, ganha uma interface com a Pesquisa Etnográfica. Tomou-se a Teoria Psicanalítica por arcabouço que deu sustentação teórica a análise dos dados.

Para que os objetivos fossem alcançados tornou-se necessário instituir um percurso metodológico em duas fases, sendo a primeira constituída por uma pesquisa documental, na qual realizou-se uma Revisão Qualitativa Sistemática acerca das concepções de cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na psicose a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou seja, dos anos 80 até 2010. A inexistência de um trabalho dessa natureza na recente literatura científica da área dificultava saber o que efetivamente tem constituído a natureza da prática de enfermagem no campo da saúde mental e a teorização desta no período posterior ao início da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os resultados desta pesquisa documental possibilitaram delinear, mais claramente, as bordas do que constituiria hoje o objeto de trabalho da enfermagem em saúde mental e as diferentes conceptualizações que se tem neste no âmbito da produção científica corrente. Este trabalho também possibilitou o reconhecimento das questões epistemológicas que favoreceram a emergência de uma concepção do cuidado de enfermagem nos (então) novos dispositivos de cuidado em saúde mental gerados em meio a configuração do Modo Psicossocial como paradigma<sup>1</sup>.

A segunda fase consistiu na Pesquisa Narrativa com interface Pesquisa Etnográfica e teve por arcabouço teórico a Teoria Psicanalítica. A opção pela Pesquisa Narrativa associada a Pesquisa Etnográfica se deu devido a necessidade de produzir fontes primárias que possibilitassem desenhar as práticas de enfermagem que constituem o foco desta tese, ou seja, o modo como as enfermeiras que atuam no campo da saúde mental, sob a inspiração da psicanálise, vem construindo o cuidado de enfermagem na área.

---

<sup>1</sup> Essa discussão será melhor delineada no capítulo 4 dessa tese.

A Revisão Sistemática Qualitativa tem como propósito integrar ou comparar achados de estudos qualitativos, através da identificação de temas ou construtos neles apresentados, de forma explícita ou transversal<sup>(14)</sup>.

Noblit and Hare<sup>(15)</sup>, pioneiros na síntese de estudos de abordagem qualitativa, propõem a meta-etnografia como método. Tal método torna-se posteriormente aplicável a estudos qualitativos em geral, não apenas etnográficos. Com base nessa proposta, diferentes métodos de revisão de literatura para estudos qualitativos foram idealizados<sup>(16)</sup>.

Uma Revisão Sistemática Qualitativa inicia-se com a delimitação de uma questão que norteará a localização e seleção de estudos de interesse a partir de critérios previamente estabelecidos. No presente estudo tomou-se por questão norteadora: Ao longo desses trinta anos (1980 a 2010) que concepções acerca do cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria ao portador de sofrimento psíquico foram sendo (ou tentando ser) mantidas, banidas ou construídas?

Vale ressaltar que, de acordo com Thomas and Harden<sup>(16)</sup>, em uma síntese qualitativa busca-se mais interpretação do que previsões ou predições. Nesse sentido, não se faz necessária uma busca exaustiva de todos os estudos disponíveis que abordem o tema da revisão. “Os resultados de uma síntese conceitual não mudarão se dez ao invés de cinco estudos contiverem o mesmo conceito, mas dependerão da variedade de conceitos encontrados nos estudos, seus contextos e se eles se assemelham ou não”<sup>(16: p.6)</sup>. Dessa forma, o princípio de saturação poderá ser utilizado.

Passando à segunda fase do percurso metodológico temos que o termo Pesquisa Narrativa “...refere-se a todo estudo que usa ou analisa materiais narrativos”<sup>(17: p.02)</sup>. Por sua vez, uma narrativa é “...um discurso, ou um exemplo de discurso, que representa uma sucessão de acontecimento conectados entre si”<sup>(17:p.02)</sup>. Numa Pesquisa Narrativa, considera-se que a realidade não é única e, uma vez relatada, torna-se, naquele momento, a verdade com a qual o pesquisador trabalhará<sup>(18)</sup>. Exatamente por isso, uma narrativa não traduz a totalidade de uma experiência em palavras, mas apresenta aqueles acontecimentos que, em um dado momento, foram privilegiados pelo narrador (entrevistado) em sua história<sup>(19)</sup>.

Para Duffy<sup>(20)</sup>, historiar é a principal forma pela qual as pessoas conferem sentido à sua experiência. Riessman<sup>(21)</sup> entende que, na Pesquisa Narrativa, o propósito se situa em

identificar como os entrevistados ordenam acontecimentos de sua experiência, conferindo, assim, sentido aos eventos e ações em sua vida.

Duffy<sup>(20)</sup>, entretanto, compreende que uma Pesquisa Narrativa é algo mais complexo que contar histórias. Para essa autora, esse tipo de pesquisa volta-se à exploração de como a linguagem reflete o mundo social de cada pessoa e, em se fazendo isso, constitui sua verdadeira identidade. Assim sendo, a Pesquisa Narrativa funciona nessa interface da identidade social e pessoal, sendo o mundo social constitutivo de tais identidades.

Assim, nesta pesquisa, em que se busca identificar e analisar as concepções construídas no cotidiano por enfermeiros de saúde mental acerca do cuidado de enfermagem na psicose, a Pesquisa Narrativa torna-se um caminho privilegiado e coerente para alcançar o objetivo proposto.

Há que se considerar, no entanto, que os profissionais participantes dessa pesquisa foram selecionados por se identificarem como enfermeiros de saúde mental que atuam inspirados pela teoria psicanalítica.

Esses enfermeiros, possivelmente, 'identificam-se' por compartilharem concepções, práticas e leituras, podendo constituir-se, assim, em um grupo que possui uma 'cultura' ou algo que os reúna. Embora situados em diferentes espaços geográficos, atuando em diferentes instituições, apostou-se na possibilidade de esses enfermeiros configurarem um grupo por partirem de conceitos advindos da teoria psicanalítica para constituir seu fazer cotidiano. Possivelmente, tais enfermeiros caminham por direções teóricas e práticas semelhantes. Possivelmente, tenham grandes divergências em vários aspectos exatamente por suas visões particulares e por também compartilharem ideias e experiências com outros grupos diferentes (diferentes serviços, diferentes instituições de formação, diferentes estados, diferentes experiências clínicas ou diferentes tipos de prática clínica. Mas exatamente por isso, semelhanças e diferenças, concordâncias e críticas podem ser consideradas participantes de um mesmo 'povo'. Espera-se alcançar essa 'cultura local', essa interface entre 'identidade pessoal e social' através das narrativas. Cultura aqui compreendida na acepção proposta por Chambers<sup>(22)</sup>, como compartilhamento de determinados significados presente em um dado grupo. Um grupo de profissionais que tem transferência com a teoria psicanalítica.

Alcançar 'significados, convenções, crenças dominantes e valores de um tempo e lugar nos quais a pessoa vive e desenvolve sua personalidade...' <sup>(20: p.421)</sup>, pode ser obtido através de

relatos, de histórias pessoas numa Pesquisa Narrativa. Como também debruçar-se sobre uma cultura local é uma tarefa que convoca à uma incursão pela proposta Etnográfica. Um estudo etnográfico destina-se a “...descrever os modos de vida da humanidade”<sup>(23: p.52)</sup>. Etnográfico é todo estudo que se articula para estudar o ethnos ou uma cultura<sup>(22)</sup>. Entende-se que o cultural são os significados que um dado grupo compartilha. Nele, pode-se realizar uma descrição científica dos aspectos sociais e culturais de um povo<sup>(23)</sup>.

Sabe-se que as diferenças culturais e a necessidade de descobrir sobre os outros, guiados por valores diferentes, transformam-se nos motivos primeiros para o desenvolvimento de estudos etnográficos. Os atuais estudos etnográficos voltam-se para “... compreender como esse momento histórico universaliza-se na vida de indivíduos interessantes<sup>(23:p.73)</sup>”. Cabe ao pesquisador se tornar, mais que observador, parceiro e relator das ‘narrativas reais do campo’.

Isso posto, define-se esta pesquisa como Pesquisa Narrativa com uma interface Etnográfica. A interlocução entre esses dois caminhos na pesquisa qualitativa é algo que vem sendo feito por pesquisadores sociólogos, antropólogos, psicólogos e reconhecido por alguns autores<sup>(24 - 28)</sup>.

Para atender aos objetivos desta pesquisa, tomou-se por referencial teórico a Teoria Psicanalítica. Esse referencial será utilizado para ler e subsidiar a leitura das narrativas. Há que se considerar também a pertinência entre o referencial e o tipo de pesquisa aqui adotado. Vários autores<sup>(17,29,30)</sup> identificam as elaborações teóricas de Freud como produtos de narrativas que seus pacientes lhe relatavam durante as sessões. Além disso, ao formalizá-los, registrando-os no formato de casos clínicos, Freud ofereceu ao mundo científico narrativas<sup>(30)</sup>. Dessa forma, pode-se dizer que a psicanálise encontra nas narrativas um importante, fundamental, mas não exclusivo suporte.

Embora falada no singular, a psicanálise ‘são muitas’. Cabe precisar a que se refere, nesta pesquisa, o termo psicanálise. O investigar sobre o cuidado de enfermagem ao psicótico na perspectiva de um cuidado que se dá com a linguagem e a partir dela, de um cuidado que se constitui por uma clínica do sujeito, remete às noções de Freud e de Lacan.

Mais do que buscar identificar e compreender um saber instrumental acerca do cuidado de enfermagem ao psicótico interessa, nesta pesquisa, lidar com um saber que considera ou inaugura um sujeito. Um sujeito: uma acepção que não é sinônimo de pessoa. Posteriormente (item 4.1) essa discussão será retomada.

Tal como afirma Guerra<sup>(31:p.87)</sup>, “...não é possível pensar um método que exclua essa singularidade radical do sujeito na realização da pesquisa. Assim, a forma de produção de conhecimento em psicanálise é determinada e regida, ela também, pela existência do inconsciente”.

Em termos de teoria psicanalítica, isso significa lidar com um saber que encontra seus efeitos de verdade ao considerar o inconsciente como instância que se faz presente na cena do cuidado e que inscreverá suas marcas nas narrativas produzidas pelos enfermeiros, bem como na análise efetuada pelo pesquisador.

Isto porque, há muito, não se pode desconhecer a falácia da neutralidade científica. Sabe-se que, quando se cuida de todos os elementos da cultura (valores, crenças, conceitos, política), estão ali presentes não na qualidade de coisas estáticas, mas de dispositivos que impulsionam ou obstaculizam a criação, a mudança, o avanço.

Mas como cultura e inconsciente estão relacionados?

Freud designa como cultura humana a interioridade de uma situação individual – manifesta nos impulsos que vem do sujeito – e a exterioridade de um código universal, subjacente aos processos de subjetivação e aos regulamentos das ações do sujeito com o outro<sup>(32:p.10)</sup>.

Por sua vez, Lacan irá pensar a cultura como reduzida à linguagem, à ordem simbólica, aquela que permite ao homem ser humano e assim distinguir-se de outras sociedades naturais<sup>(33, 34)</sup>.

Para Freud, a cultura é constituída pelo sujeito e para o sujeito lidar com seus impulsos – suas pulsões que povoam o inconsciente. Para Lacan, a cultura é linguagem. Aquela pela qual o sujeito fala e é falado.

Considerar, nesse sentido, o inconsciente e suas marcas na cena de cuidado equivale a pensar a cultura em sua inscrição. Isso que particulariza e singulariza cada sujeito. Assim, acredita-se justificar a interlocução proposta nesse percurso metodológico entre a Pesquisa Narrativa, a etnografia e a teoria psicanalítica.

### 3.1- O EU (OU EUS?), A IDENTIDADE E A CULTURA LOCAL: DESENHANDO CONTORNOS, CONSTRUINDO INTERLOCUÇÕES.

---

A Pesquisa Narrativa contribui para identificar identidades, seja social ou individual, que se deixam transparecer no relato de cada história. Duffy<sup>(20)</sup> propõe uma análise que se inicia com “histórias ‘externas’ da cultura e explora como essas histórias criam uma história interna do eu”<sup>(20: p. 434)</sup>.

A etnografia busca também lidar com essa interface entre o eu e a sociedade, entre o interno e o externo. Por sua vez, a psicanálise proposta por Freud e por Lacan também teoriza em torno dessa constituição do eu. Um eu que se constitui a partir do outro/Outro, pelo desejo desse Outro.

A Pesquisa Narrativa, a etnografia e a teoria psicanalítica falam de um eu e suas relações ou condições de existência que envolvem a sociedade, a cultura, ou os outros que nos rodeiam. Mas até que ponto essas concepções de eu e identidade coincidem e/ou se distanciam? É o que se passa a discutir.

Duffy<sup>(20)</sup> entende que há uma identidade pessoal que é forjada pelo mundo social a partir de significados, vivências, crenças, valores que estão circunscritos pelo tempo e pelo espaço no qual a pessoa vive e convive. Trata-se de uma identidade social, específica de um tempo e lugar que influencia e é influenciada pelos indivíduos que ali convivem. Assim, a autora entende que a Pesquisa Narrativa atua nesse espaço de interface entre o social e o individual, elementos de uma identidade.

Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber<sup>(17)</sup> vão mais além e propõem que a história *é*<sup>2</sup> a identidade de quem a relata, na medida em que, ao ser “criada, contada, revisada e recontada”, revela a vida. Assim, para esses autores a narrativa pessoal *é*<sup>1</sup> a identidade pessoal.

Bruner<sup>(35)</sup>, psicólogo cognitivista, afirma que esse ‘Eu’ instituído pela narrativa nada mais é que um conceito. Corrobora a ideia de que esse ‘Eu’ apresentado numa narrativa é uma construção, marcada pelo efêmero, o oposto de uma visão essencialista. Para Bruner<sup>(35)</sup>, trata-se de um ‘Eu’ criado e recriado a cada nova história que contamos aos outros, ou seja, trata-se de uma identidade marcada pelo (inter)relacional. Trata-se de um ‘Eu’ fragmentado e complexo

---

<sup>2</sup> Grifos dos autores.

marcado por ‘múltiplas vozes’ dos personagens que criamos e, exatamente por isso, único em sua multiplicidade. Bruner<sup>(35)</sup>, por fim, entende que, quando se conta uma história, está-se não apenas criando uma identidade, mas atualizando e impetrando sentido ao que é cultural.

Na obra de Malinowski, podem-se identificar posições semelhantes e distantes dessas concepções de ‘Eu’, identidade e suas relações com a cultura Malinowski<sup>(36:p.33)</sup> compreende que todo esforço de pesquisa deve se guiar pelo objetivo de “compreender o ponto de vista do nativo, sua relação com a vida, compreender *sua*<sup>3</sup> visão do *seu*<sup>2</sup> mundo. Devemos estudar o homem e devemos estudar o que mais intimamente lhe diz respeito, isto é, a imposição que lhe faz a vida.”

Para Malinowski<sup>(36)</sup> o homem constrói uma visão de seu mundo e por ela relaciona-se com ele. Movido por seus sentimentos e idéias ele se coloca em sociedade propondo-se às trocas que criam laços sociais. Mas esses elementos motores (idéias e sentimentos) são nele forjados pelo mundo com base em valores, costumes, códigos de leis impostos. A cultura, diversa em cada lugar, molda e condiciona o homem constituindo assim, grupos cujos comportamentos se constituem em peculiaridades étnicas da cultura em questão.

Mas de que identidade, de que ‘Eu’ trata a teoria psicanalítica?

Lacan, utilizando-se da diferença existente na língua francesa entre o ‘je’ e o ‘moi’, trabalhou com essas duas categorias de forma distinta. O ‘moi’ (eu) é aquele que se forma a partir da imagem do outro semelhante e passa, por identificação, a ser a imagem que o sujeito tem de si. O ‘je’ ([eu]), forma que surge posteriormente, tem seu primeiro esboço na ilusão em que o sujeito acredita que é ele e, posteriormente, torna-se o que Lacan denominará ‘*sujeito do inconsciente*’<sup>(33,37)</sup>.

Lacan entende que o eu (*Je* e o *Moi*) é algo que se constitui a partir de um jogo especular no qual a criança vivencia a imagem refletida como uma realidade (é um outro ser que ali se apresenta), depois como uma imagem (não se trata de um ser, é apenas uma imagem de alguém) e, por fim, reconhece que aquela imagem é ela.

De imagem completa de um outro, ela passa a ser assumida, por identificação - uma identificação imaginária -, como imagem do eu, na qual irá se apoiar a matriz do [eu], matriz simbólica. Nesse sentido, Lacan irá postular: “*O eu é um outro*”, ou seja, “*Sou semelhante*

---

<sup>3</sup> Grifos do autor

*àquele em quem, ao reconhecê-lo como homem, baseio-me para me reconhecer como tal*" (33: p. 120, 6).

Esse outro, semelhante, em quem me espelho, imagem de um corpo completo, discordante das vivências do bebê com seu corpo descoordenado, desorganizado, assume o lugar de um ser ideal ao qual o bebê se vê alienado (alienado ao desejo desse outro completo e poderoso). Daí em diante é preciso estar atento ao desejo desse outro. Como propõe Lacan:

*É esse momento que decisivamente faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos<sup>4</sup> numa equivalência abstrata pela concorrência de outrem, e que faz do [eu] esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural<sup>5</sup> ...* (33:p. 101)

É nesse momento de dualidade, dessa relação de completude entre mãe e bebê, que a mãe, exercendo uma função de decodificadora das mensagens do bebê, assume o chamado lugar de Outro, na teoria lacaniana. Esse Outro (com O maiúsculo) é o lugar de código, de linguagem. É essa mãe, ou quem exerce a função da maternagem, que irá nomear para o bebê as suas manifestações, as suas sensações, os seus incômodos. O bebê está, assim, à mercê da mãe, de seu desejo caprichoso. Está colado e totalmente submetido a ela.

Fazendo frente a essa relação dual surge a função paterna, "*O nome do pai ou a metáfora paterna*", cujo objetivo é a interdição desse desejo desmedido, mortífero que aliena a criança e sua mãe. De uma lei tirana que faz impedimento a essa relação dual (nesse momento, imaginária) passa a uma lei que submete igualmente a todos e impõe a essa criança a necessidade de seguir seus próprios caminhos (desejos). Tem-se a entrada no simbólico.

O simbólico, como registro da palavra, é aquilo que torna o homem humano, mas também precede a existência de um indivíduo. O simbólico é uma ordem à qual todo ser humano está, desde o início, submetido, define sua entrada na cultura e marca a constituição do inconsciente<sup>(6)</sup>.

---

<sup>4</sup> Entendidos enquanto objeto pulsionais, ou seja, aqueles aos quais o sujeito investe pulsionalmente.

<sup>5</sup> Essa maturação natural virá pela inserção do sujeito na cultura a partir do Complexo de Édipo.

Esse momento marca a entrada ou a submissão (por assim dizer) às leis sociais e às estruturas elementares da cultura, condição essencial para a construção de sua subjetividade. Assim, Lacan define:

*Donde resulta que a dualidade Etnográfica da natureza e da cultura está em vias de ser substituída por uma concepção ternária – natureza, sociedade e cultura – da condição humana, na qual é bem possível que o último termo se reduziu à linguagem, ou seja, àquilo que distingue essencialmente a sociedade humana das sociedades naturais* <sup>(38:p.499)</sup>.

Inserido na cultura, o sujeito estará sujeitado a uma ordenação de trocas, que, mesmo sendo inconsciente, é marcada pela estrutura da linguagem. Submetido às leis da cultura, às trocas e aos laços sociais, resta ao ser humano se haver com seu desejo e com todas as manifestações sintomáticas que esse desejo impõe. Resta ao sujeito a palavra. Palavra assim pensada:

E incidentalmente não desprezemos a palavra. Afinal de contas ela é um instrumento pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas. As palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas. Sem dúvida no começo foi ação<sup>6</sup> e a palavra veio depois... <sup>(39: p.214)</sup>.

O sujeito do inconsciente se apresenta de uma forma bastante peculiar. Não se trata de um sujeito em essência, uma pessoa. Não se trata do eu imaginário (aquele pelo qual eu me defino dizendo 'eu sou...'). Trata-se do sujeito evanescente, capturado na fala. Exatamente por seus lapsos que comprovam a existência de um inconsciente estruturado como linguagem, na forma de metáforas e metonímias, um sujeito que surge no intersignificantes para logo em seguida desaparecer<sup>(40;41)</sup>. E, dessa forma, "o ato de fala aparece menos como comunicação do que como fundamento dos sujeitos, numa anunciação essencial"<sup>(42:p.142)</sup>.

A perspectiva da Pesquisa Narrativa<sup>(20,35)</sup>, da etnografia<sup>(36)</sup> e da teoria psicanalítica (Lacan) encontram interlocução possível ao conceberem um 'Eu' como marca de singularidade

---

<sup>6</sup> Frase extraída de Fausto (Goethe).

(para os dois primeiros, imaginária e, para Lacan, simbólica), numa direção não essencialista, uma vez que compreendem o caráter de uma construção.

As três abordagens encontram-se (para depois seguirem caminhos distintos) na ideia da função da cultura como presente na constituição do Eu e, de formas diferentes, a veem como elemento que influencia a forma de esse Eu estar no mundo. Enquanto a perspectiva Narrativa pensa a cultura como um dos elementos determinantes da identidade pessoal e social, a perspectiva Etnográfica a vê como lugar dialético de influir e ser influenciado, construir e ser construído. Em Lacan, a cultura se faz presente como lugar do simbólico, dos laços sociais, da linguagem. Elemento regulador, mas que, por sua natureza de linguagem, convoca o sujeito, à medida que não funciona apenas como instância externa.

Isso equivale a dizer que, nessa acepção, quando o sujeito em sua fala revela valores, crenças, conceitos e pré-conceitos, ainda que se reconheça uma contribuição social e cultural nessas formas de pensar e dizer, eles (concepções, valores, crenças e outros) são tomados como, antes de mais nada, concepções daquele sujeito, sem uma conotação de influência passiva ou vitimizada.

O termo identidade, na acepção da Pesquisa Narrativa, remete à ideia de um 'Eu' que se conecta às crenças e valores da família e da sociedade a qual o indivíduo habita. Trata-se de uma identidade construída, não permanente, possível de ser capturada pelas palavras, pelas narrativas. Assim sendo, as narrativas são formas privilegiadas de o indivíduo não apenas relatar histórias, mas uma forma de olhar para sua própria história e perceber as conexões dela com os elementos que a formaram.

A perspectiva Etnográfica, com Malinowski, apresenta a ideia de que, nas narrativas, pode-se capturar nuances de um mundo particular, de uma cultura. Uma observação detida, uma verdadeira imersão numa dada cultura, unida a narrativas dos próprios nativos pode conseguir desenhar a realidade de um determinado grupo.

A teoria psicanalítica, por sua vez, propõe que, ao falar de si, o sujeito ganha a possibilidade de se escutar e de elaborar acerca do que lhe ocorre. Trata-se da ideia de que, ao falar, pode-se circular na cadeia significante um sentido que escapa de significante a significante, o que pode produzir novos sentidos, uma resignificação da experiência. E, ao interpretar, o analista visa mais o sem sentido do significante. Nessa fratura de significação que aponta para o desejo acaba por possibilitar ao sujeito um novo olhar para seu desejo, descolando-o do

campo do Outro, ao poder tomá-lo por seu. Entretanto, Lacan explicita que nunca se poderá falar tudo. Haverá sempre um resto a ser falado, um resto impossível de ser simbolizado, um real que resiste a qualquer significação.

Da interlocução dessas três perspectivas para que se possa apreender a experiência pela narrativa, proponho trabalhar com a perspectiva de um Eu, não essencial, marcado pelo inconsciente e influenciado pelo mundo social que pela palavra apresenta facetas de si e de sua experiência, não como retrato fiel do ocorrido, mas como ressignificação dessa experiência. Ressignificação provisória, passível de ser reconstruída a qualquer momento. As diferentes narrativas trarão diferentes elaborações particulares, mas possivelmente se encontrarão em alguns pontos constituindo alguns elementos identitários tão provisórios quanto a própria ressignificação.

### 3.2- NARRATIVAS, CONHECIMENTO TÁCITO E CUIDADO DE ENFERMAGEM: INTERFACES.

---

Ao buscar saber acerca das práticas cotidianas de enfermeiros que atuam em Saúde Mental no cuidado a psicóticos, constatou-se que narrar, contar histórias acerca desse dia a dia, era a melhor forma de perscrutar as nuances e sutilezas desse cuidado de enfermagem. De acordo com a classificação de Perroni<sup>(43)</sup>, foram utilizadas narrativas do tipo relato.

Para White<sup>(44)</sup>, narrar é algo inevitável, pois é uma forma de tradução de conhecimento. Sabe-se que uma narrativa “captura conceitos, contextos, sequência e consequência para a evolução da doença e intervenções terapêuticas ao longo do tempo”<sup>(45: p.14)</sup>.

Há que se ressaltar, entretanto, que, ainda que se use a narrativa para falar de uma realidade vivida, nunca será possível narrar tudo. Sempre ficará algo de fora<sup>(44)</sup>, algo interdito ao sujeito, um dizer impossível para as palavras do narrador.

Isso posto, sabe-se que uma narrativa é capaz de revelar percepções e concepções subjacentes, uma vez que, ao narrar, imprime-se o que há de dramático na cena e revela-se o raciocínio empregado ao longo dos acontecimentos<sup>(45)</sup>.

Mas, mais que isso, na qualidade de uma prática, a enfermagem é uma profissão que se guia por um conhecimento tácito e um pensamento-na-ação, tal como identificou Benner<sup>(45)</sup>.

Para Polanyi<sup>(46)</sup>, filósofo vienense, que cunhou o termo conhecimento tácito, há um saber que remete tanto ao conhecimento teórico, quanto ao prático. Trata-se de um saber, muitas das vezes, resistente a uma descrição em todos os seus detalhes, mas, ainda que rebelde ao controle da razão, direciona e sustenta uma prática, um saber ou uma descoberta científica.

Shön<sup>(47)</sup>, educador americano, no qual Benner<sup>(45)</sup> se embasa (dentre outros), compreende que, em determinadas situações práticas, que são ‘únicas, incertas e conflituosas’, os profissionais lançam mão do que ele denomina um *talento artístico profissional*. Tal talento independe da capacidade do profissional de descrever o que sabe, ou mesmo de identificar o conhecimento revelado pelas ações. O referido autor marca com isso uma dicotomia entre o *saber como* e o *saber que*, cujo valor do primeiro (saber como) não pode ser definido pelo segundo (saber que).

Shön<sup>(47)</sup> constata que há uma forma de saber/conhecer, que ele denomina *conhecer-na-ação*, revelado pela execução de tarefas ou ações, mas o qual somos incapazes de verbalizar. Trata-se de um conhecimento tácito.

Figueiredo<sup>(48)</sup> compreende o conhecimento tácito como o saber incorporado - tomando essa palavra por seu sentido literal -, 'saber do ofício', no qual sujeito e objeto não se constituem entidades distintas. Um conhecimento que só se adquire na experiência profissional cotidiana.

Para Schön<sup>(47)</sup>, durante uma ação, o profissional pode - concomitante a ela ou interrompendo-a - pensar no que se está fazendo. A isso, Schön denomina *reflexão-na-ação*. Tal reflexão pode questionar pressupostos, subsidiar novas hipóteses que configurarão novas ações, ou seja, "a reflexão gera um experimento imediato"<sup>(47:p.34)</sup>. Assim, abrem-se possibilidades de construir e avançar no conhecimento. Nisto reside, para Schön<sup>(47)</sup>, o talento artístico profissional.

Para Figueiredo<sup>(48)</sup>, a teoria encontra lugar enquanto capaz de abrir, no curso da prática, o espaço da indecisão, do adiamento da ação para possibilitar novas compreensões, novas formas de agir e saber.

Pensar a teoria como aquela que produz o adiamento da ação remete, a meu ver, à *reflexão-na-ação* de Schön<sup>(47)</sup>, na qualidade também de uma parada que propicia a construção de conhecimento. Benner<sup>(45)</sup>, analisando a prática de enfermeiros, consegue identificar um fenômeno semelhante, mas não idêntico: o *thinking-in-action*.

Diante de um conhecimento incorporado, um 'saber do ofício', como então apreender ou representar esse conhecimento que resiste ao saber lógico, formalizado? Como representar algo que se dá numa prática? Por que formalizá-lo, se esse saber, que se constrói na e para uma prática, produz os efeitos necessários?

Figueiredo<sup>(48)</sup> propõe que uma teoria ou qualquer outro dispositivo que represente um conhecimento nunca será capaz de explicitar todos os detalhes e elementos de uma prática, sob pena de, ao privilegiar uma teoria, o profissional acabar por se afastar de sua prática. Mas, nem por isso a teorização ou a representação de um saber tornam-se desnecessárias.

Schön<sup>(47)</sup> define que a observação das ações ou a reflexão sobre elas possibilita uma descrição do conhecimento tácito nelas implícito. Figueiredo<sup>(48)</sup> propõe que, nas narrativas, nas

histórias de casos e nos relatos dos profissionais, encontra-se um estado ótimo de tensão entre o conhecimento tácito e o explícito.

Benner<sup>(45)</sup>, ao analisar narrativas de enfermeiros que relatavam cenas do cotidiano de trabalho, pôde identificar elementos da compreensão clínica, que ela denomina sabedoria, que constituía o conhecimento construído por esses profissionais. Mais que isso, as narrativas permitiram a Benner identificar o pensamento-na-ação, variante da reflexão-na-ação de Schön, específico do trabalho do enfermeiro que, por apresentar impedimentos às paradas para reflexão, acaba por exigir desse profissional expert a capacidade de refletir enquanto atua e modificar suas ações a partir dessa reflexão.

Na área da psiquiatria/saúde mental, desde Freud, aprendeu-se que o atendimento clínico, seu relato posterior seguido de um registro escrito configuraram a base metodológica de seu trabalho clínico/científico. Os estudos de caso figuram como narrativas que contribuíram sobremaneira para a construção de toda a teoria psicanalítica<sup>(17,18,49,50)</sup>.

Nesse sentido, utilizar de narrativas para pensar o saber/fazer dos enfermeiros que atuam em saúde mental com uma inspiração na teoria psicanalítica torna-se um caminho viável, marcado pela coerência, para se alcançar os objetivos desta pesquisa.

### 3.3 – SUJEITOS DA PESQUISA

---

Para a seleção dos sujeitos desta pesquisa localizou-se, autores enfermeiros que atuavam em saúde mental e que reconheciam em seu fazer influências da teoria psicanalítica, por meio de suas produções teóricas. Essa modalidade é denominada de ‘theory-based sampling’ ou amostra baseada em teoria, de acordo com Hudelson – Division of Mental Health World Health Organization<sup>(51)</sup> e Marshall<sup>(52)</sup>.

Foram, primeiramente, localizados enfermeiros brasileiros que publicaram artigos científicos, capítulos de livros ou resumos em anais de eventos sobre Psicanálise e Enfermagem, através de uma pesquisa no Google acadêmico (por sua abrangência, visibilidade e crescente credibilidade<sup>7</sup>), a partir dos descritores Enfermagem e Psicanálise, Enfermagem e Freud, Enfermagem e Lacan. Desta maneira, foram identificados 24 profissionais.

Tomou-se por critérios de Inclusão os seguintes quesitos: o autor ou coautor deveria ser enfermeiro (podendo ter outra formação) e referir atuação na assistência, docência ou gerência de serviços de Enfermagem em Saúde Mental/Psiquiatria no cuidado a psicóticos. O enfermeiro deve reconhecer-se como tendo influências da teoria psicanalítica para sua atuação profissional. Além disso, foram incluídos autores ou coautores de artigos, monografias, dissertações e teses, bem como livro ou capítulo de livro e trabalhos apresentados em eventos ou aqueles enfermeiros indicados por indivíduos chave.

Em relação aos critérios de exclusão, foram desconsiderados os autores ou coautores não enfermeiros, autores de publicações que abordem ou cite o termo Psicanálise, mas que não apresentavam articulação de conceitos psicanalíticos. Foram excluídos também autores e coautores de publicações científicas que, embora escrevam ou reconheçam-se influenciados pela Psicanálise, não o façam referenciados em Freud ou Lacan. Finalmente, foram excluídos aqueles que não tinham uma prática de cuidado a sujeitos psicóticos.

Todos os 24 profissionais localizados foram contatados, sendo que desses, apenas cinco atendiam aos critérios de inclusão. Os demais ou não se reconheciam com conhecimento em teoria psicanalítica, tendo colaborado nas publicações em outros aspectos ou não possuíam

---

<sup>7</sup> Cf: Mugnaini R, Strehl L. Recuperação e impacto da produção científica na era Google: uma análise comparativa entre o Google Acadêmico e a Web of Science. R. Eletr. Bibliotecon. 2008; n. esp..

experiência no trabalho com psicóticos. Esses cinco enfermeiros, reconhecidamente experientes na área, foram tomados por indivíduos chave a quem se solicitou a indicação de outros profissionais com reconhecido conhecimento na área e em teoria psicanalítica e experiência no cuidado de enfermagem a psicóticos. Indivíduos chave são aqueles que facilitam a indicação de outros informantes e são os primeiros a constituírem o que se denomina amostragem por bola de neve ou corrente (snowball ou chain sampling), de acordo com Hudelson – Division of Mental Health World Health Organization<sup>(51)</sup>. Ao final do processo de constituição dos sujeitos desta pesquisa, participaram como voluntários, 19 profissionais enfermeiros, sendo quatro dos indivíduos chave e outros 15 enfermeiros indicados.

Nesse sentido, a amostragem adotada foi do tipo intencional, sendo o critério de interrupção da captação de novos sujeitos quando se encontrou a maior diversidade possível de narrativas que permitiram alcançar os objetivos dessa pesquisa. De acordo com Fontanella, Ricas e Turato<sup>(53)</sup>, como foram entrevistados todos os profissionais localizados, pode-se dizer que houve um fechamento da amostra por exaustão, ou seja, foram incluídos todos os indivíduos localizados e indicados disponíveis<sup>(53)</sup> e que concordaram em participar.

Para atender aos requisitos éticos que norteiam a pesquisa com seres humanos, a identificação dos participantes dessa pesquisa será feita pela letra N, seguida por um número que varia de 1 a 19. Além disso, na apresentação das narrativas foram omitidos nomes de outras pessoas, locais ou instituições ditos pelos narradores e que pudessem identificar os entrevistados. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial, independente da denominação local, foram identificados pela sigla CAPS e os hospitais, citados pela sigla HE (hospitais especializados).

### 3.4- COLETA DE DADOS

---

A coleta de dados foi realizada em duas fases sendo a primeira uma Revisão Qualitativa Sistemática e a segunda um trabalho de campo realizado por meio de entrevistas individuais nas quais foram coletadas narrativas.

Para a Revisão Qualitativa Sistemática, foram realizadas consultas às bases de dados e portais LILACS, CINAHL, BDEnf, CEPEEn, SCIELO e Portal CAPES com os descritores: cuidado de enfermagem, enfermagem psiquiátrica, enfermagem em saúde mental, cruzados com Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As publicações assim localizadas passaram por um processo de avaliação da qualidade das mesmas, ou seja, verificar se as referidas publicações atendiam a critérios validados para avaliação de pesquisas qualitativas. Tais critérios apontam para o rigor científico, a credibilidade e a relevância do estudo<sup>(15,54,55,56)</sup>.

Desta busca de publicações para a Revisão Qualitativa Sistemática resultaram 154 publicações dentre dissertações ou teses, artigos originais e livros, localizados a partir do cruzamento dos descritores acima mencionados. Dessas foram excluídas 19 que eram repetidas, ou seja, figuravam simultaneamente nas diferentes buscas. Do restante, foram incluídas para a análise todos os estudos qualitativos sobre o cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental realizados no Brasil. Esses estudos foram publicados e/ou tiveram dados coletados no período de 1980 até o ano de 2010. Não foram analisadas as publicações das modalidades: relato de experiência, reflexão e estudos de abordagem quantitativa. Selecionadas por esses critérios, fizeram parte da Revisão Qualitativa Sistemática 52 publicações. Essas publicações selecionadas (52) foram analisadas a partir de cinco critérios de avaliação de qualidade<sup>(8)</sup>, sendo que todas atenderam aos principais critérios e a maioria (73%) atendeu a todos eles.

A coleta de dados da segunda fase constou da realização de entrevistas individuais nas quais o participante foi convidado a realizar narrativas. Essa fase apoiou-se na premissa de que tomar por arcabouço teórico a Psicanálise equivale ao fato de que 'os dados a serem coletados' não são saberes prontos e acabados, contidos nos entrevistados à espera de serem recolhidos<sup>(57)</sup>.

Nas entrevistas realizadas, interpelaram-se sujeitos que, através da linguagem e na linguagem, constituíram o universo físico como universo discursivo, o que a cada um, em cada momento, espera-se, possibilitou sua inscrição como sujeito de um saber, por vezes não sabido<sup>(57)</sup>. Esse mesmo universo discursivo foi analisado pelo pesquisador também na qualidade de sujeito que se constitui na e pela linguagem.

Para que isso se dê, é fundamental que haja condições mínimas de transferência. Transferência essa que se dá num campo relacional, no qual se encontram as condições de produção de conhecimento sobre esse ‘insabido’<sup>8, (57)</sup>.

Para que esse saber não sabido possa encontrar lugar, é necessário que o pesquisador abdique de rígidas hipóteses prévias que poderiam delimitar sua escuta<sup>(57)</sup>. Este estudo norteou-se por uma aposta na existência de um saber que funciona como baliza para esse cuidado de enfermagem, inspirado pela psicanálise.

Nesse sentido é que se optou por entrevistas nas quais os enfermeiros foram convidados a falar livremente sobre sua história profissional, privilegiando narrativas que destacavam um cuidado de enfermagem aos psicóticos.

Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas, síncronas, individuais (N=19), sendo 52,7% síncronas no tempo e no espaço real (não virtual<sup>9</sup>) e as demais (47,3%) síncronas no tempo e assíncronas no espaço. As questões norteadoras da entrevista encontram-se no Anexo I.

As entrevistas síncronas no tempo e assíncronas no espaço ocorreram na modalidade de Comunicação Mediada por Computador (CMC), que compreende desde trocas de mensagens por meio de correios eletrônicos, por meio de outros sistemas complexos ou através de conversas realizadas em tempo real<sup>(58)</sup>.

Para esta pesquisa utilizou-se, especificamente, a conversa em tempo real, com áudio e vídeo, através de software de *Instant Messaging - IM*. O software de *IM* adotado por essa pesquisa foi o Skype®, ferramenta que se utiliza da tecnologia Voz sobre IP (VoIP), gratuito, amigável e disponível para download pela internet.

---

<sup>8</sup> Termo utilizado por Costa e Poli<sup>(57)</sup>.

<sup>9</sup> Pode-se dizer que a comunicação mediada por computador que se utiliza de *IM* acontece em um espaço, ainda que virtual, o cyberspaço. Entretanto, para Morse (1998) o cyberspaço pode ser definido como “the noplacel”. Assim, o termo espaço utilizado, conforme a concepção de Opdenakker<sup>(60)</sup>, refere-se a espaço real.

Para Johnson<sup>(59)</sup>, entrevistas síncronas são aquelas nas quais entrevistador e entrevistado estão *on-line* e interagindo no mesmo momento. Opdenakker<sup>(60)</sup> utiliza o termo entrevista síncrona de forma semelhante a Johnson<sup>(59)</sup>, mas compreende que esse termo também deve ser usado para entrevistas face a face, caracterizando-as como entrevistas síncronas no tempo e espaço. Para esse autor, as entrevistas mediadas por computador são caracterizadas como síncronas no tempo e assíncronas no espaço, referindo-se a entrevistas feitas por meio de conversas em tempo real (*IM*), por meio de correio eletrônico ou ainda por telefone. Para efeito desta pesquisa será adotada a definição de Opdenakker<sup>(60)</sup>.

Todas as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas pelo pesquisador, após os voluntários (enfermeiros) terem sido informados dos objetivos e metodologia desta pesquisa. Uma vez cientes e concordando, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo II), procedeu-se à coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelo pesquisador. As entrevistas síncronas em tempo e espaço foram gravadas com áudio e vídeo em programas específicos para gravações ao vivo (Windows Media Encoder® e Camtasia Studio Versão 7.1.1® da TechSmith Corporation).

Para as entrevistas síncronas em tempo e assíncronas no espaço foram também realizadas gravações em áudio e vídeo por meio de um aplicativo que se conecta ao Skype® denominado Call Graph® da Call Graph INK. Não foi utilizado o recurso de transcrição oferecido pelo programa (Call Graph®) em função da manutenção da confidencialidade e anonimato, requisitos necessários para respeitar os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

---

#### **3.4.1- ENTREVISTAS SÍNCRONAS NO TEMPO E ESPAÇO E ENTREVISTAS SÍNCRONAS NO TEMPO: PECULIARIDADES E COMPARAÇÕES.**

---

Ao realizar o planejamento desta pesquisa, apostou-se inicialmente que ambos os ambientes, presencial e *on-line*, não interfeririam na qualidade dos dados coletados. Essa aposta foi confirmada, estando suas razões possivelmente ligadas ao fato de se ter mantido nas

entrevistas síncronas apenas no tempo o contato visual e verbal, por meio de áudio e vídeo. Algo que se aproxima de uma entrevista presencial.

As entrevistas síncronas no tempo e espaço, ou simplesmente entrevistas, são o meio mais comum e poderoso para compreendermos outro ser humano. A forma padrão de entrevista envolve um contato individual, uma interlocução verbal face a face<sup>(61)</sup>.

A CMC, considerada por Fernback and Thompson<sup>(58)</sup>, a mais recente tecnologia desenvolvida na era pós-industrial, consiste em uma forma de contato interpessoal 'um-a-um' ou ainda um meio de comunicação de massas do tipo 'um-e-muitos, muitos-e-muitos'.

Assim, a utilização da internet como ferramenta da pesquisa tem se tornado uma realidade crescente nos tempos atuais<sup>(59,60,62,63)</sup>. Pesquisadores vêm utilizando cada vez mais a internet para coletar e analisar dados com métodos e técnicas de pesquisa utilizados anteriormente para coletas de dados presenciais, tais como a observação participante de comunidades virtuais<sup>(62)</sup>, análise de conteúdos de páginas da *web*, análise de discurso das conversações eletrônicas<sup>(245)</sup>, observação de comportamento lingüístico através de comunicações baseadas em texto estilo *chat*<sup>(63,246)</sup>, entrevistas utilizando correios eletrônicos<sup>(247)</sup>, entrevistas com *softwares* ou ambientes que disponibilizam condições para uso de áudio e vídeo<sup>(64,248)</sup>, dentre outros.

Como vantagens da utilização de modalidades de CMC, Mann and Stewart<sup>(63)</sup> citam o fato de essa modalidade de comunicação maximizar o acesso aos voluntários de uma pesquisa, uma vez que a internet possibilita vencer possíveis barreiras impostas pelo tempo e espaço, quando comparado com as interações face a face. O acesso, do ponto de vista geográfico, é uma realidade quando se considera que os deslocamentos tornam-se desnecessários. Mann and Stewart<sup>(63)</sup> citam ainda a CMC como meio de alcançar populações difíceis de serem alcançadas, tais como trabalhadores com longas jornadas de trabalho.

As vantagens encontradas na CMC, do ponto de vista dos participantes da pesquisa, situam-se no fato de poderem estabelecer conexões rápidas em ambientes físicos escolhidos por eles mesmos. Para aqueles com maior intimidade com interações e conversas virtuais, a vantagem da CMC situa-se no fato de se tratar de um ambiente seguro<sup>(63)</sup>.

Conforme afirma Johnson<sup>(59)</sup> os *softwares* de *IM* oferecem ambiente de maior segurança e total privacidade para o participante da pesquisa, sendo ideal para entrevistas individuais.

Há que se considerar que, na coleta de dados mediada por *software IM* tem-se como facilitador a maior flexibilidade de horário (incluindo noturno ou madrugadas) e datas (incluindo finais de semana e feriados), o que foi visto, pelos entrevistados, como fator positivo.

Finalmente, autores relatam uma redução de custos quando modalidades de CMC são utilizadas<sup>(60,63)</sup>.

A experiência vivenciada pela pesquisadora, nesta pesquisa, corrobora as vantagens acima apontadas: acesso facilitado; redução de barreiras impostas pelo tempo e espaço; maior privacidade, uma vez que a maioria escolheu ser entrevistado de sua própria residência; redução de custos.

Verificou-se, ainda, no que diz respeito à duração das entrevistas presenciais e *on-line*, que não houve diferença entre as entrevistas conduzidas presencialmente e aquelas mediadas por computador.

O elemento dificultador para esta pesquisa foi a pouca intimidade de alguns participantes com a ferramenta de comunicação (Skype®) e até mesmo com a comunicação mediada por computador, situação também encontrada por Nicolaci-da-Costa, Romão-Dias e Di Luccio<sup>(64)</sup>.

O enfrentamento dessa situação se deu pela construção de um tutorial que ajudasse o entrevistado a baixar, instalar e localizar-me através do Skype®. Dessa forma, nenhuma entrevista foi inviabilizada.

Tal como aponta Johnson<sup>(59)</sup>, questões básicas que interferem no acesso somadas à necessidade de web-câmera, microfone, caixas de som são elementos que devem ser considerados na fase de planejamento da pesquisa. Para minimizá-los, é importante explicitar aos participantes todos os requisitos necessários à participação e à elaboração de orientações detalhadas para acesso ao programa utilizado para comunicação.

Opdenakker<sup>(60)</sup> aponta como uma das vantagens da entrevista face a face o fato de proporcionar uma maior interação entrevistador-entrevistado. O contato próximo permite ao entrevistador captar pistas contidas no tom de voz e na linguagem corporal.

Para a teoria psicanalítica, entretanto, o arcabouço teórico que sustenta esta pesquisa, o 'material' de trabalho é essencialmente a fala, a palavra. De acordo com Lacan<sup>(42:p.142)</sup> "*o ato de fala aparece menos como comunicação do que como fundamento dos sujeitos, numa*

*anunciação essencial*". Quando alguém fala de si, fala na verdade de um eu que ele acredita ser algo verdadeiro para aquele sujeito, naquele momento. Interessa à psicanálise a forma como o sujeito se apresenta a partir de sua fala, uma vez que o inconsciente, descoberta sobre a qual Freud fundou a psicanálise, pertence a essa ordem (ordem da linguagem)<sup>(42)</sup>.

Portanto, para a psicanálise, só se pode saber de alguém aquilo que ele fala sobre si. Nesse sentido, leitura de pistas, tais como postura corporal ou tom de voz, exigiria do entrevistador realizar inferências. Essas inferências seriam tomadas a partir dos referenciais do entrevistador e, dessa forma, correr-se-ia o risco de se afastar muito da verdade daquele a quem se está entrevistando.

### 3.6- ANÁLISE DOS DADOS

---

A análise das publicações obtidas para a Revisão Sistemática Qualitativa (primeira fase) é denominada Síntese na qual são identificados os conceitos-chave de diferentes estudos sendo, posteriormente, traduzidos em outros. Traduzir, nesse contexto, significa reconhecer similaridades em conceitos enunciados em estudos diferentes, ainda que não sejam expressos com as mesmas palavras. Pode-se também extrair explicações ou teorias associadas a esses conceitos. Assim, o autor da síntese cria condições para desenvolver 'linhas de argumentos' que, partindo das concepções dos estudos originais, vão além dos mesmos produzindo conhecimento<sup>(5,15)</sup>. Noblit and Hare<sup>(15)</sup> sugerem que seja identificado um estudo primário do qual se extrai um conceito-chave para proceder assim a comparação e tradução com os demais<sup>(7,15)</sup>.

Procedeu-se, assim, à leitura dos estudos selecionados. Buscou-se identificar as concepções presentes nos diferentes estudos diferenciando:

(a) A descrição das práticas de cuidado que o(s) autor(es) observou(aram) na instituição, ou seja, o retrato da realidade que ele(s) encontra(m) no cenário de pesquisa. Essa descrição tem como propósito diferenciar a descrição da realidade encontrada e aquilo que era verbalizado pelos sujeitos das pesquisas. Acepções nem sempre coincidentes.

(b) A concepção de cuidado de enfermagem ao psicótico relatada pelos participantes ou sujeitos da pesquisa durante a coleta de dados. De acordo com Schutz<sup>(55,65)</sup> a visão, compreensão ou crença dos sujeitos das pesquisas são denominados construtos de primeira ordem.

(c) A concepção de cuidado de enfermagem ao psicótico apresentada pelo autor da pesquisa, a partir visão dos participantes de sua pesquisa e das referências que ele consultou para efetivá-la. Esses constituem os construtos de segunda ordem<sup>(55,65)</sup>.

Finalmente, de posse dos conceitos identificados em (b) e (c), procedeu-se a uma tradução (análise) seguida por síntese de temas ou conceitos que conduzirão a uma linha argumentativa<sup>(15,16)</sup>.

Tal síntese conduziu este estudo a duas linhas conceituais distintas acerca do cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental a partir dos anos 80 no Brasil. Tais linhas receberam as seguintes denominações:

1.1 – O avesso do cuidado;

1.2 - Inspirações Nightingaleanas.

Dentro dessa segunda linha conceitual encontram-se duas derivações, a saber:

4.2.1- O relacionamento interpessoal como cuidado de enfermagem;

4.2.2- O cuidado de enfermagem e o Modo Psicossocial.

Além das linhas conceituais, identificaram-se nos estudos analisados dois elementos constitutivos do cuidado de enfermagem em psiquiatria/saúde mental: as relações e o cuidado corporal, sendo que as relações profissionais (relações entre profissionais e relações profissional-paciente) são reencenadas na concretude das práticas do cuidado corporal.

Os estudos analisados nessa revisão serão apresentados no capítulo 4 dessa tese em quadros remissivos selecionados por linha conceitual e pelas suas subdivisões na apresentação e discussão dos resultados. Vale ressaltar que diferentes estudos apresentam em si construtos que foram identificados com distintas linhas conceituais. Assim, um mesmo estudo será analisado em diferentes linhas conceituais.

Em relação à Pesquisa Narrativa com interface Etnográfica, após as entrevistas, foi realizada uma audição da gravação seguida por transcrição (feita pela pesquisadora) na íntegra. Essas entrevistas forneceram um conjunto de narrativas que, ao enfocarem o percurso profissional de cada enfermeiro, se configuraram em esforços para conceituar esse fazer cotidiano (o cuidado de enfermagem voltado para portadores de sofrimento mental - psicóticos) dos enfermeiros de saúde mental.

Do conjunto de entrevistas e narrativas transcritas procedeu-se à análise. De acordo com Silverman<sup>(61)</sup>, as narrativas podem ser analisadas considerando o ‘*como*’ (*how*- elementos estruturais) e o ‘*o que*’ (*what* – conteúdos e temas abordados). Entretanto, ressalta-se que é fundamental não se negligenciar o fato de que uma narrativa é um processo social, mais que apenas um produto social.

Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber<sup>(17)</sup> propõem um esquema que resume possibilidades de análise da Pesquisa Narrativa: pode-se, dessa forma analisar a forma ou o conteúdo, de

modo integral (por inteiro) ou por meio de categorizações. Assim, esses autores definem quatro modos de análise: Conteúdo-integral (Holistic-content), Conteúdo-Categorial (Categorical-Content), Forma-integral (Holistic-form) e Forma-Categorial (Categorical-form).

O modo denominado Conteúdo-Integral foca todo o conteúdo da narrativa e, mesmo quando partes da narrativa são destacadas, sua análise se dá sempre em função de todo o restante da narrativa ou do contexto da história contada<sup>(17)</sup>.

O modo Forma-Categorial foca no estilo ou nas características linguísticas para definir unidades (enredo, partes do texto, nomeações) dentro da narrativa. Nesse modo, são valorizadas, dentre outras, as metáforas e nomeações empregadas, sendo assim separadas e analisadas<sup>(17)</sup>.

Outrossim, sabe-se que esses modos nem sempre figuram de forma clara e inconfundível quando da análise de uma narrativa. Muitas vezes, a análise dos aspectos formais de uma história pode remeter, e remete, ao seu conteúdo<sup>(17)</sup>.

Para efeito dessa pesquisa serão utilizados elementos de dois modos de análise propostos por Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber<sup>(17)</sup>, nas modalidades Conteúdo-Integral e Forma-Categorial.

Para melhor explicitar os passos que foram dados para a análise de acordo com as modalidades Conteúdo-Integral e Forma-Categorial, optou-se nessa pesquisa por analisar os dados narrativos, considerando a perspectiva psicológica e a análise narrativa do desenvolvimento de identidade, tal como propõe Duffy<sup>(20)</sup>. Tais modelos de análise servirão de direção para a análise aqui empreendida, levando-se em conta as ponderações e definições realizadas anteriormente (cf. item 5.1).

A análise narrativa a partir de uma perspectiva psicológica busca compreender, dentre outros, significados que as pessoas dão aos acontecimentos de sua vida e como usam a linguagem para falar desses acontecimentos. Assim, os elementos para análise podem ser palavras, metáforas, frases que constituem um fio de continuidade conferindo congruência, coerência e consistência à narrativa. Entretanto, vale lembrar que inconsistências e descontinuidades são elementos igualmente importantes para a análise<sup>(20)</sup>.

Considerando o arcabouço teórico desta pesquisa, propõe-se uma leitura dos elementos para análise (palavras, metáforas, frases) como algo que se aproxima do que Lacan denominou significantes. E, nesse sentido, considerou-se tanto a presença de um fio condutor que remete à

congruência, coerência e consistência de uma narrativa, quanto as associações livres de um significante que remete a outro significante, ou seja, aquilo que numa narrativa denuncia a presença de um sujeito.

A análise narrativa do desenvolvimento da identidade, num movimento oposto à forma de análise descrita no parágrafo anterior, dedica-se a pensar como o externo (cultura) provoca e cria histórias internas (Eu). Interessa-se aqui pelo diálogo que o narrador estabelece sobre como ele se vê (se num contraponto ou em sintonia) em relação ao discurso da cultura.

Nessa perspectiva, entra em jogo a questão da autoria (que Duffy denomina voz autoral) e das condições em que essa autoria se dá. Autoria que toma em consideração quem fala e quem produz quando da construção das narrativas. Duffy<sup>(20)</sup> questiona a voz autoral e afirma que nem sempre o narrador constitui-se por autor do que conta. A autora defende que não raro a voz autoral aproxima-se mais do discurso da cultura representado por figuras chave ou mesmo por elementos críticos da cultura (p.e. mídia).

Novamente, considerando o arcabouço teórico desta pesquisa, propõe-se uma leitura de identidade e do Eu tal como discutida no item 5.1. Assim, uma identidade que, antes de remeter a uma unanimidade de concepções acerca do cuidado de enfermagem na psicose, aponte para a construção que cada um foi fazendo de forma singular, analisando-as (essas construções) em suas possíveis interlocuções. E mais, pensar as condições de autoria dessas narrativas e o autor como alguém que não se isenta (e por isso não se ausenta) na obra e que convoca o leitor a suportar o não explícito e, dessa forma, coloca-o também numa posição de autoria de sua leitura daquele texto. Ou, seja, como propõe Souza<sup>(66)</sup>, há uma multiplicidade de eus envolvidos numa situação de autoria.

Coerente com o objetivo desta pesquisa no qual se expressa o interesse em alcançar significados atribuídos pelos enfermeiros ao cuidado de enfermagem na psicose e compreendendo que essas concepções não são construções neutras e puramente objetivas, busca-se, então, para análise dos dados, debruçar-se sobre o que foi dito, em termos de conteúdos e temas, mas também, os elementos de linguagem que denunciam e reconhecem a presença de um sujeito, ou seja, metáforas, lapsos, significantes. Em suma, a análise das narrativas será realizada de acordo com o esquema 01, apresentado no Anexo 'IV'.

Na apresentação da análise dos dados, as cenas ou narrativas foram editadas no sentido de permitir sua apresentação de forma clara, porém sucinta. Das narrativas coletadas

pode-se apreender concepções, na forma de princípios e dispositivos de cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na psicose assim nomeadas:

- O 'Cuidado esvaziado'(N<sub>5</sub>): Discursos e saberes (saber e não-saber) que conformam o cuidado de enfermagem
  - Saber e antecipação: possibilidades e impossibilidades. Duas cenas.
- O cuidado de enfermagem na psicose: o anteparo da beleza ou o cuidado e suas coisas de fineza.
- “Não como todo mundo”: o um que marca uma posição ética.
  - O tempo como lógica do Um.
- Um cuidar que afeta: acerca de palavras, atos e posições.
  - Sobre conversas, atos e palavras – que encontro possível?

**4- O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NO  
PERÍODO DE 1980 A 2010: REALIDADES FOTOGRAFADAS.**

---

#### **4. O cuidado de enfermagem em saúde mental no período de 1980 a 2010: realidades fotografadas**

Conhecer e analisar as concepções de cuidado de enfermagem em psiquiatria/saúde mental, a partir dos primórdios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, criam condições para uma maior compreensão desse cuidado, bem como oportuniza, a partir de uma sistematização conceitual, identificar avanços e lacunas, ambas condições que alavancam a construção de conhecimento na enfermagem.

Diante da lacuna localizada na produção científica da área entendeu-se que, para empreender uma pesquisa que discutisse as possíveis contribuições de uma teoria para o cuidado era necessário buscar nas práticas dos enfermeiros o que de fato era possível quando se pensa o cuidado na psicose. Mas, antes disso, era preciso produzir evidências de que cuidado era esse (ou seja, quais as concepções de cuidado foram sendo criadas, modificadas ou mantidas) e em que contexto surge um imperativo clínico de se buscar outros arcabouços teóricos que dessem sustentação para as práticas de enfermagem em psiquiatria/saúde mental com psicóticos nesse cenário inquieto de mudanças.

## 4.1 - O AVESSE DO CUIDADO

---

A década de 80 reúne condições para que, no Brasil, discussões que começaram a ser travadas na década anterior ganhem forças, sob a denominação de uma Reforma Psiquiátrica.

Nessa época, os espaços de 'cuidados' resumiam-se a hospitais públicos, privados – mas financiados pelo poder público – ou filantrópicos. Os enfermeiros eram em número reduzido – por vezes apenas um para toda uma instituição – tendo por componentes de sua equipe de enfermagem os atendentes, trabalhadores sem qualificação formal.

Além disso, todo poder decisório e, por consequência, todo o 'saber', eram prerrogativas únicas dos dirigentes dessas instituições hospitalares que, ou pertenciam à categoria médica ou eram submissos aos médicos da instituição. O cenário define-se por instituições bastante rígidas, disciplinadoras de seus trabalhadores e moradores, que não primavam pelo acolhimento e conforto e que, por vezes, utilizava-se de argumentos científicos para justificar suas condições.

O que então poderia representar cuidar nesse espaço? O que era, nesse contexto, o cuidado de enfermagem ao louco institucionalizado?

A década de 80 inicia-se prenhe das condições que oportunizam uma série de modificações na atenção ao doente mental. A enfermagem, nessa época somente psiquiátrica, está numa condição peculiar.

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<sup>(67: p.12)</sup>.

Rocha<sup>(67)</sup>, assim como Humerez<sup>(68,69)</sup> compreendem que, longe de serem atos isolados, mecânicos ou desprovidos de embasamento, as práticas de enfermagem estão alicerçadas pelas concepções que seus agentes possuem. Concepções acerca da doença mental e, por conseguinte, do doente mental, da enfermagem e de sua função de cuidar. Tudo isto permite alinhar tais concepções e práticas a vertentes teóricas específicas.

Assim Rocha<sup>(67: p.39)</sup> sintetiza:

Na corrente da psiquiatria biológica, os trabalhadores exercem atividades de manutenção da vida... Na vertente técnico-psicoterápica ... a ideia é que o paciente vai aproximar-se daquela pessoa que consegue estabelecer com ele uma relação na qual se passa algo estruturante (e para isso ele não vai perguntar qual é o *status* do profissional). Essa corrente valoriza a comunicação em todos os níveis; o trabalhador passa a ouvir o paciente e a ser ouvido, a participar de reuniões e a ser orientado sobre o 'caso' dos clientes. Passa a participar, também, juntamente com clientes e outros profissionais, de comissões ... bem como grupo de atividades: jardinagem, esporte, música, artes. Nessa corrente usa-se pouco a contenção... Na corrente democrática, seu papel passa a ser o de cidadão que, ao lado de outros cidadãos, vai desenvolver uma luta política em prol de uma minoria excluída da sociedade, que se encontra no asilo psiquiátrico.

Dos anos 80 a 2010 essa diversidade teórica apontada por Rocha<sup>(67)</sup> subsiste. Subsiste também, a despeito do surgimento de novas ideias sobre a loucura, o louco e como cuidar dele uma forma Avessa de cuidar. Vários estudos publicados ao longo desse período vão apontar, problematizar e denunciar esse 'Averso do Cuidado'. O quadro 1 apresenta esses estudos.

Quadro 1- Estudos nos quais foram identificados conceitos alinhados em 'O avesso do cuidado'.

Número / Número Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual <sup>10</sup>
01	Rocha, RM <sup>(67)</sup>	Livro	- Identificar e refletir sobre os fatores que condicionam a prática da enfermagem nas instituições.	1991/ 1994	Hosp. Psiquiátrico Municipal do Rio de Janeiro	55	Primeira ordem
02	Loyola, Porto Rocha <sup>(70)</sup> e	Artigo original	- Comparar a legislação vigente no campo da saúde mental com a realidade dos hospitais psiquiátricos avaliados.	2007/ 2009	Clínicas e hospitais psiquiátricos de seis estados brasileiros	16 instituições	Primeira ordem
03	Humerez, D. <sup>(68)</sup>	Dissertação	-Compreender a relação entre a concepção que o pessoal de enfermagem e os doentes mentais têm da loucura e do ser louco e a assistência cotidiana na instituição manicomial.	-/ 1988	Hospitais Psiquiátricos Públicos	-	Primeira ordem
04	Filizola, CLA <sup>(71)</sup>	Dissertação	- Focalizar dentro de uma perspectiva histórica o papel do enfermeiro psiquiatra.	-/ 1990	Hospital Psiquiátrico Público e Privado/conv.	5	Primeira ordem

<sup>10</sup> Essa coluna identifica qual tipo de construto (primeira ou segunda ordem) identificado na pesquisa se alinhou com essa linha conceitual no processo de tradução (análise) e de síntese.

Número / Número Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual <sup>11</sup>
05	Fraga, MNO <sup>(72)</sup>	Tese	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apreender as características da prática da enfermagem psiquiátrica e as atividades e funções desempenhadas por seus diversos agentes;</li> <li>-Apreender-lhes as concepções sobre saúde mental e doença mental, sobre a própria prática que executam e sobre a clientela que assistem;</li> <li>-Apreender como a enfermagem se articula com a psiquiatria e a saúde e como estas se articulam com o modo de produção onde se inserem.</li> </ul>	1991/ 1992	Hospitais: público, filantrópico e conveniado/privado do estado do Ceará. Três ambulatórios do mesmo estado.	-	Primeira ordem
06	Saeki, T <sup>(73)</sup>	Dissertação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar uma visão das características pessoais e profissionais desses enfermeiros;</li> <li>- Saber quais atividades que estão sendo executadas por esses profissionais, na assistência ao doente mental internado.</li> </ul>	1979-1980/ 1981	Hospitais Psiquiátricos do estado de São Paulo	50	Primeira ordem
07	Silva, EBN <sup>(74)</sup>	Dissertação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o contexto hospitalar de acordo com algumas características definidas como terapêuticas;</li> <li>-Analisar as atitudes do pessoal de enfermagem, sob uma conceituação terapêutica;</li> <li>-Verificar, a partir dos objetivos anteriores, se a assistência aos doentes mentais internados está sendo realizada com enfoque terapêutico.</li> </ul>	-/ 1980	Hospital Psiquiátrico Estatal	-	Primeira ordem

<sup>11</sup> Essa coluna identifica qual tipo de construto (primeira ou segunda ordem) identificado na pesquisa se alinhou com essa linha conceitual no processo de tradução (análise) e de síntese.

Número / Número Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual <sup>12</sup>
08	Soi, EA <sup>(75)</sup>	Dissertação	- Identificar, através de um levantamento sobre Reabilitação Psicossocial, a opinião entre os profissionais atuantes em um serviço hospitalar de atendimento psiquiátrico numa cidade do interior paulista.	1999/ 1999	Hospital Psiquiátrico e Lar Abrigado	27	Primeira ordem
09	Gonçalves, AMC <sup>(76)</sup>	Dissertação	-Analisar o discurso dos enfermeiros acerca da reforma psiquiátrica e a articulação dela sobre 'seu fazer' cotidiano; identificar os determinantes que influenciam no exercício de sua prática, na assistência ao indivíduo portador de transtorno mental; analisar as articulações entre modo de pensar e operar do enfermeiro, na assistência ao doente mental.	-/ 2000	Hospitais psiquiátricos	10	Primeira ordem
10	Rossini, MGC <sup>(77)</sup>	Dissertação	-Traçar o perfil dos enfermeiros que prestam assistência nos HD em estudo;  -Levantar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro;  -Identificar junto ao enfermeiro variáveis que contribuem para facilitar ou dificultar sua prática.	1997/ 1998	Hospitais-dia do Estado de São Paulo.	17	Primeira ordem

<sup>12</sup> Essa coluna identifica qual tipo de construto (primeira ou segunda ordem) identificado na pesquisa se alinhou com essa linha conceitual no processo de tradução (análise) e de síntese.

Número / Número Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual <sup>13</sup>
11	Toledo, VP <sup>(78)</sup>	Dissertação	<p>-Conhecer as principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros num hospital psiquiátrico;</p> <p>-Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no desempenho de suas funções num hospital psiquiátrico;</p> <p>-Identificar a percepção dos enfermeiros quanto a importância da busca de conhecimentos para o desempenho de suas atividades profissionais.</p>	1999/ 2000	Hospital Psiquiátrico do interior paulista	7	Primeira ordem
12	Silva, TS <sup>(11)</sup>	Dissertação	<p>-Descrever em que situações clínicas psiquiátricas a contenção tem sido adotada;</p> <p>-Caracterizar as condições que antecedem para aplicação da técnica da contenção física executada pela equipe de enfermagem;</p> <p>- Analisar a contenção física realizada pela equipe de enfermagem durante a assistência ao paciente frente ao contexto do cuidado de enfermagem psiquiátrico.</p>	2007/ 2008	Hospital Psiquiátrico Universitário do Rio de Janeiro	Equipe de enfermagem	Primeira ordem
13	Bressan, VR <sup>(79)</sup>	Dissertação	- Compreender a prática do cuidar do enfermeiro psiquiátrico, desvelando o que significa para este trabalhar com doentes mentais crônicos internados.	1996-1997/ 1998	Hospitais Psiquiátricos interior paulista	16	Primeira ordem

<sup>13</sup> Essa coluna identifica qual tipo de construto (primeira ou segunda ordem) identificado na pesquisa se alinhou com essa linha conceitual no processo de tradução (análise) e de síntese.

Essa coerência entre modo de cuidar e concepções, entretanto, nem sempre foi verificada. Fraga<sup>(72: p.119)</sup>, constata que: “embora estejam presentes a concepção organicista e psicodinâmica de causalidade da doença mental, é a concepção de causalidade sócioeconômica que se sobressai...”. A despeito dessa concepção que predomina, a autora identifica que “a dinâmica do atendimento é presidida pela necessidade de eliminar o comportamento agitado e agressivo do paciente mesmo que para isso seja necessário não só vigiá-lo, mas também medicá-lo e até amarrá-lo”<sup>(72: p.115)</sup>.

O avesso do cuidado é descrito como prática que marca o início da Enfermagem Psiquiátrica: uma enfermagem que se dedica à vigilância, ao controle, à disciplina<sup>(2,80)</sup>. Com o passar do tempo, mudanças vão acontecendo... Mas algumas práticas, algumas instituições, alguns profissionais resistem até aos dias atuais e insistem em nome de outros interesses:

Dos 16 hospitais visitados, 15 não possuem mesa de cabeceira para os pacientes; nove não têm toalha de banho ou, quando existe, é em quantidade inferior ao número de pacientes.

Escovas de dente de uso individual também são pouco encontradas, e não podem ser guardadas pelos pacientes porque eles não possuem mesa de cabeceira individualizada e com chave.

Espelhos e calendários, que auxiliariam na reorganização da autoimagem e na orientação temporal foram encontrados em apenas duas clínicas. Nos hospitais visitados ainda há muitas *salas desativadas*, com porta e chave, cuja intenção de utilização não foi informada<sup>(70: p.12)</sup>.

E mais:

Permanece, em todos os 16 hospitais visitados, a questão básica e elementar mínima de higiene da vida privada do século XXI, em que não existe a quantidade mínima de absorvente higiênico e de roupa íntima (calcinha e sutiã) para a população feminina; essa roupa, quando existe, não é de uso individualizado, pois compõe o estoque geral da rouparia<sup>(70: p.12)</sup>.

Esse avesso, passado o incômodo que insiste em fazer parte do século XXI, chama a atenção por revelar uma “...indisponibilidade da equipe de enfermagem para realizar o cuidado de enfermagem psiquiátrica...”<sup>(11:p.64)</sup>.

Retrocedendo no tempo, na década de 80, as políticas oficiais, bem como as ações que delas redundaram, buscavam tornar os asilos espaços mais humanizados e moralizados, tendo os ambulatórios de saúde mental a função de oferecer uma alternativa terapêutica ao tratamento hospitalar<sup>(81)</sup>.

A despeito do tímido impacto, é a partir desse movimento que os profissionais passam a considerar a hipótese de que o tratamento ao doente mental poderia ser pensando e realizado em bases diferentes. As iniciativas exitosas corroboram tais ideias e introduzem novas questões<sup>(1)</sup>.

Na Enfermagem Psiquiátrica, esse avesso vai perdendo sua radicalidade em favor de práticas denominadas cuidados mínimos<sup>(67)</sup>, suprimentos básicos<sup>(74)</sup> ou cuidado básico<sup>(76)</sup>. Práticas que, embora em si representem pouco, são apontadas como sinais de qualidade: “Dá pra dar uma assistência melhor: banho, unha, cabelo”<sup>(76: p.94)</sup>.

Parece haver uma tríade básica: higiene, medicação e contenção<sup>(11,67,68,71,72,76)</sup>. Assim, “o ser louco é cuidado de forma indiferenciada numa imagem de não sujeito, mas de objeto sujo que tem de ser limpo, alimentado, medicado, controlado e, se necessário, contido”<sup>(11: p.99)</sup>.

Em um lapso de dezesseis anos entre o estudo acima<sup>(11)</sup> e o seguinte<sup>(72)</sup>, o objetivo do ‘tratamento’ é expresso de forma semelhante. O que se pode perceber é que há uma tentativa de silenciar o sofrimento psíquico, a qualquer custo, tamponá-lo de alguma forma: “a forma que o velho hospício conhece e está acostumado a propor é o isolamento, antes a cela forte, atualmente a contenção física na enfermaria clínica”<sup>(11: p.54)</sup>.

A contenção física, prática inclassificável, milenar, parece falar mais a favor do controle e disciplinarização<sup>(72)</sup> do que do cuidado em si. Assim, ancora-se na função de ‘guarda’<sup>(67)</sup> da equipe de enfermagem que pode se valer da força física<sup>(67)</sup> para exercê-la. Uma prática vigente nos dias atuais<sup>(11)</sup> que vem marcando a solidão da equipe de enfermagem diante de cenas complicadas:

Nesse momento, parece claro o papel esperado pelos outros elementos da ‘equipe’. A atitude de segurar, conter, correr atrás é explicitamente da enfermagem. Ninguém segura o paciente (mesmo quando é necessário). Sempre chamam a enfermagem<sup>(71: p.85)</sup>.

Nessa solidão, tanto no trabalho<sup>(11,67,72)</sup> quanto no amparo de um arcabouço teórico<sup>(67)</sup>, o enfermeiro se vê cativo de uma prática burocrática que o afasta do cuidado<sup>(67,73,75,77-79)</sup>. Afastado do ideal aprendido em sua formação de graduação, ele pode resignar-se, assumir seu papel e desistir da difícil área da psiquiatria ou sofrer pelas incoerências de seu discurso e de sua prática.

Resta também ao enfermeiro uma condição de supervisão autoritária<sup>(71)</sup>, assumindo, numa instituição hospitalar, o que ‘sobra’<sup>(67)</sup>, ou tudo o mais que se articula com a assistência ao paciente:

Então para que eu encaixasse tudo isso e atendesse as necessidades do paciente eu tive que assumir o setor de costura pra que não faltasse roupa pro paciente, eu tive que assumir o setor de manutenção de colchões pra que o doente não dormisse no chão, pra que o doente tivesse leito<sup>(72: p.130)</sup>.

Ainda que o discurso aponte justificativas assistenciais, diante dessa realidade, Fraga<sup>(72:p.114)</sup> conclui: “No hospital, a enfermagem parece zelar mais pelo que esteja de acordo com as expectativas da família e da instituição do que pelas necessidades do paciente.”

Pensando os dois elementos constitutivos do cuidado de enfermagem ao doente mental, pode-se perceber que, nesse cuidado ao avesso, as relações profissionais são marcadas pelo controle, pela dominação de quem detém algum poder sobre aqueles que não o detêm. Essa relação de dominação é traduzida por uma prática de cuidado ao corpo, marcada pela contenção de toda natureza (física, química, contenção da palavra do psicótico que não interessa a ninguém) e pelo disciplinamento dos corpos que se tornam objetos<sup>14</sup> dos quais se pode dispor.

Assim, o avesso do cuidado se revela, em nosso país, como uma realidade vigente, quantitativamente menor do que já foi, mas ainda existente. A ausência de definições, de formação e preparo teórico, de disposição e de tantos outros elementos fazem obstáculo para um cuidado de enfermagem que deve ir além do que Loyola e Rocha<sup>(9)</sup> definiram como ‘acolher com garantias’.

---

<sup>14</sup> Objetos – a palavra é utilizada em seu sentido de dicionário, ou seja, no sentido de coisa. Cf. <http://www.dicionariodoaurelio.com/Objeto.html>

Longe do preconizado, do aprendido ou do idealizado, o avesso do cuidado é o cuidado possível, praticado em nome de concepções e interesses outros, nos quais as necessidades e os interesses dos doentes mentais não estão incluídos.

## 4.2 - INSPIRAÇÕES NIGHTINGALEANAS

---

A análise dos estudos identificados no quadro 2 revelou concepções de cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental que se aproximam das ideias que remetem a influências do pensamento nightingaleano.

As realidades retratadas por esses estudos afastam-se do 'Averso do Cuidado'. Algo (inspirações ou lições aprendidas durante a formação, possivelmente) dizem a esses enfermeiros que o cuidado de enfermagem por eles executado deveria ser outro.

O cuidado de enfermagem, após Florence Nightingale, ganha contornos específicos, configurando-se numa ruptura epistemológica que inaugura uma enfermagem moderna. “A nova concepção consolidou-se como *Sistema Nightingale*<sup>15</sup>, posto que conjugado nos três elementos – *sistema de princípios, modelo de ensino e arte de cuidar*<sup>2</sup> – serviu na medida à justificação da enfermagem como profissão de prática científica”<sup>(82: p.807)</sup>.

Mas o que exatamente significa esse cuidar? Como essas inspirações se fazem presentes no cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental ao doente mental? Os estudos abaixo identificados (quadro 2) indicam algumas respostas.

---

<sup>15</sup> Grifos do autor

Quadro 2- Estudos nos quais foram identificados conceitos alinhados em 'Inspirações Nightingaleanas'.

Número / Número Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual <sup>16</sup>
01	Rocha, RM <sup>(67)</sup>	Livro	- Identificar e refletir sobre os fatores que condicionam a prática da enfermagem nas instituições.	1991/ 1994	Hosp. Psiquiátrico do Rio de Janeiro	55	Primeira e Segunda ordem
02	Gonçalves, AMC <sup>(76)</sup>	Dissertação	-Analisar o discurso dos enfermeiros acerca da reforma psiquiátrica e a articulação dela sobre 'seu fazer' cotidiano; - Identificar os determinantes que influenciam no exercício de sua prática, na assistência ao indivíduo portador de transtorno mental; - Analisar as articulações entre modo de pensar e operar do enfermeiro, na assistência ao doente mental.	-/ 2000	Hospitais psiquiátricos	10	Primeira e segunda ordem
03	Filizola, CLA <sup>(71)</sup>	Dissertação	- Focalizar, dentro de uma perspectiva histórica, o papel do enfermeiro psiquiatra.	-/ 1990	Hosp. Psiq. Público e Privado/ conveniado	5	Primeira ordem
04	Borille, Dc <sup>(83)</sup>	Dissertação	- Construir um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe da Instituição.	2006-2007/ 2008	Hospital Psiquiátrico, tipo colônia do Paraná.	80	Primeira e segunda ordem

<sup>16</sup> Essa coluna identifica qual tipo de construto (primeira ou segunda ordem) identificado na pesquisa se alinhou com essa linha conceitual no processo de tradução (análise) e de síntese.

Número / Número Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual
05	Baldi VM <sup>(84)</sup>	Dissertação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resgatar uma experiência grupal, destacando os aspectos críticos de sua prática profissional.</li> <li>- Identificar e analisar os principais tipos de atividades específicas que o enfermeiro desenvolve dentro de uma instituição como o macro-hospital psiquiátrico estatal;</li> <li>- Analisar as dificuldades cotidianas de sua atuação;</li> <li>- Refletir sobre a influência da política de saúde mental nas condições de trabalho da referida instituição.</li> </ul>	1990- 1992/ 1992	Hosp. Psiquiátrico Estatal de São Paulo	4	Primeira e Segunda ordem
06	Goulart, MCS <sup>(85)</sup>	Dissertação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar técnicas sociais que favoreçam a interação enfermeiro-paciente e paciente-pacientes;</li> <li>- Utilizar técnicas sociais como forma de assistência de enfermagem ao doente mental crônico hospitalizado.</li> </ul>	-/1982	Hospital Psiquiátrico feminino de São Paulo/ público	24	Segunda ordem
07	Otani, MAP <sup>(86)</sup>	Dissertação	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Relatar uma experiência de acompanhamento de enfermagem sistematizado, no âmbito hospitalar;</li> <li>-Verificar se o profissional enfermeiro pode ser o articulador entre serviço de saúde mental, o paciente e a família, mediante acompanhamento pós-alta.</li> </ul>	1995- 1997/ 1998	Ambulatório de Saúde Mental	5	Primeira ordem

Número / Número Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual
08 / 87	Paciência, E <sup>(87)</sup>	Dissertação	- Identificar os estímulos internos e externos que interferem na crise de adolescentes; - Averiguar se a presença desses estímulos justificam uma intervenção em nível de prevenção primária psiquiátrica; - Analisar as ações realizadas pela enfermeira nesse tipo de assistência.	1977/ 1979	Ambulatório	14	Segunda ordem
09	Lopes, MEEF <sup>(88)</sup>	Dissertação	- Preencher uma lacuna de tempo na qual os pacientes e familiares ficam nos corredores dos ambulatórios aguardando o momento da consulta oferecendo o grupo de espera.	-/ 1992	Ambulatório pós-alta no HC de SP	Grupos – média 5	Segunda ordem
10	Bressan, VR <sup>(79)</sup>	Dissertação	- Compreender a prática do cuidar do enfermeiro psiquiátrico, desvelando o que significa para este trabalhar com doentes mentais crônicos internados.	1996-1997/ 1998	Hospitais Psiquiátricos interior paulista	16	Primeira ordem
11	Colvero, LA <sup>(89)</sup>	Dissertação	- Relatar uma experiência de acompanhamento de enfermagem sistematizado, no âmbito hospitalar; - Verificar se o profissional enfermeiro pode ser o articulador entre serviço de saúde mental, o paciente e a família, mediante acompanhamento pós-alta.	1992/ 1994	Ambulatório de saúde mental do Estado de São Paulo	6	Primeira ordem
12	Silva, EBN <sup>(74)</sup>	Dissertação	- Avaliar o contexto hospitalar de acordo com algumas características definidas como terapêuticas; -Analisar as atitudes do pessoal de enfermagem, sob uma conceituação terapêutica; -Verificar, a partir dos objetivos anteriores, se a assistência aos doentes mentais internados está sendo realizada com enfoque terapêutico.	-/1980	Hospital Psiquiátrico Estatal	-	Primeira ordem

A partir do final do século XIX, as escolas do Sistema Nightingale e as ideias que elas reproduzem povoam o imaginário dos enfermeiros no mundo, ainda que tal fato não resulte necessariamente em atos de cuidado. São como que inspirações nightingaleanas que insistem em se fazerem presentes, insistem em impelir os enfermeiros a não se esquecerem de que são profissionais que devem, antes de tudo, cuidar.

angustiava porque a gente resolvia muito problema, corria pra lá e pra cá para resolver problema de outro setor. Por fim, acabava não ficando com o paciente... a gente estava sempre questionando isso...<sup>(84: p.84)</sup>.

Inspirações que trazem para o centro da cena: (a) a busca pelos elementos que conferissem cientificidade à enfermagem; (b) o cuidado que vai além da “ministração de medicamentos e aplicação de cataplasmas”<sup>(90: p.14)</sup> e inclui o uso apropriado do ambiente criando condições, as melhores possíveis, para que o paciente se restabeleça; (c) o emprego de regras de conduta para os profissionais; (d) a valorização da observação como meio de se obter dados sobre o paciente<sup>(90)</sup>.

Nessa transição de um cuidado ao avesso para um cuidado que resgata o modelo Nightingale, transição que remete mais às ideias do que a um período de tempo, identificam-se vislumbres de cuidado de enfermagem inovador, por vezes quase sem intenção. Nesse sentido um enfermeiro

Relata que o resultado positivo não ocorria somente no momento da atividade: a partida de futebol ficava sendo o assunto de conversação durante o resto do dia, depois programavam novas partidas e assim iam-se criando vínculos de amizade. César observava que depois era muito mais fácil lidar com esses clientes; se encontrasse alguns deles contido, ia conversando sobre o futebol e desamarrando as faixas da contenção, o que em geral dava certo. (...) nunca anotou nos prontuários ou livros de enfermagem, algo sobre as atividades que realiza. Não é uma tarefa como as outras, é um trabalho ‘extra’ que ele nunca pensou que poderia ser registrado<sup>(67:p. 86)</sup>.

Por vezes, fragilmente embasadas teoricamente, esvaziam-se diante de um complexo jogo de poder que influencia essa construção de saberes e práticas<sup>(67,76)</sup>. Assim: “Nós saíamos com os pacientes para passear pelo bairro... pra mim isso é um tratamento; nós saíamos com eles, dávamos a volta no bairro todo, a pé, inclusive o médico. Aí foi questionado e nós paramos”<sup>(76: p. 101)</sup>.

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem, nesse movimento de retomada, resgata suas ações para além das técnicas ordenadas pelo saber médico, sendo recomendado "... aos profissionais (...) um atendimento mais humano e não puramente organicista"<sup>(88: p.91)</sup>.

O cuidado de enfermagem ao doente mental parece ganhar mais valor e sentido, ainda que nem sempre se diferencie do cuidado como ato genuinamente humano:

...eu acho que aqui você é mais enfermeira, assim, mais enfermeira do lado humano, sabe... a gente tenta amenizar o sofrimento do ser humano... você está aqui com um objetivo maior que é tentar amenizar o sofrimento delas, dar carinho, dar amor, ouvir..., né...<sup>(79: p.80)</sup>.

Dessa forma, o cuidado de enfermagem em psiquiatria, numa vertente ainda nascente de saúde mental ao louco, vai resgatando seu valor terapêutico por si só<sup>(67)</sup>. A cena de cuidado passa a ser valorizada em termos da relação profissional-paciente e da comunicação<sup>(74, 88)</sup> que se estabelece entre eles. Conforme relata a enfermeira em sua entrevista: "Eu entendi que num primeiro momento o que é mais importante é a gente ser continente para esse tipo... para que eles pudessem conversar, dando espaço para eles falarem sobre si..."<sup>(89: p.46)</sup>.

Contraopondo-se discretamente ao avesso do cuidado e a seus cuidados mínimos, vê-se surgir, nos depoimentos dos participantes de diferentes estudos, um cuidado que busca embasamento teórico<sup>(83)</sup>, baseia-se em técnicas diversas<sup>(85)</sup> e busca critérios definidos para a assistência em saúde mental<sup>(86)</sup>. O modelo baseado nas necessidades humanas básicas é resgatado<sup>(67,76,83)</sup>. A cientificidade encontra lugar, dentre outros, na implantação do Processo de Enfermagem<sup>(87)</sup> e no resgate de noções tal como de ambiente terapêutico<sup>(76)</sup>.

Nesse cenário de mudanças, a partir da revisão sistemática realizada, pode-se dizer que emergem duas direções que predominam de forma mais consistente, e que vão influenciar as novas construções teóricas acerca do cuidado de enfermagem psiquiátrica/ saúde mental. A primeira, mais genuinamente 'da Enfermagem', por resgatar as vertentes teóricas de Hildgard Peplau<sup>(91)</sup> (Teoria da Relação Interpessoal ou da Enfermagem Psicodinâmica) e de Joyce Travelbee<sup>(92)</sup> (Teoria da Relação Pessoa a Pessoa em 1960) ou por buscar as concepções de Gerald Caplan e sua Psiquiatria Preventiva. A segunda, mais coerente com o discurso da interdisciplinaridade, que sustenta toda a discussão de um novo modelo de atenção em saúde mental no Brasil, a saber, o Modo Psicossocial.

Há que se ressaltar que, em alguns estudos, autores buscam aproximar algumas concepções de ambas as direções: o Modo Psicossocial e o Relacionamento Interpessoal Terapêutico.

---

#### **4.2.1- O CUIDADO DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA/SAÚDE MENTAL E O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO**

---

A temática do Relacionamento Interpessoal Terapêutico “como uma tecnologia de cuidado em saúde mental” foi inserida pelas instituições de ensino de Enfermagem no Brasil como forma de “oferecer um suporte para fundamentar o cuidado”<sup>(93: p.204)</sup>.

A despeito de estar conceituada sob a denominação de tecnologia de cuidado, classificação de Merhy<sup>(94)</sup> a um conjunto de ações que norteiam o trabalho clínico em saúde, as discussões acerca do Relacionamento Interpessoal Terapêutico datam na Enfermagem do ano de 1952, quando Hildegard Peplau propõe sua teoria nos Estados Unidos. Posteriormente, Joyce Travelbee<sup>(92)</sup> irá seguir seus passos, propondo também uma teoria de enfermagem a partir de influências teóricas semelhantes, ou seja, os humanistas Carl Rogers e Abraham Maslow<sup>(91,92)</sup>.

Sabe-se que, em 1953, a Professora Maria Dolores Lins de Andrade, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, cursou sua “especialização em psiquiatria, nos EUA, pautada no conceito de relacionamento interpessoal terapêutico, de Hildegard Peplau”<sup>(95: p.18)</sup> e retornou ao Brasil, trazendo essa influência teórica.

Na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), a temática do relacionamento terapêutico, como elemento da assistência de enfermagem, ganha importância desde o início da década de 60. Mas é precisamente a partir de 1967, com o retorno do exterior da professora Dr<sup>a</sup> Evalda Arantes Cançado, trazendo consigo materiais didáticos sobre a temática, que novos elementos do relacionamento terapêutico vão ser incorporados ao ensino. Em 1973, “o ensino passou a ser totalmente centrado no relacionamento terapêutico”<sup>(95: p.28)</sup>.

Na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), fato semelhante ocorreu a partir do ano de 1974, quando a professora Dr<sup>a</sup> Maria

Aparecida Minzoni retornou de Washington, trazendo materiais teóricos que subsidiaram a introdução desse conteúdo no ensino<sup>(96)</sup>. Juntamente com essa temática, a professora é identificada como responsável por “adiantar-se nas questões da assistência de enfermagem”<sup>(95:p.32)</sup> através da implantação de trabalhos voltados a psiquiatria comunitária e por discussões acerca do trabalho do enfermeiro em equipe multiprofissional<sup>(95)</sup>.

A influência dessas docentes, não apenas nas universidades em que atuavam, mas em todo o território nacional, são amplamente reconhecidas. Vale ressaltar que é numa iniciativa conjunta da EEUSP e EERP-USP, que surgem os cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado, respectivamente em 1975 e 1982) específicos na área de enfermagem psiquiátrica, sendo responsáveis pela formação de número considerável de enfermeiros em todo o país<sup>(95)</sup>. Atualmente, a pós-graduação da EERP-USP mantém um programa específico de Enfermagem Psiquiátrica, nível mestrado e doutorado, único no país<sup>17(97)</sup>. Dessas instituições formadoras saem enfermeiros que reúnem as condições necessárias para a reprodução desse conhecimento em suas pesquisas, em seu cuidado e no ensino desse cuidado.

O quadro (3) a seguir identifica pesquisas de abordagem qualitativa nas quais o cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental está articulado a partir do relacionamento interpessoal terapêutico.

---

<sup>17</sup> Informação corroborada pela ABEn-nacional, dados de 2009. Disponível em: [http://www.abennacional.org.br/images/conteudo/Lista\\_dos\\_\[1\].pdf](http://www.abennacional.org.br/images/conteudo/Lista_dos_[1].pdf)

Quadro 3- Estudos nos quais foram identificados conceitos alinhados em “O cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental e o relacionamento interpessoal terapêutico”

Nº/ Nº Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual <sup>18</sup>
01	Rodrigues, ARF <sup>(98)</sup>	Tese	-Estudar o tipo de assistência de enf. que tem sido dada aos doentes mentais;  -Examinar as causas que expliquem o tipo de assistência de enfermagem existente na situação estudada.	- /1993	Macro-hospital psiquiátrico; ambulatório de psiquiatria; unidade de internação psiquiátrica em hospital geral; hospital-dia.	18	Primeira e Segunda ordem
02	Gattas, MLB <sup>(99)</sup>	Dissertação	-Analisar o relacionamento interpessoal a partir das experiências vivenciadas pela autora.	1979/ 1981	Hospital	11	Primeira e Segunda ordem
03	Lemos, VBS <sup>(100)</sup>	Dissertação	- Analisar se o uso da ‘história da pessoa’ no relacionamento enfermeiro-paciente levaria o enfermeiro a: respeitar a individualidade do paciente; compreender o envolvimento de ambos com sua carga emocional; uma reflexão e autoanálise profissional.	- / 1982	Hospital Psiquiátrico Estadual.	25	Segunda ordem

<sup>18</sup>Essa coluna indica qual tipo de construto (primeira ou segunda ordem) identificado na pesquisa se alinhou com essa linha conceitual no processo de tradução (análise) e de síntese.

<b>Nº/ Nº Refer- rência</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Coleta de dados/  Publi- cação</b>	<b>Cenário(s) do estudo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual</b>
04	Stacciarini, JMR <sup>(101)</sup>	Dissertação	- Verificar o conhecimento e a utilização da comunicação terapêutica pelo enfermeiro, na assistência de enfermagem em unidade psiquiátrica, analisando as formas, modos, tipos, técnicas e barreiras de comunicação.	1990/ 1991	Unidade psiquiátrica em hospital geral de grande porte.	6	Primeira e segunda ordem
05	Rocha, VLF <sup>(102)</sup>	Dissertação	- Estabelecer um atendimento em Enfermagem Psiquiátrica, baseado no relacionamento interpessoal de ajuda, junto a famílias que enfrentam uma situação de crise;  - Identificar as causas que interferem na crise das famílias que têm uma criança mentalmente retardada;  - Analisar as ações realizadas pela enfermeira nesse tipo de atendimento.	- /1983	Instituição de atendimento a pacientes com deficiência mental.	16	Segunda ordem
06	Toledo, VP <sup>(78)</sup>	Dissertação	-Conhecer as principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros num hospital psiquiátrico;  -Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no desempenho de suas funções num hospital psiquiátrico;  -Identificar a percepção dos enfermeiros quanto à importância da busca de conhecimentos para o desempenho de suas atividades profissionais.	1999/ 2000	Hospital Psiquiátrico do interior paulista	7	Primeira ordem

<b>Nº/ Nº Refer- rência</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Coleta de dados/  Publi- cação</b>	<b>Cenário(s) do estudo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual</b>
07	Souza, MCBM; Alencastre, MB; Saeki, T. <sup>(103)</sup>	Artigo original	- Caracterizar os enfermeiros que trabalham em instituições de assistência psiquiátrica na cidade de Ribeirão Preto, focalizando sua formação;  - Identificar as ações de enfermagem que estes profissionais referem desenvolver rotineiramente; - Relacionar formação, prática e conhecimento considerado específico da área pelos enfermeiros.	1997/ 1998	Serviços de saúde mental (NAPS, Hospital-dia, CAPS, Hospital psiquiátrico)	30	Primeira e Segunda ordem
08	Goulart, MCS <sup>(85)</sup>	Dissertação	- Avaliar técnicas sociais que favoreçam a interação enfermeiro-paciente e paciente-pacientes.  - Utilizar técnicas sociais como forma de assistência de enfermagem ao doente mental crônico hospitalizado.	-/1982	Hospital Psiquiátrico feminino de São Paulo/ público	24	Segunda ordem
09	Bressan, VR <sup>(79)</sup>	Dissertação	- Compreender a prática do cuidar do enfermeiro psiquiátrico, desvelando o que significa para este trabalhar com doentes mentais crônicos internados.	1996/ 1997	Hospitais Psiquiátricos interior paulista	16	Primeira ordem
10	Colvero, LA <sup>(89)</sup>	Dissertação	- Relatar uma experiência de acompanhamento de enfermagem sistematizado, no âmbito hospitalar; - Verificar se o profissional enfermeiro pode ser o articulador entre serviço de saúde mental, o paciente e a família, mediante acompanhamento pós-alta.	1992/ 1994	Ambulatório de saúde mental do Estado de São Paulo	6	Primeira ordem

<b>Nº/ Nº Refer- rência</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Coleta de dados/  Publi- cação</b>	<b>Cenário(s) do estudo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual</b>
11	Borille, DC <sup>(83)</sup>	Dissertação	- Construir um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe da Instituição.	2006- 2007/ 2008	Hospital psiquiátrico de internação integral, do tipo colônia, do Estado do Paraná	80	Primeira e Segunda ordem
12	Mateus, LAS <sup>(104)</sup>	Dissertação	-Averiguar a contribuição da música na relação enfermeiro-cliente.	-/1998	Ambulatório público no estado da Bahia.	10	Segunda ordem
13	Rodrigues, RM; Schneider, J <sup>(105)</sup>	Artigo original	- Identificar qual a compreensão que o enfermeiro que trabalha em psiquiatria tem sobre o seu trabalho.	-/1999	Hospital e Casa de Saúde São Marcos, de Cascavel – PR	7	Primeira e Segunda ordem
14	Castro, RCBR; Silva, MJP. <sup>(106)</sup>	Artigo original	-Analisar a comunicação não verbal emitida pelo enfermeiro durante atendimentos individuais de saúde mental.	1998- 1999/ 2001	Instituições de assistência psiquiátrica de São Paulo (11)	11	Segunda ordem
15	Araújo, CPC; Assis Neto,LP; Lima,PC; Cartaxo, ZR. <sup>(107)</sup>	Artigo original	- Investigar a relação entre o enfermeiro e o paciente psiquiátrico, avaliando as dificuldades e facilidades encontradas nesse relacionamento.	2004/ 2004	Hospital psiquiátrico da cidade de João Pessoa – PB	20	Primeira e Segunda ordem
16	Zerbeto, SR; Rodrigues, ARF. <sup>(108)</sup>	Relato de interação	-Estabelecer e analisar o relacionamento terapêutico com o paciente em processo de ressocialização, segundo a visão humanista de assistência;  -Avaliar a abordagem não diretiva utilizada na interação, a partir do embasamento teórico sobre relacionamento terapêutico, centrado na pessoa em relação de ajuda.	-/1997	Pensão Protegida em Ribeirão Preto - SP	1	Segunda ordem

<b>Nº/ Nº Refer- rência</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Coleta de dados/  Publi- cação</b>	<b>Cenário(s) do estudo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual</b>
17	Siqueira Junior A C, Furegato ARF, Scatena MCM <sup>(109)</sup>	Relato de interação	- Discutir a aplicação da técnica de relação de ajuda ocorrida entre um enfermeiro e um cliente com diagnóstico de esquizofrenia.	1998- 1999/ 2001	Hospital de Clínicas de Marília, São Paulo	1	Segunda ordem
18	Castro SA, Furegato ARF <sup>(110)</sup>	Artigo original	- Identificar conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado esquizofrênico.	2004/ 2008	Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto	17	Primeira e Segunda ordem
19	Avanci RC, Furegato ARF, Scatena MCM <sup>(111)</sup>	Relato de interação	- Analisar a interação de um enfermeiro com um paciente que tentou o suicídio.	-/2009	Setor de observação da Unidade de Emergência do HC/ Faculdade de Medicina Ribeirão Preto da USP	1	Segunda ordem
20	Foschiera, F; Durman, S. <sup>(112)</sup>	Relato de interação	- Desvelando o relacionamento de ajuda terapêutica com uma paciente em sofrimento psíquico.	2000/ 2004	Instituição psiquiátrica na região Oeste do Paraná	1	Segunda ordem
21	Rodrigues,VPN; Carvalho,JÁ; Braga, VA <sup>(113)</sup>	Relato de interação	- Desenvolver uma relação de ajuda através do processo de comunicação e de relacionamento terapêutico, tanto com um portador de esquizofrenia, quanto com sua família, a fim de melhorar a qualidade de vida de ambos, através da sistematização da assistência de enfermagem.	2008/ 2009	-	1	Segunda Ordem

<b>Nº/ Nº Refer- rência</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Coleta de dados/ Publi- cação</b>	<b>Cenário(s) do estudo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual</b>
22	Costa, E <sup>(114)</sup>	Dissertação	- Construir um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe da Instituição.	2001/ 2002	Enfermaria de pacientes crônicos de um macro- hospital psiquiátrico de um Estado da região Sul do Brasil.	16	Primeira e Segunda ordem
23	Araújo MFM, Lemos ACS e Carvalho CML. <sup>(96)</sup>	Relato de Caso	- Descrever e discutir a aplicação do processo de relacionamento terapêutico em um cliente com diagnóstico de esquizofrenia paranoide, documentada em um diário de campo.	2006/ 2007	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Fortaleza/CE.	1	Primeira e Segunda ordem

Os estudos analisados revelaram que o cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental guarda estreita ligação com o relacionamento profissional-paciente, por vezes com ele coincidindo. Assim, afirma-se: “A assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental... é alicerçada principalmente na relação interpessoal terapêutica”<sup>(109: p.31)</sup>.

O relacionamento profissional-paciente ganha diferentes nomeações: relacionamento interpessoal terapêutico, relação interpessoal ou mesmo relação profissional-paciente. Entretanto, embora não exatamente iguais, embasam-se pelo mesmo arcabouço teórico: Joyce Travelbee, Hildegard Peplau e Minzoni<sup>19</sup>. Alguns autores buscam também os teóricos que as influenciaram: o psiquiatra Harry Stack Sullivan ou os humanistas Carl Rogers e Abraham Maslow.

Destaca-se o trabalho de Rodrigues<sup>(98)</sup>, embasado nas teorias de Travelbee e Carl Rogers. A autora identifica o termo ‘apoio psicológico’ ao termo ajuda e, localizando-o na obra de Travelbee, aproxima-o da definição dada por Rudio<sup>20</sup> para a Relação de Ajuda. Nesse sentido, Rodrigues<sup>(98)</sup> entende que a interação enfermeiro-paciente é uma Relação de Ajuda. Esse estudo<sup>(98)</sup> serve como referência para inúmeros outros posteriormente publicados.

A Relação de Ajuda ou o Relacionamento Interpessoal Terapêutico torna-se essencial ao cuidado de enfermagem em psiquiatria/saúde mental<sup>(106,109)</sup>. Assim, para além dos cuidados tradicionais de enfermagem ou das ações burocráticas, propõe-se, a partir de Peplau, que o enfermeiro assuma sua função de agente terapêutico. Algo que ampliaria o horizonte de atuação do enfermeiro e mudaria concepções antigas acerca da profissão, ou seja: “... ver a enfermeira como terapeuta e não como alguém que fica na função administrativa ou que fica só fazendo cuidados de enfermagem (em) nível de curativos, injeção...”<sup>(89: p.34)</sup>.

O relacionamento interpessoal, para alguns, uma técnica<sup>(102,115)</sup>, para outros, metodologia de trabalho<sup>(105)</sup>, é o que vai imprimir ao cuidado seu caráter científico<sup>(83)</sup> e específico para o enfermeiro que atua na psiquiatria ou em saúde mental<sup>(103)</sup>.

Esse relacionamento foi assim definido por um grupo de profissionais:

---

<sup>19</sup> - Minzoni MA. Assistência de enfermagem psiquiátrica: estudo da situação num município paulista. Tese. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1971. 147p.

- Minzoni MA. Assistência de enfermagem ao doente mental internado: análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrica. Tese de livre-docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1975. 92p.

<sup>20</sup> Cf. Rudio FV. Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1990. 190p.

É a relação entre pessoas, que se estabelece pela comunicação verbal e não-verbal em que se compartilham ideias, conhecimentos, afetos, percepções. Ela pode ter boa ou má qualidade. Uma boa relação é enriquecedora e exige respeito mútuo, confiança, saber ouvir e aceitar as diferenças, humildade, paciência, sentimento fraterno. Por outro lado, na relação interpessoal podem acontecer situações de dependência, dominação, pressão <sup>(83: p.117)</sup>.

O relacionamento interpessoal, compreendido como terapêutico <sup>(98-100,107,109)</sup>, mais afetivo e emocional que intelectual <sup>(107)</sup>, baseia-se na comunicação e em suas técnicas <sup>(99-101,103,107,113)</sup>, na capacidade de empatia do profissional <sup>(112,113)</sup>, no apoio e estímulo às atitudes positivas do paciente <sup>(111)</sup>.

Em suma:

Numa relação de ajuda o paciente é a pessoa que pede ajuda. O enfermeiro é quem coloca sua pessoa como instrumento dessa ajuda: é o facilitador do processo terapêutico que se desencadeia através das relações interpessoais. As relações interpessoais processam-se por intermédio da comunicação que se estabelece entre ambos <sup>(98: p.160)</sup>.

Com a concretização das ações que visam estabelecer um novo modelo de atenção ao portador de sofrimento psíquico identificaram-se estudos que buscavam estabelecer diálogo teórico entre algumas ideias da Reforma Psiquiátrica Brasileira – em especial a humanização do cuidado ao paciente internado e a desinstitucionalização – e o relacionamento interpessoal terapêutico.

Assim, o relacionamento passa a ser entendido como uma tecnologia de cuidado de enfermagem em saúde mental <sup>(72)</sup> que busca a “reintegração e reorganização do cliente que sofre psiquicamente:

Dessa forma, o relacionamento terapêutico é uma prática emancipatória que possibilita a autonomia nas ações do enfermeiro frente à promoção da saúde de pacientes em sofrimento mental. Assim, percebendo a enfermagem como uma profissão que lida com a dor e o sofrimento humano, julgou-se fundamental se prestar um cuidado ao indivíduo e à sua família, percebendo-os, na sua complexidade e no seu contexto holístico, como seres biopsicossociais <sup>(72: p.123)</sup>.

Desse modo, passa-se a definir o cuidado como sendo:

desafiador, politizado e corajoso e demanda um processo educativo emergencial. É uma ação interativa, criativa e dinâmica, que está em constante movimento em direção à conquista da cidadania buscando superar a prática manicomial e ao mesmo tempo inventar novas formas de atenção, sem necessidade de exclusão, de violência, mas que produza novas subjetividades e qualidade de vida<sup>(114: p.76)</sup>.

Um cuidado que se pauta na interdisciplinaridade e que se articula mais em nome da humanização<sup>(114)</sup>, mas que no cotidiano das práticas, toma por norteadores elementos que às vezes o aproximam do cuidado em seu sentido mais geral. Conforme afirma a profissional:

Cuidar é prestar uma assistência com qualidade para promover o bem-estar do paciente. Para atingirmos este objetivo precisamos ter: capacidade de amar, de ouvir, respeitar, responsabilidade no serviço, solidariedade, mostrar a realidade ao paciente, mostrar o melhor de si e ser humano<sup>(114: p.123-124)</sup>.

Enfrentando as limitações para a adoção do Relacionamento Interpessoal Terapêutico apontadas em outras pesquisas, surgem estudos, na qualidade de relatos de caso, os quais tomam os princípios da Relação de Ajuda para o cuidado de enfermagem a portadores de esquizofrenia<sup>(72,109,113)</sup>. Nesses estudos, recomenda-se a aceitação por parte do profissional diante de características presentes em surtos nos quadros de esquizofrenia, tais como: “desatenção, inquietação e dificuldades afetivas”<sup>(109: p.36)</sup> que podem se fazer presentes durante a interação<sup>(109)</sup>.

Outro ponto importante a ser destacado é a necessidade do terapeuta conseguir organizar a interação quando o cliente mostra outra característica comum ao esquizofrênico, mudar de assunto repentinamente ainda sem ter concluído o tema inicial. Cabe ao terapeuta, juntamente com o cliente, reorganizar os assuntos e ajudá-lo a dar um sentido para aquilo<sup>(109: p.38)</sup>.

Enfim, a partir desses estudos analisados, pode-se dizer que a noção de cuidado de enfermagem coincide com a noção de relacionamento interpessoal. Trata-se de um cuidado de enfermagem que se dá pela aproximação entre profissional e paciente, pautado na comunicação, alcançando a condição terapêutica. O profissional torna-se agente terapêutico, tendo para isso que se utilizar de sua pessoa e de algumas técnicas propostas.

Nesse sentido, a relação profissional-paciente é definida como interpessoal. Duas pessoas que amadurecerão nesse processo de cuidado, ao aprenderem formas de lidar com seus problemas, ou seja, ao ampliarem seu repertório de respostas aos impasses que causam sofrimento e levam ao adoecimento mental. O profissional, funcionando como modelo, ajuda o paciente a descobrir os 'porquês' e a encontrar soluções.

De forma coerente, o cuidado corporal vai ser marcado por essa mesma racionalidade na medida em que o paciente é levado a aprender repertórios de atos e comportamentos que o ajudarão no enfrentamento de uma crise e permanecerão como aprendizado para situações futuras. Além disso, a higiene vai contribuir para a inserção social na medida em que facilita a aceitação dos familiares e da comunidade<sup>(76)</sup>.

Alguns profissionais, entretanto, apontam, nos estudos analisados, dificuldades com a comunicação e o próprio relacionamento quando os pacientes encontram-se mais desorganizados psiquicamente. Os estudos aqui analisados, que se referem ao cuidado com psicóticos relataram interações únicas (35 ou 40 minutos) com um único paciente<sup>(108,109,111-113)</sup>.

Tais dificuldades são compreensíveis quando se toma por norteador esse arcabouço teórico que valoriza a razão e a aprendizagem como meios de se lidar com o sofrimento mental, uma vez que, "concretamente, os sintomas apresentados por estas pessoas traduzem-se em dificuldade para estabelecer relações interpessoais efetivas; para realizar atividades de vida diária, mais especificamente de autocuidado, sem a colaboração de outras pessoas"<sup>(02:p.25)</sup>.

A análise desses estudos aponta para a importância da temática do Relacionamento Interpessoal Terapêutico no que diz respeito a uma concepção de cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental. Trata-se de uma abordagem teórica que vem tradicionalmente fazendo parte dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem. Encontram-se estudos que reforçam sua relevância teórica e exequibilidade na prática do enfermeiro. Em sua maioria, os estudos analisados discutem a aplicabilidade do Relacionamento Interpessoal no cuidado do doente mental, realizam uma fotografia de alguns serviços e atuações profissionais que não atuam de acordo com essa proposta. Ao estabelecerem interlocução com as ideias da Reforma Psiquiátrica, traduzem conceitos distantes, do ponto de vista epistemológico, tomando-os por semelhantes.

Pela análise desses estudos, essa concepção antecede a efervescência dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e segue seu 'percurso' concomitante a ela.

‘Antecipa’ e inova, em termos da prática, ao propor que o fazer do enfermeiro passe pela função de ‘terapeuta’. Por vezes, busca dialogar com algumas ideias reformistas. Encontra eco, em especial, no primeiro momento da Reforma no qual preconiza-se a humanização das práticas assistenciais.

---

#### **4.2.2- O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E O MODO PSICOSSOCIAL**

---

O modo psicossocial, como lógica que contradiz o Modo Asilar, baliza-se por parâmetros fundamentais: 1- a “implicação subjetiva do usuário” determinada pela superação da dicotomia sujeito-objeto encetada pela visão positivista; 2- “horizontalização das relações intrainstitucionais”, o que também potencializa a subjetivação; 3- o deslocamento das práticas do interior das instituições para o território, tomando-o por referência; 4- a superação da “ética da adaptação para uma ética que considere a “relação sujeito-desejo e a dimensão carecimento-ideais”<sup>(3: p.14)</sup>.

Sabe-se também que o Modo Psicossocial se efetiva como “...um espaço de práticas marcadas pela diversidade de linhas teóricas, de propostas terapêuticas e de objetivos”<sup>(249: p.36)</sup>. Dessa forma, inclui um processo de reabilitação psicossocial, representado por um conjunto de práticas voltadas, ora para uma restituição (idealizada) de uma condição anterior à doença<sup>(250)</sup>, ora para uma ampliação da contratualidade social<sup>(251)</sup>.

Tal como afirma Guerra<sup>(4)</sup>, essas e outras contradições se fazem presentes em tempos de Reforma Psiquiátrica. A autora organiza as diferentes concepções de Reabilitação Psicossocial em três distintos modelos epistêmicos.

O primeiro refere-se aos Modelos Psicoeducativos que buscam a adequação entre indivíduo, família e comunidade através da “...aprendizagem de habilidades e manutenção de repertórios de comportamentos e respostas que facilitem...”<sup>(4:p.90)</sup> essa adequação.

O segundo, organizado sob a denominação de Modelos Sociopolíticos ou críticos, nos quais a reabilitação encontra-se condicionada a variáveis reais, ou seja, variáveis da ordem social e política que irão determinar a “...leitura e interpretação dos diferentes modelos de diagnóstico, medicação, tratamento e reabilitação”<sup>(4: p.91)</sup>. Guerra<sup>(4)</sup> compreende que esse

modelo cria condições para uma “...cidadania possível na psicose sendo esse processo pensado em termos do aumento da capacidade contratual de cada sujeito”<sup>(4:p.91)</sup>.

Por último, os Modelos de Orientação Clínica que partem “... do pressuposto de que há uma dimensão particular, única e irreduzível de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramentos sobre seu modo de estar no mundo, bem como aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for”<sup>(4:p.91)</sup>. Nesse Modelo, as noções de singularidade e de responsabilização tornam-se centrais.

Sabe-se que tais modelos, na qualidade de construções teórico-epistemológicas, influenciam as práticas de cuidado e são por elas influenciados. Entretanto, há que se considerar que as práticas trazem consigo a inquietude e uma certa indisciplina, por vezes desejada quando se pensa no cuidado em saúde mental, não se deixando apreender por modelos únicos.

O quadro 4 apresenta estudos qualitativos que se dedicaram a pensar o cuidado de enfermagem em saúde mental a partir das propostas do Modo Psicossocial.

Quadro 4- Estudos identificados conceitos alinhados “O cuidado de enfermagem em saúde mental e o Modo Psicossocial”.

Nº/ Nº Referência	Autor(es)	Tipo de publicação	Objetivo(s)	Coleta de dados/ Publicação	Cenário(s) do estudo	Número de sujeitos	Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual <sup>21</sup>
01	Aguiar, MGG <sup>(116)</sup>	Dissertação	- Compreender o ‘ser enfermeira’ no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e nos NAPS da cidade de Santos (SP).	1991-1992/ 1995	Casa de Saúde Anchieta e NAPS- Santos	11	Primeira e Segunda ordem
02	Pinheiro SMA <sup>(117)</sup>	Dissertação	- Analisar o cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) no município de Belo Horizonte, MG.	-/2011	Centros de Referência em Saúde Mental Belo Horizonte	7	Primeira e Segunda ordem
03	Kantorski LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB <sup>(118)</sup>	Artigo original	- Descrever as práticas de cuidado em saúde mental, estruturadas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir dos pressupostos teórico-práticos da reabilitação psicossocial.	2004/ 2006	CAPS-Castelo, em Pelotas/RS	-	Primeira e Segunda ordem
04	Silva, TS <sup>(11)</sup>	Dissertação	-Descrever em que situações clínicas psiquiátricas a contenção tem sido adotada; caracterizar as condições que antecedem para aplicação da técnica da contenção física executada pela equipe de enfermagem; - Analisar a contenção física realizada pela equipe de enfermagem durante a assistência ao paciente frente ao contexto do cuidado de enfermagem psiquiátrico.	2007/ 2008	Hospital psiquiátrico universitário localizado no Rio de Janeiro	Equipes de enfermagem	Segunda ordem

<sup>21</sup> Os diferentes estudos apresentam em si construtos que foram identificados com distintas linhas conceituais. Assim, um mesmo estudo será analisado em diferentes linhas conceituais. Essa coluna identifica qual tipo de construto (primeira ou segunda ordem) identificado na pesquisa se alinhou com essa linha conceitual no processo de tradução (análise) e de síntese.

<b>Nº/ Nº Referência</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Coleta de dados/ Publicação</b>	<b>Cenário(s) do estudo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual</b>
05	Alves M, Oliveira RMP <sup>(119)</sup>	Artigo original	-Aplicar a proposta do modelo teórico à rotina de cuidado da enfermeira psiquiatra; -Descrever o cuidado da enfermeira psiquiatra à luz da proposta do modelo teórico; - Identificar elementos apreendidos do novo modelo de cuidado presentes na prática da enfermeira; - Analisar a proposta de modelo teórico como ferramenta orientadora para o cuidado da enfermeira psiquiatra.	-/2010	Instituição hospitalar psiquiátrica	8	Primeira e segunda ordem
06	Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Machado M. <sup>(120)</sup>	Artigo original	- Conhecer o entendimento dos profissionais de um serviço substitutivo sobre o cuidado em saúde mental prestado neste espaço.	-/2009	CAPS II região Sul do Brasil	18	Primeira e Segunda ordem
07	Rodrigues J <sup>(121)</sup>	Tese	- Compreender a prática do cuidar do enfermeiro psiquiátrico, desvelando o que significa para este trabalhar com doentes mentais crônicos internados.	2009-2010/2010	Docentes dos cursos de graduação Santa Catarina	20	Primeira e Segunda ordem
08	Tavares CMM <sup>(122)</sup>	Artigo original	-Analisar os fatores que interferem no desenvolvimento desta perspectiva na prática da enfermagem psiquiátrica, partindo do marco conceitual da Reforma Psiquiátrica e de encontros sociopoéticos com enfermeiros que trabalham em diferentes serviços de saúde mental no Estado do Rio de Janeiro.	-/2002	Serviços de saúde mental do Estado do Rio de Janeiro	12	Segunda ordem

<b>Nº/ Nº Referência</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Coleta de dados/ Publicação</b>	<b>Cenário(s) do estudo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Ordem dos constructos alinhados com essa linha conceitual</b>
09	Calgaro A, Souza EN <sup>(123)</sup>	Artigo original	- Identificar a percepção dos enfermeiros dos serviços extra-hospitalares acerca da prática assistencial em saúde mental e a influência da Reforma Psiquiátrica.	-/2009	Serviços extra-hospitalares de saúde mental de um município do Rio Grande do Sul	-	Primeira e Segunda ordem
10	Oliveira RMP <sup>(12)</sup>	Tese	- Descrever a maneira pela qual as enfermeiras percebem, constroem e constituem o ato de cuidar.	-/2005	Hospital psiquiátrico universitário localizado no município do Rio de Janeiro	10	Primeira e Segunda ordem
11	Breda MZ <sup>(124)</sup>	Tese	- Investigar os sentidos construídos acerca da assistência prestada e recebida em Hospital Psiquiátrico e em Centro de Atenção Psicossocial, sob a ótica de usuários e profissionais de saúde deste último.	2005/ 2006	Hospital Psiquiátrico e Centro de Atenção Psicossocial	16	Primeira e Segunda ordem
12	Garcia, APRF <sup>(8)</sup>	Dissertação	- Identificar as possibilidades de cuidado de enfermagem destinados a um sujeito psicótico, que levem em conta a estrutura clínica do sujeito como também a relação que se desenvolve entre enfermeiro, paciente, família e instituição.	-/2004	CAPS	1	Primeira e Segunda ordem

A despeito da clareza didática dos três Modelos encontrados sob a denominação Reabilitação Psicossocial<sup>(4)</sup>, constata-se que os construtos de primeira ordem identificados nos estudos acima listados apontam para a diversidade. Pode-se afirmar que as práticas relatadas pelos Sujeitos das pesquisas selecionadas para essa revisão descrevem seu cotidiano de trabalho em saúde mental e ele expõe aos pesquisadores a multiplicidade de uma prática que se considera em constante construção.

Dessa forma, identificam-se, ora práticas mais coerentes com o modo asilar, ora mais coerentes com os modelos psicoeducativos estampados numa insistente busca de adaptação do doente mental aos padrões sociais. Entretanto, essas mesmas práticas não deixam de apresentar elementos do modelo clínico e de tomar a cidadania por norteador. Por fim, conforme apontam Alves e Oliveira<sup>(119)</sup>, há também o fato de que nem sempre o discurso dos profissionais espelha fielmente sua prática.

Nesse cenário de avanços e retrocessos, de contradições e diversidades, o cuidado ganha lugar de destaque, tornando-se o cerne, o núcleo das estratégias de reabilitação psicossocial<sup>(124)</sup>.

Um cuidado de enfermagem em saúde mental que, no início da década de 90, se apresenta aos pesquisadores com as inovações e questionamentos e que, após 20 anos, ainda fazem parte de diversos estudos. Os relatos dos participantes dessa pesquisa revelam os detalhes de um cuidado que encontra lugar nos primeiros serviços abertos de atenção à saúde mental da cidade de Santos – SP. Nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, o cuidado aos pacientes egressos da Casa de Saúde Anchieta norteava-se por noções específicas que marcarão o Modo Psicossocial no Brasil. Um trabalho que acontece no interior dos serviços direcionado para além dos limites físicos da instituição:

Investir dentro da instituição, na coisa terapêutica, na subjetividade do paciente e um outro movimento que a gente sempre fez paralelo a isso: de ir pra fora, de trabalhar com os movimentos sociais, de trabalhar com a cidadania. As necessidades do paciente em relação a habitação, em relação a dificuldade de conseguir um emprego. Então as alternativas de trabalho, as oficinas. A gente sempre trabalhou esses dois polos: a subjetividade e a transformação social que o doente mental pudesse estar inserido<sup>(116: p.109)</sup>.

Gestado nas discussões e impasses vivenciados desde a Casa de Saúde Anchieta e nos movimentos de profissionais, familiares e doentes mentais, começam-se a delinear minúcias de um cuidado marcado por incertezas, por questionamentos, por idas e vindas. Um cuidado que toma dois polos por norteadores: a subjetividade e a transformação social. Tal como sintetiza<sup>(4)</sup> nos Modelos da reabilitação social: questões da subjetividade que a Orientação Clínica busca alcançar e a transformação social, marca dos Modelos Sócio-críticos.

Os profissionais dos NAPS de Santos delinham elementos que mais tarde tornam-se essenciais ao cuidar em saúde mental:

A cada momento você vai ter uma situação diferente. Vai ter que interagir diferente. **Não dá pra padronizar**<sup>22</sup> o que tem que ser. Há momentos em que você nem faz nada, você só fica ao lado do paciente;... é só dar tempo ao tempo, mas **estar presente, ter disponibilidade**<sup>19</sup> para o paciente<sup>(116: p.84)</sup>.

E mais:

A partir do momento que você estabelece um **vínculo**<sup>19</sup> com esse paciente, você é uma **referência**<sup>19</sup> para ele. Se faz presente nos momentos em que ele precisa, seja na medicação, alimentação, em ouvi-lo, acompanhá-lo<sup>(116: p.84)</sup>.

Elementos caros ao cuidado de enfermagem vão aos poucos sendo res-significados. Assim, rotinas, normas e padronizações vão perdendo sua rigidez e supremacia em nome do estar disponível para o paciente. Um paciente que dirige a cena do cuidado. Cuidado determinado não mais pelo controle disciplinar do tempo e movimento, mas por aquilo que o paciente precisa. 'Precisões' que impedem uma antecipação. Um cuidado de enfermagem em saúde mental construído, como propõem Loyola e Rocha<sup>(9)</sup>, *a posteriori*. Mas, no interior do cotidiano das práticas, como isso tem sido realizado?

Críticas às duras rotinas como impeditivas de cuidados de enfermagem psiquiátrica/saúde mental<sup>(11)</sup>, o reconhecimento da necessidade de um atendimento individualizado<sup>(117-119,123)</sup>, do vínculo como norteador da função de referenciar<sup>(117, 120)</sup>, da

---

<sup>22</sup> Grifos da autora

centralidade da noção de acolhimento<sup>(117,121,123)</sup> ora proposto em função da necessidade de humanização do cuidado<sup>(118,123)</sup>, ora em nome da particularização desse atendimento<sup>(117,121)</sup>, são elementos que vão conferindo os contornos desse cuidado de enfermagem em saúde mental na perspectiva do Modo Psicossocial.

Em estudo conduzido 20 anos depois<sup>(117)</sup>, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a temática do vínculo, da função de referência, de um cuidado sem imposição ao portador de sofrimento mental, pautado pelas necessidades desse portador fazem-se presentes no discurso dos enfermeiros.

Dos parâmetros fundamentais do Modo Psicossocial, propostos por Costa-Rosa<sup>(3)</sup>, vê-se que a implicação subjetiva aparece nos estudos analisados através da ideia da responsabilização<sup>(120)</sup>, bem como da busca de ir além do olhar objetificante que se pauta no comportamento observável para cuidar<sup>(116)</sup>, para a concretização da ideia de integralidade das ações como forma de se opor ao modelo tecnicista<sup>(123)</sup>.

As relações intrainstitucionais, nos CAPS, se constituem a partir da ideia de trabalho interdisciplinar, no qual são discutidas e construídas estratégias terapêuticas, marcando a importância de cada área do conhecimento<sup>(117,121,123)</sup>. Assim: "... cada um ter o seu saber e poder compartilhar seu saber com os demais saberes. Exatamente cada um ter sua especificidade e poder enriquecer o outro com o que tem de específico. O grande desafio"<sup>(117:p.69)</sup>. O saber acerca do organismo aparece como uma área na qual o enfermeiro traz um conhecimento mais específico<sup>(93,117)</sup>.

Os dispositivos terapêuticos nos quais o cuidado encontra lugar são diversos e infindáveis nessa diversidade: oficinas, atendimentos individualizados, espaços de educação em saúde<sup>(93)</sup>. As técnicas para o cuidado de enfermagem em si parecem não diferenciar muito dos outros serviços de saúde<sup>(117)</sup>. Mas, na área da saúde mental, as representações subjetivas acerca do corpo<sup>(93)</sup> devem ser consideradas, o diálogo e os acordos com o paciente precisam ser exercitados cotidianamente<sup>(116,117)</sup>.

Quando o cuidado de enfermagem em saúde mental se desloca "de um fazer técnico-administrativo para um fazer de relação com o outro"<sup>(116:p.143)</sup>, quando esse cuidado torna-se pouco ou nada definido em termos de padronizações, quando é exigida uma prática dependente de cada contexto e momento, de cada pessoa, há a necessidade, sentida pelos enfermeiros, de uma sustentação teórica:

O desafio para um cuidado de enfermagem em atenção psicossocial inicia-se através de um saber-fazer a partir da existência concreta do sujeito do sofrimento, cuja especificidade seja o posicionamento deste sujeito em relação a sua subjetividade atravessada por conflitos, e isso marca uma ruptura para o campo da saúde mental<sup>(121: p.163)</sup>.

Os serviços de saúde nos quais o Modo Psicossocial tem sido construído destinam-se ao acolhimento e tratamento de neuróticos e psicóticos graves, em crise<sup>(125)</sup>. Em serviços de emergência, os desafios para esse cuidado de enfermagem em atenção psicossocial tornam-se maiores. Especificamente, na psicose, as questões ligadas à subjetividade surgem de forma peculiar e as crises marcam rupturas que levam a formas inusitadas ou mesmo obstáculos ao estabelecimento de laços sociais.

Os estudos analisados sob a denominação Modo Psicossocial comprovam a diversidade do que se abriga sob o termo reabilitação psicossocial. Na enfermagem em saúde mental, podem-se identificar estudos que se articulam a partir dos três modelos (Sócio-crítico, Psicoeducativos e de Orientação clínica). Uma articulação a partir de interlocuções: de aspectos do Modelo Sócio-crítico ora numa interlocução com os Modelos Psicoeducativos, ora com o Modelo de Orientação Clínica.

Nessas articulações, noções, conceitos e práticas advindos da psicologia social, análise institucional, psiquiatria e psicopatologia, psicanálise, sociopoética, dentre outros, têm sido solicitados no sentido de contribuir para o embasamento do saber-fazer o cuidado. Embasamento para suportar as práticas e não engessá-las, que possibilite o reconhecimento da subjetividade e não sua exclusão.

Os estudos analisados demonstram uma preocupação com os aspectos clínicos do cuidado ao doente mental. Nesse sentido, algumas noções e conceitos específicos são constantemente evocados: escuta e seus adjetivos qualificada<sup>(12)</sup> ou singularizada<sup>(117)</sup>, secretário do alienado<sup>(11,12)</sup>, sujeito<sup>(8,11)</sup>, inconsciente<sup>(8)</sup>.

Oliveira<sup>(12)</sup> propõe uma clínica da enfermagem psiquiátrica construída a partir do modelo teórico, por ela idealizado, denominado intuir empático. Sustentado pelo arcabouço teórico do Interacionismo Simbólico, o intuir empático é definido como “um processo dinâmico e pessoal”<sup>(12:p.195)</sup> no qual o enfermeiro, munido de criatividade, de um saber que é científico e

também intuitivo, com suas habilidades e empatia constrói, juntamente com os clientes, o cuidado. Numa aproximação ao cuidado-arte.

O cuidado de enfermagem em saúde mental articulado a partir dos Modelos reunidos sob a denominação reabilitação psicossocial, a partir da análise desses estudos, apresenta, do ponto de vista conceitual, toda a diversidade que o Modo Psicossocial reúne. Observa-se que muitos dos parâmetros propostos para o Modo Psicossocial são incorporados na qualidade de uma tradução, quase automática, aos discursos acerca das práticas de cuidado. Sabe-se também que muitos dos estudos aqui apresentados revelam a realidade de serviços específicos, de experiências localizadas que se encontram distantes das práticas de cuidado da enfermagem no interior de cada serviço de saúde mental existente no país.

Em suma, ao rastrear e analisar as concepções de cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, duas linhas se delinearam: o avesso do cuidado e Inspirações Nightingaleanas, esta com duas divisões. Pode-se claramente perceber que ainda hoje coexistem práticas que as fazem coexistir.

O avesso do cuidado, como realidade a ser extinta, encontra abrigo nos currículos de graduação e nível médio em Enfermagem que negligenciam o ensino de um cuidado em saúde mental afinado com as políticas nacionais, com os direitos dos cidadãos, com o sofrimento psíquico que psicóticos e suas famílias enfrentam cotidianamente.

O Relacionamento Interpessoal Terapêutico, arcabouço teórico que sustenta o cuidado de enfermagem em saúde mental, segue sendo ensinado, desde a década de 70, aos alunos de enfermagem e, ao mesmo tempo, questionado ou ausente dos serviços de atenção comunitários, nos quais são atendidos os neuróticos e psicóticos graves.

Já o cuidado de enfermagem em saúde mental, articulado a partir do modo psicossocial, encontra-se às voltas com as construções a partir de novos paradigmas. E isso implica em grandes ressignificações, novas concepções, novas articulações teóricas que incluam saberes de outras disciplinas e ciências, dentre elas, a Teoria Psicanalítica.

**5- PSICANÁLISE, INSTITUIÇÃO E PSICOSE E SUAS  
RELAÇÕES COM A CLÍNICA DO SUJEITO:  
APROXIMAÇÕES PRIMEIRAS**

---

## **5. Psicanálise, instituição e psicose e suas relações com a clínica do sujeito: aproximações primeiras**

Pensar a Clínica do Sujeito é algo que permite uma abordagem por meio de diferentes recortes teóricos dentro da Teoria Psicanalítica. Nesta tese, os princípios e concepções da Clínica do sujeito são convocados para uma interlocução com o cuidado de Enfermagem ao psicótico. Compreendeu-se que há elementos na Enfermagem que a aproximam da forma como as Instituições se fazem existir, considerando a Enfermagem em suas características, seus modos passados e presentes de se organizar e pensar/realizar o cuidado de Enfermagem em Saúde Mental/Psiquiatria, tal como explicitado na introdução desta tese.

Em torno dos objetos epistemológicos da Enfermagem, cuidado e conforto<sup>(126)</sup>, toda uma organização vai se consolidando historicamente. Hierarquia, normas, fluxos, missões, regras de condutas, modos próprios de expressão tornam-se elementos estruturantes que interferem, por vezes, determinam ou mesmo sobrepõem-se ao cuidado<sup>(72, 79)</sup>.

Nesse sentido, não se deve desconsiderar que tais elementos afeitos às instituições, de modo geral, podem ser o recorte que permite estabelecer uma interlocução entre Enfermagem, na forma do cuidado de enfermagem, o saber ou as questões que nos impõem a psicose como uma das estruturas possíveis a partir do Édipo (Lacan) e a Psicanálise pensada a partir da realidade das instituições, um outro setting, a saber, a Psicanálise Aplicada.

Para discutir um cuidado de enfermagem que se articula a partir da clínica do sujeito, proposta pela psicanálise, é preciso, primeiramente, investigar o que é psicanálise, quais são os elementos que a definem e como esta pensa a psicose.

No decorrer deste capítulo, a opção pela interlocução entre Psicanálise, instituição e psicose será melhor detalhada e justificada para que, posteriormente, essa discussão, que ora se segue, possa oferecer-se numa outra interlocução entre Cuidado de Enfermagem na psicose e Clínica do sujeito, objetivo desta tese.

Por ora, parte-se da concepção freudiana da Psicanálise, passa-se ao ensino de Lacan que faz uma releitura da obra freudiana, demora-se apresentando o modo psicótico de estruturação do sujeito, focando-se o segundo tempo do ensino de Lacan acerca das psicoses, para, finalmente, pensar-se a Prática entre Vários, na qualidade de uma resposta possível ao que a clínica das psicoses vem impondo aos profissionais que escolhem com ela lidar.

Em 1923, Freud<sup>(127)</sup>, define:

Psicanálise é o nome de um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, um método (baseado nessa investigação) ... e uma coleção de teorias psicológicas ... que gradualmente se acumulam numa nova disciplina científica.”<sup>(127:p. 287)</sup>.

Instituída em três pilares - procedimento, método de investigação e ciência - a práxis psicanalítica, ao contrário do que se possa pensar, acaba por fundi-los e torná-los quase indistinguíveis.

Freud fundou uma nova ciência e o fez com base em suas observações e em sua prática cotidiana desenvolvida ali, naquele espaço privado, onde ele e seus pacientes se encontravam a cada sessão. Assim, como resume Zenoni<sup>(128)</sup> a prática da psicanálise, em seu esquema mais comum, vai da vida social ao consultório do analista.

Não convém, no entanto, desconsiderar que, para além dessa prática a dois e de suas teorizações a partir delas, Freud também privilegiou a interlocução – com outros médicos, não médicos, alunos e admiradores de seu trabalho – como meio fundamental para a construção da psicanálise. Uma interlocução que não se limita a uma área específica do conhecimento, no caso, a medicina, como queriam alguns de seus contemporâneos. Freud<sup>(39)</sup>, tomando como central o interesse do paciente, insiste no quão essencial é a formação daquele que se propõe utilizá-la, bem como na necessidade de uma prática clínica<sup>(39)</sup>.

Em sua clássica definição, Freud<sup>(127:p.307)</sup> institui pilares da nova ciência, mas não os utiliza, sem explicitar sua condição de ciência “sempre incompleta e sempre pronta a corrigir ou a modificar suas teorias.” Uma ciência que privilegia a plasticidade de uma realidade psíquica, singular, apartando-se, assim, do determinismo do cogito cartesiano que atribui a condição única de existir humano à uma dependência exclusiva da razão e sua lógica. Uma ciência que inaugura um sujeito dividido, também incompleto, ao admitir um saber inconsciente, não sabido, e atribuir a ele efeitos de verdade<sup>(6)</sup>.

As lacunas deixadas por Freud e por seus sucessores propiciam lidar e propor respostas aos novos desafios que a vida mental imporia aos futuros analistas. Um desses desafios, aceito por Lacan, foi pensar a psicose e em ‘o quê’ a Psicanálise poderia dizer sobre ela. Outro

desafio se refere aos momentos em que um sujeito psicótico, em seu sofrimento, requer uma resposta do aparato institucional.

Nesse sentido, vale discorrer detidamente sobre cada um desses desafios.

## 5.1- A PSICANÁLISE, OS ENSINOS DE LACAN E A PSICOSE: ELABORAÇÕES PARA NÃO RETROCEDER

---

Lacan<sup>(129:p.11)</sup> afirma: “A psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso.” E Lacan assim o fez. Em seu ensino, desenvolvido ao longo de trinta anos<sup>(130)</sup>, podem-se localizar dois momentos distintos e complementares, dois pontos de partida distintos para pensar a psicose, duas clínicas<sup>(131,132)</sup>.

Para Lacan<sup>(129:p.02-03)</sup>, falar em clínica é falar de algo em um sentido específico. Ele sentencia aos analistas:

Portanto, há que clinicar. Isto é, deitar-se. A clínica está sempre ligada ao leito, vai-se ver alguém deitado. (...) Na posição deitada o homem tem a ilusão de dizer algo que seja do dizer, isto é, que importa no real. A clínica psicanalítica consiste no discernimento de coisas que importam e que serão densas quando se toma consciência delas.

Ao estabelecer um conceito de clínica, situando-o a partir do deitar-se, Lacan retoma, em outras palavras, o método clínico freudiano. Falar de uma clínica ligada ao leito é falar de um saber que se constrói ali, a partir do homem deitado. Homem deitado, longe de ser alguém acomodado, passivo, que, mesmo não sabendo, mesmo sem escolher as palavras, diz. E isso é o que importa. Esse saber não sabido, esse saber que só se apreende junto ao leito, esse saber que se sustenta na ilusão de tudo dizer, esse é o saber da clínica. Clínica da qual se ocupa a psicanálise. É desse saber, construído ao pé do leito, de que o ensino de Lacan se ocupa.

Em outras palavras, essa clínica ao pé do leito pode ser traduzida, tal como propõe Quinet<sup>(133)</sup>, por uma clínica que toma por ponto de partida o sujeito. Um sujeito que não se resume a um significante oferecido por um diagnóstico: deprimido, hiperativo, crônico, bipolar, dentre outros<sup>(132)</sup>. Um sujeito marcado pelo inédito e singular de seu desejo. Assim, Mattos<sup>(132:p.02)</sup> afirma: “A psicanálise ... está do lado do sujeito e vale como meio de emergência de um desejo inédito: *não como todo mundo*. A causa do desejo não é genérica, o gozo não é programado na espécie humana, é contingente”.

Marcado pelo que não tem essência, pelo que é eventual e incerto, o sujeito da psicanálise, sujeito do inconsciente, se apresenta de uma forma bastante peculiar. Não se trata de um sujeito em essência, uma pessoa. Não se trata do eu imaginário (aquele pelo qual eu me defino dizendo ‘eu sou...’). Trata-se do sujeito evanescente, capturado na fala. Exatamente por seus lapsos que comprovam a existência de um inconsciente estruturado como linguagem, na forma de metáforas e metonímias, um sujeito que surge no intersignificantes para, logo em seguida, desaparecer<sup>(40,41)</sup>. A Psicanálise é uma clínica, uma teoria, um método que se subordina ao que há de mais singular no sujeito, em cada sujeito.

Há que se considerar que o termo sujeito apresenta diferentes acepções. Pode-se, por vezes, referir-se ao sujeito de direitos e deveres, o cidadão. Pode-se referir ao sujeito ao qual se pode empoderar (empowerment), um sujeito que busca alcançar sua autonomia. Ou seja, esse sujeito de direitos, autônomo, livre e poderoso não coincide com a concepção de sujeito proposta pela psicanálise.

Em psicanálise, a concepção de sujeito refere-se ao sujeito dividido, estruturado a partir da linguagem, que sabe sobre si, mas esse saber nem sempre é sabido e sempre é furado. É sempre um meio-dizer uma meia verdade. Um sujeito que deseja e busca o prazer, mas vê-se, nesse percurso, às voltas com o gozo<sup>23(40)</sup>.

Pode-se, ainda assim, pensar o sujeito de direito e em que momento essa acepção de sujeito dialoga com a noção proposta pela psicanálise. Miller<sup>(134)</sup> busca situar – e também diferenciar- o sujeito e o sujeito de direito. Para ele, o direito de que se trata, em sua acepção de sujeito de direito, refere-se ao direito do sujeito de responder pelo que faz e pelo que diz. E, nesse sentido, tomado pela vertente da resposta, trata-se do mesmo sujeito da psicanálise, o sujeito da enunciação. Entretanto, fica a advertência de que esse é “O sujeito que responde por seu enunciado, para o qual é necessário não se confundir com ele”<sup>(134:p.17)</sup>.

---

<sup>23</sup> O termo Gozo, proposto por Lacan, articula-se como o que produz efeitos, sem, no entanto, produzir significação. Trata-se de uma forma encontrada por Lacan denominar o que Freud chamou de pulsão<sup>(130)</sup>. Refere-se ao que leva o sujeito à repetição sintomática de algo, sem que ele consiga estabelecer ali alguma elaboração possível de ser dita. O gozo comporta um excesso, um transbordamento, um modo de sofrer, uma repetição, um ato que se opõe à palavra, mas que pode encontrar nela seu limite. O gozo, opondo-se ao desejo nunca satisfeito, proporciona, por sua vez, momentos de satisfação (Cf. Lacan J. O paradoxo do gozo. In: Lacan J. O seminário 7- a ética em psicanálise. p.205-265. 1959-1960/1988).

Nessa acepção, a de um sujeito que tem o direito de responder sobre o que diz, como pensar esse sujeito numa psicose, na qual o que ele diz é algo que foge a uma lógica convencional? Haveria sujeito na psicose? Se sim, então como pensar uma Clínica do Sujeito na psicose?

Para melhor situar essa questão, torna-se necessário discorrer sobre a teorização feita por Lacan acerca da psicose. Uma teorização que, tal como ele aponta, constitui um retorno<sup>(148)</sup>, significa compreender o que fez Freud<sup>(6)</sup>, ou seja, uma releitura da obra freudiana.

Uma análise de toda a obra lacaniana permite temporizá-la, dividindo-a em duas clínicas ou dois ensinamentos relativos à psicose: a clínica estrutural e a clínica borromeana<sup>(128, 131,133,136,148)</sup>. Dois tempos de um mesmo ensino que, a despeito de um suceder o outro do ponto de vista temporal, um não invalida, tampouco substitui o outro<sup>(130,132,136,137)</sup>.

---

### 5.1.1 - PRIMEIRO ENSINO – A CLÍNICA ESTRUTURAL

---

O primeiro ensino ou a primeira clínica de Lacan é denominado por alguns autores<sup>(130,132)</sup> por clínica estrutural, uma vez que nela as estruturas - neurose, psicose e perversão - surgem como efeito da articulação de elementos diferenciados. Trata-se do significante mestre ( $S_1$ ) e sua articulação na cadeia significante ( $S_1-S_2$ ), do Outro, e do sujeito ( $\$$ ). A forma como esses elementos irão se articular determinam o aparecimento de uma das três estruturas.

Vale ressaltar que a concepção de estrutura em psicanálise aproxima-se mais da noção de semblante “...fazer crer que há algo ali onde não há...”<sup>(130: p.57)</sup> do que da de diagnóstico médico que caminha mais na direção de uma generalização.

Retomando, na psicose, tal como Lacan elabora em seu primeiro ensino, acontece a forclusão (*Verwerfung*) do Nome-do-Pai. Mas o que vem a ser Nome-do-Pai e como isto de dá? O Nome-do-Pai, definido por Lacan<sup>(6)</sup> como um significante, é o responsável por inscrever

uma barra na relação dual na qual mãe e filho se encontram, nesse momento, numa relação puramente imaginária.

Há uma compreensão, nesse tempo do ensino de Lacan, de que a dimensão imaginária é a dimensão fundamental do sujeito<sup>(137:p.08)</sup>. Nesse sentido, futuros neuróticos, futuros psicóticos ou futuros perversos teriam um nascimento em comum, ou seja, o estágio do espelho.

O estágio do espelho é a primeira estrutura do mundo primário do sujeito, o que significa que é um mundo muito instável. (...) Para ele, é também o mundo da mãe. É supostamente um mundo cuja força pulsional é a do Desejo da Mãe, o desejo desordenado da mãe em relação ao filho-sujeito. De certa maneira, isso equivale a dizer que a loucura é o mundo primário. É um mundo de loucura<sup>(137:p.09)</sup>.

É nesse mundo de loucura que o Nome-do-Pai encontra sua função. Função de impedimento, de barra, de ordenamento, de ponto de basta, de substituição ao Desejo da Mãe. Melhor dizendo,

o Nome-do-Pai é o pai enquanto função simbólica, é o pai simbólico, que vem metaforizar o lugar de ausência da mãe; é o significante que faz a mãe ser simbolizada. A função significante do Nome-do-Pai inscreve-se no Outro, que até então era para a criança ocupada inteiramente pela mãe<sup>(138:p.12)</sup>.

Se isso se dá, a criança deixa de ficar submetida ao desejo caprichoso, mortífero, de uma mãe que se entende completa por aquele pequeno ser que gerou e este, por sua vez, deixa de se acreditar como aquilo que faltava a essa mãe. É o olhar de desejo materno que irá permitir a entrada desse terceiro na relação. Terceiro este que, nesse momento, se coloca como a lei, para, num momento posterior, figurar como quem também está submetido à lei da cultura, ou seja, como representante dessa lei que enuncia.

Esse momento marca a entrada ou a submissão, por assim dizer, às leis sociais e às estruturas elementares da cultura, condição essencial à construção de sua subjetividade. À mãe

é vetada a reintegração da criança, à criança é proibido permanecer na condição de objeto<sup>24</sup> de uso caprichoso dessa mãe. Para a criança, esse Nome-do-Pai sinalizará a existência de algo (além da criança) para o qual o desejo da mãe se dirige, assim como também mostrará que aquela mãe, antes poderosa e completa, também está submetida a uma lei, ou seja, também é castrada e faltosa como todo ser humano<sup>(6)</sup>.

Inserido nessa estrutura da cultura, o sujeito passará a estar sujeito a uma ordenação de trocas, as quais, mesmo sendo inconscientes, são marcadas pela estrutura da linguagem.

Donde resulta que a dualidade etnográfica da natureza e da cultura está em vias de ser substituída por uma concepção ternária – natureza, sociedade e cultura – da condição humana, na qual é bem possível que o último termo se reduziu à linguagem, ou seja, àquilo que distingue essencialmente a sociedade humana das sociedades naturais<sup>(139:p. 499)</sup>.

Ocorre que, na Psicose, o Nome-do-Pai encontra-se foracluído. Foraclusão é:

... um neologismo que se utiliza em português para designar que não há inclusão, que o significante da lei está fora do circuito... Foraclusão não é propriamente uma tradução do termo francês *forclusion*<sup>25</sup> proposto por Lacan para equivaler ao termo freudiano *Verwerfung*<sup>21</sup>. É antes uma interpretação.

Forclusion é um termo francês tomado de empréstimo ao vocabulário jurídico. (...) Um processo *forclos*<sup>21</sup> é um processo acabado legalmente e inexistente que equivale em termos jurídicos em português à prescrição que é toda exclusão de um direito ou de uma faculdade que não foi utilizada em tempo útil. A foraclusão, portanto, remete à noção de lei e de sua abolição<sup>(138:p.15)</sup>.

Como consequência da foraclusão do Nome-do-Pai na psicose, abolição dessa lei simbólica, todo o sistema significante é colocado em questão, pois a criança não pode mais 'saber' sobre o Desejo da Mãe. Esse desejo torna-se uma incógnita e retorna ao sujeito como gozo enigmático do Outro<sup>26</sup>.

Por falta de referência simbólica o sujeito psicótico funciona no registro imaginário, onde o outro é tomado como espelho e modelo de identificação imediata. Disto

---

<sup>24</sup> Objeto de gozo.

<sup>25</sup> Grifos de Antônio Quinet.

<sup>26</sup> Aqui o termo Gozo comporta o mesmo sentido de transbordamento, de excesso anteriormente citado, mas na qualidade de Gozo do Outro, significa que é o Gozo que o sujeito acredita que o Outro dispõe. Um gozo pleno, ilimitado.

decorrem os fenômenos de transitivismo, projeção, rivalidade, onde identificação e erotização se confundem. O semelhante é apreendido apenas no registro imaginário onde a relação especular é a regra<sup>(138:p.19)</sup>.

Diante dessa não inscrição do significante da falta no Outro, resta ao sujeito lidar com os efeitos da foraclusão, o que implica um modo 'imaginarizado' de se constituir. Textualmente, "a psicose consiste em um buraco, uma falta ao nível do significante"<sup>(6:p. 229)</sup>.

Quais as implicações dessa falta do significante? Lacan define que o sujeito é aquilo que representa um significante para outro significante<sup>27</sup>. Ou seja, não há um único significante que represente o sujeito, que o defina, apenas o representa provisoriamente para outro significante. E é exatamente essa representação provisória que dá ao sujeito respostas, ainda que também provisórias e incompletas, acerca do Desejo da Mãe, desejo do Outro, bem como respostas acerca de si mesmo e de seu desejo.

Da não inscrição do Nome-do-Pai, aquele que inicia e organiza toda a cadeia significante, decorre que o significante mestre ( $S_1$ ), apresenta-se colado a  $S_2$ . Ao rejeitar (foracluir) um significante primordial, todo conjunto significante é colocado em questão. Nessa condição, sua função de 'pôr ordem' na cadeia significante não encontra lugar.

Na psicose, a foraclusão anula a possibilidade de um significante funcionar representando o sujeito, ou seja, fazer essa função de responder ao "O que o Outro quer de mim?" e, num movimento de separação desse outro, também ao 'O que eu desejo?'. Sem o anteparo do significante, do registro simbólico, resta ao sujeito funcionar a partir do imaginário, ou seja, quase numa condição de mimetização do Outro e de seu desejo, numa regressão que implica uma submissão a esse Outro<sup>(6)</sup>.

Seja para o psicótico ou neurótico, o Outro existe, mas de formas muito diferentes. Ao psicótico é legado o lugar desse Outro todo poderoso, que o torna objeto de seu gozo e de seu uso, é um Outro não barrado (diferente do que se vê na neurose). Esse Outro tem consistência<sup>28</sup>, é absoluto, está acima de qualquer regulação possível, acima de qualquer lei.

---

<sup>27</sup> Pode-se compreender o significante, tal como propõe Lacan, como a metáfora da uma pegada e aquilo que a fez. Assim, o significante é: "... um sinal que não remete a um objeto, mesmo sob a forma de rastro, embora o rastro anuncie, no entanto, o seu caráter essencial. Ele é também o sinal de uma ausência. ... o significante é um sinal que remete a um outro sinal, que é como tal estruturado para significar a ausência de um outro sinal, em outros termos para se opor a ele num par"<sup>(6: p.192)</sup>.

<sup>28</sup> Pode acontecer desse Outro se tornar inconsistente na medida em que não há uma sustentação da relação imaginária com o semelhante. Esse Outro pode assim se apresentar também esfacelado.

Na falta de um significante, do Nome-do- Pai, que venha impor estabilidade e ordem a esse mundo instável, uma ordenação em termos de gozo, libido e pulsões, fica um buraco, um vazio de significação, o qual a metáfora, não mais paterna, mas agora delirante vem tentar preencher. “Um delírio é um conto simbólico”<sup>(137:p.09)</sup>. Schreber<sup>29</sup> construiu para si um conto privado. Isso é o que Lacan extraiu a partir do Caso Schreber e das respectivas elaborações de Freud a respeito desse caso<sup>(137)</sup>.

---

### 5.1.2 - O SEGUNDO ENSINO – O SINTHOMA

---

Em seus estudos posteriores aos anos de 1955 e 1956, Lacan depara-se com a obra de Joyce, localizando aí, em seus escritos literários, outra forma, não mais apenas de suportar, mas de encontrar saídas, saídas únicas, singulares, para lidar com sua psicose advinda da não inscrição do Nome-do-Pai.

Trata-se de James Joyce, autor irlandês de obras clássicas tais como *Ulisses*, *Finnegans Wake*, *O retrato de um artista quando jovem*<sup>30</sup>, dentre outros. Famoso por suas obras enigmáticas, Joyce explicitava sua intenção de dar anos de trabalhos aos universitários<sup>(140)</sup>.

A partir do ‘encontro’ de Lacan com Joyce, criam-se condições para outra forma de compreensão da psicose<sup>(141)</sup>. Trata-se da segunda clínica de Lacan<sup>(128, 130,132,137,136, 148)</sup>.

A segunda clínica ou segundo ensino de Lacan surge com a ideia de pensar a psicose em suas relações com os registros Imaginário, Simbólico e Real. Lacan não dispensa a menção e o trabalho a partir das estruturas clínicas. Se, na primeira clínica, o sintoma é compreendido pela via da metáfora, na segunda o será pela via do gozo<sup>(137,136)</sup> e de como cada um, cada

---

<sup>29</sup> Daniel Paul Schreber, renomado juiz de Direito, desencadeia uma psicose ao ser convidado a assumir um importante cargo na hierarquia judicial de seu país. A partir da leitura de seu livro ‘Memórias de um Doente dos Nervos’(Schreber, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos**. Trad. Marilene Carone. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra S. A., 1995. 371 p) , Freud (1911/1969) dedica seu tempo a estudar e analisar o que lhe acontece. Lacan retoma as elaborações freudianas às quais acrescenta novas elaborações.

<sup>30</sup> Joyce J. *Ulisses*. São Paulo: Penguin Classic Companhia das Letras. 2012/ 1922.

Joyce J. *Finnegans Wake*. Porto Alegre: Ateliê Editorial. 1999/1939.

Joyce J. *O retrato do artista quando jovem*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Alfaguara. 2006/1916.

sujeito, inventa um 'que fazer' para lidar com as questões de um gozo desmedido, não barrado, de um Outro que o toma (ao sujeito) por objeto. "O extraordinário é que Joyce o tenha conseguido, não sem Freud (embora não baste que o tenha lido), mas sem recorrer à experiência da análise..."<sup>(141:p.566)</sup>.

Se é a via do gozo que está em questão na segunda clínica, então há que se situar, aqui, algo da complexa noção de gozo na obra lacaniana. Para tanto, faz-se necessário estabelecer primeiro algumas noções.

Miller<sup>(137:p.09)</sup> demarca:

É no nível simbólico que vocês devem insistir na palavra "ordem". Vocês seriam tentados a dizer "a ordem imaginária", "a ordem real", mas é inexato. Na verdade, isso significa que a ordem chega ao mundo imaginário com o simbólico. A estrutura lacaniana introduz o simbólico – a linguagem, a metáfora paterna – como a potência que impõe a ordem, que impõe a hierarquia, a estrutura, a constância, que estabilizava o mundo imaginário instável. Lacan condensa essa potência, essa força ordenadora do simbólico, no Nome-do-Pai...

O Nome-do-Pai... aquilo que se encontra foracluído na psicose. Disso decorre que ao psicótico não falta o acesso à linguagem, não falta ao psicótico o recurso à metáfora. O que lhe ocorre é a ausência disso que ordena, que estrutura o mundo imaginário na psicose. Ao que falta, o simbólico que introduz ordem, Lacan dá o nome de metáfora paterna.

Nessa condição, o psicótico situa-se como um fora-do-discurso<sup>(133)</sup>. Entenda-se, do discurso e não da linguagem. Por discurso compreende-se aqui uma relação simbólica inconsciente que supõe que aqueles ali envolvidos estão submetidos à castração<sup>(136)</sup>. Ou seja, sabem, ainda que inconscientemente, que não podem tudo, não podem dizer tudo sobre tudo, nunca poderão realizar plenamente seu desejo, mas que nem por isso, permanecerão à mercê do desejo voraz e mortífero do Outro, uma vez que descubrem que esse Outro também está barrado em seu desejo, ou seja, que o Nome-do-Pai também se inscreve aí. É em torno dessa falta que o sujeito busca construir meios de lidar com ela, para lidar com seu desejo.

Ao psicótico, como fora-do-discurso, fica

...uma impossibilidade lógica, estrutural, portanto real... de entrar completamente na dança dos discursos, ou seja, de circular pelos laços sociais, participar

alternadamente de um ou de outro, dialetizar suas relações, cortar com uns e reatar com outros os laços sociais e com isso dar conta da metabolização do gozo<sup>(133:p. 52)</sup>.

Ao mesmo tempo, entretanto, com seu discurso “pulverulento – pulverizado e virulento” – que desfaz o estabelecido, o instituído, o conhecido, que rechaça as conexões entre significante e significado, que desfaz as articulações e subverte a incidência do significante no corpo, o psicótico se faz também mestre dos discursos<sup>(133)</sup>. Exatamente por circular em seu avesso. Exatamente por não se estabilizar em nenhum dos discursos, fazendo, por vezes, pequenas incursões<sup>(133,140,142)</sup>.

Joyce, tal como aponta Lacan<sup>(140:p.163)</sup>, impressiona ao produzir uma linguagem não analisável e, ao mesmo tempo, interdita (compreendido aqui em sua origem *interdire*, para dizer *ficar estupefato*). E sentencia: “a literatura não pode mais ser, depois dele, o que ela era antes”. Joyce ousou, com uma lógica particular, dar à língua outro uso, como meio de lidar com seus transbordamentos.

A que se refere quando se fala em transbordamentos? A resposta exige precisar questões ligadas ao gozo na psicose, bem como ao recurso à topologia utilizado por Lacan. Isso feito, mais à frente, retoma-se o avanço que representou esse encontro de Lacan com a obra Joyceana.

Ao psicótico, que nega, forclui a castração, resta então lidar com um Outro também não castrado, não barrado em seu desejo. A forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, - esse Outro compreendido como o tesouro dos significantes, ou seja, aquele que tudo sabe, que tudo responde- também abriga o Nome-do-Pai, um significante. Mas, quando o psicótico é convocado a responder de um certo lugar, devido à forclusão, esse Outro oferece um sem número de significantes, mas não aquele que nomeia – ainda que uma nomeação provisória<sup>(140)</sup>.

Assim, situado como objeto, o psicótico permanece sem o arrimo da significação fálica, do Nome-do-Pai, para fazer frente ao gozo. “O gozo psicótico, portanto, seria um gozo ilimitado, pois é a significação fálica que organiza o simbólico e permite o surgimento do desejo, que limita o gozo por estabelecer um objeto”<sup>(142:p.254)</sup>.

Miller<sup>(130)</sup> situa o gozo como um ponto fixo, uma função imóvel do desejo. Segundo ele, Lacan irá renomear a libido freudiana com o nome de desejo. Mas, diante da insuficiência dessa renomeação frente a todos os aspectos da libido, ele cunhou o termo gozo, na qualidade de

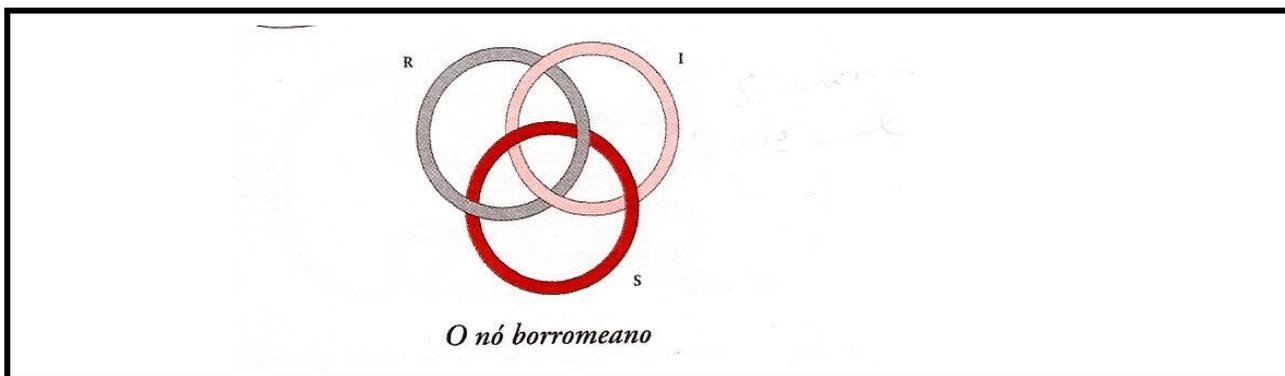
uma segunda face do desejo. “O gozo, ao contrário do desejo, é para o sujeito uma resposta. (...).Mas é preciso ainda fazer com que, digamos, se encaixem e se articulem a questão do desejo com a resposta do gozo”<sup>(130:p.35)</sup>.

Assim, na psicose, de acordo com Lacan e a partir de Freud, situa-se a questão ausência da inscrição do Nome-do-Pai do que decorre um modo de gozar. Na psicose, há um transbordamento proporcionado pela ausência dessa mediação simbólica, mediação ao falo. O limite da castração não se encontra presente. Esse gozo desordenado, deslocado, perturba a circulação social. Essa seria a distinção feita por Lacan até aqui<sup>(130)</sup>.

Lacan se dedica à leitura de *Finnegans Wake* e trama uma forma diferente de ler a psicose que será tomada por modelo para se pensar a psicanálise<sup>(130)</sup>. Nesse sentido, o aforismo de Lacan “todo mundo é louco<sup>31</sup>” é tomado por Miller<sup>(130:p.49)</sup> como: “o Real mente para todo mundo, a verdade é mentirosa para todo mundo”. Mas de que real se trata? Lacan propõe três registros essenciais da realidade humana, a saber, real (R), Imaginário (I) e Simbólico (S). Esses três registros encerram três funções que só existem uma para a outra. Embora distintos, os três registros estão intrinsecamente atados, de forma que o rompimento de um deles torna os outros dois livres. O fato de permanecerem atados determina que um registro detém, limita os outros dois<sup>(140)</sup>.

Assim desenhados(fig.1), esses registros formam a figura de um nó. Um nó formado por três anéis inscritos no Brasão dos Borromeus. Lacan<sup>(140)</sup> o denomina ‘*nó borromeano*’.

**Figura 01- O nó borromeano**



<sup>31</sup> Cf. Lacan, J. “Lacan a favor de Vincennes!”. Correio – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, (65). São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 1978/2010. p. 31.

A figura 01 pode ser assim lida:

A cadeia borromeana se faz com três rodela maleáveis colocando-se duas, uma sobre a outra e costurando com a terceira: costura esta que vai num movimento alternado de passar uma vez por cima, outra vez por baixo de cada corda até fazer uma volta inteira. Quando fica pronto, não podemos distinguir umas das outras, pois estarão absolutamente homogêneas. (...) Não há hierarquia nem grau de importância dos três registros<sup>(143:p.01)</sup>.

É fundamental considerar, entretanto, que, de acordo com Lacan<sup>(140)</sup>, essa costura, ou seja, o nó não pode ser considerado uma norma para a relação das três funções. É exatamente a consideração de cada registro em sua distinção que permite arranjos de diferentes tipos, alguns dos quais Lacan apresenta ao longo de seu seminário do ano de 1975.

O registro imaginário encontra lugar na constituição do sujeito. De imagem completa de um outro, ela (a imagem) passa a ser assumida, por identificação – uma identificação imaginária -, como imagem do eu, na qual irá se apoiar a matriz do [eu], matriz simbólica. Nesse sentido, Lacan irá postular: “ O eu é um outro”, ou seja, “Sou semelhante àquele em quem , ao reconhecê-lo como homem, baseio-me para me reconhecer como tal”<sup>(6,144:p.120)</sup>.

Essa primeira identificação a uma imagem especular marcará a inscrição do registro Imaginário para esse bebê e irá acompanhá-lo em sua existência. Essa relação dual (bebê / outro) marca o registro do Imaginário, mas ainda não se pode pensar numa subjetividade. O que ocorreu delimita o externo e o interno, algo do individual, logicamente, surgirá aí, mas trata-se apenas de rudimentos. Trata-se de uma relação imediata, sem mediação da linguagem, do simbólico.

O registro Simbólico, como registro da palavra, é aquilo que torna o homem humano, mas também precede a existência de um indivíduo. O simbólico é uma ordem à qual todo ser humano está, desde o início, submetido, ou seja, somos falados antes mesmo de nascermos. E é também aquilo que marca a entrada de um sujeito na cultura<sup>(6)</sup>.

Por fim, o Real sobre o qual é importante lembrar que “... o real se distingue da realidade. Isso não é para dizer que ele seja desconhecível, mas que a questão não é conhecê-lo, e sim demonstrá-lo”<sup>(145:p.05)</sup>.

Com essa distinção entre real e realidade, pode-se dizer que o real não é o factual, mas é aquilo que escapa, que não se deixa dizer completamente. Lacan<sup>(140)</sup> afirma que o real não dá forçosamente prazer. E, nesse sentido, mantém estreita articulação com o gozo. Diante da realidade, de um real que não se deixa dizer, Lacan recorre assim à topologia, ao nó, para que, na impossibilidade de dizê-lo, possa-se parar de imaginá-lo, para mostrá-lo por meio de uma escrita. Lacan, inventor do real, ousa afirmar e negar que o nó seja a escrita do real. Escrita precária, mas que serve à mostraçãõ de como esse real traz ao imaginário e ao simbólico, “coisas que são muito estranhas uma para a outra”<sup>(140:p.128)</sup>, o elemento que pode mantê-las juntas.

Lacan esclarece:

O caráter fundamental dessa utilização do nó é ilustrar a triplicidade que resulta de uma consistência que só é afetada pelo imaginário, de um furo como fundamental proveniente do simbólico, e de uma ex-sistência<sup>32</sup> que, por sua vez, pertence ao real e é inclusive sua característica fundamental<sup>(140:p.36)</sup>.

Lacan argumenta que a linguagem tem a função de fazer furo no real. E acrescenta: “É por essa função de furo que a linguagem opera seu domínio sobre o real. (...). Aliás, a linguagem come o real”<sup>(140:p.31)</sup>. O real, em sua condição de ex-sistir, tal qual uma trama que tudo recobre, encontra na função do simbólico, por meio da linguagem, seu limite, “uma vez que não há verdade possível como tal, exceto ao esvaziar-se esse real”<sup>(140:p.31)</sup>. Entretanto, saiba-se que à voracidade da linguagem é vedada a condição de traduzir o real que lhe escapa fazendo, disso seu limite (limite do real) ao simbólico. Afinal, “só há verdade na medida em que ela apenas pode ser dita pela metade, tal qual o sujeito que ela comporta. A verdade só se pode meio-dizer”<sup>(140:p.31)</sup>.

Na psicose, porém, ocorre algo um pouco diferente. O real fala e diz a verdade do sujeito<sup>(130:p.48)</sup>. Tratar do real na psicose é dizer daquilo que concerne ao gozo. Entretanto, cabe questionar, afinal o gozo não carrega consigo exatamente essa acepção de transbordamento, de desordenação? É nesse sentido que Lacan recorre à sua teorização acerca do sinthoma.

---

<sup>32</sup> Ex-sistir: neologismo de Lacan que busca conjugar existir com a ideia de algo exterior. Algo não inerente.

Grafado com th, à maneira antiga, Lacan propõe que essa seria a nomeação possível à Joyce<sup>(140)</sup>.

Segundo Laia<sup>(146:p.13)</sup>, os enigmas da obra de Joyce “envolvem seu próprio criador, ou seja, enigmas que, como um nó bastante particular, se tramam literalmente em torno de Joyce, nos escritos que ele corporifica.” Trata-se de enigmas que remetem à criação, à paternidade, à loucura, ao nome.

Lacan<sup>(140:p.86)</sup> situa esse enlaçamento do próprio Joyce em sua obra: “Seu desejo de ser um artista que fosse assunto de todo mundo, do máximo de gente possível, em todo caso, não é exatamente a compensação do fato de que, digamos, seu pai jamais foi um pai para ele? Que não apenas nada lhe ensinou, como foi negligente em quase tudo, exceto em confiá-lo aos bons padres jesuítas...?”

E segue sua análise: ‘Chamado’. “Essa é a palavra que resulta de um monte de coisas que ele escreveu. É a mola própria pela qual o nome próprio é, nele, alguma coisa estranha”<sup>(140:p.86)</sup>.

Nessa obra enigmática, Lacan lê uma ausência de inconsciente, apontando Joyce como um desabonado do inconsciente. Embora seja pela via da linguagem que Lacan se ‘encontra’ com Joyce, esse mesmo Lacan que fala de um inconsciente estruturado como linguagem vê na arte de Joyce alguém que se serve da língua, joga com a linguagem, mas exatamente por isso considera-o um desabonado do inconsciente. Joyce não dispõe de uma cadeia significante, em sua articulação, para produzir algum sentido. Ao contrário – e isso é o que fascina Lacan - em *Finnegans Wake* é exatamente o uso de duas ou três palavras unidas<sup>33</sup>, sem espaço, que “faíscam, cintilam (...) ainda que na verdade o sentido, no sentido que comumente lhe damos, aí se perca”<sup>(140:p.161)</sup>.

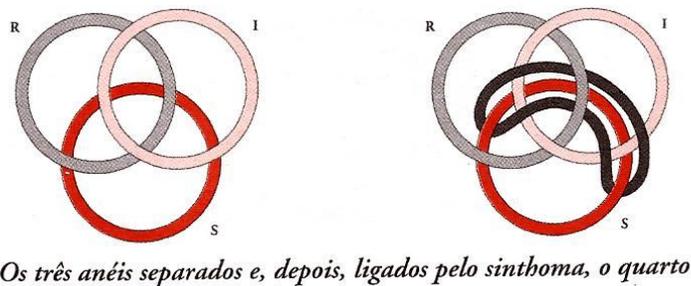
Joyce, esse gênio, que consegue o feito extraordinário de se tornar mestre em seu discurso que veicula o real, mestre de Lalíngua ou Alíngua. Lalíngua, um discurso que se opõe à linguagem estruturada, que se mostra absolutamente singular, efeito de um saber totalmente

---

<sup>33</sup> Frase do livro *Finnegans Wake*: “Para o então entomofilibido apenas curioso isso revelou um verdadeiro seximosaico de ninfose, no qual Oriópolis, o eterno caçador de quimeras, agora apetente de açúcar, agora com pendores de sal, tendo no ventre os órgãos sensórios da multidão acoplados ao olho para a verdade dos deusejados extasiado com seus eflúvios deles noturnos de rifles como tambores e carícias como forceps persequetelas suas vanessas de flore em flore” (Joyce J. *Finnegans Wake*. 2ed. São Paulo: Ateliê Editorial. 1929/2004)

investido no fazer. Joyce, em sua obra, cria um modo de dizer que faz de Lalíngua uma linguagem, não analisável, é claro. E Joyce conseguiu, de forma singular, tecer, tramar um Nome-do-Pai como quarto elemento que enlaça o Real, Imaginário e Simbólico. A isso, Lacan nomeou Sinthoma e recorreu à topologia para mostrá-lo (fig.2)<sup>(140)</sup>.

**FIGURA 02- SINTHOMA.**



Fonte: Lacan<sup>(140:p.21)</sup>.

Quando um psicótico busca algo que o nomeie ou que suplemente a forclusão do Nome-do-Pai, o transbordamento pode ser mostrado pela metáfora dos três anéis dos registros que se acham rompidos (fig.2). Faz-se, assim, necessário um quarto anel, o sinthoma, aquele que vem para reparar o erro da cadeia borromeana. E, Joyce, com sua arte pode desfazer o que se impôs do sintoma<sup>34</sup>. Essa arte, um artifício, que, tal como a análise faz suturas e emendas. “O texto de Joyce é todo feito como um nó borromeano”<sup>(140:p.149)</sup>.

É importante ressaltar que a enodação dos três registros não é dada, ou seja, não é inata. Como propõe Lacan<sup>(140:p.63)</sup>: “O nó não constitui a consistência. O nó ex-siste ao elemento corda, à corda-consistência. Portanto um nó pode ser feito”. A tarefa de enodação dos três registros cabe a cada um, a cada sujeito<sup>(147)</sup>. Isto equivale a dizer que, se a escrita

<sup>34</sup> “Ulysses testemunha que Joyce permanece enraizado ao seu pai, ainda que o renegando. É efetivamente isso que é seu sintoma”<sup>(140:p.68)</sup>.

enigmática de Joyce figura como uma saída, há que se entender claramente: uma saída para Joyce.

Nesse sentido, Lacan recorre ao nó borromeano para pensar naquilo que cada um, em sua singularidade, ‘amarra’ de uma forma única. Ao pensar a singularidade na condição de ‘subtração de categorias’<sup>(130:p.49)</sup>, constata-se que cada um, a seu modo, enlaça o real, imaginário e simbólico. E assim, a distinção neurose-psicose deixa de figurar como algo prioritário à clínica. Algo de uma particularidade, porém, se mantém numa relação dialética, que, tal como propõe Alvarenga<sup>(136)</sup>, permanece entre o primeiro e o segundo ensino de Lacan.

E mais, é da ordem dessa singularidade que se deve ocupar prioritariamente o analista. Lacan oferece pistas concretas do que cabe ao analista, diante da psicose:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passemos por seus secretários, mas tomemos ao pé da letra o que ele nos conta- o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada<sup>(6: p.236)</sup>.

E, essa, entretanto, é uma das posições possíveis diante daquilo que cada um, em sua relação com o gozo, irá enodar. Há ainda a posição de testemunha do alienado, ao que Zenoni<sup>(128: p.61)</sup> pondera:

Há então essa noção de secretário e testemunha. O que é comum aos dois, testemunha e secretário, é que a dimensão do saber é deixada do lado do sujeito. De certa forma, a dimensão do depósito da letra, literal, se encontra do lado do analista. Talvez a dimensão da testemunha coloque a ênfase sobre a dimensão do não-saber, enquanto que a dimensão do secretário coloca o acento sobre a dimensão da letra. Por outro lado, secretário não é simplesmente copista. É estar a serviço do sujeito ativamente e não simplesmente testemunha. Mas a questão da testemunha é importante no plano do não-saber.

Numa direção contrária ao Outro que tudo sabe, adotar uma posição de não-saber, de testemunha ou secretário ou parceiro, exigirá do analista uma escuta daquilo que aquele sujeito, naquele momento, lhe diz.

Viganò<sup>(149)</sup>, a partir de sua posição de psicanalista, compreende a instituição como espaço de pessoas onde a palavra circula. A equipe, em especial a enfermeira, pode ocupar uma posição de parceira. O parceiro é colocado como aquele que não interpreta, não compreende, não se coloca como espelho. O parceiro oferece-se como presença regular, mostra-se atento ao mínimo detalhe e, com isso, aprende algo sobre a linguagem particular daquele paciente.

Quando a psicose passa a ser pensada não apenas como a ausência da inscrição do Nome-do-Pai para ser pensada como uma forma singular de um 'que fazer' com o sintoma, um 'savoir-faire' como saber do ofício<sup>(140)</sup> presente em cada saída única que um psicótico vai construir para si, então se pode afirmar com Zenoni<sup>(128,148)</sup> e Viganò<sup>(149)</sup> que todos os profissionais, independente de sua formação (de ter uma formação ou não), devem se matricular na escola da psicose e se colocar como aprendizes.

É possível que, assim fazendo, possam, os profissionais, criar formas de lidar com aqueles que, diante de seus transbordamentos, encontram no ato uma forma de apaziguamento. Cabe-lhes, em equipe, extrair desse saber não sabido possibilidades de levantar hipóteses e discuti-las quanto às estratégias a adotar, com base naquilo que já teve efeito antes.

Isso só se torna possível, no entanto, em um trabalho de equipe no qual os saberes prévios se encontram desierarquizados e a responsabilidade é dividida entre todos<sup>(128)</sup>. Viganò<sup>(149)</sup> defende que uma instituição tenha sua hierarquia, mas que haja momentos que prescindem dela, para que se possa reconhecer a autoridade clínica de qualquer um dos trabalhadores junto a um determinado paciente que circula no serviço. As proposições de Zenoni e Viganò aproximam-se do que Miller nomeou como a Prática entre Vários. Tal prática, tal posição de aprendizes da clínica, apresentam consequências: a primeira, sobre a estrutura da própria equipe que relativiza todos os saberes prévios em favor de uma posição de pesquisa, de estudo, de aprendizagem.

A segunda, em decorrência da primeira, implica, diante da psicose, esse esvaziamento de saber prévio,

redobra a dispersão natural do sujeito suposto saber, a dispersão do suposto saber que está implicada num trabalho feito por muitos. (...) Essa posição de um sujeito suposto não saber é uma posição favorável para encontrar um sujeito que sabe o

que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do que lhe é endereçado enigmaticamente. É uma posição favorável para encontrar esse sujeito, sem alimentar uma posição intrusiva, persecutória de transferência<sup>(150:p.20)</sup>

Essa posição diferente que marca a Prática entre Vários ou Prática de Muitos vem encontrando lugar na realidade das instituições, dos novos serviços que se propõem a acolher os portadores de sofrimento mental grave, neuróticos e psicóticos, em crise. E é sobre isso que se passa a discorrer.

## **5.2- INSTITUIÇÃO, PSICOSE, PSICANÁLISE: UM SEGUNDO DESAFIO E SUAS POSSIBILIDADES DE INVENÇÃO NUMA PRÁTICA ENTRE VÁRIOS**

---

As instituições que tradicionalmente se dedicaram ao cuidado dos portadores de sofrimento mental passaram por modificações, tornaram-se alvo de críticas. Criaram-se, assim, novos dispositivos de cuidado, dentre eles instituições abertas que acolhem os doentes mentais em crise. Nesse sentido, vale destacar a distinção entre uma e outra instituição.

Primeiramente, trata-se de uma instituição que toma por objeto não mais a doença, mas a “existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social”<sup>(151:p.90)</sup>. Tal instituição se mostra em constante movimento, em estado de não equilíbrio, sendo constantemente inventada e não dada a priori. Nela, o olhar se volta ao doente e não à doença e suas manifestações. Volta-se para a desinstitucionalização, ou seja, para a desconstrução de qualquer padrão, seja ele de tratar, de lidar, de conceber o sofrimento-existência, voltando-se a pensar e lidar com o cotidiano, em suas ricas trocas sociais<sup>(151)</sup>.

Assim, nessa concepção de instituição proposta por Rotelli, não cabem os antigos manicômios, mas também podem não caber todas as instituições que, embora se dizendo novas, representem todo um “...conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: “a doença”<sup>(151:p.89)</sup>.

É nesse sentido que o arcabouço teórico da psicanálise vem funcionando como suporte para alguns profissionais e instituições, embora não necessariamente haja ali práticas idênticas àquelas tradicionalmente adotadas por analistas, ou seja, prática de atendimentos a dois, em um espaço privativo, numa periodicidade semanal definida. Nessas instituições, o que ocorre (ou deveria ocorrer) são práticas que representam formas de lidar com a efervescência das questões que ali aparecem e que exigem respostas mais imediatas e menos padronizadas de todos os que ali trabalham. Tornam-se, assim, práticas mais coletivas, que acontecem a qualquer tempo, em espaços coletivos. Quando a instituição deixa de focar a doença para se voltar para aquele que sofre e lidar com o que ele tem a dizer, a possibilidade de uma interlocução entre psicanálise e instituição começa a surgir.

Ainda que definida por um modo inovador de pensar a loucura e lidar com aquele que dela padece, pode-se, entretanto, afirmar com Zenoni<sup>(128)</sup> que instituição e psicanálise configuram uma situação de oposição. A instituição busca reduzir ou eliminar o sintoma. O analista busca no sintoma o significativo, numa aposta em um saber inconsciente. A instituição serve mais, como aponta Miller<sup>(134)</sup>, aos propósitos da ordem pública. Serve mais à “voz doce do imperativo impossível”<sup>(134:p.20)</sup> que acena com o ideal de uma saúde mental plena. O analista, por sua vez, “não visa nenhum bem, mas somente a emergência do desejo, que pode comportar o mal-estar e a angústia”<sup>(128:p.13)</sup>. A instituição lida com a demanda, buscando respostas para ela. O analista lida com a demanda para dar lugar ao desejo. Para a instituição, é necessário buscar a unidade do sujeito. O analista volta-se ao sujeito dividido.

Tais oposições poderiam configurar uma total impossibilidade, não fosse o fato de que, tal como afirma Laurent<sup>(131)</sup>, se tomarmos a civilização como pano de fundo com o qual o sujeito se constitui através do discurso, não se poderá desconsiderar que aí, na civilização, haja efeitos de instituição. E, nesse sentido, não haveria sujeito sem instituição.

De outra forma, Barros-Brisset<sup>(152:p.02)</sup>, também argumentando em favor da não existência de sujeito sem instituição, propõe que:

Quando o sujeito procura uma instituição, não é qualquer uma. Algo de sua causa mais íntima o dirigiu até lá, guiado pelo que supõe poder encontrar ali. A instituição é um Outro: O Outro daquele sujeito. A instituição não é a mesma para todos: cada um tem a sua.

E mais, Viganò<sup>(149)</sup> afirma que, na psicose, a instituição, em sua condição de estrutura fixa (de muro – concreto ou simbólico) pode oportunizar as condições necessárias para que o psicótico possa levar adiante seu trabalho de construção de si e de estabilização. Reitera que essa instituição seja um espaço onde existam regras e normas, mas também que estas regras se coloquem em função da realidade do sujeito psicótico que delas necessita como forma de regulação desse Outro caprichoso e invasivo. Nessa instituição, “se a equipe tem um discurso poderá dar um lugar ao psicótico”<sup>(149:p.8)</sup>. Dessa forma, pode-se pensar numa instituição que sustenta as condições para a existência de sujeito, ao contrário de aboli-lo. Mas, principalmente, não se pode desconsiderar que às instituições ocorrem diferentes categorias sociais e, principalmente, sujeitos em situações de passagem ao ato<sup>(128)</sup>.

Há que se pensar na passagem ao ato como tudo aquilo que denuncia que ali, naquele momento, algo daquele sujeito, de seu sofrimento, na impossibilidade de melhor tradução, se faz ato. Zenoni<sup>(128:p.15)</sup> exemplifica: “tentativa de suicídio, automutilações, errância, imobilidade catatônica, perda de qualquer interesse, uso excessivo de drogas”. Fenômenos que denunciam uma emergência (não no sentido psiquiátrico) subjetiva, denunciando, em última análise, uma grande fragilidade que, por vezes, requer acolhida, proteção, abrigo, cuidados. Tudo isso de forma intensiva. Situação que exige uma estrutura, uma atuação coletiva, em rede, rede de dispositivos de cuidados comunitários integrada.

Além disso, Zenoni<sup>(128:p14-15)</sup> convoca-nos a não desconsiderar que:

Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, é a necessidade de uma resposta social a fenômenos clínicos, a certos estados da psicose, a certas passagens ao ato, a alguns estados de depauperamento físico...

Convém reconhecer, então, que psicanálise e instituição se norteiam por práticas diferentes. Para a psicanálise, tomada em seu setting tradicional, há o analisando, o analista e a linguagem em sua dimensão de alteridade. A prática institucional volta-se ao coletivo. Entretanto, se há um ponto de interlocução possível para essas práticas díspares, esse espaço é o da clínica. Uma clínica na qual a experiência psicanalítica<sup>35</sup> pode dar contribuições, ‘mas nem sempre’. Frequentemente, surgirão questões clínicas que exigem outros tipos de recursos e dispositivos: uma prática social ou institucional<sup>(128)</sup>.

Para Zenoni<sup>(128)</sup>, essas práticas diferentes marcam funções diferentes. Uma função social e uma função terapêutica. Ambas produzindo limites mútuos. Ambas guiando-se pela clínica, ou seja, por aquilo que cada sujeito, em cada momento, demanda e necessita. Nem sempre, na psicose, será necessário o recurso ao tratamento em uma instituição. Nem sempre, na psicose, será possível um tratamento a dois, prescindindo do aparato ofertado por uma estrutura coletiva de resposta.

Zenoni<sup>(128:p.17)</sup> constata:

---

<sup>35</sup> Refere-se especificamente à atuação do profissional que atua a partir da psicanálise, utilizando-se para isso de seu formato mais tradicional, ou seja, o setting analítico no qual analista e analisando encontram-se periodicamente.

É a clínica que exige respostas que não podem ser dadas por um só. (...) Isso porque a agitação, a injúria, a crise epileptiforme, a briga, a interpretação persecutória de um gesto não esperam a entrevista do dia seguinte para se produzir. (...) O acolhimento institucional não está limitado no tempo e nem a uma só pessoa.

O mesmo autor propõe aos analistas o desafio de orientar - e de se orientar por - uma prática que foge aos padrões tradicionais e que é feita por muitos. Alerta que não é o fato de ser feita a dois que uma prática se torna analítica, tampouco que haja uma exigência de ser a dois para que se opere a partir do discurso do analista.

Discurso esse no qual o analista se coloca numa posição de objeto<sup>36</sup> e não de sujeito, para, nessa posição, oferecer-se como causa de desejo, endereçando-se a um sujeito barrado, dividido, não todo, mas sujeito. Essa é o algoritmo pelo qual Lacan<sup>(153)</sup> apresenta o discurso do analista. E afirma: “Ele, o analista, se faz de causa do desejo do analisante”<sup>(153:p.36)</sup>. Mais a frente propõe: “A posição do psicanalista, eu a articulo da seguinte forma – digo que ela é feita substancialmente do objeto a”<sup>(153:p.40)</sup>. Esse objeto que, embora opaco, é essencial<sup>(153)</sup>.

Propor essa posição de objeto<sup>37</sup>, na qualidade de um ‘se fazer de’, de um ‘representar’<sup>(153:p.41)</sup> não significa uma recomendação de que o analista se desconheça enquanto sujeito. É exatamente por sua condição de sujeito que um analista consegue sustentar sua posição por meio de seu desejo: desejo de ser analista. E por essa posição ele também paga: com suas palavras, com sua pessoa, com seu juízo mais íntimo<sup>(135)</sup>. Mas paga não porque está ali ou porque diz algo, mas porque suas palavras podem sofrer transmutações e se tornarem interpretação. Paga porque empresta sua pessoa como suporte de fenômenos transferenciais. Por fim paga com seu juízo<sup>(135)</sup>.

Nessas palavras de Lacan leio que o analista só paga porque suas palavras não serão tomadas pelo sentido que ele, analista, quis dar. Mas pelo sentido qualquer que o analisante lhes atribuir. Só paga com sua pessoa porque na cena analítica ela não figura conforme seu desejo, mas de acordo com o desejo e o lugar que o analisante o coloca. Enfim, essa posição

---

<sup>36</sup> Objeto a – conceito lacaniano.

<sup>37</sup> Ao longo de toda essa tese o termo objeto aparece e, em diferentes momentos ganha uma conotação diferente. A título de tornar o texto um pouco mais claro cumpre estabelecer essas diferenças.

de objeto ou de representante de objeto distancia-se das motivações pessoais do analista, das boas intenções nascidas do querer-bem ao paciente, e “(...)se encontra no polo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar”<sup>(153:p.66)</sup>.

Nessa direção, *La pratique à plusieurs*, como foi nomeada por Miller em 1992, refere-se a uma modalidade de trabalho clínico que, fundamentada em Freud e em sua releitura empreendida por Lacan, não prevê a utilização dos dispositivos clínicos psicanalíticos propriamente ditos<sup>(154)</sup>.

Trata-se de uma modalidade de trabalho clínico que acontece em instituições que cuidam de portadores de quadros psicóticos. Tal modalidade advém das questões que encontram lugar no cotidiano dessas instituições e que se referem aos sujeitos que ali estão. Diversos outros profissionais de instituições diferentes vêm criando formas e nomeações para lidar com os enigmas e desafios impostos pela psicose e pelo autismo, na certeza de que, para além de nomeações, ali existem sujeitos. Nesse sentido, o termo *La pratique à plusieurs* – Prática entre Vários ou entre Muitos – foi cunhado para nomear o trabalho desenvolvido desde 1974 na instituição Antenne 110<sup>(154)</sup>.

Antes mesmo de essa prática ser nomeada – a Prática entre vários – surge uma instituição, que pode ser considerada como pioneira nesse aspecto. Trata-se da Escola Experimental Bonneuil-sur-Marne que foi fundada em 1969 pela psicanalista francesa Maud Mannoni. Tinha e tem como objetivo acolher crianças psicóticas recusadas pelas escolas tradicionais da França. Segundo sua fundadora, seu objetivo era receber crianças e adolescentes em dificuldades. Foi denominada por Mannoni *L'institution eclatée*<sup>(155)</sup>. O termo foi traduzido por Lajonquière<sup>(156)</sup> como instituição estilhaçada, referindo-se a uma instituição que se coloca como lugar experimental no qual existem regulamentos, mas também lacunas, lugares vazios para que o imprevisto possa acontecer. “Não há psicanálise individual em Bonneuil, mas tudo o que lá se faz se funda na Psicanálise”<sup>(157:p.14)</sup>. Trata-se, enfim, de uma instituição que se fundamenta, que se construiu a partir da leitura psicanalítica da psicose infantil<sup>(158)</sup>.

Outras instituições vêm sustentando, criando e divulgando formas de trabalho que se apoiam na ética psicanalítica e em seus conceitos. Como exemplo, tem-se: Antenne 110, Le Courtil e Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CCPL).

Antenne 110, clínica belga que se dedica ao tratamento de crianças psicóticas e autistas, é dirigida pelo psicanalista italiano Antonio Di Ciaccia e reconhecida como uma instituição onde *La pratique à plusieurs* - Prática entre Vários ou entre Muitos - encontrou lugar na qualidade de uma estratégia clínica. Di Ciaccia estabelece quatro eixos para a Prática entre Vários: (1) Parceria de cada membro da equipe com o paciente; (2) Reunião dos membros da equipe; (3) Instituição de um responsável terapêutico e (4) Referência Teórica e clínica de orientação lacaniana no Campo Freudiano<sup>(154)</sup>.

Assim instituídos, esses quatro eixos têm o propósito de funcionar como obstáculo à presentificação de um Outro que detém o saber e o poder. Se assim não for, corre-se o risco de se criarem condições para que se estabeleça uma transferência sustentada por um delírio persecutório ou pela erotomania, formas frequentes entre psicóticos. A Prática entre Vários é uma estratégia que desloca o saber atribuído aos profissionais para apostar no saber que advém do sujeito<sup>(159-161)</sup>.

Outra instituição, Le Courtil, é uma clínica belga que foi fundada em 1984 pelo psicanalista Alexander Stevens. A instituição guia-se pela ética lacaniana e pelos quatro eixos propostos por DiCiaccia. Segundo Stevens<sup>(162)</sup>, cada um dos profissionais e trabalhadores da instituição é convidado a exercer a função terapêutica. São os atos de cada um que podem produzir efeitos terapêuticos. Nesse sentido, a função terapêutica não fica restrita nas mãos daqueles que possuem os diplomas universitários.

Por fim, o Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), que funciona na cidade de Recife-Brasil. Atua com crianças psicóticas e autistas e busca no trabalho embasado pela Prática entre Muitos, propor a *Construção a fio*, espaço de interlocução profissional no qual cada um é convidado a falar sobre cada criança<sup>(160,163)</sup>.

Essas instituições vêm comprovando a fertilidade da proposta de uma Prática entre Vários para fazer frente aos fenômenos da psicose, em especial quando estes exigem respostas imediatas, sob pena de possibilitarem danos. Zenoni<sup>(128)</sup> exemplifica essa proposta com cenas de um varejo, de um cotidiano institucional. Cenas nas quais, antes de mais nada, se dá o acolhimento e, em seguida, uma resposta que reduz os riscos, que apazigua. Acolhimento que não pode ser feito por uma só pessoa na instituição – no caso o analista ou o profissional de referência.

Nessas cenas, as questões daquele sujeito frente ao Outro são colocadas às claras e, certamente, não vão esperar a sessão do dia seguinte para se produzir. Assim, ele afirma que, diante, por exemplo, de uma queixa de roubo de pertences, antes de evocar as disposições presentes nas normas institucionais, antes tentar convencê-lo de que isso não aconteceu, pondera-se que:

Trata-se, sobretudo, de presentificar um Outro no qual ele tem um lugar, que o acolhe enquanto mestre, como alguém que tem razão, por uma declaração do tipo geral ou universal<sup>38</sup>, antes de se colocar numa relação dual com ele. <sup>(128:p.18)</sup>

Dessa forma, corroborando a realidade do cotidiano das instituições nas quais encontra lugar a Prática entre Vários, Zenoni<sup>(128:p.18)</sup> afirma:

São tipos de intervenção que todos os membros do coletivo podem ser levados a fazer. Não são reservadas a um ou outro ou a algum momento do dia. É a natureza mesmo da clínica, acolhida na instituição, que exige uma resposta comum, uma resposta da qual cada um pode ser o vetor.

Zenoni<sup>(128)</sup> compreende que seja pertinente pensar as relações entre clínica e instituição, como também as questões da psicose, articuladas a partir da psicanálise. O autor acrescenta que é o segundo ensino de Lacan acerca das psicoses que propicia condições para essa interlocução entre psicanálise, instituição e psicose.

Isso por, pelo menos, duas razões. Uma decorrente da outra. Pode-se pensar que, do primeiro ao segundo ensino de Lacan acerca das psicoses, há uma mudança no foco. Passa-se do olhar que privilegia a particularidade para aquele que o faz em relação à singularidade. Miller<sup>(130)</sup> aponta que, quando se busca compreender um caso a partir da noção de estrutura, está-se no domínio do particular. Ele explica: “Um caso particular não é o de uma regra, não é o exemplar de um universal, não é a exemplificação do geral”<sup>(130:p.15)</sup>.

---

<sup>38</sup> Algo do tipo: “Aqui não é permitido pegar coisas alheias”

Nesse sentido, quando analistas e demais profissionais 'psi' tomam por ponto de partida para seu exercício clínico a distinção entre neurose e psicose, eles atuam a partir de um particular.

Quando, na segunda clínica, o olhar se volta primeiramente para o sintoma - a segunda razão que possibilita articular psicose, psicanálise e instituição - abrem-se ou criam-se condições para se atuar a partir do sujeito, a partir do singular. Essa seria uma posição mais próxima do que se denomina Clínica do Sujeito.

Miller<sup>(130:p.49)</sup> explicita esse ponto:

O ponto de vista do sintoma, ao pôr em primeiro plano o modo de gozar em sua singularidade, isto é, subtraindo-o das categorias, apaga a distinção neurose-psicose. *Singularidade* quer então dizer subtração das categorias, ao passo que na *particularidade* ainda há categorias. Nela, por certo não se tem a categoria de *todos*, como no universal, mas tem-se, porém, a categoria de *alguns*, a categoria do tipo, ao passo que com o singular as categorias desaparecem.

Diante do exposto, numa Clínica do Sujeito, há que se buscar, ao máximo, o exercício de subtrair categorias. O sujeito que padece de uma psicose assim o exige.

Aos profissionais, em suas formações acadêmicas, é oferecido um modelo de raciocínio clínico mais tradicional que os leva a buscar as semelhanças, para que, unindo-as, possa-se enquadrá-las em categorias específicas e com isso nortear todas as condutas propostas para aquele caso, aquele um. O segundo ensino de Lacan acerca das psicoses abre a possibilidade, mais que isso, a exigência, de se construir o caminho oposto.

As experiências vivenciadas no interior das instituições aqui citadas e de tantas outras que se propõem ao exercício da psicanálise aplicada mostram caminhos de como não recuar diante da psicose e de suas questões e enigmas.

Mais que isso, atestam que, para se construir uma Clínica do Sujeito, é preciso ir além dos formatos preestabelecidos, dos limites impostos pela escolaridade dos profissionais e trabalhadores de uma instituição. É preciso voltar-se às formas singulares que cada um, em seu sofrimento psicótico, em seu mundo caótico, vai construindo meios de barrar o Outro e de lidar

com um gozo desmedido que lhe aponta o lugar de objeto. É preciso que profissionais se proponham a ser aprendizes e dessa posição vislumbrar sua clínica.

### 5.3- CUIDADO DE ENFERMAGEM E INSTITUIÇÃO: O 'JÁ DITO' E ALGUMAS INTERROGAÇÕES

---

Como se pode constatar na Revisão Qualitativa Sistemática, a prática do cuidado de enfermagem em instituições encontra seus limites em diferentes situações e condições. As publicações pesquisadas mostraram as precárias condições estruturais das instituições que repercutem numa forma de cuidar, aqui denominada como um avesso do cuidar, por não incluir o mínimo que um ser humano necessita para uma vida digna<sup>(11, 76,122)</sup>.

As práticas de Enfermagem nas instituições de psiquiatria/saúde mental no período compreendido entre 1980 a 2010, em sua maioria privilegiavam as ações padronizadas ou os cuidados mínimos (cuidados higiênicos e medicação), lidando com os pacientes nelas atendidos como um grupo de pessoas indiferenciadas, inclusive em suas necessidades e demandas<sup>(11, 72,76,119,120,123)</sup>.

Afastados desse cenário dos cuidados, os enfermeiros dedicam-se quase exclusivamente às atividades burocráticas<sup>(75,77,78,79,84,119,124,164)</sup> atendendo às demandas dos níveis hierárquicos superiores<sup>(76,84,119)</sup>.

Inspirados por sua formação, pelos movimentos de saúde mental, pelos trabalhos interdisciplinares ou por ideais humanitários, alguns enfermeiros começam a buscar meios de sair desse avesso do cuidado. Entretanto, a fragilidade do arcabouço teórico que sustentava as iniciativas de cuidados<sup>(76,120)</sup>, o isolamento das iniciativas e de seus autores<sup>(11,119)</sup>, bem como a presença de uma hierarquia de saberes, vão se tornando impeditivos para a continuidade ou o avanço em direção a formas inovadoras de cuidados.

Em tempos de mudanças, o relacionamento profissional-paciente ganha espaço no cuidado em instituições, mas as limitações impostas pela hierarquia institucional<sup>(76)</sup>, pelo número reduzido de enfermeiros, bem como por dificuldades de levar a cabo tal proposta, seja por limitação de conhecimento<sup>(110)</sup>, seja por limitação da própria proposta teórica<sup>(8)</sup>, reduzem o relacionamento profissional-paciente a uma condição de ideal e, como tal, não tão presentes nas práticas de cuidado. Não raro esse relacionamento profissional-paciente é compreendido como uma oportunidade de realizar uma educação em saúde, de mostrar a realidade ao paciente<sup>(114)</sup> na qual se poderá ensinar ao paciente a organizar melhor seus assuntos<sup>(109)</sup>. Atua-

se ainda na perspectiva de que um dos efeitos desse relacionamento é que ambos, profissional e paciente, sejam beneficiados mutuamente<sup>(98,111)</sup>.

A influência do arcabouço teórico da Atenção Psicossocial cumpre a função de incluir a cidadania como objetivo das práticas de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, surgem diversas iniciativas, tais como oficinas terapêuticas, trabalhos em grupo, passeios, atividades diversas fora das instituições<sup>(116)</sup>. Os cuidados vão deixando de ser imposições ou meros cumprimentos de rotinas para se tornarem mais próximos das necessidades dos pacientes<sup>(117,119- 121,123)</sup>.

Não se pode deixar de considerar, entretanto, que essas mudanças enfrentam empecilhos de arranjos institucionais que nem sempre privilegiam as subjetividades<sup>(164)</sup>. O fato de as instituições de saúde mental terem passado por mudanças estruturais não garante que o cuidado ali realizado será diferente do que se veio fazendo até então.

A articulação entre cuidado de enfermagem em saúde mental e Clínica do Sujeito vem sendo feita por alguns pesquisadores. Observa-se, nessas publicações, a proposição de que o fazer da enfermagem comporte um secretariado da loucura<sup>(2,13,8,163)</sup>. Tome por norteador uma ética que valorize o um a um<sup>(67)</sup>, que lide com o portador de sofrimento mental grave por uma perspectiva de sujeito<sup>(2,8,13)</sup> capaz de responsabilizar-se<sup>(2)</sup>.

Nesse percurso de promover/pensar o cuidado de enfermagem pela via da clínica do sujeito, constata-se a insuficiência do saber já instituído pela enfermagem, um saber que se volta a educar o paciente, que se vale de fórmulas padronizadas a serem empregadas no cotidiano de trabalho<sup>(2,13,67)</sup>.

A despeito dessas críticas e elaborações, olhares atentos apontam para a realidade de que fica um vazio, uma lacuna entre o cuidado de enfermagem e as exigências de uma realidade que compelem ao novo. Quais as implicações para o cuidado de enfermagem quando se considera o sintoma na qualidade de uma enodação singular? Que cuidado possível pode ser pensado sem que se incorra no risco de propor novas padronizações? Quais os efeitos clínicos de um cuidado realizado por um profissional enfermeiro que se inspira na proposição de

Lacan para os analistas de ocuparem uma posição de objeto<sup>39</sup> na perspectiva da Prática entre Muitos? Carecemos de instituir dispositivos de cuidados? Quais as implicações de se pensar a Prática entre Vários como norteadora teórica, ética e técnica do cuidado de enfermagem? Como pensar o saber de enfermagem em seus padrões numa articulação com a teoria psicanalítica? Como pensar a transmissão desse saber da ordem da singularidade? Como pensar a transmissão dessa posição de aprendizes da clínica e de uma posição de não saber?

Enfim, conforme aponta Viganò<sup>(149)</sup>, esse saber sobre a singularidade é algo que se dá no interior do cotidiano das práticas de cuidados. Assim, espera-se poder encontrar algumas pistas ou respostas, ainda que provisórias, é certo, para essas questões na fala e na análise da fala dos profissionais enfermeiros que participaram desta pesquisa.

---

<sup>39</sup> Tal como considerado em relação à posição de objeto proposta por Lacan para o discurso do analista, pensar o profissional enfermeiro na posição de objeto significa pensá-lo como representante do objeto. Para cuidar é essencial que haja desejo por parte do profissional, uma vez que sem ele dificilmente consegue-se sustentar esse lugar, não sem adoecimento. Não raro vê-se profissionais de enfermagem investidos em sua função de cuidar a partir de uma posição de dominação ou mestria. Também não é incomum que, tal como propõem alguns textos didáticos da área, que o enfermeiro se coloque como modelo a ser seguido. Lacan sustenta que a direção do tratamento não deve ser confundida com a direção do paciente<sup>(135)</sup>. Possivelmente essa possa ser uma recomendação da qual a enfermagem possa se beneficiar.



**6- O CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEUS SABERES:  
APROXIMAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS**

---

## 6. O cuidado de enfermagem e seus saberes: aproximações epistemológicas

Pesquisadores, acredito eu, precisam estar bem embasados por fundamentos acadêmicos (doutrinários) e filosóficos para empreender uma pesquisa, mas não para conformar-se, o que poderia sacrificar a criatividade<sup>(165:p.76)</sup>.<sup>40</sup>

Esta tese dedica-se a aprofundar<sup>41</sup> a busca de interlocuções possíveis entre o cuidado de enfermagem a psicóticos e a proposta de uma Clínica do Sujeito embasada pela teoria psicanalítica a fim de identificar e analisar alguns princípios que norteiam essa prática de enfermagem. Nesse sentido, busca-se aclarar e situar os fundamentos epistêmicos que norteiam esse cuidado que se propõe dirigido ao sujeito: um sujeito que se afasta da concepção cartesiana do ‘Penso, logo sou’. Concepção de sujeito esta que também demarca limites com outras concepções que o compreendem senhor da razão, de sua consciência, a quem se pode, conseqüentemente, educar, de quem se pode saber, aprioristicamente, a quem se permite conscientizar.

Na introdução desta tese, identificou-se, a partir de diversos autores, uma necessidade de construção, inovação e o arejamento das práticas de enfermagem em psiquiatria/saúde mental, quer seja em função do cenário nacional e das mudanças ocorridas desde a década de 80, quer seja em função dos obstáculos enfrentados por enfermeiros quando, diante das questões clínicas cotidianas, não encontravam respaldo nas teorias por eles aprendidas para cuidar dos portadores de sofrimento mental. A partir da Reforma Psiquiátrica, observa-se uma transição para um fazer em equipe interdisciplinar, fazendo com que o conhecimento/saber consolidado pela enfermagem psiquiátrica fosse desalojado e, para pelo menos alguns enfermeiros psiquiátricos, isso significou lacunas em relação ao tipo de saber requerido para sustentar essa outra clínica, diferente daquela estruturada por Peplau<sup>(91)</sup>, inspirada na psicologia do ego e na teoria da comunicação. Diante dessa realidade, passaram a buscar contribuições de outros arcabouços teóricos, dentre eles, a teoria psicanalítica.

---

<sup>40</sup> Tradução livre de: “Researchers, I believe, need to be well grounded in the pedentic and philosophical underpinnings of the research enterprise but not for conformity, wich can sacrifice creativity”<sup>(165:p.76)</sup>.

<sup>41</sup> Pesquisadores brasileiros e de outros países vêm tecendo paulatinamente essa interlocução, apontando possibilidades<sup>(2,8,163,166-169)</sup> e também lacunas, vazios que requerem a construção de algo<sup>(9,67)</sup>.

Alguns enfermeiros e pesquisadores empreenderam estudos e pesquisas, tomando a teoria psicanalítica por arcabouço, com o objetivo de, com olhares diferentes voltados para os impasses clínicos, propor estilos diferentes de cuidado, que conseguissem reconhecer e alcançar a singularidade de cada sujeito e suas formas únicas de sofrimento psíquico. Nessa direção, está a contribuição de Kirschbaum<sup>(2)</sup>, de Garcia<sup>(8)</sup> e de Silveira<sup>(170)</sup>. Compreendo essas iniciativas como formas de construir bordas nas lacunas existentes, propor respostas possíveis aos desafios que a clínica da psicose impõe cotidianamente aos profissionais. Seguindo essa direção, identificar os princípios que norteiam as práticas de cuidado de enfermeiros que se reconhecem influenciados pela teoria psicanalítica, é uma forma de continuar essa construção de bordas, com uma discussão que, partindo das práticas de cuidado, propõe pensar os princípios que as sustentam. Propor identificar e analisar esses princípios norteadores desse cuidado é, em última análise, tentar compreender como esses profissionais se apropriam da teoria psicanalítica e, a partir dela, constroem saberes que norteiam suas práticas, ainda que tais saberes, por vezes, se apresentem sob a forma de um conhecimento tácito.

Um estudo epistemológico acerca do cuidado de enfermagem empreendido por Barbara Carper<sup>(171)</sup> identificou, no conhecimento de enfermagem, padrões, formas e estruturas similares e, por isso, passíveis de serem sistematizadas em quatro Padrões Fundamentais de Saber: Padrão Empírico, Ético, Estético e Pessoal. Baseada nesse trabalho, posteriormente, a pesquisadora Patricia Munhall<sup>42(165,172)</sup>, discutindo os Padrões de Saber, propôs um quinto Padrão que ela denominou Unknowing, aqui traduzido por Não-saber.

Mas por que pensar o cuidado a partir de Padrões de Saber exatamente nesta tese em que se propõe contribuir para o arejamento de práticas a partir de uma concepção de sujeito? Algumas respostas podem ser assim apresentadas.

Primeiramente, ao buscar o saber que sustenta as práticas de enfermagem, Carper<sup>(171)</sup>, embasada por propósitos cartesianos, esquadrinha o cuidado, definindo Padrões. Mas sua empreitada encontra seu limite na ousadia da própria proposta, a saber, chegar-se a uma teorização que alcançasse a totalidade do fazer em enfermagem, ou seja, do cuidado de enfermagem. Carper<sup>(171)</sup> encontra o limite de sua própria epistemologia quando depara-se com a complexidade e dificuldade impostas pelas questões voltadas aos elementos Estético e

---

<sup>42</sup> Outros pesquisadores acrescentaram também outros Padrões aos de Carper.

Pessoal do saber em enfermagem. Mas nem por isso recua e, assim, ao deixar e apontar lacunas, possibilita a outros pesquisadores os avanços no sentido de situar bases epistemológicas do cuidado.

Dentre esses pesquisadores, encontra-se Munhall que, com seu novo padrão, cria um quase antipadrão<sup>43</sup>. Se Carper toma o empírico como padrão primeiro e pensa os demais por meio dele, Munhall o esvazia, ao propor a existência de uma nova forma de cuidar: aquela que se baseia no Não-saber. E, nesse sentido, torna-se possível uma interlocução com um cuidado de enfermagem que se articula a partir da Clínica do Sujeito.

Enfim, uma terceira resposta se apresenta. Essa se refere ao meu olhar, ou seja, à forma como tais Padrões foram lidos por mim. O campo do cuidado vem sendo demarcado ou nomeado a partir de diferentes ângulos: partindo das práticas para definir domínios<sup>(45)</sup>, pelas funções que o profissional pode exercer<sup>(91)</sup>, pelas necessidades humanas (Horta), pelos problemas de saúde, seus diagnósticos e todas as possíveis ações deles decorrentes, dentre outros. Assim dito, o cuidado vai sendo falado por um deslizar incessante de significantes que, por fim, aponta para um infinito, na medida em que se desliza no infinito das práticas, no incontável das funções, no inumerável dos problemas. Desta forma, ao ler os Padrões, vejo neles palavras que encerram lógicas que não conseguem alcançar a totalidade do que é ou possa ser o cuidado, mas que, ao introduzirem uma nomeação, introduziram também uma barra a esse sem fim de significação. Passaram assim a funcionar como significantes-mestre ( $S_1$ ) que barram uma produção infinita de significação na cadeia. Mas há que se cuidar, e isso vem sendo feito, para não tomá-los por caixas, para não se colar a esses significantes, uma vez que são mestres. Acredita-se, antes, ao contrário, na possibilidade de produzir, a partir deles, deslocamentos, ressignificações.

Ao apresentar o saber de enfermagem, e, por conseguinte, o cuidado por meio de aspectos ético, estético, científico e pessoal, Carper o faz a partir de elementos comuns a outras áreas do conhecimento, e assim, abre, a meu ver, possibilidades de interlocuções. O que torna a proposta de Carper interessante é o fato de incluir nos padrões o Estético e o Pessoal, os quais ela, embora tente defini-los em termos de padrões, acaba por identificá-los como complexos e difíceis, admitindo as limitações de seu empreendimento. Assim, diante dessas

---

<sup>43</sup> Refere-se ao termo 'Unknowing'<sup>(172)</sup>.

duas ponderações, compreendo que Carper, com seus padrões, abre possibilidades de interlocução. Interlocução esta que se torna ainda mais viável, a partir da proposta de Munhall e de seu “Unknowing”<sup>(165,172)</sup>.

Este capítulo dedica-se a apresentar cada um dos cinco Padrões de acordo com os textos originais das referidas autoras, comentá-los, considerando outros estudos, explicitar possíveis noções ou conceitos a partir das influências teóricas de cada uma das autoras. Por fim, analisá-los a partir dos objetivos desta tese.

Barbara Carper<sup>(171)</sup>, à época, compreendia que, para contribuir para o estabelecimento de uma ciência da Enfermagem, era necessário, num esforço científico, determinar o tipo de conhecimento específico desse campo, tornando-se assim possível organizar, testar e aplicar os conhecimentos produzidos por meio das pesquisas científicas.

Apoiada pelas concepções de Kuhn<sup>(173,174)</sup><sup>44</sup>, Barbara Carper constata que a enfermagem não havia alcançado um nível de integração das ciências mais maduras. Pondera que, embora houvesse uma significativa produção de conhecimentos sistematizados, bem como teorizações, não se poderia afirmar que a enfermagem teria instituído seu paradigma<sup>(171)</sup>.

O estudo de Carper<sup>(171)</sup> surgiu como um marco para a epistemologia da enfermagem por mudar a forma como enfermeiros passaram a conhecer seu mundo, seu fazer, valorizando-o e recuperando a importância da criatividade<sup>(175,176)</sup>. Por sua importância, os Padrões Fundamentais de Saber de Carper passaram a ser considerados como um arcabouço teórico da enfermagem<sup>(165)</sup>. Um de seus méritos reside no fato de contribuir para o avanço do conhecimento de enfermagem, seja por uma inquestionada aceitação ou pelas críticas que suscitou<sup>(177)</sup>.

Carper<sup>(171)</sup>, em suas discussões epistemológicas, apoia-se nas ideias do físico, professor de Filosofia e Educação, Phillip Phenix<sup>(177)</sup>. Phenix sistematizou o conhecimento e seu significado em seis áreas básicas derivadas da experiência humana, os Campos de Significado

---

<sup>44</sup> Kuhn compreende que o progresso de uma ciência, em particular, e da ciência, em geral, se dá por meio de períodos de ciência normal no qual os cientistas, apoiados por um paradigma, constroem o conhecimento. Entretanto, problemas que colocam o paradigma anterior em questão passam a ser vistos como anomalias que geram crises, provocando o aparecimento de novas pesquisas que culminam com a proposição de um novo paradigma<sup>(173,174)</sup>. Kuhn propõe uma perspectiva mais fluida para a compreensão da ciência e de seus avanços<sup>(180)</sup>.

(Realms of Meaning) a saber: Ética, Estética, Empírica, Sinoética ou Pessoal, o Simbólico e, por fim, o Sinóptico<sup>(177-179)</sup>.

O estudo empreendido por Carper<sup>(171)</sup> identificou, no conhecimento de enfermagem, quatro dos seis padrões apresentados por Phillip Phenix. Tais padrões são distintos entre si, entretanto recomenda que não se pode aprender ou ensinar apenas um Padrão, sequer isolá-los ou negligenciar quaisquer um<sup>(171)</sup>. Apesar dessa afirmação, a forma como Carper<sup>(171)</sup> apresenta os Padrões permite inferir uma supremacia do Padrão Empírico, sendo os demais vistos a partir dele<sup>(175)</sup>.

À guisa de melhor compreender os quatro Padrões, tal como propõe Carper<sup>(171)</sup>, faz-se relevante uma breve discussão acerca dos termos por ela utilizados em sua teoria na versão original. Carper utiliza-se dos termos “Knowledge” e “Knowing” quando apresenta os padrões fundamentais. Numa acepção mais geral, ambos remetem ao saber e ao conhecimento. Entretanto, “Knowledge” remete à ideia de conhecimento científico, aquele que passou pelos cânones do método científico, sendo assim validado, reconhecido. Por sua vez, “Knowing”, sendo saber, carrega, por seu sufixo ING, a conotação de processo<sup>(177)</sup>.

Dessa forma, os “Patterns of Knowing”, ditos Padrões de Saber, têm no termo ‘Padrões’ a conotação de algo rígido, previamente definido, mas que pode também se aliar, como saber, não um saber pronto, mas um saber em processo. Nesse sentido, observa-se, no trabalho de Carper<sup>(171)</sup>, uma forte influência cartesiana<sup>(181)</sup>, quando precisa todos os componentes ou aspectos que se fazem presentes no saber de enfermagem em relação ao cuidado. Mas, não se pode negar também que há um movimento da autora de não recuar, ao se deparar com elementos do saber de enfermagem que escapam ao modelo científico tradicional. Haja vista a inclusão, ainda que na forma de Padrões, dos elementos desse saber que são por ela compreendidos complexos e difíceis, ou seja, o Estético e o Pessoal.

## 6.1- PADRÃO EMPÍRICO DE SABER – A CIÊNCIA

---

Carper<sup>(171)</sup> compreende que esse Padrão de Saber refere-se à Enfermagem como ciência. Na qualidade de primeiro Padrão, a autora constata haver uma certa urgência em desenvolver um corpo de conhecimento específico da enfermagem. Ela afirma que, a despeito de uma produção científica significativa e de possuir algumas estruturas conceituais, o conhecimento produzido nas pesquisas científicas em Enfermagem não se constituiu como um Paradigma Científico, o qual requer: lei, teoria, aplicação, instrumentalização, juntos conformando modelos teóricos.

Carper<sup>(171)</sup> contemporiza que o importante é o fato de que essas estruturas conceituais pré-paradigmáticas e esses modelos cumpram sua função de apresentar novas perspectivas dos fenômenos de saúde e doença já conhecidos. A autora afirma que novos conceitos oferecem novas perspectivas e permitem questionamentos que antes deles não eram possíveis.

A referida autora analisa o cenário da Ciência da Enfermagem que encontrou no final da década de setenta, como dispendo tanto pesquisas voltadas à observação, descrição e classificação de fenômenos, ou seja, encontra-se no Estágio da História Natural da Investigação, como tendo estudos científicos que se voltam para teorizações produzidas de forma dedutiva, ou seja, no Estágio Dedutivo de Formulação de Teoria.

Assim, Carper<sup>(171:p.25)</sup> resume: “... o primeiro Padrão Fundamental de Saber é empírico, factual, descritivo e tem como objetivo final o desenvolvimento de abstrações e explicações teóricas.” É o conhecimento objetivo, sendo expresso por meio de prováveis verdades empíricas<sup>(177)</sup>. É um saber passível de ser mensurado, verificado e validado<sup>(182)</sup>.

Para além das situações de pesquisa na prática clínica de Enfermagem, esse Padrão se faz presente de uma forma mais clara no uso de instrumentos (padronizações, protocolos, escalas, rotinas)<sup>(183)</sup>.

A partir do Padrão Empírico, uma das críticas apontadas diz respeito à concepção de ciência adotada por Carper e, por conseguinte, ao reflexo que tal concepção gera em cada um dos Padrões de Saber. Tal como aponta Haggerty<sup>(184)</sup>, o saber empírico aproxima-se de um modelo de ciência que se sustenta por uma busca pela verdade objetiva, mensurável. Dessa

forma, argumenta-se que compreender o Padrão Empírico norteado por essa lógica implica uma visão tradicional acerca do conhecimento científico<sup>(44,184)</sup> e que acaba por excluir outras formas igualmente válidas de produzir conhecimento na Enfermagem, como por exemplo, a pesquisa etnográfica<sup>(44)</sup>.

White<sup>(44)</sup> contemporiza que pesquisas etnográficas podem também gerar generalizações, mas generalizações que não tinham como finalidade produzir um conhecimento organizado sistematicamente na forma de leis gerais e teorias. Assim sendo, não estariam de total acordo com a concepção de ciência de Carper. E mais, se uma parte importante do conhecimento de enfermagem é obtido por meio das histórias individuais, dos relatos do que acontece nas cenas de cuidado, uma forma única e universalizante de pensar o conhecimento de enfermagem pode não encontrar coerência com a forma de cuidar e produzir conhecimento na enfermagem.

Assim, para que os conhecimentos advindos de metodologias que se apoiam em paradigmas interpretativos ou críticos possam integrar o Padrão Empírico do Saber, White<sup>(44)</sup> compreende que seriam necessárias modificações na concepção desse Padrão para englobar essas outras formas de se construir o conhecimento.

## 6.2- O PADRÃO ESTÉTICO DO SABER – A ARTE

---

Carper<sup>(171)</sup> apresenta o Padrão Estético de Saber inicialmente ponderando, a partir de outros autores, que a definição de arte é complexa, exatamente por se aproximar mais do universo subjetivo, o qual ela define como particular<sup>45</sup>. Nesse sentido, a autora adota a concepção de arte como aquilo que não apresenta características comuns, apenas semelhanças. E, nesse sentido, a função de uma teoria estética estaria fadada ao fracasso quando se pensa que uma teoria busca reunir, na forma de leis e enunciados o que é geral, regular e aplicável e replicável em diferentes situações<sup>(171)</sup>.

Pensando a condição da Enfermagem, entretanto, Carper<sup>(171)</sup> compreende que encontrar nuances estéticas no fazer da Enfermagem faz-se possível se se partir de uma concepção mais aberta e fluida de arte e estética. Com isso, pode-se pensar em condições, situações e experiências da Enfermagem que poderiam ser consideradas estéticas, incluindo todo o processo criativo de determinação e descoberta do Padrão Empírico de Saber.

Embora haja, com frequência, referências às relações entre a Enfermagem e a arte, a Enfermagem e a estética, diversos são os sentidos atribuídos por vários autores e pesquisadores. Johnson<sup>(185)</sup> identificou em algumas publicações cinco acepções diferentes do significado do enunciado ‘Enfermagem como arte’. Todas se referem ao momento em que enfermeiro e paciente se encontram frente a frente, momento no qual a ética, o julgamento do profissional, a capacidade de análise, de empatia e compreensão são valorizados.

Carper<sup>(171)</sup> identifica na Enfermagem certa relutância em pensar seu conhecimento para além do que é “empírico, factual, objetivamente descrito e generalizável”<sup>(171:p.16)</sup>. A autora atribui tal relutância ao fato de que alguns profissionais de Enfermagem não incluem no conhecimento da profissão aquilo que não é produto de investigação científica. Ela acredita que possivelmente tal fato de deve a um esforço em esmaecer a imagem do aprendiz, figura cujo preparo formal se restringia à aprendizagem por imitação e seu conhecimento era advindo da acumulação de experiências não elaboradas teoricamente.

---

<sup>45</sup> A concepção de Particular para Carper<sup>(171)</sup> difere da concepção proposta por Miller<sup>(130)</sup> denomina. Conferir no Capítulo 5 desta tese.

Embora Carper<sup>(171)</sup> aproxime o Padrão Empírico do Saber do Padrão Estético, ela identifica elementos que distanciam a arte e a estética da ciência. Ao contrário da ciência, a arte e seu correspondente significado estético provêm da expressão subjetiva, particular e, dessa forma, distanciam-se do que é descritivo.

A arte é algo que resiste à forma discursiva da linguagem. Por sua vez, o conhecimento obtido pelos caminhos propostos pelo Empírico é passível de ser formulado discursivamente. O conhecimento advindo daquilo que é percebido ou vivenciado numa experiência também comporta uma formulação discursiva, mas, por exigir abstração, fica maior que o discurso, ou seja, vai além dele<sup>(171)</sup>.

Há que se considerar nesse ponto que, partindo das formulações de Carper<sup>(171)</sup> acerca da arte e do estético e de sua relação com a linguagem e discurso, pode-se inferir uma concepção de linguagem na qual ela (a linguagem) se aproxima do dito, do verbalizado ou escrito. Nessa visão, a linguagem comporta poucos equívocos, uma vez que o dito ou escrito conduzem à compreensão, sendo a linguagem um dispositivo que serve à razão. Ao abstrato, ao não racional, resta a possibilidade de valer-se da arte, esse além da linguagem.

Tal concepção de linguagem aproxima-se daquela proposta pelo filósofo Wittgenstein no primeiro tempo de seu ensino. Wittgenstein<sup>(186)</sup>, em seu *Tractatus Logico-Philosophicus*, afirma que há uma má compreensão da lógica de nossa linguagem. Para ele, o mundo é o mundo dos fatos, do ponto de vista lógico. Ao cientista cabe enunciar as proposições das totalidades verdadeiras. A filosofia delimita o domínio das ciências, demarcando o pensável e o impensável, o dizível e o indizível. E sentencia: “Em geral, o que pode ser dito, o pode ser claramente mas o que não se pode falar deve-se calar”<sup>(186:p.53ep.129)</sup>.

Vale ressaltar, assim, que essa concepção wittgensteiniana e a proposição aqui deduzida da obra de Carper distanciam-se da concepção de linguagem proposta por Lacan<sup>46</sup> no que diz respeito à ideia de um **indizível** acerca do qual **deve-se calar**<sup>47</sup>, de uma linguagem com poucos ou sem equívocos, de uma ciência que se apoia na ideia de que os fatos do mundo são todos nomeáveis e que a ciência é o meio pelo qual isso se torna possível.

---

<sup>46</sup> Apresentada nesta tese no item 4.1.

<sup>47</sup> Grifos da autora desta tese.

Essas distintas noções de linguagem, no entanto, - a noção de linguagem proposta por Lacan e a de Wittgenstein<sup>(187)</sup> e, por extensão, a de Carper<sup>(171)</sup> – se aproximam quando tomadas pelo sentido de que nem sempre se consegue dizer tudo sobre tudo. Conforme aponta Lacan<sup>(188)</sup>, há sempre algo de indizível no real, esse registro que escapa e insiste em se fazer existir na condição de um resto, um impronunciável. Mas, ao contrário da proposta de Wittgenstein, Lacan entende que é isso que nos convoca a dizer, a buscar alguma ressignificação possível, não pelo uso da razão, das palavras pensadas ou pelos dizeres calculados, nem pelo calar-se, mas pelo simples fato de falar, livremente, associando significantes.

Ainda em função das dessemelhanças, convém lembrar que Carper<sup>(171)</sup> propõe que o que não pode ser dito em palavras talvez possa ser tido como arte. Nisso, diferencia-se da proposta do primeiro Wittgenstein, o qual afirma que, diante do indizível, resta calar-se. Quanto à teoria psicanalítica, esta entende que se pode também haver um ‘que fazer’ com a arte, uma vez que a arte pode figurar como possível bengala imaginária<sup>(6)</sup> ou como possível saída, no caso da psicose, como fizeram, cada um à sua maneira, Schereber, em suas memórias, e James Joyce, em sua obra literária<sup>48</sup>, por exemplo.

Carper<sup>(171:p.17)</sup>, recuperando a acepção de Wiedenbach, argumenta que a arte na Enfermagem situa-se no momento em que se provê ao paciente o que ele necessita para “restaurar ou estender suas habilidades para lidar com as demandas da situação”. Acrescenta, entretanto, que, para se obter uma qualidade estética, é preciso mais que isso: faz-se necessária uma transformação ativa de algo, no caso, o comportamento do paciente, por meio da apreensão da necessidade expressa nesse comportamento. Tal percepção da necessidade se faz por meio da coleta ativa de detalhes que se apresentam naquele paciente em um dado momento. Essa percepção não é determinante exclusiva do cuidado realizado pela enfermeira, mas produz nele seus reflexos.

No Padrão Estético, alinham-se às habilidades de percepção da enfermeira: a empatia, a criatividade, a capacidade de perceber o paciente numa perspectiva de integralidade. Vale ressaltar que a empatia é considerada por Carper<sup>(171)</sup> como um processo objetivo, no qual o profissional vivencia a perspectiva do outro mas, ao mesmo tempo, distancia-se de forma

---

<sup>48</sup> Conferir elaborações que constam do Capítulo 5 desta tese.

controlada (distanciamento ou distância psíquica controlada ou moderada), buscando apreender e abstrair a realidade que se apresenta a ele. Trata-se de uma empatia na forma de habilidade que se desenvolve à medida que se apura a percepção. Com isso, espera-se que o profissional enfermeiro consiga ampliar seu repertório de 'designs' de cuidado, podendo optar pelo que é mais satisfatório e efetivo.

O Padrão Estético de Saber na Enfermagem volta-se à percepção e abstração de particularidades e a distingue do reconhecimento de universalidades. Nesse padrão, o paciente deixa de ser analisado como mais um exemplar de uma classe para ser visto como único. Tornam-se também importantes a forma, o ritmo, o equilíbrio e a proporção e unidade, articulados ao todo<sup>(171)</sup>. O exercício dessas habilidades confere satisfação e crescimento pessoal para os profissionais<sup>(189)</sup>.

Alguns autores interpelam essas noções de Carper no sentido de melhor identificar a histórica expressão da 'Enfermagem como arte'. Para Austgard<sup>(190)</sup> e Wainwright<sup>(191)</sup>, a Enfermagem, embora arte, distancia-se das Belas Artes. Wainwright<sup>(191)</sup> afirma que a Enfermagem se aproxima mais do que se denomina em língua inglesa de *craft*, podendo ser compreendido em português como prática ou ofício. O autor adverte que, sendo arte, a Enfermagem o é em seu todo, não em aspectos determinados, em partes específicas.

Mitchell and Cody<sup>(192)</sup>, apontando limitações do Padrão Estético, tal como Carper o anunciou, discutem a oposição ciência e arte para harmonizá-las na ideia de que ambas se voltam à compreensão do humano. Por sua vez, Silva, Sorrell and Sorrell<sup>(175)</sup> propõem que o Padrão Estético de Saber cumpre a função de mostrar como a arte e a abertura da Enfermagem, para perceber sutilezas e sensibilidades, pode conferir maior significado à realidade de conhecer e ser.

Pode-se depreender, portanto, do que foi apresentado, que o Padrão Estético do Saber em Enfermagem norteia-se por uma concepção de arte que valoriza o produto em detrimento do processo. Da mesma forma, deduz-se que o Padrão Estético irá instrumentalizar o profissional a desenhar o cuidado, buscando uma constante conexão entre ações e resultados. Este último representado pela modificação no comportamento do paciente. Nesse aspecto, esse Padrão distancia-se da arte numa concepção de artesanal, uma ação que produz 'peças únicas' por meio de um processo também único.

Além disso, pode-se deduzir que a qualidade estética, ao assentar-se na percepção do profissional, associa-se também à exigência de que esse profissional tenha uma capacidade, advinda de conhecimentos teóricos e/ou habilidades desenvolvidas, para perceber e assim traduzir o que aquele paciente está lhe 'dizendo' com seu comportamento. E mais, a partir desse processo, ao dispor de um repertório variado de possíveis cuidados, a opção de qual será o melhor exige que o profissional opte pelo que é melhor para esse paciente. Mas, é possível traduzir o paciente? Cabe mesmo ao profissional decidir pelo paciente?

### **6.3- O PADRÃO ÉTICO DO SABER – O QUE SE TEM OBRIGAÇÃO DE FAZER OU SER O MAIS ÉTICO QUE SE PODE SER.**

---

“O Padrão fundamental de Saber, identificado aqui como componente Ético da Enfermagem, volta-se para questões ligadas ao dever ou ao ocupar-se daquilo que deve ser feito”<sup>(171:p.20)</sup><sup>49</sup>. Purnell<sup>(177)</sup> compreende que esse Padrão de Saber encontra-se ligado à questão da conduta pessoal baseada na liberdade para se chegar a decisões responsáveis.

Carper<sup>(171)</sup> propõe que se pensem as questões ligadas ao componente Ético, considerando o contexto moderno do cuidado à saúde, no qual os dilemas morais e os erros ganham importância, tanto no que diz respeito ao tratamento quanto à promoção. Pondera que, frequentemente, tais dilemas geram incertezas no profissional e, nessas situações, os códigos de conduta ética nem sempre são úteis, podendo até gerar contradições.

O código moral, que norteia as condutas éticas da Enfermagem, tem por base o princípio do dever, do compromisso ético no serviço prestado às pessoas, balizado pelo respeito à vida humana. Entretanto, esse enunciado geral nem sempre consegue oferecer respostas claras às dificuldades específicas presentes em cada situação particular que requer uma escolha moral, seja no ensino ou na prática<sup>(171)</sup>. E mais, para se alcançar esse saber ético, torna-se fundamental um envolvimento interpessoal<sup>(44)</sup>.

Há que considerar ainda que as metas a serem alcançadas sofrem influência de juízo de valores, não passíveis de investigação e validação científicas. Como exemplo, pode-se pensar a meta de autonomia e independência do paciente. Em algumas situações, essa meta pode significar somente ‘ensinar’ ao paciente como viver, agora, numa situação de dependência física ou social<sup>(171)</sup>.

Carper<sup>(171)</sup> pondera que, para pensar o Padrão Ético de Saber, cumpre compreender e considerar que existem diferentes acepções filosóficas do que seja ‘o bom’, ‘o que pode ser desejado por alguém’ e enfim, aquilo que é ‘correto’. Portanto, as respostas serão distintas para distintos arcabouços teóricos. White<sup>(44)</sup>, evocando a importância da visão do paciente, sugere

---

<sup>49</sup> Tradução livre de: “The fundamental pattern of knowing identified here as the ethical component of nursing is focused on matters of obligation or what ought to be done”<sup>(171:p.20)</sup>.

que a expressão desse Padrão de Saber possa se valer de narrativas nas quais seria possível apreender noções individuais daquilo que é considerado bom.

A autora não discorre sobre alguns desses possíveis arcabouços teóricos advindos da filosofia, o que para Porter<sup>(193)</sup> configura-se numa fragilidade na forma como o Padrão Ético é apresentado. Porter<sup>(193:p.11)</sup> define que esse Padrão é apresentado por Carper<sup>(171)</sup> de forma abstrata e não prescritiva, demasiado liberal, o que acaba por deixar os enfermeiros “à deriva em meio ao tempestuoso mar da filosofia moral”.

Carper<sup>(171)</sup> recomenda que as escolhas morais sejam ações específicas a serem consideradas em situações específicas e concretas. Aos códigos, é dada a função de servirem de subsídios a serem analisados diante de cada situação concreta. A autora compreende que o exercício constante, que envolve o analisar as regras e aplicá-las à luz de cada situação, tem como efeito tornar mais explícitas as escolhas feitas e os princípios que a nortearam. Ao explicitar os norteadores de seu agir ético, a enfermeira pode iniciar um processo de habituação positiva<sup>(194)</sup>, ou seja, aprender com uma dada situação e se abrir sempre para novas análises e aprendizagens.

A existência de um Código de Condutas não exige o profissional de fazer constantemente escolhas. Mas a compreensão desses códigos, aliada a uma firme sustentação teórica, pode produzir profissionais que consigam justificar e explicitar as regras e normas que guiaram suas ações na direção de um fazer ético.

Jacobs-Kramer and Chinn<sup>(182)</sup> sugeriram que essa clareza poderia ser alcançada a partir da descrição e discussão de casos reais, nos quais figuram tomadas de decisão a partir de preceitos éticos, valorizando o contexto no qual se deram, podendo, assim, explicitar o raciocínio utilizado. Numa posição ligeiramente distinta, White<sup>(44)</sup> propõe que os dilemas morais nem sempre serão passíveis de solução. Sua proposta é que, uma vez diante desses dilemas, pode-se conviver com eles ou ainda amenizá-los.

Outras questões são também abordadas por outros autores sobre o Padrão Ético de Saber. Silva, Sorrell and Sorrell<sup>(175)</sup> compreendem que, para além da questão epistemológica acerca do que é preciso saber para ser ético, deve-se considerar também ‘O que se deve ser para agir moralmente?’. Essa questão, assim formulada, trata, na visão dos autores, de uma referência ao que é ontológico. Referência essencial ao saber da Enfermagem não contemplada por Carper<sup>(171)</sup> na visão dos autores.

Ancorados nas ideias de Aristóteles, Silva, Sorrell and Sorrell<sup>(175)</sup> explicitam a relação de oposição e também complementariedade entre o 'saber que' e o 'ser o que'. Afirmam que o saber acerca de algo não produz atos éticos por si só, sem que a pessoa se comporte de forma virtuosa. Os autores compreendem, assim, que contribuem para um avanço na discussão e definição do conhecimento em Enfermagem.

Porter<sup>(193)</sup>, por sua vez, enfatiza que essa condição 'ser ético' deve se traduzir por ações norteadas por princípios éticos. Em particular, ações que inequivocamente demonstrem a adesão do profissional aos princípios éticos. Por fim, aposta que essa transparência virá da possibilidade de, a partir de investigação científica, serem desenvolvidas ferramentas que proporcionem tal transparência, sendo dessa forma uma prática que se constrói a partir de evidências.

Por fim, White<sup>(44)</sup> propõe acréscimos aos padrões de Carper. Dentre suas propostas figura a ideia de que esses Padrões requerem uma avaliação. Dessa forma, esse autor propõe como índices de credibilidade do Padrão Ético do Saber em Enfermagem: a equidade, a bondade, o cuidar e a congruência desses índices com os valores do paciente.

Ficam questões: será mesmo possível inferir o bem e o bom para outros? Uma ação pautada nesse tipo de inferência pode ser considerada por si só ética? A construção de ferramentas e instrumentos sensíveis para 'captar' o que 'é ético' e o que 'não é' será suficiente para se alcançar um cuidado marcado pela ética? Em que consiste essa condição de virtuosidade para o profissional no cuidado de Enfermagem? Será possível um cuidado de enfermagem que não inclua a pressuposição de bom e bem para o outro?

## 6.4- O PADRÃO PESSOAL DO SABER EM ENFERMAGEM – O ‘EU-TU’

---

O Padrão de Saber Pessoal articula-se como questão importante no fazer da Enfermagem. Especificamente, refere-se ao processo interpessoal que se dá no momento do cuidado, e, também, ao denominado ‘uso terapêutico do eu’<sup>(171)</sup>.

O processo interpessoal, um dos elementos definidores da Enfermagem, implica o que se passa entre enfermeira e paciente/cliente<sup>50</sup> em termos de “interações, relacionamento e transações”<sup>(171:p.18)</sup>. Por sua vez, o uso terapêutico do eu implica a maneira como a enfermeira se vê (seu próprio self) e, nesse processo, o cliente figura como foco principal da relação terapêutica, ou seja, há uma recusa explícita em abordar o paciente/cliente como objeto<sup>51</sup>, aqui entendido no sentido de coisa, algo inerte.

Carper<sup>(171)</sup> sentencia que esse é o Padrão mais problemático, mais difícil de dominar e de ensinar. Do que se pode depreender que, embora difícil, seja possível, na visão da autora, dominá-lo e ensiná-lo.

O Padrão Pessoal do Saber em Enfermagem remete ao saber sobre o eu individual, encontrando-o e trazendo-o para o concreto do encontro eu-tu. Deve-se considerar que existem pessoas que não sabem sobre seu eu (self) e que outras que, não o sabendo, buscam saber sobre si (self). Esse saber sobre o self possibilita uma tomada de posição na relação com o outro, o que acaba por também confrontá-lo como seu próprio eu (self) como pessoa<sup>(171)</sup>.

O conhecimento Pessoal não se refere apenas ao encontro ‘eu-tu’ mas, também, ao encontro da pessoa consigo mesma (self). O profissional deve, assim, empenhar-se por encontrar a si mesmo, para estar em condições de construir uma autêntica relação com o paciente/cliente<sup>(171)</sup>. Segundo Johns<sup>(195)</sup>, o conhecimento do eu(self) permite ao profissional perceber seus sentimentos e manejá-los no sentido de não comprometer a situação, ou seja, a interação pessoal.

A relação enfermeira–paciente/cliente ganha um caráter único, não se submetendo a classificações e categorizações. Nesse sentido, abre-se para infinitas possibilidades bem como

---

<sup>50</sup> Carper<sup>(171)</sup> utiliza-se de ambos os termos escritos dessa forma.

<sup>51</sup> Aqui entendido como uma forma de lidar com o paciente de modo que sua condição de sujeito é desconsiderada.

para o risco de um comprometimento total, quando a busca por você mesmo leva à descoberta de um novo eu (self). Nessa descoberta, reside, para Carper<sup>(171)</sup>, o sacrifício da forma. Com Maslow, a autora reflete que tal sacrifício da forma, em última análise, se torna aparente e possível quando se parte de uma realidade não generalizada, sem predeterminações, seja por conceitos, crenças, expectativas ou estereótipos. Quando se consegue chegar a esse estágio está-se, na verdade, numa condição de maior disposição para aceitar ambiguidades, lacunas e discrepâncias em si mesmo e nos outros<sup>(171)</sup>.

Trata-se de uma relação, uma autêntica relação, marcada pela reciprocidade, entre duas pessoas. Alcançar essa condição de autenticidade requer a aceitação do outro em sua liberdade para criar e, dessa forma, entendê-lo como uma entidade em constante engajamento em processos de transformação<sup>(171)</sup>.

O Padrão Pessoal articula-se de forma especial ao Padrão Estético, uma vez que é o primeiro (Padrão Pessoal) que conferirá a medida do segundo. Por sua vez, é o Padrão Empírico que dará os contornos, os limites da relação profissional-paciente/cliente, no sentido de oferecer-lhe condições para um distanciamento que permitirá uma atuação pautada na objetividade<sup>(195)</sup>. O encontro do Padrão Pessoal com o Empírico reside, também, no fato de que o conhecimento Pessoal só se sustenta como conhecimento à medida que a experiência pessoal é refletida a partir do conhecimento científico<sup>(196)</sup>, ganhando o status de experiência consciente que gera reflexão e síntese do novo conhecimento<sup>(171,197)</sup>.

Torna-se relevante situar os termos 'indivíduo', 'pessoa' e 'eu(self)' a partir da obra de Carper<sup>(171)</sup> e, conseqüentemente, dos autores nos quais ela se baseia, ou acredito, inspira-se. A partir das ponderações apresentadas, depreende-se que o indivíduo é considerado como ser integrado, um sistema aberto pronto a incorporar movimentos em direção ao crescimento e, por conseguinte, à concretização de todo o potencial humano. Quando, enfim, vislumbra seu potencial humano e coloca-se nesse movimento constante de crescimento pessoal, afirma-se que ele caminha em direção à sua condição essencial de pessoa. O eu (self) é esse potencial interno, essa essência, por vezes, implícito(a) que impõe a cada um uma jornada em direção a descobri-lo(a)<sup>(171)</sup>.

Nesse sentido, o eu(self) é concreto na medida em que ele, como essência, é considerado algo que preexiste. Ao mesmo tempo ele se coloca numa posição virtual, potencial,

por exigir uma descoberta que implicaria um trabalho de desenvolvimento e crescimento pessoal. Em essência, o homem é bom e pode melhorar no encontro com o outro<sup>(171)</sup>.

A posição teórica, a qual pode ser depreendida do texto de Carper<sup>(171)</sup>, coincide com a visão proposta pelo arcabouço teórico Humanista, do qual Carl Rogers é um dos representantes e responsável pelo conceito de self como “conjunto organizado e mutável de percepções relativas ao próprio indivíduo”<sup>(198:p.44)</sup>. Tal conjunto inclui, dentre outros, a percepção das características, potencialidades, atributos de um indivíduo sobre si mesmo. Em suma, o self é a parte consciente e reflexiva do indivíduo.

Ligadas à ideia de self, encontra-se também na obra de Carl Rogers, associadas ao conceito de Pessoa, as ideias de autocompreensão, autonomia, tendência natural ao desenvolvimento de potencialidades, dentre outras<sup>(199)</sup>. Vale salientar que o conceito de Pessoa aqui apresentado implica a ideia de um ser que caminha em direção à superação de si mesmo, consistindo em parte do sentido da existência humana, o que confere ao ser humano uma condição de importância e centralidade.

Conforme a discussão efetuada no item 4.1 desta tese, o eu ao qual a Teoria Psicanalítica se refere, apresenta diferenças substanciais da perspectiva adotada por Carper, advinda de Rogers. Assoun<sup>(200:p.241)</sup>, numa análise epistemológica da obra freudiana, resume essa visão acerca do humano nela presente da seguinte forma:

Seguramente, Copérnico, Darwin e ele<sup>52</sup> mesmo são apresentados como pedagogos de uma humanidade que “sai” de suas ilusões; e há aí, sem dúvida, certa promessa de felicidade. Mas não pensamento de reconciliação. O homem não se reconcilia com qualquer mãe natureza, princípio de regeneração, nem mesmo com sua natureza. Doravante, ele sabe que não pode mais ocultar-se por muito tempo, que não possui o centro que acreditava, no mundo, entre os vivos e em sua psique. Mas eis o que transparece em Freud...: ele descobre ao mesmo tempo que não possui absolutamente centro, e que não deve mais procurá-lo.

O que resta então ao homem despossuído de seus tesouros? E mais, trata-se de um homem fadado ao sofrimento? Novamente, temos em Assoun<sup>(200)</sup> algumas indicações:

É verdade que há um ganho da questão: ao invés de recusar ingenuamente o anúncio da perda do centro, é preciso aceitá-lo e fazer seu luto das ilusões. Ora,

---

<sup>52</sup> Refere-se a Freud.

essas ilusões são perigosas. É o desconhecimento da força do estranho em si (a pulsão) que constitui o coração de toda patologia. Com a obsolescência do desconhecimento, torna-se possível a cura. Mas, aqui curar não é encontrar seu centro nem encontrar um novo centro: é viver em paz com o outro, fazer economia com sua pulsão – nova versão pulsional do conhece-te a ti mesmo<sup>(200:p.241)</sup>.

Com Lacan<sup>(33)</sup>, novos elementos são introduzidos. Há, para esse autor, um eu. Mas trata-se de um 'eu' sem essência, sem substância. Uma instância que requer constituição e se dá a partir da imagem (*Je*) e do desejo do outro (*moi*). Um desejo que estrutura e constitui esse eu, mas que não lhe assegura uma reconciliação com algum princípio natural harmônico, tampouco lhe atribui uma essência construtiva e boa. Trata-se de um eu que inaugura o humano a partir da relação simbólica, da linguagem. Um eu que surge no espaço intersignificantes para em seguida desaparecer<sup>(42)</sup>.

Embora se distanciem, as noções de eu (self) e pessoa, advindas da teoria Humanista, ou de eu (*Je* e *Moi*) e sujeito, advindas da teoria Psicanalítica, encontram discretas aproximações. Em ambas, a noção de movimento (desenvolvimento de potencialidades ou para o luto e elaboração acerca das ilusões), em relação ao eu ou ao sujeito, é um dos raros momentos que figura como uma contraposição à ideia de um determinismo presente em outras correntes teóricas. Além desse, há a ideia de que o outro participa, seja na constituição do sujeito da psicanálise, seja no processo de busca de autonomia e desenvolvimento das potencialidades da pessoa, para Carl Rogers<sup>(198)</sup>.

Feitas as distinções acerca dos conceitos de eu, retoma-se para finalizar a apresentação desse Padrão Fundamental de Saber com as questões que Carper<sup>(171)</sup> apresenta. Carper<sup>(171)</sup> semeia perguntas sem respostas acerca do conflito instalado a partir da concepção de indivíduo marcado pela particularidade, pela autonomia, pela liberdade de escolha, pela necessidade quase exigência de se ter com o paciente/cliente uma relação autêntica. Esses aspectos representam um dos lados do conflito. Do outro lado, o fazer do enfermeiro que lhe propõe controle e manipulação de variáveis ambientais, bem como do comportamento dos pacientes no sentido de alcançar um estado de equilíbrio; a noção de uso terapêutico do eu diante das escolhas do paciente/cliente que podem situar-se para além do aceitável; o processo de enfermagem e sua proposta de categorização.

Questões que têm em seu cerne, a meu ver, a oposição entre o que Carper<sup>(171)</sup> denomina particular que se encontra do lado da Pessoa e o fazer da Enfermagem, cujo discurso apresenta um apelo ao controle, ao correto, ao concreto.

Essas questões ficam em aberto. Permanecem à espera de elaborações. Possivelmente, as questões em aberto figuram como lacunas deixadas pelo Padrão mais problemático, mais difícil de dominar e de ensinar, tal como afirmou Carper.

## 6.5- O NÃO-SABER COMO PADRÃO DE SABER – “OUT OF THE BOX”<sup>(201:P.203)</sup>

---

Patricia<sup>(172:p.108)</sup> afirma: “Saber é maravilhoso, mas é apenas uma forma de orientação”. De uma forma inovadora, Munhall apresenta um novo Padrão de Saber cujo nome e sua própria natureza representam um movimento em direção ao ‘sair da caixa’, desse enquadramento que Padrões rigidamente definidos podem comportar.

O Padrão de Saber Não-saber é, antes de tudo, uma arte que requer daquele que deseja utilizá-lo um processo de Descentramento de princípios do mundo subjetivo individual para poder ir ao encontro do outro indivíduo, um encontro intersubjetivo, cuja noção de perspectiva torna-se essencial. Estar autenticamente presente é manter-se intencionalmente consciente de sua vida e interagir com o outro a partir de um total desconhecimento acerca da vida do outro<sup>(172)</sup>.

Assim, Munhall<sup>(172)</sup> apresenta o Padrão de Saber ‘Não-saber’, a partir de seus três pilares: a Arte de Não-saber, a Intersubjetividade e o Des-centramento, bem como seus respectivos limites representados pela Conjunção e Disjunção Intersubjetivas. Tais limites serão apresentados de forma a explicitar a tênue linha que separa o desejável do indesejável, numa autêntica relação intersubjetiva paciente-profissional<sup>(172)</sup> ou pesquisador-pesquisado<sup>(202)</sup>.

É importante salientar que as diretrizes apresentadas por Patricia Munhall em 1993/2000 para pensar o cuidado e a relação enfermeiro-paciente são reapresentadas na publicação da autora em 2012, com algumas alterações (acréscimos e supressões). Dentre elas, a publicação de 2012 enfoca o Não-saber na relação pesquisador-pesquisado. Face às ponderações apresentadas nas duas publicações, guardadas as devidas proporções, pode-se inferir que ambas as relações se dão de forma similar do ponto de vista da compreensão de um dado fenômeno, sendo, assim, tomadas, nesta tese, como sinônimas.

“Não-saber é, paradoxalmente, um outro Padrão de Saber”, afirma Munhall<sup>(172:p.101)</sup>. Mas, então, cabe questionar ‘O que se sabe?’ Sabe-se que alguém não sabe alguma coisa, que alguém não compreende alguém que está diante dele e talvez que todo esse processo de encontro com o outro não faça sentido ou não se encaixe em nenhuma perspectiva teórica ou paradigma préexistente. Tudo isso, segundo Munhall<sup>(172)</sup>, torna-se crítico no sentido de

obstáculo mas, também, de elemento essencial para o desenvolvimento e a evolução do conhecimento.

Na qualidade de um Padrão de Saber, que se pretende científico, assumir uma condição intencional e genuína de não saber é algo que pode ser visto como problemático para o mundo da ciência. Kurtz<sup>53</sup>, referência importante de Munhall<sup>(172)</sup>, comenta que, desde o Iluminismo, a América foi invadida por uma compulsão a saber, uma urgência em ‘fazer sentido’ e, por conseguinte, seu correlato propulsor ‘medo de Não-saber’.

Na Enfermagem, vê-se atribuir grande valor ao saber, quando num encontro enfermeiro-paciente. O Saber permite ao profissional formar impressões, fazer diagnósticos, formular percepções, tudo isto apostando na certeza de que se sabe o que é melhor para o paciente. Nessa situação, o profissional embasa-se nos demais Padrões de Saber. Mas esse tipo de saber gera, proporcionado pela certeza, “uma forma de confiança a qual um estado de fechamento torna-se inerente”<sup>(172:p.101)</sup>.

Não-saber proporciona uma abertura, à medida que o profissional assume, autenticamente, diante do outro indivíduo, nada saber sobre ele, sobre seu mundo subjetivo. Implica considerar a si mesmo e ao outro como seres distintos que possuem perspectivas sobre si mesmos, sobre o mundo. Enfim, é assumir intencionalmente a ideia de que ambos são seres diferentes<sup>(165,172)</sup>.

Pode-se, a partir de Munhall<sup>(172)</sup> depreender, assim, que a arte do Não-saber reside no trabalho interno de vencer a compulsão a ‘fazer sentido’, vencer o medo de Não-saber, ignorando o apelo científico de que teorias podem ter o poder de explicar previamente o mundo subjetivo de alguém para ‘sair da caixa’ e, com isso, se abrir autenticamente para o encontro com o outro indivíduo.

Um encontro entre dois indivíduos que se pretende autêntico. Para tanto, parte do ‘Eu não sei sobre você e seu mundo subjetivo’; criando, a partir desse Não-saber, as condições para que o intersubjetivo possa encontrar lugar. A realidade que se impõe ao profissional é de que cada paciente tem uma perspectiva de seu contexto de vida e conceitos formados acerca das pessoas que, como ele, vivem no mundo. A partir dessa realidade, cada pessoa constrói sua visão de mundo, sua perspectiva, sua realidade<sup>(165,172)</sup>.

---

<sup>53</sup>Cf: Kurtz S. The art of unknowing: dimensions of the analitic therapy. Northvale, NJ: Jason Aronson. 1989. 264p.

O encontro profissional-paciente é, em última análise, o encontro de duas perspectivas subjetivas diferentes que precisam ser organizadas, no que se denomina processo intersubjetivo. O mundo subjetivo individual é organizado em termos de sentimentos, pensamentos, ideias, princípios, teorias, ilusões, distorções e tudo o mais que contribua para representar ou esconder a pessoa<sup>(165,172)</sup>.

Em tal encontro, no qual subjetividades interagem, cria-se o Campo Perceptivo Compartilhado (nomeado por outros autores como 'in between') e, por meio da empatia, o campo perceptivo do paciente é mutuamente analisado e interpretado. Esse processo intersubjetivo que cria o Campo Perceptivo Compartilhado, considerando a condição de Não-saber e motivado pelo 'vir a saber', determinará as condições ideais para compreender, ser empático e cuidar de forma autêntica e individualizada<sup>(172)</sup>.

Para que isso se dê, no entanto, o trabalho de Des-centramento - hifenizado por Munhall<sup>(172)</sup> - deve encontrar lugar. Assumindo uma posição de Não-saber, no momento em que dois mundos subjetivos encontram-se para criar o intersubjetivo, é necessário que o profissional seja capaz de des-centrar-se<sup>(172)</sup>.

O Des-centramento se dá por dois caminhos. O primeiro significa o profissional sair do centro, permitir uma suspensão temporária do eu, tornar-se eclipsado pelo paciente, para criar as condições de 'vir a saber' sobre ele. O segundo Des-centramento se dá em decorrência do e concomitante ao primeiro. O enfermeiro deve ser capaz de colocar em suspenso seus próprios princípios organizativos do mundo, para que, assim, numa empatia, possa compreender e analisar os princípios organizativos do paciente<sup>(172)</sup>.

A autenticidade do encontro e do cuidado dependem dessa capacidade de o profissional colocar em suspenso tudo o que possa produzir algum tipo de tendenciosidade no processo intersubjetivo, ou seja, pré-julgamentos, preconceitos, estereótipos e suposições<sup>(172)</sup>.

Identifica-se uma aproximação entre Des-centramento, proposto por Munhall<sup>(172)</sup> e o método fenomenológico, especificamente a redução fenomenológica ou *epoché*. Embora a autora descreva o método fenomenológico e discorra sobre o referido método e o Não-saber<sup>(165)</sup>, ela não explicita essa aproximação ou mesmo inspiração.

Na proposição de Husserl, a *epoché* visa colocar em suspenso as ideias preexistentes ou preconcebidas do pesquisador para que se possa chegar ao verdadeiro, à essência do fenômeno estudado. Por sua vez, Heidegger, na impossibilidade de uma *epoché* num sentido

mais literal, compreende ser possível ‘colocar entre parênteses’ (bracketing) tudo o que possa influenciar o indivíduo no processo de identificar essa essência do fenômeno<sup>(203- 205)</sup>.

Para além da suspensão no processo de Des-centramento, Munhall<sup>(202:p.130; 172:p.108)</sup> argumenta, a partir de Stephen Kurtz, que o Não-saber permitirá ao pesquisador/profissional uma “escuta com o terceiro ouvido”, o que colaboraria no processo de interpretar. Isto porque, nessa forma de escuta, ouve-se aquilo que foi realmente dito, evitando fazê-lo a partir unicamente da perspectiva do ouvinte. Nesse sentido, ‘escutar com o terceiro ouvido’ seria mais um recurso que ajudaria a reduzir a interferência de ‘ruídos’ nesse processo de compreensão<sup>(172)</sup>. Vale ressaltar que o termo “escuta com o terceiro ouvido” foi criado pelo analista vienense Theodor Reik<sup>54</sup>. Embora tenha iniciado seu percurso na Psicanálise como discípulo de Freud, ao se mudar para os Estados Unidos, Reik passa a dedicar-se mais a precisar a técnica analítica, sendo a metáfora do terceiro ouvido um exemplo dessa iniciativa<sup>(206)</sup>.

Quando se alcança o Campo/Espaço Perceptivo Compartilhado, por meio do Des-centramento (“escuta com o terceiro ouvido” associada à suspensão de concepções prévias), criam-se condições para o surgimento da Conjunção ou Disjunção Intersubjetivas<sup>(172)</sup>. Na Conjunção Intersubjetiva, enfermeira e paciente identificam que suas interpretações subjetivas coincidem a respeito de um dado acontecimento ou ainda o profissional acredita compreender ou saber o que se passa com o paciente. O risco dessa Conjunção é um consequente ‘fechar-se’ a novas interpretações acerca desse mesmo acontecimento ou ainda alçar essa interpretação possível à condição de realidade objetiva<sup>(172)</sup>.

Na Disjunção, o profissional acredita que sua visão seja melhor que a do paciente ou mesmo que a visão do paciente seria melhor se fosse modificada. Novamente o risco de ‘fechar-se’ faz-se presente, uma vez que essa hierarquização de saberes pode levar o profissional a se perceber autossuficiente, sempre correto em suas posições. Ao paciente restam sensações opostas: ser dependente, sempre errado, necessitando de mudanças em suas percepções e interpretações<sup>(172)</sup>.

Faz-se necessário considerar também que o Não-saber não se confunde com o desconhecimento teórico acerca de uma dada condição (saúde ou doença). Trata-se, antes, de

---

<sup>54</sup> Essa referência não é explicitada por Munhall<sup>(165;172)</sup>. Reik associa essa escuta ao inconsciente, tanto por parte do analista (sua própria voz interna) quanto por parte do cliente<sup>(207)</sup>.

uma postura que resiste e insiste em não esquadrihar o ser humano ou simplesmente reduzi-lo à condição de palco para demonstração de teorias específicas.

Há uma inegável radicalidade na proposta de Munhall, uma vez que se pode-se inclusive incluir a perspectiva de Não-saber nos demais Padrões propostos por Carper<sup>(194)</sup>. Pode-se inferir que o Padrão de Saber Não-saber articula-se com os outros Padrões de Carper<sup>(171)</sup>, podendo funcionar como um elemento ou princípio norteador dos demais Padrões e, por conseguinte, do cuidado de enfermagem.

Há que se explicitar o embasamento teórico de Munhall, ao enunciar o quinto Padrão Fundamental de Saber. Se nos Padrões de Saber de Carper identifica-se uma influência cartesiana<sup>(181)</sup>; bem como a presença de noções advindas da teoria humanista, no Padrão de Saber ‘Não-saber’ de Munhall<sup>(165,172)</sup> pode-se identificar uma clara influência da vertente fenomenológica. Entretanto, a obra “The art of unknowing”, de Stephen Kurtz, figura como importante referência.

Kurtz, mestre em Serviço Social, está entre os analistas americanos não médicos que fizeram sua formação fora da Associação Psicanalítica Americana<sup>(208)</sup>. Foi fundador e diretor do The Harlem Family Institute, instituição americana voltada ao atendimento psicoterapêutico de crianças e suas famílias, bem como à formação de profissionais a partir da teoria psicanalítica<sup>55</sup>.

Kurtz propõe a ideia de Não-saber como condição de abertura ao desconhecido que vem do outro. Para Vermote<sup>(209)</sup>, o Não-saber parece figurar como um senso comum da prática analítica. Esse autor atribui a Bion a afirmativa de que o Não-saber figura como a essência da psicanálise, bem como estabelece uma conexão entre o Não-saber e a douda ignorância de Sócrates<sup>(209)</sup>.

Por sua vez, Lacan associa Não-saber e douda ignorância. Propõe ao analista que reconheça sua ignorância, seu Não-saber, que lhe indica o impossível de se saber tudo de si mesmo, ou mesmo saber sobre o analisando. Ao contrário de uma posição modesta, essa é a medida da análise, ou seja, “sua medida nas vias de uma douda ignorância”<sup>(210:p.364)</sup>.

Isto posto, no Padrão Não-saber de Munhall identificam-se amalgamados elementos teóricos da Fenomenologia e elementos técnicos da teoria psicanalítica, a partir da obra de

---

<sup>55</sup> <http://www.harlemfamilyinstitute.org/hfi-mis.html>

Kurtz, embora essa distinção não esteja explícita nem em relação aos referidos elementos, nem em relação às suas distintas filiações teóricas.

Vale precisar, outrossim, que, embora se constate uma influência da Teoria Psicanalítica no Padrão Não-saber, conforme explicitado anteriormente nesta tese, o termo Psicanálise refere-se à práticas e teorização de diferentes naturezas. Foi também explicitado que o arcabouço teórico adotado nesta tese é referenciado em Freud e Lacan. Nesse sentido, faz-se necessário nomear distinções e aproximações entre o Padrão de Saber Não-saber e a Teoria Psicanalítica na vertente que referencia esta tese.

Nessa articulação entre a Fenomenologia e a Psicanálise de Kurtz e Reik, Munhall toma elementos, digamos técnicos, da Psicanálise, e alinha-os ao arcabouço fenomenológico, visando atingir objetivos da Fenomenologia. Isto equivale a dizer que a condição de Não-saber de antemão acerca do outro (o paciente ou pesquisado); a de abster-se de uma posição de saber que confere poder, ao que Munhall<sup>(165,172)</sup> denominou 'eclipsamento' (eclipsed); a de se buscar uma escuta mais genuína (third ear) são elencadas na qualidade de técnicas ou habilidades que irão contribuir para se constituir um saber compartilhado acerca do mundo subjetivo do paciente/pesquisado. E mais, Munhall enfatiza que o encontro autêntico se dá por meio de uma intencionalidade consciente. E, dessa forma, o Não-saber torna-se fundamental para o cuidado de enfermagem.

Para Freud e Lacan há, sim, uma exigência de nada saber de antemão acerca daquele sujeito, acrescida da ideia de que há um saber possível. Porém, na qualidade de um saber que se apoia na radicalidade de um sujeito sem essência, inconsciente, a exemplo do sujeito, esse saber se esvai. Trata-se de um saber que nem sempre se sabe. Um saber furado, tal como o sujeito, também barrado, um saber que nunca irá alcançar o status de completo, inteiro, integral. Sendo assim, um saber que pouco se presta à compreensão. Além de se tomar por realidade o Não-saber do analista, para Lacan, o saber científico em si mesmo carrega a marca de uma impossibilidade. À ciência resta a condição de elaboração constante de verdades provisórias, mas também a certeza de que nunca se poderá traduzir tudo em palavras, teorias, paradigmas<sup>(188)</sup>.

O saber Não-saber de Munhall<sup>(165,172)</sup> e o saber que não se sabe do sujeito, de Freud e Lacan<sup>(188)</sup> em suas diferenças implicam consequências quando se pensa o cuidado de Enfermagem ao psicótico. Tais consequências serão elaboradas posteriormente.

## 6.6- 'IN BOX', 'OUT OF THE BOX' OR 'NO BOX'... BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DE CAIXAS

---

O cuidado de enfermagem na perspectiva de uma Clínica do Sujeito precisa de Padrões de Saber para ser pensado? O cuidado de enfermagem na perspectiva de uma Clínica do Sujeito precisa sair da caixa dos Padrões para ser pensado? O cuidado de enfermagem na perspectiva de uma Clínica do Sujeito requer Padrões? Sim e Não.

Munhall<sup>(201)</sup> constrói uma metáfora em que caixas são os espaços, instituições, profissionais ou pesquisadores que se guiam por regras rígidas, paradigma(s) inquestionáveis, métodos prescritivos, por uma política de resultados com poucas fórmulas e pequena tolerância às perguntas, por muitas soluções e respostas prontas. Caixas que, assim pensadas, conferem segurança, à medida que pouco se formula, pouco se pergunta. Uma caixa de resultados garantidos, de poucos riscos, pois as respostas já estão dadas, resta aplicá-las numa prática estandardizada que 'gravita em torno da média'<sup>56</sup>.

Nesse sentido, as caixas não se mostram coerentes com uma prática que se pretende arte, que se ocupa (também) de produzir novos saberes mas, principalmente, com uma prática que se volta ao sujeito e ao que ele tem de singular. Uma caixa de Padrões de Saber que se traduzem em diretrizes estanques e modos rígidos e padronizados de agir não parece ser útil para uma Clínica que se volta ao sujeito.

Não se pode negar, entretanto, que caixas organizam, separam, facilitam uma nomeação. Na leitura de Miller<sup>(244)</sup>, a psicanálise se utiliza de elementos de um discurso científico (que seriam caixas) para construir uma língua que se conforma ao objeto (no caso, o inconsciente) do qual se trata.

Só se cogita um 'out of the box' porque se reconhece a caixa. Se, por um lado, separar, organizar pode ser algo interessante à produção de saberes por ser uma forma de método ou apenas um ponto de partida, por outro, a separação, as dicotomias nem sempre recebem olhares interessantes dos que se ocupam de produzir um saber que se volta ao ser humano, quando compreendido numa acepção de um todo indivisível.

---

<sup>56</sup> Expressão usada por Heath<sup>(194)</sup>.

Diversos autores, ao pensarem os Padrões de Saber, reconhecem as caixas para, de diferentes formas, pensar em possíveis saídas dessas caixas. Ensaios otimistas sobre os Padrões acenam com a possibilidade de eliminar as dicotomias existentes no saber da enfermagem<sup>(44,175,194,211,212)</sup>. Tentativas de incluir e transcender<sup>(211)</sup> trazem em seu bojo um apelo para algo que vai além, um 'a mais'. Um 'a mais' que levaria a transformações<sup>(196,213)</sup>, ao todo, ao indivisível<sup>(177,214,215)</sup>.

Munhall<sup>(165,172)</sup> parece fazer o caminho inverso. Ao propor um Padrão Não-saber, quase um antipadrão, permite que se identifique em sua iniciativa um apelo a um certo 'a menos'. Embora tome por ideal o cuidado autêntico que se volta ao homem 'como um todo', um cuidado no qual surgem vislumbres Heideggerianos, por meio de apelos a um 'vir a saber' e seu correlato 'vir a ser', ao propor o Não-saber, propõe, em última análise, um certo esvaziamento.

Um esvaziamento das certezas do profissional/pesquisador, da hierarquia constituída pelo saber do profissional/pesquisador em oposição à condição do paciente/pesquisado. Um 'a menos', uma forma diferente de pensar o cuidado de enfermagem, uma forma de sair da caixa, um Não-saber que marca um esvaziamento. Essa é uma posição que guarda grande coerência com a ideia de um cuidado de enfermagem a partir de uma Clínica do Sujeito. Mas não se pode esquecer que, para Munhall, esse esvaziamento traz em si a promessa de deixar de sê-lo e, nesse sentido, distancia-se da proposta de uma Clínica do Sujeito.

Pode-se, ainda, pensar a condição em que não haja caixas. Por um lado, a ausência de limites, de amarras à criação é sempre algo interessante, mas que ao resvalar para um todo, completo, carrega consigo os riscos de se, ao se perderem de vista os meios de formalizar um saber, acabar por constituir algo não nomeável.

Podem-se considerar os Padrões não como caixas, mas na conotação dada pelo idealizador Philip Phoenix. Phoenix utiliza-se da expressão 'Way of knowing'<sup>(175,177)</sup>. Inferindo a possibilidade de traduzir Way como caminhos, os Padrões seriam tomados como caminhos possíveis. Caminhos que podem ser feitos ou desfeitos, a depender da realidade que se apresenta.

Nesta tese, em função do objeto de estudo, tomar-se-ão a ética, a estética e a ciência (empírico) por operadores lógicos ou simplesmente por uma lógica que sustentará a discussão e a prática do cuidado de enfermagem. O denominado Padrão pessoal será tomado como um acontecimento ou fenômeno implicado e implicando diretamente o cuidado de enfermagem. O

Padrão Não-saber será tomado como posição discursiva, posição de Não-saber. Dessa forma, tais traduções dos padrões aproximam-se da proposta de Phoenix e seus caminhos de saber.

Então por que se utilizar da lógica e como essa lógica, algo que remete ao universal, pode se fazer coerente com a proposta desta tese, ou seja, de um cuidado de enfermagem que se articula a partir da Clínica do Sujeito? Ouso apontar alguns possíveis argumentos emprestados do arcabouço teórico desta tese que dizem respeito à articulação entre o Universal e o Singular, entre o caso e o(s) conceito(s).

Parte-se da forma como Lacan pensa a Psicanálise e sua transmissão. Lacan<sup>(40)</sup> toma a singularidade do sujeito e seu desejo de forma radical. Sua articulação teórica decorre daí. Desse singular que não se repete. Assim, uma experiência jamais poderá ser reproduzida, porque no instante seguinte ao seu acontecimento ela já não existe mais, podendo se tornar presente como discurso, mas nunca será novamente a experiência mesma<sup>(216,217)</sup>. E, dessa forma, como construir e pensar a transmissão desse saber que é sobre algo singular e efêmero?

Exatamente por considerar a radicalidade dessa singularidade é que Lacan vai, ao longo de sua obra, buscando cada vez mais utilizar-se de uma 'linguagem artificial'<sup>57</sup>, pautada na lógica moderna do matemático e filósofo Gotlob Frege, para que se pudesse pensar uma transmissão. Sem o recurso da lógica, que cada vez mais leva à formalização através dos matemas, esquemas e nós<sup>(218)</sup>, restaria a opção (impossível) de relatar cada caso, cada sessão. A utilização de uma 'linguagem artificial' para falar da psicanálise (matemas, esquemas e nós) só se torna possível porque Lacan compreende o inconsciente sendo estruturado como linguagem, ou seja, guiado pela lógica do significante, das metáforas e metonímias. Isso equivale a dizer, uma lógica que pressupõe a substituição de algo por algo. Isso o aproxima das notações feitas pela lógica moderna que valoriza menos os conteúdos em prol de criar uma língua artificial, símbolos e operações que descrevam formas, propriedades e relação das proposições<sup>(216)</sup>.

Dessa forma, Lacan busca consolidar o projeto da Psicanálise como ciência, numa aposta radical de produzir enunciados (gerais), que se prestavam ao seu ensino, mas sem

---

<sup>57</sup> O termo linguagem artificial se justifica pelo fato de que todo o relato ou formalização que decorre de uma prática, ou seja, daquilo que acontece numa sessão analítica é tido como uma leitura de segunda mão daquilo que ocorreu. Portanto, uma linguagem artificial<sup>(218)</sup>.

nunca perder de vista o inédito que a descoberta freudiana trouxe: o inconsciente como condição de existência do sujeito<sup>(217)</sup>.

Nesse sentido, usar os padrões de saber como lógica que ‘fala’ desse cuidado penso que é recorrer a uma linguagem ‘cifrada’ para pensar o cuidado de enfermagem. Os padrões serão, nesta tese, pensados não como caixas, mas enquanto recursos de linguagem, recursos simbólicos, que permitam discutir os princípios que poderiam governar o caso, ou seja, para se alcançar a singularidade que se pretende, considerando a Clínica do Sujeito, seguindo a direção apontada por Lacan<sup>(244)</sup>.

Enfim, há que se considerar que se Carper ou mesmo Munhall enunciaram os Padrões de Saber como leis gerais acerca do cuidado, aqui nesta tese não será nessa acepção, de uma verdade última, que eles serão tomados e analisados. A despeito de se pensar a partir de um universal, é o singular que se toma por ponto de partida e chegada. Tal como propõe Miller<sup>(244)</sup>, para falar do universal das classificações, trata-se de entender essas generalizações como *semblant*, algo que não tem fundamento nem na natureza, nem na estrutura, nem no real. Fundamenta-se apenas na verdade. E as verdades, como propõe Lacan são *varité* (variedade), verdade e variedade. Uma vez que a verdade é ‘sempre uma verdade de um tempo, de um projeto particular’<sup>(244:p.04)</sup>. Assim, toma-se por certeza a irredutibilidade do caso ao conceito, do singular ao universal<sup>(244)</sup>.

Pensando esses caminhos e essa posição surgem questões: ainda que marcado por certo esvaziamento, por propor a possibilidade de ‘vir a saber’, como manter a posição de Não-saber? E mais, como lidar com a realidade de que haverá um momento em que o profissional/pesquisador saberá sobre aquela pessoa sem que isso implique fechamento? Como lidar com a ideia de um cuidado de enfermagem que inclua a lógica dos caminhos de saber e articulá-la com o fato de o ser humano ser único e diferente? Considerando o Padrão Não-saber fortemente influenciado pela intencionalidade da consciência e os demais marcados pela racionalidade, como pensar o cuidado de enfermagem na imprevisibilidade e singularidade do adoecer psíquico em que o sujeito do inconsciente se apresenta de forma marcante?



## **7. NARRATIVAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: COISAS DE FINEZA<sup>58</sup>**

---

---

---

<sup>58</sup> O termo Coisas de Fineza foi utilizado por Miller<sup>(130)</sup> em seu texto Coisas de Fineza em Psicanálise. Miller busca esse termo na obra do matemático Blaise Pascal<sup>(219)</sup> (1670) em seu Pensamentos I. Essa discussão será retomada posteriormente, neste capítulo.

## 7. Narrativas do cuidado de enfermagem: coisas de fineza

A análise das entrevistas realizadas com enfermeiros brasileiros revelou concepções de cuidado e alguns princípios que norteiam sua prática com portadores de sofrimento mental grave, especificamente com psicóticos.

Em sua maioria, esses enfermeiros mostraram-se afeitos às perguntas, aos questionamentos sobre si mesmos e à sua atuação profissional. As lacunas e os tropeços foram construindo, em anos de trabalho, algumas ideias sobre o que é esse cuidado de enfermagem, mas também novas perguntas. As narrativas da maioria apresentaram nuances de um cuidado de enfermagem que se vale de diferentes saberes advindos de diferentes áreas do conhecimento. Para esses, a teoria psicanalítica surge como um desses saberes, não como único, tampouco como aquele que 'dá a palavra final'. Os narradores foram unânimes em afirmar que foram (e ainda são) os impasses clínicos do cotidiano que os impulsionaram na busca por saberes de outras áreas.

A título de empreender uma análise mais detida das narrativas, optei por construir tramas conceituais entre as diferentes concepções apresentadas por meio de diferentes cenas e dizeres dos entrevistados. A construção dessas tramas conceituais balizaram-se pela concepção de cuidado apresentada nesta tese (Padrões de Saber), particularmente pela mudança de enfoque proposta, a saber, tomá-los, os Padrões, como lógica que pode sustentar o cuidado de enfermagem. As referidas tramas foram assim reunidas sob as seguintes denominações:

7.1- O '*Cuidado esvaziado*'<sub>(N5)</sub>: Discursos e saberes (saber e não-saber) que conformam o cuidado de enfermagem.

7.2- O cuidado de enfermagem na psicose: a concretude cotidiana e o anteparo da beleza.

7.3- "Não como todo mundo": o um que marca uma posição ética.

7.4- Um cuidado que afeta: a transferência como fenômeno.

Há que se ressaltar que as narrativas foram recortadas a partir de um ou mais elementos que se referiam à uma discussão específica. Entretanto, pode-se afirmar que as várias narrativas aqui apresentadas poderiam tornar-se ponto de partida para qualquer uma das discussões de qualquer das tramas definidas acima.

## 7.1- O 'CUIDADO ESVAZIADO'(N<sub>5</sub>): DISCURSOS E SABERES (SABER E NÃO-SABER) QUE CONFORMAM O CUIDADO DE ENFERMAGEM.

---

Inicia-se essa discussão por uma cena:

**Cena 01** - “**E**u tive umas alunas, umas alunas interessantes! Tinha M, uma paciente, num estágio que eu dou no CAPS... uma paciente, que discutiram o caso na reunião de equipe. Ela tinha um delírio paranoico – paranoico, não, delírio persecutório. Ela era mãe de traficante. O filho, sei lá... acho que devia maltratá-la um pouco. Ela ficava muito na rua. Então, de vez em quando... o pessoal do PSF pedia pro CAPS dar uma olhada nela. E ela tinha mania de colocar mil coisas dentro da roupa! Então, ela chegava cheia de papel! E ela chegou no grupo das minhas alunas. Aí eu falei: ‘Gente, vamos ver como é que vocês vão trabalhar com ela! Mas olha só, uma coisa que eu queria pedir pra vocês. Não peçam a ela pra tirar nada debaixo da roupa dela. Deixem ela fazer isso.’ Aí, as meninas começaram: ‘Ah, deixa eu ver sua unha? Vamos fazer uma unha agora?’ E começaram... ‘Ah, deixa eu ver seu pé?’ Mas eu não estou conseguindo. Como é que eu faço aqui com sua calça?’ E M. foi tirando... pra possibilitar... Aí as meninas levaram M. ao banheiro para lavar o pé. Porque era um pé que, num primeiro momento, o psiquiatra achou que era um pé de... esses pés cheios de trombo... de problema vascular! Aqueles pés escuros: era sujeira! As meninas foram para o banheiro com ela. Ficaram uma hora lavando. Ela já estava sem roupa, sem as coisas. Deixou as coisas no canto. Na hora que foi colocar a roupa as meninas falaram: ‘O que que a gente faz com aquilo (referindo-se aos papéis que estavam sob a roupa)?’ O que que a senhora quer fazer com aquilo?’ ‘Ahh... não... eu vou botar num saco.’ Então, quer dizer, acho que isso é um lugar de esvaziamento. Eu acho que esse é um cuidado esvaziado. Não sei se isso existe, mas essa palavra me apareceu aqui, agora. Mas eu acho que isso é uma posição diferente. Eu acho que hoje eu acredito é nesse cuidado na saúde mental. Eu acho que esse é um cuidado esvaziado... desse lugar esvaziado.”(N<sub>5</sub>).

Uma cena cotidiana de um serviço de saúde mental com um grupo de alunas de graduação em enfermagem que, certamente, possuíam poucos conhecimentos da teoria psicanalítica. Segundo o narrador, apenas haviam tido algum contato nos momentos de teorização, sob orientação de um profissional enfermeiro docente que ‘monta’ um cenário de aprendizagem norteado por concepções clínicas e epistemológicas advindos da teoria psicanalítica. Pode-se aproximar essa ‘montagem’ dos eixos da Prática entre Vários, propostos por Di Ciaccia e apresentados no item 5.2 dessa tese. E, nesse sentido, será pensada.

Essa cena cotidiana pode ser lida por diferentes recortes. Nesse sentido, cabe explicitar a leitura que realizei, na qualidade de entrevistador, aquele que propõe questões e que também se coloca em silêncio para receber as elaborações do narrador, bem como na qualidade de

pesquisador que empreende uma análise em nome de situar concepções de cuidado de enfermagem.

Cabe então perguntar: o que é esvaziado nessa cena? Quais articulações possíveis se podem fazer a partir do significante Cuidado esvaziado? Em nome de que se propõe um cuidado esvaziado? Quais concepções e princípios sustentam o ocorrido nessa cena? Quais as implicações que tal concepção traz para o cuidado de enfermagem na psicose?

Nessa cena, leio três elementos importantes que se articulam, a meu ver, ao termo cuidado esvaziado, na qualidade de um significante. Tais elementos que, por assim dizer, trazem as marcas de um esvaziamento, sendo que os três não devem ser vistos separadamente: o esvaziamento do lugar de saber tradicionalmente conferido ao profissional; o cuidado para com a paciente que se distancia do tradicional processo de planejamento desse cuidado; a paciente que retira suas roupas e as coisas que acumula sob elas, guardando-as, mas não mais sob as roupas.

O narrador anuncia uma concepção de cuidado, um significante, que distanciando de uma orientação mais tradicional na enfermagem, remete a uma lógica específica: o cuidado esvaziado fala de um cuidado de enfermagem que se distancia do saber protocolar, um saber de mestria. Assim, num primeiro momento, pode-se dizer que não é o cuidado que se esvazia, mas a posição de saber do profissional que cuida. Saber prévio à cena que, se presente, implicaria uma posição específica para o profissional: a posição de quem sabe o que faz e, por isso, determina o que deve ser feito.

Numa posição em que o profissional guia-se por um saber de mestre, o cuidado é comandado exclusivamente pelos protocolos, seguidos à risca, independente da situação. Se o paciente está sujo, é encaminhado ao banho; se tem coisas sob as roupas, elas devem ser retiradas; se as roupas estão sujas, elas devem ser substituídas; se o que foi retirado não tem valor aos olhos do profissional, não há motivos para guardá-lo. Seu destino é o lixo. Essa prática parece não ser incomum aos serviços de saúde mental. **N**<sub>6</sub> a denominava lava-jato:

**E**ntão, *chegam pacientes aqui muito sujos, com cabelo grande, barba grande... então a primeira reação do funcionário era fazer... era tipo um lava-jato: paciente chegava, colocava debaixo do chuveiro, já vinha com a máquina de cortar cabelo, com o 'prestobarba@', com tudo. E isso... assim... pode ser, uma invasão para o paciente!"* (**N**<sub>6</sub>)

Trata-se de um cuidado que se coloca como sinônimo de ações, ações concretas. Por vezes, essa forma de pensar o cuidado não só fala de um certo furor quanto à necessidade de limpar, mas também apresenta-se como repleto de ações, numa posição ativa. Um cuidado que poderia ser assim definido: cuidar é apresentar um grande repertório de ações a serem desenvolvidas com o paciente. Um cuidado que aponta para um ‘cada vez mais’ e, pode-se dizer, é guiado por um saber de mestre.

Mas, por que denominar esse saber como saber de mestre? Quais as implicações de se cuidar a partir desse saber? Um mestre é aquele que carrega consigo a certeza de se definir (Eu sou), sendo assim um produtor de verdades, a seu ver completas e últimas. Essa posição de mestria foi formalizada por Lacan<sup>(188)</sup> como um discurso. Esse discurso<sup>59</sup> é comandado por um significante mestre (S<sub>1</sub>), ou seja, por um sujeito que sabe e que, nessa condição de mestre e senhor, coloca o outro (S<sub>2</sub>) na condição de escravo, a quem cabe o trabalho de produzir saberes. Lacan retoma, com isso, as ideias de Hegel acerca das relações do senhor com o escravo. Esse discurso acaba por produzir apenas saberes-objetos(a) que, por serem sempre insuficientes, manterão mestre e escravo na mesma posição. O que o mestre não quer saber é que há para ele, assim como para todos, a verdade da castração (S), ou seja, que sua condição de mestre não se sustenta. Vale salientar, aqui, o mestre é um discurso, não uma pessoa. Lacan<sup>(153)</sup> assim representa o discurso do mestre:

$$\frac{S_1}{S} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

Um saber, um significante (S<sub>1</sub>) que ativa toda a cadeia significante. E, tal como numa turbina, girada pelo reservatório de significantes, torna-se capaz de produzir e conservar uma energia. Nessa posição dominante, o mestre busca reafirmar seu poder de comandar. O trabalho do escravo, a produção de saberes, ele, o senhor, não paga<sup>(188)</sup>.

Na psicose ocorre a forclusão (*Verwerfung*) do Nome-do-Pai, significante que cumpriria a função de representar, ainda que provisoriamente, o sujeito e, assim, ordenar a cadeia significante<sup>60</sup>. Na falta desse significante ao psicótico, não tendo como responder ao desejo do

---

<sup>59</sup> Para Lacan o inconsciente é um discurso, havendo sempre um significante primeiro ou mestre (S<sub>1</sub>) que remete a um outro significante (S<sub>2</sub>). Assim, o inconsciente tem por ‘material’ significantes que mantêm entre si uma relação em cadeia cuja arbitrariedade da formação dessa cadeia pode ser pensada em termos de metáforas e metonímias. Pensando assim, ele enunciou quatro formações discursivas diferentes (Discurso do Mestre, do Analista, da Histórica, do Universitário)

<sup>60</sup> Conferir discussão detalhada sobre a Forclusão no Capítulo 5, item 5.1, desta tese.

Outro, resta ficar à mercê desse Outro poderoso, tirano e, por isso, perseguidor, terrível e temível. Assim, por falta desse registro, o semelhante (outro, com 'o' minúsculo) passa a ser apreendido apenas pelo registro imaginário, sendo tomado por espelho e modelo de identificação imediata.

Nessa condição de estar à mercê do Outro e de tomar o outro por espelho, encontrar um outro que se mostra, que se traveste de uma roupagem de saberes absolutos, ou seja, um mestre, torna-se um possível convite. O outro, o mestre, é tomado por modelo de identificação. E, nessa condição de total identificação, o psicótico encontra-se na condição de objeto (no sentido de uma coisificação do psicótico) e, também, em condições de ali refazer uma relação simbiótica, na qual o outro, para quem dirige seu amor, pode passar a ser perseguidor<sup>(33)</sup>. Isso não está longe de acontecer se um psicótico se depara, em seu cotidiano, com profissionais-mestres, cientes de seu saber, ávidos por definir o que o outro tem que fazer. Do mesmo modo, também com profissionais guiados pelas 'melhores intenções' e que ao aconselharem, igualmente, convocam uma mestria por 'saberem' o que é melhor para o outro.

Nesse sentido, **N<sub>10</sub>** pondera:

**“O** *que ele (o paciente) diz pode não fazer sentido nenhum. Não cabe a mim orientar. Porque aí é um nó para a enfermagem. A enfermagem orienta, programa as coisas... a enfermagem em geral, né. Sabe... essa ideia é fundamental de que a enfermagem sabe o que deve ser feito, sabe o que é bom para o paciente. E, em muitos casos, lá na ortopedia, em outras áreas... se o paciente disser 'Não quero engessar meu braço' ele tem que ser orientado. Mas, muitas e muitas vezes, essa posição da enfermagem de saber, orientar e decidir é negativa.”*

A fala de **N<sub>10</sub>**, aproxima-se assim da proposta de Munhall<sup>(172)</sup> acerca da posição de Não-saber. Diante dessa ponderação, então, se a enfermagem que lida com o psicótico não vai orientar, não vai definir, não vai exercer mestria, não vai seguir incondicionalmente os protocolos, o que resta fazer?

Lacan<sup>(188)</sup> propõe, para os analistas, o avesso disso. Essa direção de avesso é também apontada (e des-apontada) por **N<sub>2</sub>**:

**“É**  *você suportar, como Lacan colocou, esse lugar de objeto. Onde aquele que fala... o saber que está em jogo é daquele que fala. É uma posição muito peculiar porque rompe*

*com toda a formação acadêmica, com toda história da medicina, da terapêutica. Uma mudança muito brusca de postura. Então, eu acho que ali não é um papel de enfermagem.”*

Assim, demarcado, o lugar do analista é o lugar de objeto, lugar de nada, vazio. “...os sentimentos do analista só têm um lugar possível nesse jogo: o do morto”<sup>(135:p.595)</sup>. Lugar realmente difícil de suportar, onde as intenções e os desejos do analista não contam, ou seja, a direção do tratamento não é dada pelo desejo tampouco pelas boas intenções do analista. Mas, Lacan também define que esse lugar de objeto tem uma função específica, quando é a partir dessa posição de objeto, que se reconhece um sujeito. O analista, agindo em conformidade com essa posição, dá a direção do tratamento e leva o sujeito a produzir suas verdades, sempre, é claro, meias verdades, novos significantes-mestre<sup>(135,188)</sup>.

Desse modo, o sentido de dar a direção do tratamento que leva o sujeito à produção de suas verdades, **N<sub>2</sub>**, ao demarcar que esse não é um lugar, um papel da enfermagem, o faz de forma acertada. Entretanto, o sentido da posição de objeto como avesso da posição de mestria aqui não é o de fazer a função do analista, não é o de dar a direção do tratamento. Trata-se, antes, tal como propõe Zenonni<sup>(128)</sup>, de uma posição de aprendiz da loucura. Um aprendiz, no seu mais estrito sentido, acompanha aquilo que o sujeito constrói em seu fazer *sinthoma*. Um aprendiz que junto a outros aprendizes, vai, numa interlocução, estabelecer uma Prática entre Vários.

Olhando de modo particular o fazer do enfermeiro, **N<sub>17</sub>** apresenta uma distinção interessante: a orientação psicanalítica e a condução psicanalítica.

**“E***ntão, assim, eu sempre falo pra eles (os alunos) que o cuidado de enfermagem que a gente tem nessa área da saúde mental é um cuidado que integre o sujeito, que acolha o sujeito. Claro que o acolhimento, ele vai começar com uma abordagem, com uma escuta. E é uma escuta que vai ter uma orientação psicanalítica. Uma condução psicanalítica, eh..., não tem como manter essa ideia.”* **N<sub>17</sub>**

Ao enfermeiro, que, propõem-se, se inspire nessa posição de objeto, pode ser dada a condição de aprendiz da loucura e, com isso, a condição de realizar um cuidado, que considera o sujeito, que escuta seus saberes, que o acompanha em seu delicado e subversivo uso da linguagem. Nessa posição, é possível que o enfermeiro reúna as condições para que o paciente possibilite, permita ser cuidado. Nessa posição, também é possível que o enfermeiro possa, num trabalho em equipe e numa escuta atenta, conhecer os significados que o paciente atribui

ao seu corpo e, por conseguinte, ao cuidado e propor, portanto, um cuidado não invasivo, não ameaçador, não definido previamente, não universal, mas pautado no saber de quem fala, voltado a um sujeito, naquele momento. Nesse sentido, a atuação coincidiria com uma orientação psicanalítica<sup>61</sup>.

A posição de objeto ou o tornar-se representante do objeto proposto por Lacan aproxima-se, em parte, da proposta de Munhall<sup>(172)</sup> com sua posição de não-saber. Guiados por esta lógica é preciso considerar que não há receitas, não há fórmulas, não há garantias de sucesso, não há acúmulos de saber –fazer para serem usados posteriormente na construção de protocolos rígidos. A condição de não-saber aliada a uma inspiração nessa posição de objeto é, talvez, uma das poucas máximas que, por ora, se possa tomar por guia para se pensar o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Retomando a cena, tem-se M. com seus papéis, que veste uma estranha roupa, talvez uma armadura. Para aqueles que se dispõem a realizar o cuidado, nesse momento, não foram imprescindíveis longas horas de conversa. Não se procedeu à uma análise profunda dos possíveis significados dos papéis ajuntados no corpo, talvez protegendo-o, talvez ajuntando o corpo. E, M., numa posição de assentimento a esse cuidado, possibilita-o, retirando aos poucos suas vestes, suas coisas. Tal como propõem **N<sub>2</sub>** e **N<sub>9</sub>**, é necessário que o paciente dê sua permissão para ser cuidado. E, ao permitir, ele implica-se.

Enfim, o cuidado nessa cena seria fazer com que M. retirasse os papéis e coisas de debaixo de sua roupa? Penso que não. Seria possível a uma equipe acolher um sujeito com sua forma única de se ‘vestir’. Entretanto, acolher implica chegar perto, aproximar, buscar ali ‘enlaçar’ algo da paciente com algo do serviço, seja por suas ofertas de oficinas, pelo cuidado que oferece, por seus profissionais. Algo que dê ao sujeito a ideia de que ali há alguém capaz de funcionar como testemunha, como receptáculo dessa sua relação com o Outro. Não se pode precisar ao certo o que poderia fazer M. tomar o CAPS como um espaço que a acolhe. Mas era necessário que algo, talvez um ato, se oferecesse como meio para um enlaçamento com M. Assim, começar pelas unhas, pelo banho, pode ser entendido como uma aposta dessa natureza. Desfazer-se das coisas pode ser lido como um sinal de que algo ali se produziu de

---

<sup>61</sup> Vale ressaltar que não se trata de um veto à condução analítica pelo enfermeiro. A questão é que a condução analítica requer um analista. E, tornar-se um analista exige mais do que valer-se do discurso da psicanálise. Se, no caminho de valer-se do discurso da psicanálise houver o desejo de ser analista, isto cabe a cada um definir.

diferente. Por fim, não se pode desconsiderar a necessidade de uma avaliação clínica, orgânica, uma vez que a aparência dos pés sugeria um problema dessa natureza. E a higiene aqui surge como uma necessidade.

Às alunas coube apostar no saber de seu professor, seguindo-o. Coube-lhes esse cuidado feito pelas bordas, por meio de perguntas, pedidos de autorizações, próprio de quem não está ali para invadir, próprio de quem quer aprender. Colocar-se mesmo na posição de quem não consegue ver, não consegue fazer, não consegue tudo. Seguir, como aprendizes, os passos que M. dá. Aqui, pode-se inferir uma segunda leitura possível sobre o cuidado esvaziado: trata-se de um cuidado que prescinde de um exaustivo levantamento de problemas identificados pelos profissionais (no caso, alunas) e seus consequentes cuidados possíveis. Cuidados esses que assim podem ser tomados não como formas de acolher o sujeito, mas como soluções normalizantes de problemas cujas respostas residem no conhecimento científico. Cuidados que poderiam funcionar como meios de concretizar a ideia falaciosa de que quanto mais ações, maior qualidade, melhor cuidado.

M., diante desse outro que 'não consegue', vai possibilitando que se limpe o pé, que se veja o corpo, colocando de lado aquilo que ela, possivelmente, precisou usar para chegar até ali. De alguma forma, esse acontecimento aponta também para um certo esvaziamento.

O professor, distante da posição de mestre, aposta numa forma de transmissão também esvaziada. Sem grandes lições, apenas pede, recomenda às alunas que não assumam o lugar de comando nessa cena.

Esse cuidado esvaziado, sem mestria, sem um Outro que tudo pode e por isso dá ordens, feito a partir de M., abre possibilidades de que ali, naquele CAPS, M. encontre um lugar, num sentido mais estrito do que se pode chamar acolhimento. Encontre, também, as condições para que possa, prescindindo das coisas no concreto do corpo, construir algum enlaçamento, criando condições para encontrar alguma outra saída possível na forma de um sintoma.

Numa instituição que se guia pela Prática entre Vários, a equipe de enfermagem, como aprendiz, pode, num primeiro momento, ao inspirar-se numa posição de objeto, cuidar a partir da ideia de que ele nada sabe sobre aquele sujeito, cuidar considerando que os significados do corpo para aquele sujeito serão inúmeros e eles não o sabem e não podem deduzi-lo; acolher o

sujeito sem se propor a orientá-lo, limpá-lo, domesticá-lo; acolher esse paciente e buscar cuidar no sentido de, tal como propõe **N<sub>18</sub>**, receber sua singularidade.

À despeito dessa inspiração lacaniana, digamos assim, pautada na proposição da posição de objeto, não se nega, mais que isso, espera-se que o profissional valha-se de seus saberes para atuar. Espera-se que ele esteja instrumentalizado com algo mais do que o senso comum. O que dizer dessas expectativas?

---

### 7.1.1 - SABER E ANTECIPAÇÃO: POSSIBILIDADES E IMPOSSIBILIDADES. DUAS CENAS.

---

**Cena 02** - *“Uma paciente, a G., que ficava aqui na permanência-dia, numa angústia, numa coisa! E ela ficava rodando, rodando, rodando e chorando. E se jogava no chão... De repente, ela se jogava no chão... Eu falei: ‘Gente, mais que coisa esquisita, essa moça!’ E eu fui perguntar pra enfermagem: ‘Mas quem é aquela moça?’ Aí, os técnicos de enfermagem, unânimes, assim, falaram pra mim: ‘Ah, essa é a G. Ela não tem jeito mais, não. É um caso muito difícil, ela só vem pra cá chorar, ou então ela vem pra cá para se jogar no chão... Ela é histérica! Não quer tomar remédio...’*

*Então, assim, a ideia é de que essa pessoa estava fadada a ser aquilo, do jeito que ela estava e não tinha outra solução. Choro e chão! Uma vez ela chega... Ela atuou. Ela se jogou no chão. Os profissionais ficaram muito irritados... Levaram ela pro leito e amarraram e o psiquiatra mandou fazer Haldol® com Fenegan®. Eu nova aqui. ‘Vamos ver! Vamos tentar perceber melhor essa situação!’ E aí, por coincidência, a referência do caso, ia sair de licença. Ia ficar um tempo fora. E a gerente pediu pra eu ficar na referência da G.! ‘Então eu fico.’ Eu fui ler o prontuário e vi que ela era uma paciente que já tinha um tempo que estava aqui. E que essa tentativa de melhora dela não andava. A proposta da permanência-dia era fazer com que ela tomasse a medicação. Eu me apresentei como referência para G.. E eu falei: ‘Vamos conversar, né’. Aí, eu comecei a conversar e vi que ela tinha um discurso muito desagregado, muito delirante, uma coisa misturada, meio místico-religioso com persecutório, um discurso bem, bem desagregado mesmo. Aí eu fui à casa dela, conheci a família. Uma mãe mais idosa com toda a dificuldade de cuidar, uma mãe analfabeta. Então o CAPS mandava remédio pra administrar. Eu vi que não adiantava nada agir do jeito que estava. O contrato terapêutico dela, o que a colega pensou, não ia funcionar. E eu me fiz a pergunta seguinte: ‘Qual é o objetivo da permanência-dia pra G.? Em que essa permanência-dia está beneficiando essa paciente?’ Se ela chega aqui tão angustiada, se ela chega aqui tão... e ela é tão maltratada (faz o gesto de aspas)! Aí eu falei: ‘Eu vou tirá-la da permanência-dia.’ Ousei! Vou tirar! Vou tirar da permanência-dia e vou lá na casa dela atendê-la! E fiz isso! .... Conversei com o psiquiatra. Discuti a medicação dela com ele. Então, ela começou a ficar muito mais tranquila. Comecei a ir a casa dela. O discurso ficou menos desagregado, ficou mais clara a psicose. Porque o*

*discurso se organizou de uma maneira mais persecutória mesmo. Ela começou a falar mais também! A falar que ela não gostava de ficar aqui porque tinha um paciente que estuprava ela. Que ela sentia esse paciente estuprando ela... Ela cheia de fenômenos mesmo! O perseguidor estava aqui!*

*Mas assim, eu estou dizendo desse caso porque eu acho que é um caso, assim, que... na lógica, no discurso dos trabalhadores, tinha uma impotência no caso. Assim: 'Não tem jeito, não toma remédio, não aceita tomar banho, não aceita nenhuma intervenção. Então não tem jeito! Não posso fazer mais nada por ela'. Que... os recursos tradicionais não podiam fazer muito por ela. Não podiam fazer muito e se você ficasse presa nisso não ia fazer muito, não. Então eu acho que fazer uma aposta nela pra entender porque que ela, estando aqui, ela fica tão mal! (N<sub>4</sub>)"*

**Cena 03- “E**ntão, tinha o W. Ele era assim (faz gesto mostrando uma pessoa alta), uns dois metros de altura! Que falava muito assim (gesticula) e entrava numa agitação! Numa dessas agitações, os profissionais todos nas salas dos técnicos... só os auxiliares vendo. E eu lembro que ele pegou um filtro. Um filtro de barro. E eu assim, sem pensar ou pensando, com cálculo ou sem cálculo... Eu acho que você não faz nada sem cálculo, na verdade. Você pode calcular mal, mas eu acho que você não faz nada sem cálculo! Você não está insano, né! E seu cálculo é balizado em que? Naquela convivência do dia a dia! Numa pequena coisa. Numa conversa que você teve algum dia. Não é naquele momento. De uma certa forma, naquele momento você resgata um pedacinho de cada momento, ou seja, de cada cuidado. Porque o que que é cuidado? Não é a oferta? Não é só o curativo, não é só ... É essa construção. Não é um procedimento! Eu entendo assim. Você tem os procedimentos! Mas na saúde mental esse cuidado tem que ser construído, ele tem que ter a permissão do outro (todos têm, mas esse mais do que nunca!). E, nesse dia... eu falei mais alto. E ele colocou esse filtro no lugar. Falei: 'Não é assim!' Eu não lembro exatamente o que eu falei. Mas eu disse alguma coisa no sentido (eu lembro o sentido), de que não era daquele jeito que ele ia conseguir as coisas! Porque assim, era um paciente que já tinha essa trajetória dessa coisa da ameaça! E ele fazia isso muito bem. E ele esbravejou, xingou e tudo, mas não jogou o filtro no chão. (N<sub>9</sub>)"

Benner<sup>(45)</sup>, ao discutir a sabedoria clínica que ela identificou na prática dos enfermeiros, listou, dentre pensamentos e ações adotados por esses enfermeiros, a importância de uma Antecipação Clínica, ou seja, uma capacidade de, com base nos conhecimentos prévios e nas situações vividas, prever a organização do ambiente, preparar o paciente para o que virá, antecipar possíveis riscos, crises, vulnerabilidades, considerar o inesperado. Tudo isso dá aos enfermeiros a capacidade de se antecipar às situações. Tudo isso, segundo Benner, é parte integrante e fundamental do fazer em enfermagem.

Loyola<sup>(220)</sup> afirma que o cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria comporta uma grande diferença do cuidado de enfermagem em outros cenários. Em geral, nesses outros cenários, quanto mais a enfermagem consegue se antecipar aos problemas, numa atitude preventiva, maior é a qualidade de seu cuidado. Segundo a autora, na saúde mental/psiquiatria, não há antecipação. O cuidado “(...) só pode ser construído *a posteriori*, a partir da demanda e do significado que cada sujeito lhe atribui”<sup>(70: p.09)</sup>.

As cenas 01 e 02 trazem situações distintas em que a questão da antecipação se coloca. Duas cenas, duas formas de antecipação, desfechos favoráveis. Afinal, a antecipação é, tal como propõe Benner, inerente ao cuidar? Seria apenas algo importante em outras áreas e não na saúde mental/psiquiatria? A ideia do sempre *a posteriori* afina-se mais com um cuidado que se volta à Clínica do Sujeito? É possível antecipar riscos e vulnerabilidades no cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria balizado pela Clínica do Sujeito? Na busca por respostas, passo a analisar o saber que identifiquei em ambas as cenas.

O saber que determina ‘*Não tem jeito, não toma remédio, não aceita tomar banho, não aceita nenhuma intervenção. Então não tem jeito! (N<sub>4</sub>)*’ é um saber nascido da prática, da observação, da lida diária com G. E, nesse sentido, saber que contém uma legitimidade. Mas é também um saber imbuído de uma certeza, posto que, depois de um tempo cuidando de G., já se sabia de seu ‘funcionamento’, portanto, já não cabiam mais perguntas.

Não cabiam mais tentativas de lidar com uma pessoa que traz estampado em seu comportamento algo (quase) inconcebível: ela se angustia em um espaço de tratamento e se recusa a tomar a medicação em casa. O (quase) inconcebível reside no fato de que esse acontecimento aponta para falências desse modo de lidar com G. Um modo de lidar que parte de uma suposição universal, quase uma certeza, de que aquele espaço de tratamento é o melhor lugar para qualquer portador de sofrimento mental. Mas não se pode desconsiderar que à condição de sujeito há uma singularidade inerente. E, assim, não interessa quantos se beneficiem desse serviço. Importa que G., ali, fica muito mal. O que corrobora a situação de falência. Em última análise, a falência (buraco) de cada um que já tentou fazer algo no sentido de atuar terapêuticamente junto a G.

Há diferentes formas de lidar com esse buraco. Uma delas consiste em, no lugar desse buraco, construir-se um saber que o obtura e que também funciona como o único possível ali

nessa cena de impossibilidades. Futuramente, sempre que necessário, esse saber prévio, antecipado, é convocado.

A antecipação, por vezes, como nessa cena, pode ser lida como um efeito do discurso do mestre. O desfecho dessa narrativa inicia-se com perguntas a esse Saber-mestre. São as perguntas, verdadeiros e novos buracos feitos nesse saber de certeza, que abrem possibilidades de ver de novo ou o novo. Um saber assim esburacado distancia-se do discurso do mestre e abre possibilidades de novas construções. Assim, na direção do avesso do discurso do mestre, convidar G. para conversar abre espaço para a palavra, para o sujeito. Nesse sentido, o cuidado é como propõe Loyola e Rocha<sup>(9)</sup>, *a posteriori*.

Possivelmente, uma baliza teórica, uma outra forma de antecipação, por assim dizer, sustenta esse novo olhar: a ideia de que a verdade está do lado de quem fala, ou seja, a aposta em um sujeito do inconsciente e em um saber inconsciente. Ambos, sujeito e saber, nunca totalmente apreendidos, uma vez que trazem consigo a condição de ser efêmero e singular. Nesse sentido, uma antecipação teórica pode ter efeitos interessantes para o cuidado.

A cena 03, tomada pelo recorte da antecipação, mostra uma concepção de cuidado que sustenta o ato do enfermeiro. Um cuidado pensado como um processo e que, no momento da urgência, da emergência de algo daquele sujeito, é convocado na qualidade de uma aposta. Naquele momento, em que a atuação se precipitava, há uma aposta na palavra, a palavra que faz uma barra, um limite. Uma palavra que abre a possibilidade de, naquele momento, funcionando como um suposto saber, permita ao enfermeiro, ao dizer que não é assim, facultar ao sujeito a possibilidade de entender, de alguma forma, que alguém sabendo que ‘assim não é’ pode também saber ‘como é’<sup>62</sup>. Diante disso, o ato se esvazia, o filtro não vai para o chão.

Há que se deter um pouco nessa leitura feita da cena, em especial, no que diz respeito a suposição de saber na psicose. Zenoni<sup>(148: p.20)</sup> afirma que o psicótico é “...um sujeito que sabe o que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do lhe é endereçado enigmaticamente.” Embora, essa ideia seja bastante adequada para pensar a realidade do

---

<sup>62</sup> Zenoni<sup>(135: p.20)</sup> afirma que o psicótico é “...um sujeito que sabe o que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do lhe é endereçado enigmaticamente.” Embora, essa ideia seja bastante adequada para pensar a realidade do psicótico, não se pode perder de vista, de acordo com Silvestre<sup>(221: p.128)</sup> que o psicótico não é aquele que sempre sabe. Por vezes, “a confrontação com o fenômeno elementar, (...) é o enfrentamento com o real, precisamente sem mediação, e em particular, sem a mediação de um saber”. E, nesse sentido, alguém que faça as vezes de um sujeito suposto saber, nesse momento de hesitação pode ser aquilo que o psicótico demanda.

psicótico, não se pode perder de vista, de acordo com Silvestre<sup>(221:p.128)</sup> que o psicótico não é aquele que sempre sabe. Por vezes, “a confrontação com o fenômeno elementar, (...) é o enfrentamento com o real, precisamente sem mediação, e em particular, sem a mediação de um saber”. E, nesse sentido, alguém que faça as vezes de um sujeito suposto saber, nesse momento de hesitação pode ser aquilo que o psicótico demanda.

Retomando, cabe a questão, qual é a antecipação que o enfermeiro faz? Saber que W. tinha na ameaça uma forma de se dirigir ou enlaçar o outro, ou seja, ‘ler’ esse ato como sintoma, como apelo a lei para entrar no laço social, no sentido do que propõe Quinet<sup>(133)</sup>. Para o enfermeiro, esse saber sobre W. é que permite, naquele instante, uma aposta. Palavras ‘calculadas’ que fizeram uma função de contenção. Tudo isso numa situação que exigia uma saída imediata. Mas em que esse saber difere daquele deduzido da cena 01?

A resposta situa-se em torno de outra noção lacaniana: a de sujeito-suposto-saber. Um saber suposto, diferente desse saber-mestre, do qual o mestre está imbuído de sua certeza. Um saber suposto: alguém supõe que outro alguém detenha o saber que responde a todas as perguntas. Se, em diferentes momentos, falou-se dessa impossibilidade de tudo saber, agora, acrescenta-se que, temporariamente, é necessário que o sujeito acredite que isso seja possível. É necessário também que o outro (no caso o profissional) sustente esse lugar, sem no entanto, encarná-lo, ou como propõe Zenonni<sup>(128)</sup>, funcione como um sujeito suposto não-saber. É necessário que esse que o sustenta saiba que, em algum momento, será destituído desse lugar<sup>(148)</sup>. Ocupar, sem encarnar, esse lugar de suposto saber pode significar um acolhimento desse sujeito.

Os conceitos e noções de saber, sujeito, discurso do mestre, posição de objeto e sujeito suposto saber são alguns dos que foram tramados para discutir questões epistemológicas relativas ao cuidado de enfermagem a partir da clínica do sujeito nessas narrativas. Tais noções e conceitos foram aqui convocados a partir de cenas, ou seja, de uma prática clínica que possibilita sua discussão.

A lógica científica que pode sustentar um cuidado de enfermagem em direção a uma prática que considere o sujeito toma por pressupostos a realidade de um sujeito dividido, de um saber articulado à verdade por um meio dizer, de uma verdade sobre esse sujeito que nunca será dita em sua totalidade. Nessa direção, caberia ao profissional um lugar de representante do objeto<sup>(135,188)</sup>, uma posição de aprendiz<sup>(128)</sup>. Tudo isso constituindo uma condição de Cuidado

Esvaziado. Ao discutir essas concepções, que compõem a lógica científica desse cuidado de enfermagem, busquei também apontar algumas considerações acerca da transmissão dessa forma de saber, bem como situar uma prática cuja referência foi fortemente mencionada nas entrevistas: a prática do acolhimento.

Além desses, é importante considerar com **N<sub>10</sub>** que a investigação científica deve ser algo presente no cotidiano da clínica. Os questionamentos dos fazeres já estabelecidos, ou seja, as perguntas que abrem buracos no saber já consolidado na forma de rituais, também podem ganhar a possibilidade de serem ditos por outros Significantes se os profissionais se detiverem sobre suas práticas e abrirem espaço para que se entendam seus fundamentos. **N<sub>17</sub>** propõe a seus alunos:

**“E** *Em relação ao cuidado de enfermagem, o que vocês nunca podem perder é esse olhar de estranhamento! Porque algumas coisas, algumas situações ... algumas coisas, são banalizadas, vamos dizer assim. As pessoas fazem de forma tão ritualizada, que não causa estranhamento. Não tem estranhamento nenhum!”*

O estranhamento, por sua lógica, funciona como as perguntas, como a linguagem que faz furo no real. Para além do estranhamento, a busca pela interlocução como forma de construção de saber é outro elemento considerado fundamental pelos narradores (**N<sub>4</sub>**, **N<sub>5</sub>**, **N<sub>10</sub>**, **N<sub>12</sub>**, **N<sub>14</sub>**, **N<sub>15</sub>**, **N<sub>16</sub>** e **N<sub>19</sub>**). É na interlocução com outros profissionais que o saber encontra mais uma possibilidade de esvaziar-se, que o profissional encontra, a partir do olhar do outro, aquilo que ele mesmo não consegue enxergar. Assim, a interlocução funciona também como mais uma forma de fazer furo no real, por funcionar, como espaço de construção de saber em que a palavra circula.

## 7.2- O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PSICOSE: O ANTEPARO DA BELEZA OU O CUIDADO E SUAS COISAS DE FINEZA

---

**Cena 01-** *“**P**orque eu cheguei lá ninguém usava papel higiênico! Eu implantei uso de papel higiênico... Eu, assim, nessa vida institucional, que eu acho tão difícil, eu sempre retomo ao meu ofício! Meu ofício de enfermeira, nesse lugar! Cheguei lá em HE<sup>63</sup> e as pacientes, elas não iam mais às atividades...*

*- ‘Não, estão velhinhas, não querem mais!’*

*E elas não usavam papel higiênico!*

*- ‘Elas não aprendem a usar papel higiênico! Elas vão jogar fora!’*

*E eu, por acreditar que enquanto... – na questão do ambiente, né. Deve ser encarnação de Freud... de Florence- de pensar que ‘Não, isso elas podem dar conta!’ Mas eu quero saber também do eu posso dar conta! Então, tinha uma senhora, a L., de quem eu sou referência. Ela só limpava o ânus na quina da porta do banheiro. Até desgastava! Gente, depois de três anos, L., está usando, quase noventa e cinco por cento das vezes, papel higiênico que passou a ter. Porque passou a ter!*

*Essa semana teve que arrancar a privada! (Dá uma grande risada) Porque mudou a forma de colocar o rolo de papel higiênico – agora é aquele rolo grande. Aí, C. enfiou tudo no vaso e teve que arrancar a privada! Aí uma profissional veio falar comigo:*

*-‘Teve que arrancar a privada!’*

*-‘É, mas você não está pensando que nós vamos parar de botar papel higiênico só porque a outra entupiu o vaso! Arranca-se a privada uma outra vez. Desentope-se. Mas o que nós conseguimos foi fazer as pessoas passarem a usar papel higiênico. Eu fiz as pessoas passarem a pensar nisso! ...” (N<sub>15</sub>)*

Pode parecer estranho, até mesmo contraditório, iniciar uma discussão que promete, por seu título, falar de beleza e de fineza com uma cena na qual algo tão primário, cru mesmo, encontra-se em questão. Limpar-se após as eliminações é o que se ensina às crianças pequenas. Limpar ou manter limpo (oferecer as condições para) o paciente após as eliminações é algo articulado a uma necessidade básica que se ensina como fundamentos de enfermagem aos alunos que iniciam a graduação.

Para a enfermagem há uma realidade: seu fazer inclui algo marcado pela concretude. Trata-se do corpo em sua realidade, o organismo, com suas secreções, excreções, com sua condição real e inexorável de cadáver. E, como sabemos que o cuidado não se resume ao concreto do organismo, devemos saber também que esse cuidado não deve (e aqui

---

<sup>63</sup> HE – notação genérica para referir-se à uma instituição hospitalar voltada ao atendimento Especializado em psiquiatria/saúde mental.

trata-se de um dever mesmo) se furtar a resguardar alguns mínimos para que, assim, se possa falar de cuidado de enfermagem. Esses mínimos, como elementos que indispensáveis, podem ser nomeados como padrões. Isto porque, se não estiverem presente não se pode sequer dizer que ali houve cuidado.

À isso, que denomino 'padrões mínimos' se pode também articular como necessidades do vivente: alimentação, sono, repouso, eliminações, higiene, dentre outros. São mínimos, por serem tomados como algo que exige minimamente ser cuidado para que somente assim se possa chegar a algo para além deles. Há, entretanto, que cuidar a partir desses mínimos, sem que o profissional se coloque como alguém capaz de satisfazer todas essas necessidades, ou seja, que o profissional esteja atento ao que ele '*pode dar conta*' e assim demarcar e assumir aquilo que ele '*não pode*'. Isto equivale a assumir sua condição de sujeito.

Há que se considerar que, nesse sentido, o cuidado de enfermagem nem sempre significa estar às voltas com coisas de grande prestígio social, coisas '*glamourosas*'. As narrativas trazem: uma paciente que se limpa no batente da porta; '*pacientes que tomavam banhos coletivos*' **N<sub>15</sub>**; um usuário do serviço que insistia em mexer em sua lesão de pele em '*nome de Deus*' **N<sub>13</sub>**; uma paciente que se corta com caco de vidro **N<sub>16</sub>**; uma paciente que '*leva a gente (aluno e docente) para o banheiro, faz xixi, faz cocô e mostra!*' **N<sub>18</sub>**. Pacientes que, às voltas com seu sofrimento, encontram no corpo-objeto, nesse corpo esburacado pelas pulsões, saídas inusitadas<sup>(7)</sup>.

Miller<sup>(222)</sup> afirma que o que se espera de uma boa educação é que ela nos diga o que pode e o que não pode ser feito com cada parte do corpo. Assim aprendemos, desde cedo, as soluções típicas para resolver o problema do bom uso do corpo: "com esta é preciso fazer isto, com aquela não se deve fazer isso. Essa repartição não opera no esquizofrênico"<sup>(222:p. 07)</sup>. Como consequência, o psicótico acaba por se ver capturado, sem o socorro de nenhum dos discursos estabelecidos, por esse corpo de órgãos subvertido em suas funções<sup>(223)</sup>. Isto porque, tal como discutido no item 5.1.2, o psicótico situa-se como um fora-do-discurso.

Nessa cena, o narrador, ao ver que a paciente, após as eliminações, passa o ânus repetidas vezes no batente da porta, ao ver a indisponibilidade de condições mínimas para uma higiene, retoma seu ofício de enfermeira nas ideias da mestra fundadora Florence e realiza sua leitura: L se limpa e o faz de forma pouco usual, grotesca até, expondo-se a riscos, tornando o

ambiente já feio<sup>64</sup> também mal cheiroso. Coisas que se somam e afastam o que ali poderia haver de possibilidade de algum laço social. Diante disso, um mínimo: implantar papel higiênico.

Mas essa mesma realidade permite alguma inferência. Ânus e papel higiênico podem ser aproximados na condição de elementos que ganharam usos nada típicos. O papel higiênico que, na contramão de sua finalidade comum, se presta ao lúdico, talvez prazeroso, ato de desenrolar. E como papel desenrolado, à primeira vista, agora sem utilidade, ganha um novo uso: presta-se, em seu excesso, a entupir.

Assim também, o corpo, presta-se aos mais diversos 'usos'. Enquanto habitado pela fala, o corpo dos falantes está sujeito a ser dividido por seus órgãos, a ponto de ter que lhes encontrar uma função<sup>(223)</sup>. O corpo, na psicose, corpo enigmático<sup>(134)</sup> encontra-se esburacado pelas pulsões, desorganizado<sup>(6)</sup>, um corpo que se oferece ao gozo, tornando possível a leitura de que, além de promover uma limpeza, haja ali, para L., formas de fazer diferente com esse corpo, no qual a circulação dos significantes, assim como na cadeia significante, encontra-se fragmentada<sup>(224)</sup>. Nessa condição de fragmentação, algo não esco, estanca, represa. Diante desse real, resvala-se de Florence a Freud: tornar o ambiente mais agradável ao olhar, reconhecer e apostar que ali, nessa concretude, nessa desorganização, nessa ausência da 'boa educação', há um sujeito, criando formas do que fazer com seu corpo, com seu gozo, com seu sofrimento, seja na qualidade de uma invenção ou de uma estereotipia, tal como propõe Miller<sup>(222)</sup>. E o profissional cria formas de, ao questionar os saberes já sabidos, fazer com que o saber cristalizado encontre seu limite e a palavra circule, mas talvez, para isso, vasos sanitários necessitem ser arrancados.

Mas como isso se faz possível? Não se deve desconsiderar que, o cuidado, embora possa primeiro se deter nos órgãos e suas funções, também acaba por lidar com isso que do órgão se faz significante, ou seja, com a função do órgão que lhe vem do discurso. Esse órgão que se oferece como isca para que um peixe, o significante, engula "... aquilo de que os discursos precisam para se sustentar"<sup>(223:p.456)</sup>. Algo dessa natureza surge nessa outra cena, em que esse saber sobre o corpo está em questão bem como sua possibilidade de transmissão:

---

<sup>64</sup> *Você tem que... o lugar é muito solitário, uma internação psiquiátrica. Mesmo que ela seja uma internação-dia que a pessoa vai embora! É muito ruim! É muito ruim! Você com sofrimento psíquico e ainda ficar num lugar feio, um dia inteiro! Então tem aquele remédio que te puxa pro chão, que te puxa prá deitar! Não que você obrigue a pessoa a fazer (refere-se a oficinas), não. Mas você tem que oportunizar! (N<sub>15</sub>)*

**Cena 02-** “**E**ntão é engraçado, porque, nesse momento, eu já tinha algumas balizas. Então, a aluna, era muito engraçado, porque a gente atendia junto, e o transmitir é alguma coisa muito artesanal. A aluna falava: ‘Professora, o cuidado de enfermagem é fazer com que ela lave a mão depois de fazer xixi e cocô.’ Bom, lavar a mão depois das suas necessidades é algo bastante importante. Mas antes disso leia: porque alguém precisa levar o outro para ver o cocô e o xixi dela? O que a gente pode daqui favorecer que outra produção aconteça que não seja esta. Vamos tentar separar, então? Vamos tentar separar esta produção que é deste corpo dela, vamos ver o que é isso, para ver se a gente consegue uma separação e uma palavra entre. Que o cocô saia para uma palavra entrar. Ou que se substitua o cocô por uma palavra. E *Aí*, é lendo com o aluno.” (N<sub>18</sub>)

Além de se pensar as narrativas de N<sub>15</sub> e N<sub>18</sub> e suas relações com a linguagem, não se pode desconsiderar que ambas estão marcadas pelo ato e por sua repetição (‘de limpar o ânus na quina da porta’; ‘de acompanhar o xixi e o cocô’). Algo que insiste, um ato, que pode ser entendido na direção de uma mera repetição, ou seja, ‘novamente o mesmo’. Mas há, nesse ato, uma outra possibilidade de leitura, da qual N<sub>18</sub> se aproxima: o ato na qualidade de um discurso, um discurso sem palavras<sup>(188)</sup>. Para Lacan esse discurso sem palavras, embora não comporte enunciações, é da ordem da linguagem, situando-se no chamado campo do gozo. Esse campo que lida com o ato e que está “para além do princípio do prazer, onde reina a pulsão de morte”<sup>(133:p.41)</sup>. Esse campo do gozo que aponta para a repetição, no qual talvez a palavra, em sua função de letra, possa inscrever algum traço, alguma marca.

Isto equivale a dizer que, muitas vezes, nesse cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria, em especial no cuidado ao psicótico, está-se às voltas com um corpo, seus significados e seus usos nem sempre usuais. Nisso reside sua complexidade, sua dificuldade, no sentido de que há nesse campo a marca de um resto não nomeável, que insiste, resiste, traz sofrimento. Mas uma vez que o cuidado é assim visto e assumido é que se pode extrair dessa condição complexa e difícil as possibilidades de cuidar. Mas de que possibilidades se pode falar diante de um cotidiano marcado pelo complexo, pelo inusitado? O que pode sustentar esse fazer?

O narrador N<sub>15</sub> fala de um ofício. Pode-se ler *Aí* um *savoir-faire*, não na qualidade de uma receita ou de um exemplo a ser seguido, mas talvez para mostrar, tal como afirma Lacan<sup>(140:p.59)</sup>, “que se é responsável apenas na medida de seu *savoir-faire*”. Esse saber “é a arte, o artifício, o que dá à arte da qual se é capaz um valor notável, porque não há Outro do Outro para operar o juízo final”<sup>(140:p.59)</sup>. Um Outro do Outro, ou seja, não há uma verdade última.

Com isso, todo saber encontra seu lugar de valor. O narrador chama-o de Saber de Ofício. Aquele a quem ela sempre retorna, para pensar o que ela faz ali na instituição, mas também para saber sobre seu desejo, para repensar ‘o que dá conta’. O que, em última análise, significa reconhecer sua condição de sujeito, sujeito barrado. Mas, além do saber de ofício, **N<sub>15</sub>** reafirma ter e usar autoridade.

**Cena03- “É** aquela coisa... o almoço... porque você não pode fazer isso de forma mais bonita? Porque o café tem que ser dado? Porque não pode ser servido com xícara?

- ‘Ah, mas eles vão quebrar!’

Vão quebrar? A gente vai ver! Porque primeiro precisa ser servido e a gente vê se vai quebrar ou não. Não pode! Aí eu usava a autoridade. Fazia valer alguma coisa. Na saúde mental a autoridade precisa existir e ser única! Única, assim, ela tem que dirigir.”

Em que medida cabe ao sujeito barrado, colocar-se no lugar da autoridade? Embora **N<sub>15</sub>** não discorra muito sobre isso pode-se tomar aqui de empréstimo, a orientação de Lacan<sup>(135:p.592)</sup> aos analistas:

“O psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse tratamento, o que lhe é soletrado logo de saída (...) é o de que não deve, de modo algum, dirigir o paciente. A direção de consciência (...) acha-se aqui radicalmente excluída”.

Um sujeito, ao dialetizar sua posição, seu saber, consegue instituir a direção, apontada, não pelo seu desejo, mas pela lógica que sustenta o trabalho. Tal como propõe Di Ciaccia<sup>(154)</sup>, uma Prática entre Vários toma por princípio a referência teórica e clínica de orientação lacaniana. Ao guiar-se por uma lógica, há mesmo a necessidade de que algo (nem sempre alguém) único dê a direção. Nisso pode residir a autoridade a que **N<sub>15</sub>** se refere. A autoridade de dirigir o tratamento, estabelecer e propor suas bases sem, no entanto, resvalar para a direção do paciente. E, com isso, pode-se produzir: “o deslocamento de discurso: um quarto de giro” (**N<sub>15</sub>**). Uma vez que sem direção, quase nada resta. “Nós saímos de lá (refere-se a um outro momento em que se transferiu de local de trabalho)... eu sai de lá primeiro e realmente ‘foi tudo por água abaixo!’ (**N<sub>15</sub>**)

Há ainda outra questão em torno desse saber de ofício. Ao falar de um ofício, **N<sub>15</sub>** refere-se à arte de buscar o belo por meio de um fazer artesanal. Fazer delicado, cuidadoso,

incansável, que ela identifica no sushiman Jiro Ono<sup>65</sup>. Nessa direção, **N**<sub>15</sub> compreende seu trabalho de enfermeira buscando alcançar o que pode haver de arte, de beleza nas sutilezas desse fazer. Arte que pode ser traduzida ou exatamente encontrada nessas sutilezas, nesses detalhes, pequenos gestos que buscam, nesse fazer institucional, que se volta ao coletivo, garantir o lugar do singular. Nesse sentido, recorto essa cena:

**Cena 04-** “*Infelizmente ainda usamos uniforme. São uns vestidos rosa, assim, mais bonitinhos, e tem uma oficina que faz enfeites. Então, fazem fuxico, fazem cintos, fazem tecidos, fazem uma porção de coisas que ... que... fazem colarzinhos de tecidos e Aí, pelo menos, cada uma tem uma aparência mais individualizada. Uma bota três colares, a outra põe um cintinho colorido. As vezes, levantam demais (a saia)... botam um cinto e levantam demais e a gente tem que ... deixar pelo menos até o joelho. Eu fico falando da importância de cada uma ter uma característica, ne. Essa paciente põe três colares. Ela gosta! Inclusive ela diz que o nome dela não é Maria, é Mariah<sup>66</sup>.*” (**N**<sub>10</sub>)

Na beleza simples dos fuxicos que impõem marcas singulares, vai-se distanciando um pouco da condição ‘como todo mundo’, vai-se desenhando o ‘um’, mas, principalmente, vai-se criando brechas que deixam entrever que, naquela instituição, pode caber o sujeito com seu sofrimento. Pequenos enfeites, sutilezas, pequenas marcas que tiram cada um dessa condição de pertencer à vala comum dos loucos de uniforme. Mariah, põe três colares, muda seu nome na direção de, talvez, alcançar alguma sofisticação. Talvez simplesmente revestir de alguma sutil beleza toda a trama de uma vida sofrida, em que as passagens ao ato ganhavam frequentemente espaço. Talvez nada disso. O certo é que as pequenas belezas, pequenas escolhas marcam a presença de uma singularidade teimosa, que insiste. Mas essa singularidade só ganha consistência, existência quando alguém, numa escuta, a reconhece<sup>(225)</sup>. Uma singularidade que faz barra ao discurso da autoridade da lei, da autoridade do regulamento e que pode encontrar seu contraponto na autoridade de estrela<sup>67</sup>,

---

<sup>65</sup> Refere-se à um documentário sobre a vida de Jiro, um premiado sushiman de 85 anos de idade e sua busca incansável para alcançar com seu fazer uma definição de saboroso. Cf. Dreams of sushi. 2011. Dirigido por David Gelb.

<sup>66</sup> Nome fictício, mas que mantém a mesma lógica da narrativa de **N**<sub>10</sub>, em que o nome ganha uma pronúncia com ‘r’ bastante marcado característico da língua francesa.

<sup>67</sup> O termo autoridade de estrela é cunhado por Laurent<sup>(131)</sup> para denominar essa autoridade necessária na instituição, mas que não se vale do regulamento para tal. Vale-se sim de um saber fazer um enigma, uma questão, uma pergunta sem apelar para as normas.

aquela que faz ver para além do que está posto<sup>(131)</sup>. Nessa condição de autoridade cada profissional se coloca como instituição parceira<sup>(149)</sup>. Como se vê:

**Cena 05-** “**O**lha, mas ele quer escolher a roupa! Olha que bacana: ele quer escolher! Ele quer ver a cor da roupa que ele vai vestir.’  
- ‘Ah, mas não tem tamanho! Eu pego qualquer uma!’  
- ‘Nããã! Ele é ele. Então se tiver uma roupa que caiba nele ele vai escolher. Deixa ele escolher. Se não servir a gente vê uma outra forma! Mas deixa ele escolher!’ (**N<sub>6</sub>**)

Diante do real, esse sem significantes, esse algo que remete à pulsão de morte, esse vazio, pode-se optar pelo cuidado aos vasos sanitários, o cuidado ao regulamento institucional ou ao acordo tácito em prol de uma inércia coletiva, ou mesmo optar pelos discursos normalizadores como forma de cuidar. Pode-se também buscar nas palavras, meios de fazer furo nesse real. Mas, pode-se ainda produzir anteparos a ele. Buscar no belo uma forma de fazer contorno, em torno, desse vazio<sup>(188)</sup>. A cena que se segue aponta para a busca de elementos, de algum efeito estético.

**Cena 06-** “**E**a gente sempre com essa coisa! E até hoje eu uso muito... eu uso muito assim... Eu acho que isso, o belo... tem que ter beleza... tem, né. Senão complica. Nesse lugar (refere-se a um serviço de saúde mental) agora, todo dia, 10 da manhã, tem cafezinho! A gente côa! Passamos a coar café... Prá que? Pro cheiro... Tem uma paciente lá que agora ela já pede! Faz (aspira forte): ‘O cheiro do café! Tá na hora do cafezinho?’ Entendeu? E isso vai melhorar em que? A pessoa passa o dia melhor, sabe!’” (**N<sub>15</sub>**)

A beleza dessas cenas (4 e 5) se traduz em nuances de sutileza que os narradores (**N<sub>10</sub>** e **N<sub>15</sub>**) imprimem ao cuidado, quando propõem que o cheiro de café, os pequenos enfeites possam ser alinhados àquilo que produz efeitos terapêuticos também sutis, efeitos que buscam alcançar a singularidade. E o terapêutico, afastado de qualquer ambição de convencer as pessoas, ou seja, do *furor sanandi*<sup>(49)</sup>, localiza-se em: ‘cada uma ganhar uma aparência mais individualizada’ e de ‘A pessoa passar o dia melhor!’

Mas, o que pode orientar, do ponto de vista teórico, essas estratégias clínicas? A resposta segue uma única direção: o sujeito e sua forma de sofrer. Se o cheiro de café torna o dia melhor, essa então é uma estratégia válida. Se, a despeito da padronização imposta pelos uniformes, fazem-se flores, pequenas marcas impressas que atestam a singularidade, isso é terapêutico. São, enfim, formas de esvaziar ou esburacar o discurso universal da instituição.

O cheiro do café é pensado pela narradora como um elemento que, ao trazer o agradável para o ambiente, funciona como belo, como arte. Florence<sup>(90)</sup>, considerada uma teórica ambientalista, vê no ambiente com ar puro, bem iluminado, devidamente limpo, os meios de proporcionar o mínimo dispêndio de energia ao paciente, para que, assim, seu corpo possa voltar-se para a cura. Há também teorizações<sup>(90)</sup> acerca do ambiente terapêutico, definido como ambiente físico ou relacional, cujo objetivo é fazer com que o paciente sinta-se acolhido e isso contribuirá para sua melhora. Entretanto, o que a narradora traz acerca do cheiro de café parece não se alinhar exatamente nessas perspectivas. Então, em que o agradável do cheiro e, por associação a arte, podem ser pensados na qualidade de cuidados?

O ambiente, tomado na qualidade de um *setting*, mereceu algumas elaborações por parte de Freud<sup>(49)</sup>, mas, principalmente, foi bastante explorado por Winnicott. Analista pós-freudiano, Winnicott propunha, em casos de estrutura pessoal ainda não integrada como acontecia nos estados psicóticos, maior ênfase no manejo clínico e no estabelecimento de um *setting* no qual a noção de *holding* torna-se central. *Holding*, para Winnicott, é compreendido como segurar, dar sustentação. “Sustentação de determinadas experiências por um período longo de tempo sem interromper a experiência do paciente. Significa oferecer um ambiente/*setting* que sustente e permita o processo de integração do sujeito”<sup>(226)</sup>. Esse oferecer um *setting* parece, nessa cena, ganhar forma no sentido de um delicado ‘acolhimento’:

**Cena 06-** **“O** técnico de enfermagem, chegou (diante do paciente) e disse:

- ‘Vamos tomar banho!’

*Pegou as roupas do cara e disse:*

- ‘Vamos tomar banho.’

*Colocou o paciente dentro do banheiro, o paciente se trancou lá dentro. Olhou para o espelho e se entortou inteiro. Ficou lá meio que distônico, você não sabia o que era, e o cara lá batendo na janela. Resolveram arrombar a porta do banheiro. Arrombaram a porta do banheiro. O paciente ficou lá olhando prá cima. Parecia um quadro de impregnação, não sei. Colocaram-no sentado ao lado do banheiro. A enfermeira do serviço pediu:*

- ‘Você não pode olhar tal paciente?’

*Eu falei:*

- ‘Bom, mas o que tá acontecendo?’ Deixe eu ir lá olhar.

*Aí, avalei para ver se era impregnação ou não. Não, não tinha rigidez, não tinha nada, nenhum sinal. Comecei a falar com ele e fiquei ali com ele. Perguntei prá ele o nome dele, me apresentei e tal. Eu vi que, mesmo olhando prá cima, ele estava mexendo o olho, estava acompanhando. Bom, então aqui tem outra coisa. Sai de lá. Fui ver o que ele estava tomando. Voltei, estendi a mão prá ele e falei:*

- ‘Olá, vou falar meu nome de novo. Meu nome é ....’

*Ele agarrou minha mão e eu falei:*

- ‘Posso me sentar?’

*Ele só mexeu o olho. Eu me sentei. Fiquei uma hora de mão dada com o paciente. Tentando abrir ali alguns espaços para ver se saía alguma palavra. Esse paciente começou a se desentortar, desentortar ... porque alguém ficou ali. Quando ele começou a ficar mais responsivo, perguntei se ele podia soltar minha mão.*

- 'Posso.'

- 'Ah, então, agora você pode falar algo comigo?'

*Silêncio. Aí, depois de uma hora, eu tinha algumas coisas prá fazer. Falei assim:*

- 'Olha, eu estou ali.' **N<sub>18</sub>**

A despeito de se acreditar que, em um setting clássico, o contato corporal não acontece, nessa cena, esse segurar a mão foi a forma que o profissional encontrou de “recolher algo daquele paciente” (**N<sub>18</sub>**). Mais do que instituir ou propor uma técnica a aposta do narrador situa-se em torno da possibilidade de uma palavra.

Mas o trabalho proposto por Winnicott tinha como direção propiciar uma passagem da experiência no campo da fusão eu-não eu para o campo onde é estabelecida uma diferenciação eu/não eu. O ambiente possibilitaria, nesse sentido, as expressões do desejo (tal como os fuxicos, cintos, colares, o nome) e da falta. Incluído assim, como elemento importante na direção do tratamento, o *holding* pode implicar em atos distintos de uma prática analítica tradicional, uma vez que o que está em jogo aqui, não é a relevância ou o rigor de práticas clínicas, e sim o sofrimento do sujeito<sup>(227)</sup>.

Assim, alinhado à ideia de *holding*, o cheiro de café parece ser algo que propicia uma forma de acolhimento, de sustentação na medida em que ‘o dia fica melhor’. Entretanto, esse cheiro de café, que produz efeitos estéticos, pode cumprir, assim como o *holding*, que se situa na borda das técnicas analíticas<sup>(228)</sup>, a função de também fazer borda. Uma borda que instala ali, naquele ambiente institucional, marcado pelos regulamentos e regras, alguma leveza, alguma sutileza na forma de um cuidado, na forma de um descompletar o discurso institucional. Tal como o *holding*, esse cuidado se inscreveria na borda dos cuidados tradicionais, mas, talvez por isso, funcione como borda, como anteparo ao vazio, ao que não pode ser significado, ao real, uma vez que, o real encontra seu limite ao se enodar ao imaginário e ao simbólico<sup>(140)</sup>. E, para Lacan<sup>(188)</sup>, essa é mesmo a função do belo, da arte.

Cabe aqui uma consideração: o setting, como ambiente, e o *holding*, enquanto ato ou posição, na verdade fundam-se numa lógica comum: a lógica do discurso analítico. Miller<sup>(130:p.15)</sup> pondera:

“Constatarei com pesar que entre nós continua-se a falar de *setting*, ao passo que Lacan diz discurso. O *setting* é um conceito barroco que mistura ao mesmo tempo dados de estrutura e dados secundários, como instalação, número de encontros etc.. Não se trata do *setting*, mas do discurso analítico”.

No discurso analítico, toma-se a lógica do singular, toma-se a ideia de criar condições para que a palavra encontre lugar. Se o ambiente é coletivo, o que de cada um vai ali enlaçar, significar, não se pode saber. Talvez nem mesmo o sujeito saiba. Essas coisas de fineza, essas filigranas, que apontam para um sujeito, isso em muito interessa e é exatamente nessa direção que vai a cena 06. .

Mas essa beleza, esse efeito estético, pode situar-se também no interior das práticas. Tal como afirma Guerra<sup>(229:p.66)</sup>:

“Já que trabalhamos com seres falantes possuidores de um corpo de gozo afetado pela Linguagem, é preciso tomar em sua especificidade a experiência do humano para com ele fazermos nossa clínica operar. Saber-fazer-com isso é a arte!”

Embora Guerra<sup>(229)</sup> dirija-se aos analistas, não se pode desconsiderar que, de alguma forma, todos os profissionais que se dedicam a lidar com seres falantes e o façam a partir da linguagem na perspectiva da Clínica do Sujeito, veem-se as voltas com esse saber-fazer-com.

Para Pascal<sup>(221)</sup>, opondo-se ao espírito de geometria, espírito daqueles que estão acostumados ao que é nítido, grosseiro, afeitos ao manejo das coisas concretas, encontra-se o espírito de fineza. Nesse espírito: “os princípios são de uso comum. Basta virar a cabeça sem nenhum esforço; trata-se somente de ter boa vista, mas que seja boa, porque os princípios são tão sutis e em tão grande número que é quase impossível não nos escaparem alguns”<sup>(221:p.37)</sup>. Mas seguindo seu ‘Pensamentos’, Pascal acaba por concluir que os princípios do espírito de fineza “...são apenas entrevistados (...) são coisas de tal maneira delicadas, que é preciso um sentido muito delicado e muito preciso para senti-las (...) sem poder o mais das vezes demonstrá-las em ordem, como na geometria...”<sup>(221:p.38)</sup>.

Esse espírito de fineza, causa dificuldades, em especial aos mais imbuídos do espírito de geometria, o espírito reto<sup>(221)</sup>, ou também àqueles que acreditam ou foram levados a

acreditar que a ciência reside na concretude das coisas que só podem ser apreendidas por raciocínios complexos. Nesse sentido, no ensino, por vezes, essas dificuldades aparecem:

**Cena 07- “F**azer o aluno pensar assim é difícil porque a lógica é ao contrário mesmo! Então quando você coloca o aluno prá fazer uma oficina de Beleza tem uns que entendem o objetivo, enxergam como cuidado e outros falam assim:

- ‘Mas professora, eu vou ficar aqui penteando o cabelo? Eu vou lavar a cabeça do paciente? Mas como assim? Que que é isso? Eu não vim aqui para lavar cabeça dos pacientes!’ (N<sub>4</sub>)

**Cena 08 - “E**u costumo falar que para fazer estágio na saúde mental tem que ter inteligência. No seguinte sentido: porque é um estágio que se você for pensar é besta demais! O paciente fica fazendo atividade, jogando bingo, vai na praça...” (N<sub>5</sub>)

A isso que N<sub>5</sub> aparece aqui como inteligência próximo do que Pascal<sup>(221)</sup> nomeou anteriormente espírito de fineza. Freud<sup>(230)</sup> reencontra essa fineza, essa sutileza em uma de suas manifestações do inconsciente, o ato falho. E o faz em um texto em que mostra que o analista continua sempre aprendendo com seu inconsciente. Miller<sup>(130)</sup> convoca os dizeres de Pascal<sup>(221)</sup>, de uma fineza que se opõe à geometria, para pensar a teorização lacaniana. Uma teorização que caminha do simbólico ao real passando pelo imaginário. Nesse caminho, surgem os matemas e a teoria dos nós como tentativa de dar conta do real. Tentativa desesperada uma vez que essas coisas de fineza dificilmente se deixam apreender. E, nesse sentido, é mesmo preciso uma ‘boa vista’, um sentido muito delicado, para enxergar.

Assim, um cuidado que se embasa por um saber de sutilezas, um saber do ofício, de fuxicos, de aromas, de coisas de fineza, pode talvez não ter muito a ser apreendido pela razão, mas, exatamente, por convocar algo do registro imaginário e da ordem simbólica, possa limitar o real que, na psicose, ganha estatuto de realidade, de concretude, de certeza.

### 7.3- “NÃO COMO TODO MUNDO”<sup>68</sup>: O UM QUE MARCA UMA POSIÇÃO ÉTICA.

---

**Cena 01-** **“A** oficina (Oficina de culinária) já é outro nível de conversa, porque eu entendo como cuidado sim. Eu entendo como cuidado também. Mas eu acho que a oficina... O serviço de urgência perdeu um pouco essa beleza de oficina! Aí, na reunião de equipe o povo perguntou: ‘Mas eles vão mexer com faca?’

Eu falei: ‘Olha, gente, na cozinha tem que ter faca! Não tem jeito!’

-‘Mas como eles vão fazer?’

-‘Olha, na casa de todos tem faca e aqui também tem! Então nós vamos fazer oficina com faca!’

-‘Mas como?’

-‘Não, eles vão mexer com faca e vai dar tudo certo!’

A gente discute antes a receita! Eles decidem o cardápio! A gente compra as coisas! A gente vai ao supermercado e compramos juntos. Eles vão junto! Outro dia eu levei uma paciente de pernoite<sup>69</sup> lá. Ela estava na Argentina dançando com o Latino! Falei: ‘Então, vamos hoje lá comprar verdura? Porque hoje nós vamos fazer salada!’ E ela: ‘Então vamos!’ Aí a técnica de referência dela falou assim: ‘Você vai levar uma paciente de pernoite para ir laaaa... andar um quilômetro para comprar verdura?’ ‘Gente, ela está de pernoite só hoje! Ela não ficou ‘de pernoite’ a vida toda, não! Ela mora no bairro. Ela sabe muito bem onde compra! Então eu vou com ela!’... Foram sete pacientes comigo. Os adeptos, os assíduos à oficina, à culinária, eles já... toda vez que deparam comigo eles perguntam: ‘O que nós vamos fazer na terça-feira na oficina de culinária? Onde nós vamos? O que nós vamos comprar? Eu preciso trazer alguma coisa?’ O outro trouxe. Nós fizemos mousse de morango na última oficina. O outro trouxe de casa a gelatina... – eu não falei que era pra trazer! E outra trouxe. Trouxe um creme de leite. Eu vejo muito isso. Eles querem estar nas terças de manhã, mesmo que não seja permanência-dia deles para participar disso. Os que não participam ficam de fora assistindo. Que é engraçadíssimo! Porque eu faço na cozinha... É porque tem janelas, assim (mostra com as mãos ao redor). Aí eu chamo, chamo. Todo mundo chama. E eles: ‘Não, não vou não.’ Começou a oficina, eles ficam na janela olhando. É impressionante! Participam... é a forma que cada um dá conta também, né! Tem muito homem na oficina de culinária. No começo eles falavam assim: ‘Culinária é coisa de mulher!’ Mas tem muito homem.(N<sub>16</sub>)

As atividades coletivas ou oficinas terapêuticas se inscrevem na qualidade de um dispositivo clínico nos serviços de saúde mental. Nessa cena, o narrador constata que muitos dos serviços de urgência psiquiátrica têm se valido pouco desse recurso. As oficinas produzem efeitos clínicos e socializantes, o que, de acordo com Guerra<sup>(4)</sup>, faz com que as mesmas

---

<sup>68</sup> Miller<sup>(130)</sup>

<sup>69</sup> Refere-se a uma usuária do serviço que durante um período de maior fragilidade (exacerbação da crise) permanece 24 horas no serviço.

inaugurem um campo inédito que se situa entre o lugar da clínica e o lugar das atividades coletivas. Isto equivale a dizer, entre o sujeito e sua condição de singularidade e o espaço de trocas nos quais os laços sociais encontram lugar.

Em uma análise mais detida, Guerra<sup>(231)</sup> apresenta sua leitura em torno da função terapêutica das oficinas com psicóticos, a partir do produto e sua função enquanto materialidade:

a materialidade do produto provocava, em si mesma, algum tipo de efeito para o psicótico. Destacou-se em nossos achados o trabalho do psicótico sobre uma materialidade concreta como servindo de suporte para uma escrita outra também localizadora de gozo, e não apenas produtora de significações. O produto sendo Real e, ao mesmo tempo, recebendo um contorno simbólico pela Linguagem e uma inscrição social (Imaginária) pela Cultura, se inscreveria, de um lado, incluído no campo das trocas socio-simbólicas, circulando como um produto socialmente reconhecido. E, por outro lado, trabalhando o ponto de real que o simbólico pode tocar, o produto operaria sobre a subjetividade do participante, quando uma contingência permitisse essa operação. Nesse caso, ele poderia funcionar como elemento na estabilização psicótica<sup>(231.p.18)</sup>.

Dessa forma, Guerra<sup>(231)</sup> sinaliza como sendo a oficina um dos espaços onde um psicótico poderia encontrar desde possibilidades de, por meio desse dispositivo, criar alguma forma de enlaçamento entre real, imaginário e simbólico e com isso caminhar para uma estabilização. Nisso reside toda a importância e, conforme **N<sub>16</sub>**, a beleza de uma oficina. Mas, isso, certamente, não é um acontecimento universal. Nem todos encontram ali alguma estabilização. Nem todos se valerão das oficinas da mesma forma. E isso comporta também uma beleza.

Antes de se pensar na oficina como dispositivo clínico, contudo, parece que outras questões, na prática, se antecedem a qualquer articulação de um possível efeito terapêutico. É para esse sentido que as seguintes interrogações parecem apontar: Oficinas com psicóticos em crise que vão usar facas? Doentes mentais em crise que frequentam os espaços públicos? Para esses saberes e conceitos prévios que sustentam cada uma das perguntas vem a resposta na forma de uma aposta: *'vai dar tudo certo'* (**N<sub>16</sub>**). E o próprio acontecer da oficina vai apontando para outras direções: psicóticos que trazem sua contribuição para o trabalho coletivo. Sujeitos que se implicam nesse trabalho e constroem meios próprios de frequentar as oficinas. Com facas, caminhadas, receitas e janelas a oficina vai se constituindo e o profissional, assumindo uma posição ética, não cede aos 'senões' de quem vê riscos no lugar de possibilidades.

E na Oficina também se fala de saúde:

**“E** na oficina de culinária a gente conversa sobre isso tudo, né! A gente fala a questão do sal! Eles gostam muito de doce, não sei por quê. ‘Vamos fazer salada hoje! Para que serve o chuchu? Para que serve o alface? O alface tem o quê? O que laranja tem que tem que comer? O que a cenoura tem?’ Aí a gente sempre conversa sobre isso” (N<sub>16</sub>).

Aponta-se, entretanto, que o efeito desse trabalho é sentido na ordem da implicação de cada um. “Eles querem estar nas terças de manhã, mesmo que não seja permanência-dia deles para participar disso” (N<sub>16</sub>). Ele não manifesta expectativas de que, ao final de um tempo eles se mostrem conhecedores, ou demonstrem aprendizagem desse tipo de conteúdo.

E, também é certo, há por parte do narrador um profundo encantamento com essa atividade na medida em que ela provoca alguma implicação também das outras pessoas desse serviço. Seja retomando outras oficinas que estavam ‘paradas’: ‘Acabou que o serviço já começou! Tem uma profissional lá que estava sem fazer a oficina dela... voltou a fazer oficina!’ (N<sub>16</sub>).

Seja no comparecimento para ‘provar’ do que foi produzido: ‘Chamo, mas não vão. Não vão mesmo! Eu não sei por quê. Eu também não parei para pensar muito por que, não. Eu estou... eu tenho muita abertura com eles no serviço! Mas na oficina... Eles gostam de comer! Eles gostam de comer, mas de ajudar na produção, não. Mas eles, assim, eles antes nem chamavam (os usuários do serviço para participarem da oficina). Agora, eles já estão chamando.’ (N<sub>16</sub>).

Seja até mesmo nos questionamentos desmedidamente cautelosos em nome de uma avaliação prévia de possíveis ‘riscos’, talvez. Mas exatamente por não recuar, diante da psicose, tal como Lacan propôs, e diante da ‘inércia do serviço’ (N<sub>16</sub>) é que esse dispositivo encontra seu lugar na qualidade de terapêutico. O fato é que essa atividade causa, tumultua, desloca algo nesse serviço. E, nesse sentido, seu efeito terapêutico parece ultrapassar seu propósito inicial por permitir o enlaçamento de outras questões do serviço.

Ao longo da narrativa surgem: *Eles decidem o cardápio!*; “Então, vamos hoje lá comprar verdura?”; “Eu não falei que era pra trazer”; “Eles querem estar nas terças de manhã, mesmo que não seja permanência-dia deles para participar disso. Os que não participam ficam de fora

assistindo”; “Ai eu chamo, chamo. Todo mundo chama. E eles: ‘Não, não vou não.’”; “É a forma que cada um dá conta também, né” (N<sub>16</sub>).

Para onde essas frases apontam? Muitas atividades coletivas, muitas oficinas terapêuticas seguem uma lógica parecida. Oficinas terapêuticas não são (ou não deveriam ser) espaços de imposição, de demonstração de um poder, de constituir um grupo em torno de um profissional e de seu saber, ou seja, não devem ser uma atividade em que há uma hierarquia de saberes e ao profissional cabe o comando. Com essas frases, o que se vê são espaços para que algo de cada um dos participantes apareça: efeitos de sujeito. Para além de uma proposta embasada em ideais democráticos, pode-se nela entrever um outro embasamento. Nessa oficina parece haver algo que convoca o sujeito psicótico, ou seja, o convoca exatamente a responder de uma posição que não seja a de objeto, de coisa a mercê de um outro que determina o que fazer e assim, o comanda. Essa parece, ainda que não dita explicitamente, uma ética que norteia esse trabalho.

Passo para a apresentação de mais uma cena na qual algumas questões semelhantes a essas discutidas aparecem e outras novas também.

**Cena 02-** “**T**em essa coisa do ateliê funcionar como um lugar... de poder escutar e compondo o plano terapêutico também. Contribuindo também para a composição do plano terapêutico. E tem a coisa de ser só um meio de expressão mesmo! E a gente acabou nunca publicando porque tem... eu sempre tenho uma questão: que eles não estão ali pra isso... Teve um paciente só que publicou um livro. Muito legal! Ele frequentou durante quatro anos o ateliê, mas ele tinha uma questão: ‘Eu sou um Escritor!’ E aí quando ele foi fazer... havia um projeto de uma oficina de criatividade com a psiquiatra do HE. Porque ele era um paciente que era atendido no HE. Ele era um paciente da região de lá e aí depois ele passou para a saúde comunitária, né. Na comunitária, a psicóloga viu que ele estava internando muito aí ligou para mim porque sabia do espaço do ateliê e eu o recebi para o ateliê especificamente. Eu acabei abrindo uma exceção porque vi que para ele era importante esse dispositivo. Porque ele era assim, um paciente com uma esquizofrenia paranoide super grave. Tinha dias que ele não conseguia... era difícil dele vir. Ele pedia para um vizinho acompanhar porque ele estava com muitas alucinações. Era um paciente com muito sofrimento, mas o ateliê, ele suportou. Então, ali ele suportava. E nos quatro anos que ele ficou conosco, ele nunca mais teve internação. E aí ele fez o lançamento do seu livro lá no HE. E é lindo! As coisas que ele escreve, do ponto de vista de alguém que consegue transmitir o quê que é esquizofrenia. É impressionante, assim! Ele morreu. Morreu... Alguns meses depois de editado o livro, ele fez uma cirrose, assim, fulminante e foi. Foi impressionante, assim!” (N<sub>19</sub>)

Novamente o relato de uma oficina terapêutica. Agora um ateliê de escrita. Um ateliê que, na visão do narrador, se constitui em espaço de produção, mas também num lugar de escuta e, por isso, contribui para a elaboração dos Projetos Terapêuticos Individuais. A escrita, escrita com lápis e papel, tal como se faz no ateliê, é também uma das possibilidades de ‘aprender a fazer com’ ofertada ao psicótico. Essa oferta que, possivelmente, se dá no sentido de que ali ele possa, a partir da letra - essa literalidade, e ao mesmo tempo, litoral entre o simbólico e o real - alcançar uma escrita (não necessariamente no papel), em que real, imaginário e simbólico se enlacem, enodando o objeto que, agora retido, poderá produzir alguma separação desse sujeito e do Outro<sup>(229)</sup>.

Mas, exatamente pela existência de um Ateliê de Escrita em um serviço substitutivo, duas questões se impõem. A primeira de que o saber-fazer de Schereber ou de Joyce não são realidades que se encontram frequentemente na clínica. Isto equivale a dizer que, nem todo psicótico consegue se valer do texto, para alcançar essa inscrição de letra, não enquanto significante, mas enquanto redução mínima do sujeito, essa materialidade sobre o que se assenta o objeto a<sup>(231)</sup>. E isso não escapa à narradora: *‘Ele frequentou durante quatro anos o ateliê, mas ele tinha uma questão: ‘Eu sou um escritor!’ (N<sub>19</sub>)*.

A segunda questão, que se deduz da primeira, mostra o Ateliê não como espaço exclusivo de sujeitos criativos, de escritores, mas de sujeitos que buscam o espaço como *‘... só um meio de expressão mesmo! (N<sub>19</sub>)*, como espaço de socialização, meio de passar o tempo ou qualquer outra possibilidade que cada sujeito possa tomar para si. Mas o fato é que, embora nem todos sejam escritores, embora nem todos tomem esse espaço do Ateliê por ‘seu espaço de aprender a fazer com’, exatamente por isso e com isso é que se faz necessário manter sempre presente a *‘disponibilidade para você escutar o outro e ofertar alguma coisa!’ (N<sub>9</sub>)*. Uma quase obrigação imposta, ao profissional: *‘Você tem que oportunizar!’ (N<sub>15</sub>)*.

Ofertar espaços, como ateliês, oficinas, atividades coletivas. Ofertar sem que isso implique nenhum tipo de expectativa por parte do profissional. Ofertar possibilidades para que cada um faça desse espaço o que desejar, o que conseguir. Nesse espaço que se faz coletivo, há que haver abrigo ao singular, para que cada um faça ou não faça a seu modo. E, nesse sentido, o enfermeiro pode encontrar meios de funcionar como secretário do alienado, tal como propôs N<sub>2</sub>. “Secretariar não é apenas testemunhar a construção delirante apoiada no sentido, mas também, e, sobretudo, seguir o estilo do sujeito nos ensaios de resposta que constrói à ausência do significante no campo do Outro”<sup>(229:p.140)</sup>.

Há que se considerar também que os espaços para receber a singularidade de cada sujeito devem ser propiciados por uma rede de serviços. A atenção a saúde mental na esfera pública está calcada na ideia da criação e sustentação de uma rede de serviços de base comunitária que acolha o portador de sofrimento mental sem que isso implique sua exclusão<sup>(125)</sup>.

A ideia de uma rede de atenção (serviços) articulada torna-se interessante, mas, para se fazer rede, que dá suporte (em contrapartida à rede que enreda e retém), torna-se necessário que cada sujeito, em seu modo único de sofrer, possa circular nessa rede também de forma única. O Escritor da cena 02 encontra as possibilidades de assim o fazer. Para além das normas que regem o funcionamento da rede de atenção deve-se cuidar para que haja meios de que a rede, ao considerar as singularidades, se torne uma rede regulada pelas exceções de cada sujeito.

Diante das exceções, o Escritor cria, publica, constrói, nesse trabalho de anos, suas vias de lidar com seu sofrimento. E, para além do que é 'bom para todos', essa cena nos mostra a noção exata do que Miller<sup>(130)</sup> aponta como "não como todo mundo". Conforme afirma Viganò<sup>(232:p.13)</sup>:

Fazer-se interlocutor de um sujeito em potencial é o fruto de uma subversão ética, de uma decisão e de um ato que não são reduzíveis nem a um saber científico, nem a um texto de lei. O impasse hoje dos serviços psiquiátricos, que são aqueles públicos ou aqueles diversos no privado-social, testemunha a urgência dessa transformação ética.

Nesse sentido, o sentido da transformação ética, fazem-se necessárias algumas considerações acerca do campo da ética, da prática entre vários e do cuidado. De que ética se vale a Clínica do Sujeito? Em que medida o cuidado pode se articular a partir de uma perspectiva ética?

Diversas são as concepções de ética. Lacan<sup>(188)</sup> anuncia uma posição ética, partindo da experiência analítica. "Com efeito, aquilo com que lidamos é nada menos do que a atração pela falta"<sup>(188:p.10)</sup>. E essa falta é o que se coloca na origem do desejo. Assim, falar de ética a partir da obra lacaniana é tratar do desejo e de seus efeitos. Miller<sup>(233)</sup> define que a ética da psicanálise é manter a estrutura de falta do inconsciente.

Lacan<sup>(188)</sup> pondera que a ética, essa que se volta para lidar com o desejo e, portanto, com a falta, não se articula com uma lei, com sanções que tendem a direcionar para uma condição de um ‘bem’ e em nome de um ‘bem’, o que poderia acarretar um ideal de conduta. Coisa que não encontra coerência com a ideia de uma Clínica do Sujeito.

Em seu texto, Lacan<sup>(188)</sup> busca, de pergunta em pergunta, ir demarcando ou desmarcando, o território da análise. Ele apresenta três ideais que, por vezes, podem ‘acometer’ o profissional. Trata-se do amor, como ideal humano, do ideal de autenticidade e do ideal de não dependência. Lacan adverte quanto aos tênues limites, que podem, diante desses ideais, tornar a psicanálise uma discussão acerca de gênero, uma técnica de desmascaramento ou ainda uma “espécie de profilaxia da dependência”<sup>(188:p.19)</sup>. Esses ideais se aproximam, na visão lacaniana, da concepção de ética proposta por Aristóteles,

que se funda inteiramente numa ordem certamente arrumada, ideal, mas que responde, contudo, à política de seu tempo, à estrutura da Cidade. Sua moral é a moral do mestre, feita para as virtudes do mestre e vinculada a uma ordem dos poderes”<sup>(188:p.377)</sup>.

E contemporiza: “A ordem dos poderes não deve absolutamente ser desprezada – não se trata aqui, de modo algum, de afirmações anarquistas – é preciso simplesmente conhecer o limite disso no que se refere ao campo aberto a nossa investigação”<sup>(188:p.377)</sup>.

Quando Carper<sup>(171)</sup> propõe um Padrão Ético de Saber que se volta ao dever ou a “ocupar-se daquilo que deve ser feito”, há que se pensar mesmo os limites disso. Como definir o dever? Como estabelecer as marcas do que deve ser feito? Como pensar uma ética para além do código profissional? Como estabelecer o que se deve tomar por obrigação ou mesmo o significado de “ser o mais ético que se pode ser” sem que se veja cativo de ideais imaginários inalcançáveis ou de assertivas absolutamente limitadas em nome de se acreditar ter ido o mais longe que se pode ir?

A perspectiva ética proposta por Carper<sup>(171)</sup> é marcada por uma explícita recomendação de que as escolhas e ações não se pautem por códigos de ética ou por enunciados gerais, mas que alcancem o que deve ser feito, sendo o mais ético que se pode ser, por meio da análise de cada situação concreta. E essa é mesmo uma importante recomendação.

Ao fazê-la, no entanto, há intrincada nessa proposta, uma perspectiva ética que se articula ao bem e ao bom. Há um dever, ou seja, uma expectativa – de outros ou de um código – de que o que deve ser feito esteja estabelecido em algum lugar. Estabelecido previamente e, marcado por uma ideia de que assim se alcance uma temperança, uma homeostase, um equilíbrio. Assim, seja pelo bem, pelo bom ou pelo dever, podem-se entrever, aí, remanescentes da ética aristotélica, ainda que suavizadas pelo apelo a alguma particularização.

É nessa direção que parecem se voltar os questionamentos de **N<sub>2</sub>**:

*“**P**orque falava-se muito nessa questão do relacionamento e que a enfermeira fazia uma escuta, mas era uma questão pautada no aconselhamento. Eu iria identificar quais são os problemas do cliente e dali propor saídas para os problemas que ele tá vivenciando, por exemplo. Por que assim... de onde que eu vou tirar isso? Da minha experiência de vida? Por que a minha resposta é melhor para o paciente que a dele? E isso foi sempre uma coisa que me incomodou muito.” (N<sub>2</sub>)*

Não se pode definir o cuidado de enfermagem exclusivamente pelo que ele apresenta por suas práticas, ou seja, pelo seu caráter de acontecimento, de fenômeno, de fazer concreto sobre o corpo do outro. Cabe explicitar o que sustenta essa prática, do ponto de vista das articulações teóricas e lógicas que se fazem para cuidar.

Por vezes, pode-se ter a ilusão de um cuidado alinhado ‘ao que há de melhor’ pelo fato de que o profissional se põe sentado diante do paciente, numa proposta de escuta que visa ao estabelecimento de um vínculo. Não se pode negar que há aqui um cuidado um pouco mais refinado (ou sintonizado) do que aquele pensado a partir, exclusivamente, da avaliação que o olhar do profissional obteve a respeito do paciente e seus problemas. Entretanto, ainda que o profissional tome por ponto de partida a perspectiva apresentada pelo paciente para depois planejar o cuidado, para adotar uma posição de aconselhamento, um profissional não pode fazê-lo sem que tenha ciência de seu saber e do quanto esse saber aplicado à vida do paciente produzirá soluções, mudanças, algo terapêutico, algo de bom. Certamente, assim o fazendo, só se está querendo o bem do paciente.

Numa posição distinta dessa, Lacan<sup>(135:p.625)</sup> lembra que: “A bondade é decerto mais necessária ali (refere-se a quando se propõe algum tipo de reeducação emocional do paciente) do que em outros lugares, mas não tem como curar o mal que engendra.” Quando se quer o bem do sujeito, acaba-se por repetir aquilo em que ele foi formado. Isto equivale a dizer que

muitos, ao longo da vida, em nome de 'querer o bem' enveredaram por caminhos que, por vezes, produziram apenas meninos comportados e, nesse sentido, radicalmente distanciados de seu desejo, de uma posição ética, sem que isso minimizasse qualquer forma de sofrimento psíquico.

A questão que se toma em torno da ética, em Lacan<sup>(188)</sup> afasta-se da ideia da existência de um Bem supremo, uma condição de bem idealizada e passível de ser normatizada, em torno da qual é possível definir comportamentos esperados, que, em assim sendo, podem ser recomendados ou prescritos. Mas a quem caberia então, definir o que é o bem para o sujeito?

Se há mesmo um momento de definição, a autoria fica por conta do próprio sujeito. É o sujeito o único que poderá falar, saber ou não sobre seu desejo. Um desejo que, desde Freud, está marcado pelo vazio da coisa. Freud propõe que a criança, em algum momento da vida, acredita ter vivenciado uma situação de plena satisfação. Vivência essa que, embora tenha deixado marcas (traços) no inconsciente, na realidade nunca aconteceu. Mas o sujeito, às voltas com as questões edípicas, acredita ou alucina que, em algum momento, experimentou o prazer da completude, ou seja, houve um objeto, uma coisa que o satisfizes plenamente. Cativo dessa ideia, resta ao sujeito uma vida em busca disso que lhe proporcionou essa satisfação plena, por certo, alucinada. Dito de outra forma, uma vida de desejo, no qual busca-se algo que preencha o vazio deixado por esse objeto, desde sempre perdido<sup>(188)</sup>. Essa coisa que Freud<sup>(234)</sup> denominou Das Ding e que Lacan aproximou do 'objeto a', torna-se, portanto, a causa do desejo, aquilo que compele o sujeito ao movimento, ao deslocamento.

Nesse sentido, a ética da psicanálise, como ética do desejo, não se atém às experiências moralizantes, de certo e errado, mas volta-se para o lidar com o desejo. Lacan<sup>(188)</sup> refere-se a uma ascese freudiana, ou seja, 'Ali onde Isso era o eu (sujeito) há de vir'. Nessa direção, a ética lacaniana é ética do sujeito às voltas com seu desejo e, conseqüentemente, por isso, também com sua implicação a partir de suas escolhas. Lacan<sup>(188:p.374)</sup> pondera: "Se há uma ética da psicanálise – a questão se coloca – é na medida em que, de alguma maneira, por menos que seja, a análise fornece algo que se coloca como medida de nossa ação – ou simplesmente pretende isso".

Mas como pensa essa noção de ética quando o sujeito encontra-se às voltas com a forclusão? Uma primeira aproximação:

A hipótese freudiana do inconsciente supõe que a ação do homem, seja ele são ou doente, seja ela normal ou mórbida, tem um sentido escondido para o qual se pode dirigir<sup>(188:p.374)</sup>.

A condição da forclusão, na qual o sujeito psicótico se encontra, faz com que, sem o amparo do significante do Nome-do-Pai, diante de uma situação que requeira ou convoque uma nomeação, o psicótico, por essa ausência, entre numa condição de significação sem fim, sem ponto de basta. Daí que esse deslizar constante, de significante a significante, encontra sua expressão na qualidade de delírio, ou como afirma Quinet<sup>(133:p.51)</sup> “o sujeito se constituiu pelo delírio, podendo representar-se por um significante para outro significante...”.

Exatamente por isso, diante dessa fala sem sentido, sem nexos, sem ordenação que Freud<sup>(235)</sup>, em suas elaborações teóricas, propõe que o delírio seja um remendo aplicado na fenda que se abriu entre o Eu e o mundo externo. Freud, nesse sentido, entrevê que há no delírio uma tentativa de cura ou de reconstrução. Disto pode-se depreender que há algo, algum saber, no delírio, ali onde muitos só liam o total desvario. Dessa posição teórica advém uma posição ética: a de que o sujeito na psicose requer uma escuta, um ouvido atento e não providências no sentido de suprimir o delírio, tomado por sintoma, aqui entendido na acepção médica do termo.

Uma segunda questão surge. Na psicose, o sujeito está às voltas com um Outro, consistente, o tesouro dos significantes. A esse Outro é imputado todo o saber, um saber também consistente, sem furo. Diante disso, encontrar um profissional que sabe o que é melhor para o outro, que aconselha, determina, pode significar o encontro com esse Outro. Assim, o psicótico pode, por vezes, permanecer na condição de seu objeto de gozo, condição de alienação total ao saber desse Outro/outro. Consequentemente, o sujeito psicótico pode se colocar, diante desse Outro profissional nessa mesma condição: objeto de gozo.

Ocupar uma posição avessa à desse Outro pode significar ações simples no cotidiano. Na cena 01, na medida em que o enfermeiro que coordena as atividades se coloca na posição de quem convida e aceita a resposta que for dada ao seu convite, de quem não dirige e permite que aconteça, de quem entende que estar na janela é participar, ele se distancia dessa posição de Outro ao esvaziar sua posição de sujeito suposto saber.

Nos dizeres de Zenoni<sup>(148)</sup>, essa posição de esvaziamento de saber prévio tem efeitos.

...redobra a dispersão do suposto saber que está implicado num trabalho feito por muitos. Então, o fato de trabalhar com muitos já dispersa o sujeito suposto saber e essa dispersão é redobrada pelo fato de estarmos numa posição de aprendizagem. Essa posição de um sujeito suposto não saber é uma posição favorável para encontrar um sujeito que sabe o que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do que lhe é endereçado enigmaticamente. É uma posição favorável para encontrar esse sujeito, sem alimentar uma posição intrusiva, persecutória de transferência<sup>(148: p. 20)</sup>.

Essa perspectiva ética, de uma ética que se articula pelo desejo, implica mais uma questão: a responsabilização. Termo que vem sendo muito citado na área da saúde e que tem na perspectiva lacaniana um de seus pilares. Lacan afirma: “Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis”<sup>(139:p.873)</sup>.

Essa condição de sujeito que, por convocar o desejo, convoca também a responsabilidade e, em certo sentido a responsabilização, pode ser pensada a partir de uma outra noção também muito utilizada nos serviços de saúde mental, a saber, a inclusão. Quinet<sup>(133)</sup> pensa a inclusão por meio da inclusão do sujeito e da foraclusão, na qualidade de consequências do conceito de sujeito.

A partir da Reforma Psiquiátrica, o tema da inclusão ganha relevância. Trata-se de incluir o sujeito no tratamento, ou seja, “(...) a inclusão do sujeito do inconsciente, com sua fala, suas histórias e seus sintomas, manifestação de sua singularidade”<sup>(133:p.49)</sup>. Isto no cotidiano significa tornar o sujeito corresponsável por seu tratamento e isto é o oposto de uma paternalização. A outra inclusão, da foraclusão, remete à ideia de incluir o sujeito em sua diferença radical, sem adaptações, sem forçá-lo a mimetizar uma condição de ‘normalidade’<sup>(133)</sup>.

O cuidado é algo que, por si só, convoca nuances que podem levar o profissional a ultrapassar a demarcação da responsabilização do sujeito, tomando-a para si. Não se pode desconsiderar que cuidar requer do profissional, antes de mais nada, sua inclusão na qualidade de uma implicação atenta ao que o faz estar ali nesse lugar. Mas, ao tomar a responsabilização do sujeito, a inclusão do sujeito como pontos nodais desse cuidado, o enfermeiro pode conseguir fazê-lo, de uma posição ética, isentando-se de tomar o lugar de quem tem as soluções para os problemas que lhe chegam na clínica. Conforme afirma Quinet<sup>(133:p.79)</sup>, esta “é uma posição ética diante da psicose, pois trata-se de acolher os sintomas esquizofrênicos como uma manifestação do sujeito e não de considerá-los como um erro, déficit ou patologia a ser abolida a qualquer custo.”

Quando se pensa um cuidado a partir dessa posição, podem-se estabelecer condições para que o singular, esse ‘fazer com’ o sintoma, encontre lugar. Na cena 02, esse lugar parece surgir com a possibilidade de, ao suportar o ateliê, o paciente encontrasse ali algo que o estabilizasse. De forma única e não sabida, ele pode ter alcançado com sua escrita, que lhe conferiu possibilidade de trabalhar sua questão de escritor ou talvez lhe conferiu a nomeação de escritor, uma possível amarração, enodação de real, simbólico e imaginário. Algo que lhe dá sustentação ao enodar o gozo. Trabalho que ele faz ao longo de quatro anos, não sem sofrimento, mas que, partindo de algo singular, ele encontra os meios para semanalmente ir ao ateliê. Ali ele constrói uma forma de inclusão, ele sustenta um tipo de laço social, ele caminha. O profissional apenas abre exceção, acolhe sua questão, possibilita que ele trabalhe. Mas, para isso, torna-se necessária uma escuta que localiza a importância do dispositivo para esse sujeito. Possivelmente, para outros o ateliê também seja um dispositivo importante, mas nada pode dar ao profissional a certeza de que ali, naquele espaço de escrita, há algo que seja universalmente bom para todos os psicóticos do serviço, ou que todos os pacientes que ali chegarem encontrarão o que precisam para uma estabilização.

Em outras palavras, é universal a forclusão e singular sua solução<sup>(130)</sup>. “E é a escrita do nó, escrita com a letra *a*, do objeto causa de desejo, que amarra, no real da clínica, essa solução”<sup>(231:p.15)</sup>.

Ainda na direção do singular, dessa solução única, no enalço do sujeito e de uma posição ética que sustente e reconheça esse sujeito, apresenta-se a cena 03.

---

### 7.3.1 - O TEMPO COMO LÓGICA DO UM

---

**Cena 03 -** *“Tinha uma paciente que era a W. Ela era uma menina de 18 anos, ela veio do interior, num quadro de catatonia. Ela não mexia! A gente a colocou na cama. E a W., ela mexeu de uma forma naquela enfermaria porque as pessoas têm uma urgência! Elas querem que as pessoas melhorem rápido! E elas tinham pressa e não conseguiam perceber o tempo, que é o tempo de cada um! E elas me cobravam condutas que tinham que ser condutas que tivessem efeito rápido. Tipo: ‘Medica mais!’ ‘Tire ela daí!’ ‘Dá um eletrochoque!’ E aí a gente resolveu bancar: eu e o psiquiatra dela. De segurar até o dia que fosse o tempo dela de sair desse lugar. E foi muito pesado porque para os outros profissionais nós não estávamos*

*conseguindo resolver as coisas. Eu falei: ‘Gente, a questão não é resolver as coisas. A gente não tem que resolver pra nós! Então era banho no leito, chegou a ter sonda para alimentação, soro ligado! Ela não teve nem uma lesão de pele nos seis meses que ela ficou deitada em cima da cama! Seis meses ela ficou deitada! E aí a gente ia, conversava, e ela com um olhar fixo, parado. Aí um dia eu cheguei lá, ela ficava num quarto ao lado do posto. Eu olhei... cadê ela? Aí corri no posto e perguntei: ‘Cadê a W.?’ Aí elas falaram assim: ‘Vai lá no refeitório!’ Aí eu cheguei lá no refeitório e ela estava sentadinha à mesa. Então eu fico pensando até onde a gente tem o poder de decidir e de definir sobre a vida da pessoa” (N<sub>8</sub>)*

Admitir uma ética que se pauta pela singularidade é lidar com a perspectiva de um tempo também singular. A cena 03 nos aponta a radicalidade dessa aposta que espera por até seis meses, ofertando o suporte necessário para uma vida de qualidade, reconhecendo que ali no silêncio das palavras e dos movimentos havia sujeito, havia possibilidade, havia trabalho sendo feito, num ritmo ditado pelo tempo próprio. Nessa forma de existir/não existir paralisada, algo que incomoda e provoca a equipe no sentido de partir para a ação, somente uma aposta pode sustentar esse aparente ‘não fazer nada’, que no momento era tudo o que precisava ser feito: manter o suporte de vida, cuidar para que o corpo não pagasse ainda mais com lesões, garantir a higienização e, cotidianamente, ao falar com W, mostrar que ali havia espaço para sua imobilidade, para seu silêncio, para seu tempo de trabalho.

Afinal, esses seis meses, talvez possam ser pensados como tempo de trabalho, trabalho intenso. Tal como afirma Viganò<sup>(232:17)</sup>:

(...) porque o tempo do psicótico, na realidade, não é um tempo livre, mas mais que ocupado, ao contrário, só ocupado, um tempo blindado. O psicótico é uma pessoa que hiper trabalha, que faz um duplo trabalho: o de relação com o exterior, no qual procura se adequar às nossas expectativas; e aquele do seu interior, que é um trabalho muito empenhativo, ainda que enigmático e pouco visível. Por isso um psicótico, que está no leito o dia todo, disse-me certa vez: “estou cansadíssimo”, e com toda razão.

Nesse tempo único de um possível trabalho, intenso e invisível aos olhares externos, podem caber as chamadas medidas ‘heróicas’ que, por meios químicos ou físicos, interrompem esse trabalho, que na cena, parece estar voltado exclusivamente ao interior. A insistência dos profissionais na cena parece alinhar-se ao fato de desejarem ver algo novo, algo que apontasse que eles (profissionais) haviam conseguido elevar seu trabalho ao mais alto grau de eficiência,

conseguindo uma cura, no caso, uma normalização do comportamento. Essa insistência pode ter no *furor sanandi*, na paixão de curar pessoas, um dos seus esteios.

Freud<sup>(49:p.153)</sup> vê nesse furor uma ambição terapêutica que se volta primeiramente a convencer pessoas e, acrescento, convencer a si mesmo, em detrimento do sujeito que sofre. Freud toma essa ambição na qualidade de “sentimento mais perigoso”. Lacan<sup>(188:p.267)</sup>, de forma mais explícita, afirma: “A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer bem, o desejo de curar. Temos de contar com ele como algo suscetível de desencaminhar-nos...”

Mas, se essa ambição, se o desejo de curar, é sentimento perigoso, que desencaminha o profissional, o que, então, lhe resta diante do sujeito que sofre? Compreender, talvez? Lacan<sup>(135:p.621)</sup> apresenta aos analistas sua crítica:

De tanto compreender um monte de coisas, os analistas em geral imaginam que compreender é um fim em si mesmo e que só pode ser um *happy end*. (...) Muitas vezes, mais vale não compreender para pensar, e é possível percorrer léguas compreendendo sem que disso resulte o menor pensamento.

Isso posto, pode parecer que o profissional abre mão da compreensão para que os pensamentos se façam mais claros. Mas não parece ser essa a ideia. “A bem da verdade, o pensamento dos analistas é uma ação que se desfaz”<sup>(135:p.622)</sup>.

Nesse movimento, de dizer algo pelo seu avesso (negativo), Lacan<sup>(135:p.622)</sup> prossegue, marcando o lugar do analista, o lugar de objeto: “O analista é o homem a quem se fala...” e que escuta simplesmente por ouvir. “Ouvir não me força a compreender”<sup>(135:p.623)</sup>. Isso porque o que o sujeito demanda não são os atos exatos e precisos, tampouco as belas palavras: “...sua demanda é sempre intransitiva, não implica objeto nenhum”<sup>(135:p.623)</sup>. Isto equivale a dizer que não há aquilo que se possa ‘dar’ ao sujeito que vá alcançar sua demanda, satisfazer suas necessidades, tampouco aplacar suas dores, ou mesmo, na cena, retirar W. de seu trabalho.

O profissional, quando ocupa o lugar de objeto, em seu silêncio que permite o dizer do outro, pode talvez *‘construir um lugar para receber a singularidade do paciente. E isso já é um cuidado de enfermagem enorme! Enorme! É construir um espaço no qual o paciente possa trazer a sua diferença. Porque, a partir desse momento, o paciente faz um percurso sozinho. Sozinho no sentido de que ele pode construir (N<sub>18</sub>).*

Do ponto de vista ético, como pensar o desejo desse profissional? Lacan<sup>(135)</sup> afirma que, no que diz respeito à ética do desejo, o desejo do analista ocupa um de seus vértices. E sentencia: “Poder-se-ia de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não-desejo de curar”<sup>(188:p.267)</sup>.

Pode soar estranho, numa discussão sobre cuidado, algo que historicamente tanto se aproximou dos atos caridosos, aludir que, tal como o analista, o enfermeiro possa guiar-se também por esse não-desejo de curar. Como pensar um cuidado que se distancia “da falcatrua benéfica do querer-bem-do-sujeito”<sup>(188:p.267)</sup>. Como não desejar que o paciente melhore? Como não desejar fazer tudo para que essa melhora aconteça? E, mais ainda, como conciliar essa recomendação numa posição ética? Em que medida querer bem se torna uma falcatrua?

Antes de qualquer coisa, quando se fala de uma prática que se guia pelo Bem, “(...) deve-se deveras sempre perguntar pelo bem de quem”<sup>(188:p.383)</sup>. Há também que se deter um pouco sobre o desejo e as articulações dele com o Bem. Lacan<sup>(188:p.285)</sup>, em seu ensino acerca da ética, pondera:

A verdadeira natureza do Bem, resulta de fato de ele não ser pura e simplesmente bem natural, resposta a uma necessidade, mas poder possível, potência de satisfazer. Daí que toda a relação do homem com o real dos bens se organize em relação ao poder que é do outro, o outro imaginário, de privá-lo.

O Bem, entendido como um estado de total plenitude, de total satisfação, remete à ideia de que pode haver um objeto qualquer - representado por uma ideia, um aconselhamento, uma coisa concreta ou mesmo um ato de cuidado - que levaria o outro a essa condição de ‘sem nenhuma falta’. Nessa condição ilusória, na qual o sujeito se encontraria em estado de plenitude, não haveria falta, portanto não haveria sujeito.

Desde Freud<sup>(236)</sup>, entretanto, sabe-se que o que há mesmo é uma falta, falta estrutural e estruturante, aquela que articula uma condição de mal-estar, mas que exatamente por sua existência, existência da falta, do buraco, é que se criam as condições para que o desejo se apresente. E se apresente na qualidade daquilo que move, que desloca, que confere vida. Esse desejo “nada mais é do que aquilo que suporta o tema inconsciente, a articulação própria do que faz com que nos enraizemos num destino particular”<sup>(188:p.383)</sup>. Ou seja, se se pode pensar em uma Clínica do Sujeito, desse que é único, só se pode fazê-lo considerando essa dimensão do desejo. E assim:

(...)o desejo é precisamente o que escapa a qualquer ética harmônica, pois não há trégua possível entre o sujeito e seu desejo, não há uma “justa medida” do desejo, exatamente porque o desejo é a própria falta, impossível, portanto, de ser sanada – ou mensurada pelo serviço dos bens<sup>(237:p.66)</sup>.

Esse desejo que se deduz da falta comporta um impossível, ou dito de outra maneira, aponta para a realidade da inexistência de um significante que defina o sujeito, uma vez que não há uma “equação exata entre o sujeito e o objeto de sua satisfação”<sup>(238:p.122)</sup>, disto decorrendo uma “...impossibilidade do encontro de dois, da comunicação plena em que o simbólico recobriria todo o real que existe entre dois seres falantes”<sup>(237:p.66)</sup>. É exatamente isso “que impulsiona o sujeito na direção do outro com quem espera suplementar a falta que ele herda desta inadequação ao objeto”<sup>(238:p.122)</sup>. E, mesmo não sendo possível, esse desejo de alcançar que não cessa sustenta todo esse movimento.

Isso posto, pensar uma lógica ética do cuidado a partir da Clínica do Sujeito é incluir nesse cuidado a perspectiva de que, como profissional, nunca se poderá portar os meios para uma satisfação plena do sujeito, nunca se poderá saber o que alivia o sofrimento do outro e, nesse sentido, um aconselhamento se tornaria inútil, na melhor das hipóteses. Nunca, tomando o compreender como um fim em si mesmo, se poderá cuidar, tampouco fazê-lo pela via do esforço de se colocar no lugar do outro, sob pena de que, no encontro de dois sujeitos, de dois desejos, encontro marcado pela ilusão de que se pode possuir ou ser o que falta ao outro, acaba-se por tomar o outro por objeto.

Quando se cede de seu desejo:

Ou o sujeito trai sua via, se trai a si mesmo, e é sensível para si mesmo. Ou simplesmente tolera que alguém com quem ele se dedicou mais ou menos a alguma coisa tenha traído sua expectativa, não tenha feito com respeito a ele o que o pacto comportava, qualquer que seja o pacto, fausto ou nefasto, precário, de pouco alcance, ou até mesmo de revolta, ou mesmo de fuga, pouco importa<sup>(188:p.384)</sup>.

Assim, não raro é o fato de nos depararmos com profissionais que, cedendo ao seu não-desejo de curar, ou deixando-se conduzir por alguma ambição terapêutica, acabam por concluir, por se ver às voltas com a insuportável ‘teimosia’ dos pacientes em não modificar seu comportamento, em não ceder diante de um empreendimento de normalização ou regulação do desejo, em não seguir as orientações, tampouco aprender as lições ensinadas na qualidade de cuidado.

Se, ao contrário, o cuidado se pauta por uma ética do sujeito suposto não-saber, por uma ética que sustenta a posição de secretário do alienado, pelo não-desejo de curar, por uma ética em que se abstém de saber o que é melhor para o outro, assim o fazendo, talvez seja possível que um dia, o profissional encontre a paciente ‘*sentadinha à mesa*’. Não porque o trabalho tenha sido finalizado, mas porque, talvez, seja tempo de retomar o duplo trabalho, como afirma Viganò<sup>(232)</sup>. Sem que isso, é certo, seja a promessa de um ‘*happy end*’. Apenas há ali profissionais que, ‘bancando’ paradoxalmente uma posição de não-saber, apostam que “*vai dar tudo certo!*” (**N<sub>16</sub>**); profissionais que, pagando por ocupar o lugar de objeto que implica exatamente a aposta na singularidade, agem “*abrindo uma exceção*” (**N<sub>19</sub>**); profissionais que, atuando a partir de uma ética do desejo, o fazem por saber que não há profissional que possa “*decidir e definir sobre a vida da pessoa*” (**N<sub>8</sub>**).

## 7.4- UM CUIDADO QUE AFETA: ACERCA DE PALAVRAS, ATOS E POSIÇÕES

---

**Cena 01** - **“T**em uma técnica de enfermagem, ela não está mais, a J. E tinha um rapaz, um esquizofrênico... assim... horrivelmente deteriorado, sabe. É um dos que a gente foi buscar em casa. Numa zona de risco, sozinho com o irmão. Ele não falava. Só se balançava. Ficava só se balançando. E o M. era alguém muito difícil. Quase não falava quando ele chegou. E aos poucos ele começou a falar, começou a participar. E ele estava com tuberculose e muita resistência a usar medicação. Não tinha nem noção do que que era. E a J. meio que adotou ele. Era um pouco isso que ele precisava. E ela entendeu que era isso que ele precisava. Então tinha toda uma coisa materna dela, mas que para o caso era muito importante. Sabe, ele era alguém completamente no desamparo. E foi muito legal o trabalho que a J. fez com ele porque ela fez um trabalho de maternagem, mas, ao mesmo tempo, de ajudar com que ele comesse a adquirir uma certa independência. Era uma coisa que preocupava muito a ela, o irmão dele era toxicômano ainda e ele ficava a mercê desse irmão, sem nenhum cuidado. Tanto que chegou no ponto que chegou. Nós fomos até a casa dele porque vizinhos denunciaram a situação. E aí ela começou a trabalhar com o M. Primeiro ela acompanhava ele até as consultas no PSF<sup>70</sup>. Que não era ali no CAPS. Era com o clínico, né. Ela o ajudou a ir fazer o diagnóstico de tuberculose. Começou a conversar com ele no sentido de poder usar aquela medicação. Ele participava com ela da oficina de cuidados corporais, da oficina de beleza. E ela o ajudou na coisa de se cuidar. Depois ela começou a fazer um trabalho de que – porque ele chegava e aí ele queria... não sabia o dia da consulta com o médico dele – E aí ela começou. Ela ligava para nós lá em cima<sup>71</sup> e falava:

- ‘Olha, eu estou mandando o M. aí em cima e ele vai perguntar qual é o dia da consulta com o Dr. Z’.

Então o M... o fato de M. subir escada ... chegava lá e ficava assim na bancadinha, ne. E a gente:

-‘E aí, M? Você precisa de alguma coisa?’

Sabe, assim, foi todo um trabalho, que eu acho maravilhoso! Lindo! E era muito legal porque isso não foi sem embate para a J. Tinha uma outra... Nas reuniões de enfermagem - uma coisa que eu acompanhei - nas reuniões da enfermagem tinha a V., que era uma outra técnica de enfermagem, que ficava brigando com a J.:

- ‘Você é muito mãe! Você não pode..!’

Então, aquela coisa de, as duas trabalharem juntas e uma ajudava a outra a liberar o paciente, digamos. E hoje o M. é alguém que vem e vai sozinho. Continua sem dentes, que foi um outro trabalho que ela tentou fazer.

-‘M, vamos arrumar os dentes?’

Não teve jeito. Isso aí não teve.

- ‘Não. Está bom assim!’

---

<sup>70</sup> Programa de Saúde da Família

<sup>71</sup> Refere-se a um CAPS com espaço físico composto de dois andares.

*Os dentes todos podres, assim, com aquele sorriso! (risos). Mas o M. passou a existir para a equipe de um outro jeito. A J. contribuiu para que nós tivéssemos um outro olhar sobre o M.! Depois ele começou a participar da oficina de música. Na oficina de música, a gente viu que ele dançava... dançava break<sup>72</sup>, porque na oficina tinha um grupo de hip-hop, e aí ele começou a dançar break. E ele adora Michael Jackson. Na oficina de música, ele pedia Michael Jackson. Então já se sabia que ele gostava de Michel Jackson. Então ele começa a existir na equipe de um outro jeito. E para mim, o jeito que a M. trabalhou com ele, né, foi definitivo para ele (N<sub>19</sub>)*

Nesta cena, as “interações, relacionamento e transações”<sup>(171:p.18)</sup>, marcam o momento do cuidado surgindo como pivô, como esteio, como aquilo que ‘foi definitivo’ (N<sub>19</sub>), que marca uma mudança de direção na vida de M. Um paciente que vai do balanço do corpo, como único movimento possível, movimento mudo, monótono e repetitivo, passando pelo movimento de subir escadas para cuidar de algo de seu interesse, indo parar (ou, melhor, não parar) na oficina de dança, cujo produto, o movimento intenso e carregado de significado cultural do Break, uma dança de rua, vai se configurando num existir ‘de outro jeito’(N<sub>19</sub>). Do balanço ao balanço M., secretariado por J., vai construindo sua novidade.

Mas, em medida o que se denomina relacionamento terapêutico pode sustentar essa construção singular? O que coloca J. nessa condição de alguém que se destaca na cena descrita acima? O narrador nomeia o trabalho de J. como sendo da ordem de uma maternagem. Em que medida o cuidado de enfermagem a partir da Clínica do Sujeito encontra sintonia com essa posição de maternagem?

Munhall<sup>(172)</sup> afirma que o cuidado de enfermagem tem no relacionamento enfermeiro-paciente um de seus esteios. Mas, para que tal processo encontre lugar, é fundamental que o profissional assuma sua condição de nada saber sobre o paciente. Em vários momentos, as narrativas vão ao encontro da concepção (N<sub>1</sub>, N<sub>3</sub>, N<sub>6</sub>, N<sub>7</sub>, N<sub>8</sub>, N<sub>9</sub>, N<sub>10</sub>, N<sub>12</sub>, N<sub>13</sub>, N<sub>14</sub>, N<sub>15</sub>, N<sub>17</sub>, N<sub>18</sub>, N<sub>19</sub>), do cuidado como algo que se dá nesse encontro, numa relação. Uma relação que, ao ser tomada como tal, tem como condição de existência e efeito uma implicação do profissional. Há

---

<sup>72</sup> *Break dance* ou *Breaking*: “...é a arte corporal da cultura *Hip-Hop* e o *breaker* é o artista que dá vida à dança *Break*.(...) Esta manifestação juvenil teve origem nos bairros negros e latinos de Nova Iorque na década de 60. A invenção de novas maneiras de ser jovem na cidade, não demorou a ecoar em outros locais, ao sabor de outras “galeras” e de outras culturas corporais de movimento. A dança *Break* dos guetos norte-americanos invadiu novos territórios, transpôs barreiras nacionais e conquistou jovens de outras classes econômico sociais, ensinando a outros jovens a possibilidade de produzir novas formas de existência na vida e na dança” (Alves e Dias, 2004: p. 02) - Cf. Alves FS, Dias R. A dança Break: corpos e sentidos em movimento no Hip-Hop. *Motriz*. 2004;10(1): 01-10.

que se colocar numa posição de cuidar (**N<sub>5</sub>**), numa disposição de cuidar (**N<sub>6</sub>, N<sub>8</sub>, N<sub>9</sub>, N<sub>15</sub>**) para que seja possível fazê-lo. Mas, por certo, tal posição ou disposição, tem como efeito um afetar-se (**N<sub>18</sub>**). Não se coloca nesse lugar de cuidar impunemente, sem que isso mobilize em quem se dispõe a escutar e cuidar, questões, incômodos, afetos. De certa forma, a posição de cuidado tem seu preço e talvez fosse interessante buscar saber com o que se paga esse preço. Há que se considerar, nessa direção, que o que pode ser mobilizado no profissional não pode ser situado como uma racionalização imediata do que aconteceu. Há algo do inconsciente do profissional que, a partir de um acontecimento, se engancha produzindo esse incômodo, essas questões. Sendo de natureza inconsciente situa-se tal como propôs Lacan<sup>(225)</sup> como *nachträglich* ou *après coup*. Trata-se de uma reordenação *a posteriori* do que está inscrito no inconsciente, surgindo como um primeiro trabalho de elaboração que pode ou não ser continuado pelo sujeito.

Retomando a pergunta sobre o relacionamento terapêutico e a construção singular, pode-se localizar em Carper<sup>(171)</sup> uma possível resposta. A autora aposta em uma relação marcada pela autenticidade desde que o profissional busque saber sobre si e possa dessa forma chegar a um novo eu, aberto ao outro. Não se pode desconhecer que, para além de ser uma ideia tentadora, essa de saber mais sobre si, também a possibilidade de se reinventar e com isso inspirar mais confiança (autêntico) é algo que pode capturar o profissional no sentido de uma certa ambição terapêutica. Essa proposta possivelmente esteja alinhada aos mais altos ideais de alcançar a condição de um 'eu' aperfeiçoado, que passa da condição de rascunho à de 'passado a limpo'. Mas uma dedicação a essa causa pode implicar na condição de desinvestimento do profissional na cena do cuidado, uma vez que seu investimento se volta ao seu próprio eu. E, nesse sentido, a posição de cuidado estaria comprometida, ou seja, a proposta de Carper<sup>(171)</sup> contém uma lacuna que se coloca como obstáculo ao cuidado.

Pode-se, no entanto, pensar essa condição de autenticidade por uma outra acepção. A de que autêntico é também aquilo que marca, tal como uma assinatura, algo feito de próprio punho<sup>73</sup>, que confere autoria<sup>67</sup>. E, pensando nisso, a ideia de uma autenticidade desliza de autoria, passa por escrita, e chega à outra: algo que comporta uma marca própria. Talvez aqui, não tanto uma marca que se deixa em algo ou alguém, mas as marcas singulares dessa posição de cuidado que me implicam na qualidade de sujeito que ali, na cena do cuidado, ora

---

<sup>73</sup> Cf. Verbetes autêntico – dicionário Michaelis.

assume uma posição mais dominante (*'E a J. meio que adotou ele'*), ora sustenta uma posição de quem secretaria o outro. Numa condição dialética, cuja baliza é oferecida por aquele de quem me proponho cuidar. Essa posição esvaziada de certeza na qual J. parece transitar. Não sozinha, não sem interpelações, não sem supervisões.

J., nos dizeres do narrador, transita dessa posição primeira de maternagem a uma posição que lembra a posição de secretário do alienado<sup>(6)</sup> ou de aprendiz (discutida no item 7.1.). Mas o que dizer dessa maternagem e de suas relações com o cuidado de enfermagem?

Relacionar o cuidado de enfermagem à função materna é algo que se encontra nos livros textos de enfermagem psiquiátrica. Para Mereness<sup>(239)</sup>, ao cuidar das necessidades físicas dos pacientes e do manejo do espaço físico, a enfermeira cumpre um papel semelhante ao da mãe. Peplau<sup>(91)</sup>, ao listar os papéis demandados aos enfermeiros, localiza dentro do papel de substituto (Surrogate roles) a possibilidade de a enfermeira vir a ocupar o lugar de mãe na fase que ela denomina 'identificação' da relação entre profissional e paciente.

A maternagem em si refere-se a todos os cuidados que uma criança recebe daquele que faz a função materna. Mas essa maternagem, para ter uma função junto à constituição do sujeito, requer que esse outro consiga ocupar a posição de Outro Primordial<sup>(240)</sup>.

Esse Outro que, nos dizeres de Quinet<sup>(138)</sup>, é um lugar que a mãe ou quem faz a função materna vem ocupar, a quem o sujeito endereça seu afeto, como efeito de sua palavra. Algo que irá se repetir quando na cena analítica o sujeito endereça seu afeto a quem ele fala. Assim, o Outro Primordial ou Outro materno, entendido como campo de linguagem, coloca-se na posição de quem captura aquela criança de modo singular no campo do desejo do Outro. Ou seja, não são as ações da maternagem por si só que contribuem para a constituição do sujeito, mas, sim, essa forma de marcar um lugar específico (lugar no desejo) para cada criança. Para Kamers<sup>(240:p.41)</sup>, "o desejo implica na possibilidade subjetiva que permite ao Outro Primordial supor um sujeito onde há somente um organismo vivo".

Retomando a cena, não se pode dizer sobre o tempo da constituição do sujeito. Sabe-se, pelo relato, que M. vivia com o irmão, sem interlocutor, sendo o balanço sua única manifestação, talvez a única possível, a única que atestava a existência de um vivente. Possivelmente, esses movimentos monótonos buscavam marcar uma diferença, uma tentativa de construir um mundo simbólico próprio, mas que não se articulava com nada<sup>(232)</sup>.

Quando J. assume essa posição que o narrador nomeia como maternagem, pode-se suspeitar que não são as ações dedicadas de J. que produzem algum deslocamento. Possivelmente, assemelhando-se a um Outro Primordial, ao situar-se ao lado de M., acompanhando-o em sua trajetória pela rede de cuidados, ela, fazendo-se interlocutora e parceira nas experiências, de alguma forma, aposta na existência de possibilidades, que podem ter chegado a M. como um reconhecimento da existência de um sujeito.

J. aposta quando investe algo em M. Encontra-se numa condição que a aproxima do proposto por **N<sub>9</sub>**:

*‘Que eu acho que tem... eh... dentro do cuidado, o que que é essa posição de cuidado que eu acho? Eu acho que é essa disponibilidade pra você escutar o outro e ofertar alguma coisa. Mas não você chegar com esse saber pronto de que você sabe o que que o outro precisa. É lógico que tem algumas coisas que balizam a sua oferta. E tem algumas coisas também que é esse conhecimento teórico que balizam também o que você não pode abrir mão, não de ofertar, mas, de repente, até de prescrever mesmo’.*

Entre ofertas e ‘prescrições’, J. parece caminhar, como numa Banda de Moebius<sup>74</sup> (figura 03), passando de uma posição/disposição de cuidar que se aproxima da condição do secretário do alienado a uma outra, mais prescritiva, mais presente, mais maternagem. Mas, assim sendo, ainda que maternagem, possivelmente escolhe – não uma escolha guiada pela razão - a posição de ‘mãe suficientemente boa’, mas não totalmente boa, “porque resultaria persecutória”<sup>(232:p.24)</sup>.

---

### FIGURA 03 – REPRESENTAÇÃO DA BANDA DE MOEBIUS

---



---

<sup>74</sup> “Superfície na qual, partindo de qualquer ponto, tem-se acesso a seu avesso, sem que se tenha que mudar de lado (que tem uma única face, portanto)...”<sup>(152:p.417)</sup>

Embora J. possa mesmo ter realizado uma maternagem, alguns elementos se fazem essenciais, para que essa aposta tenha seu lugar. J. parece escolher investir não por motivos próprios, não por uma demanda pessoal de amor. J. o adota pois ‘*ela entendeu que era isso que ele precisava*’ (N<sub>19</sub>). Guiada pela clínica J., dialeticamente, resvala da posição de adotante à posição de quem ‘*libera*’ (N<sub>19</sub>).

Digamos que esse trabalho de J. só ‘dá certo’ porque ela sustenta uma posição de interlocutora. Nos dizeres de Viganò<sup>(232:p.13)</sup>, “fazer-se interlocutor de um sujeito em potencial é o fruto de uma subversão ética, de uma decisão e de um ato que não são reduzíveis nem a um saber científico, nem a um texto de lei”. Só funciona exatamente por isso, por sua capacidade de deslizar, de escutar, de não se colocar numa relação especular com M.

Nesse ponto, torna-se relevante discorrer sobre essa relação especular, relação complementar em que o registro imaginário é seu modelo. Melhor dizendo, “...aquele que vejo na minha frente que penso ser outro é igual a mim. (...) Esse próximo que se me assemelha, e a quem me ensinaram dever amar, é antes um intruso. Por ser igual é rival. Constituído pela imagem do outro, o eu está para sempre alienado a seu outro-ideal<sup>(138:p.02-03)</sup>”.

Do lado do profissional esse semelhante pode ser tomado pelo próximo a quem se quer bem e, por isso, se desdobra em fazer o máximo, o melhor. Mas isso que pode parecer uma condição ideal, na qual se alcançaria ‘um cuidado de qualidade’, traz consigo, exatamente por essa especularidade, a certeza de que essa qualidade alcançada se deve ao profissional, aos seus esforços, e ao paciente resta apenas ocupar a posição de ‘*você me agrada*’<sup>(130)</sup>. Ao corresponder aos esforços do profissional, aceitando os cuidados, acatando suas determinações, aceitando sua direção, o paciente se torna motivo de entusiasmo para o profissional. “*Entusiasmo* traz a raiz grega – pelo menos dessa vez ela é simples – *en theos*: em Deus”<sup>(130: p.30)</sup>.

Em outro sentido, encontra seu contraponto: se o paciente ‘não avança’, a culpa é também imputada ao profissional (por si mesmo). Não raro, essa situação dá lugar à frustração ou mesmo ao ódio que se deve ao rival, por não se ver recompensado em seus esforços. E, nesse ponto, a posição de objeto encontra-se muito distante, o mesmo não se podendo falar em relação à posição dada ao paciente.

Na especularidade, algo do entusiasmo pode ser convocado. Entusiasmo que, de acordo com Miller<sup>(130)</sup>, pode se traduzir pelo “Chegamos lá! Pronto!” Uma experiência de ter

alcançado o estado de estar completo. Algo que se pode vivenciar quando, diante de um trabalho benfeito, o profissional fica maravilhado com seu resultado e, em última análise, consigo mesmo. Mas, Miller<sup>(130)</sup> entende que a condição de entusiasmo afasta o profissional do inconsciente. E, assim, questiona-se qual deveria ser o afeto que convém ao analista. Conclui: “Neste sentido, talvez seja preciso contentar-se em dizer que o analista deve, no que concerne ao seu paciente, manter-se ao abrigo do ‘*você me agrada*’. É uma conveniência que se pode revelar no que chamamos supervisão”<sup>(130: p.32)</sup>.

Para se manter ao abrigo do ‘*você me agrada*’, Miller<sup>(130)</sup> propõe aos analistas uma posição: a posição de desapego. Posição distante da empatia, que por requerer um intenso (mas ilusório) trabalho de compreensão do que o outro vive, requer uma proximidade, um contato constante, talvez mesmo um apego. Mas, o analista, por sua análise pessoal, consegue sustentar essa condição de desapego. Embora, mesmo assim, ele tenha que pagar por sua posição: pagar com palavras, na medida que interpreta; pagar com sua pessoa, “na medida em que, haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares...” da transferência; pagar “...com o que há de mais essencial em seu juízo mais íntimo...”<sup>(135:p.593)</sup>, ou seja, com aquilo que nele é mobilizado pelo paciente, a contratransferência.

E o que seria então possível a um profissional que, a princípio, não passa pela experiência de análise pessoal, não tem a formação de analista? Há que se retomar que, no momento, para que se possa pensar em condições de possibilidade, é fundamental que a posição desse profissional, longe de ser uma posição solitária, deve encontrar lugar em um serviço que se estrutura dentro dos moldes da Prática entre Vários (cf. capítulo 5 desta tese).

Isto posto, talvez possa mesmo se propor que, na cena do cuidado, o profissional busque se afastar do ‘*você me agrada*’. Sustentar essa posição pode requerer desse profissional alguns percursos nos quais ele consiga lidar com seus desejos e suas demandas, talvez numa análise pessoal, talvez por meio de sublimações, talvez buscando saber minimamente de suas escolhas, com o que ele paga e o que ele ganha. Afinal, esse pagar está presente em qualquer uma das posições que escolher assumir. Caberia ao sujeito buscar saber o que ou quanto deseja pagar. Mas isso cumpre a cada um, em seu desejo... não são encaminhamentos que se possam prescrever.

Afinal, cada sujeito, em sua singularidade, pode construir seus caminhos, sem que sua experiência de cuidar seja a tradução do objeto a, como causa de desejo. Ou seja, sem que ele

aposte que toda sua satisfação - mesmo que sempre incompleta - venha do ato de cuidar, do fato de advir disso algum efeito. Nessa posição parece que J. consegue circular.

Importa também pensar as condições em que a atuação do profissional se dá na cena. O serviço em que a cena acontece toma por fundamentais os espaços de interlocução entre profissionais. J. parece se valer das reuniões como espaço de discussão, mais que isso, de suporte ao seu delicado e complexo trabalho com M. Longe da posição de 'pseudo respeito ao trabalho' de J., sua colega alerta, expõe suas críticas.

Se, por um lado, numa análise mais apressada, parece haver somente um trabalho realizado por um profissional, por outro, há algo de uma prática entre vários, na medida em que há espaço para que a palavra circule, para que os saberes não sejam alvo de um monopólio de algumas categorias profissionais, para que a escolha do profissional de referência feita pelo paciente seja sustentada por todos da equipe.

E, por seu turno, J., para sustentar seu encontro com M., se vale dessas reuniões de equipe, se alerta com as advertências da colega, se coloca numa posição de secretário e aprendiz, posição secundária, posição essencial para sustentar o trabalho de M.. A equipe parece funcionar como um terceiro, que barra, limita, separa. E, nesse reencenar edípico, efeitos de um sujeito aparece. Um sujeito que faz algum laço social, alguma possibilidade por meio do produto dança, que parece começar a se inscrever, exatamente por haver conseguido um espaço no qual ele vê brechas de sair dessa posição de objeto.

Uma das leituras possíveis é que, na Prática entre Vários, haja condições para a amarração dos três registros, sendo um tomado como limite ao outro; outra, seria que a equipe pode funcionar como o terceiro elemento da relação. Mas isso não quer dizer que a prática promova essa amarração, senão que ela é uma experiência que se oferece ao profissional dessa amarração. É o que na cena constrói a sustentação para o trabalho de M. Trabalho que vai do balanço mudo, monótono, ao balanço do break, expressão cultural, expressão de um desejo pessoal, algo que comporta marcas de um sujeito. Sujeito que assim segue, sem os dentes, afinal, '*Está bom assim!* (N<sub>19</sub>)'

## 7.4.1 – SOBRE CONVERSAS, ATOS E PALAVRAS – QUE ENCONTRO POSSÍVEL?

**Cena 02** - *“Na semana passada uma paciente tinha... encontro... hora marcada com a perícia. Ela tinha que ir à perícia. E ela não estava bem. E os residentes tinham acabado de entrar – foi agora no começo de março – então o residente avisou que ela não ia. Eu acho que ele não chegou a conversar isso com ela. Ou conversou e não convenceu. E aí quando foi se aproximando – ela teria perícia às 11 horas – ela foi entrando numa agitação. Queria a roupa dela porque ela ia pra rua. E estava se criando uma situação muito difícil. Ela chegou a quebrar algumas coisas. E aí a gente procurou uma pessoa que tivesse mais vínculo com ela. E nem era daquele... daquele setor. Era uma pessoa lá das oficinas e tal. Foi chamada essa pessoa porque ela que, de alguma forma, conseguiria convencer a paciente de que ela não estava em condições de ir à perícia. Aí, essa pessoa fez uma ligação para o celular do filho dela e ela e o filho conversaram. E o filho disse que iria pedir para que a perícia viesse ao hospital. Enfim, era uma situação que já tinha arrebatado, eu só me dei conta depois, mas a gente evitou que piorasse ainda mais, porque a pessoa que ela aceitava, que tinha o vínculo mais importante conseguiu não só convencê-la, mas fez essa coisa concreta também de ligar... ligou do celular dela. E a paciente pôde falar com o filho. E quando o filho assegurou que ia pedir para a perícia vir ao hospital e que ela não ia perder o dinheiro dela, o salário dela, então ela se tranquilizou” (N<sub>10</sub>).*

Na cena 02, uma conversa que não convence, acaba por convocar uma agitação que só encontra seu ponto de basta diante do concreto do ato de um profissional, que nas palavras de N<sub>10</sub>, tinha ‘mais vínculo’ com a paciente. Considerando as particularidades da psicose, que tipo de vinculação se faz possível e em que medida essa vinculação pode ser tomada como transferência?

Além destas, surgem algumas outras questões. A enfermagem psiquiátrica/saúde mental tem como proposta terapêutica a ‘instalação’ de um canal de comunicação terapêutica junto ao paciente. O acontecimento que dá origem à cena pode ser tomado como uma comunicação terapêutica malsucedida? Mas se, tal como propõe Lacan<sup>(140)</sup>, ao incluirmos o inconsciente e toda sua trama significante, toda fala é marcada por equívocos, toda experiência comporta um real que resiste em se deixar capturar pelo significante, haveria, então, comunicação possível no sentido de evitar essa *situação difícil*?

Referindo-se à cena analítica, Freud<sup>(39: p.213)</sup> define que o que se passa entre analista e analisando é algo simples: “Nada acontece entre eles, salvo que conversam entre si”. Uma conversa que só se justifica pelo estatuto da linguagem e das palavras.

É dessa forma que Freud descreve o que ocorre entre analista e cliente. Considerar ‘o nada’ que acontece é incluir aí a ausência de ações, mas também a trivialidade de uma

conversa que, por não se guiar pela razão, por não selecionar os assuntos e temas pertinentes, acaba por se voltar ao banal, ao sem propósito, às minúcias do cotidiano. Considerar esse 'nada' também pode implicar que não há nada entre eles. Diferentemente do que propõe Carper<sup>(171)</sup>, nessa perspectiva não há uma relação estabelecida, no sentido, de uma cumplicidade, em que dois se entendem, se ajustam numa complementariedade perfeita. Complementariedade esta que, de acordo com Lacan<sup>(135)</sup>, não existe.

Dessa forma, esse 'nada entre' remete à ideia de que não existem na cena analítica dois sujeitos. O que há é um sujeito, com suas questões em torno do Outro, e um profissional que se coloca na posição de aprendiz. Assim, nessa conversa de nada, de 'banalidades', de coisas pequenas e sutis do cotidiano, o profissional vai trilhando a partir dos passos do paciente, colocando-se numa posição de suporte, de aprendiz, de secretário.

Na cena 02, contudo, um vínculo é convocado no sentido de convencer e resolver. Na cena, o que já foi dito por outros, já foi tentado por outros sem sucesso, encontra uma nova possibilidade com a chegada de um profissional, convocado por seu vínculo. Dessa forma, como pensar esse vínculo, essa 'liga' construída pela paciente com um profissional em particular e as particularidades da transferência na psicose?

Freud<sup>(241:p.110)</sup> define a transferência da seguinte forma:

São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornarem-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia e revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma sublimação, como costume dizer, podendo até tornarem-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.

Sabe-se que a transferência, tal como afirma Freud<sup>(241)</sup>, encontra lugar não apenas no setting do tratamento analítico. Assim sendo, não se pode desconhecer que há algo de transferencial na base do que se passa no momento do cuidado. E mais, ao se colocar numa condição em que o cuidado é necessário, é de se esperar que o paciente traga consigo a

expectativa de encontrar, na instituição à qual ele acorre, profissionais que o acolham e cuidem com uma competência tal que isso contribua para a restituição de seu estado anterior à doença ou pelo menos que ele ali não piore. Nisso, reside uma certa suposição de saber endereçada à equipe de enfermagem. E é nessa suposição de saber que reside um dos elementos desse ‘algo de transferencial’.

Na psicose, entretanto, a transferência se dá de forma diferente do que ocorre na neurose. “O psicótico, como todo sujeito, padece do significante está imerso no campo do sentido e vive às voltas com a significação. A diferença é que este sujeito, mais que qualquer outro, está exposto ao poder invasivo do significante”<sup>(66:p.113)</sup>.

E, nesse sentido, não é o saber do Outro que ele busca, uma vez que esse saber já está dito para ele. Isso porque o poder invasivo do significante, só é invasivo, porque ao Outro falta aquele significante que irá conferir o ponto de basta, ou seja, alguma significação, ainda que provisória. Nessa condição de foraclusão, o Outro encontrará lugar para o psicótico ou como invasor, perseguidor produto de uma transferência imaginária com esse Outro, ou ainda encontrará lugar como aquele que o toma por objeto, que goza com ele, numa condição de erotomania. E disso o psicótico sabe, mais que isso, tem certeza do que esse Outro quer com ele<sup>(6)</sup>.

Diante dessa realidade do psicótico, a aposta de que ali há um sujeito capaz de construir saídas disso que o enreda, bem como a posição do profissional que atesta a existência de um Outro castrado, que não pode tudo, acaba por criar possibilidades para esse sujeito às voltas com seu sofrimento. Essa posição, por si, “...favorece um vínculo do sujeito a uma pessoa ou a um serviço de atenção, abrindo a possibilidade da circulação social e do enlace simbólico”<sup>(242:p.41)</sup>. E isso é o que parece existir na cena 02 em relação ao profissional que faz a intervenção.

A ‘*situação difícil*’ é configurada a partir de algo que não foi dito. Mais que um simples dizer à paciente que ela não poderá sair, esse ato comporta a negação de que ali existe um sujeito, que, mesmo em crise, mesmo delirante, pode ter condições de lidar com essa realidade. Nesse momento, em que a ‘*situação que já tinha arrebatado*’ um vínculo surge como possibilidade. Juntamente com o vínculo, tal como afirma **N<sub>10</sub>**, ‘*essa coisa concreta*’ do ato é o que funciona como intervenção, como basta. Esse profissional outro, que vem de outro setor, vale-se desse enlaçamento para, no ato concreto, proporcionar algum apaziguamento para a

paciente que agita. Realidade essa que, convenhamos, assolaria a muitos, se não a todos, se soubessem da possibilidade de perder o dinheiro com o qual se consegue o sustento.

Nessa cena, é pelo silêncio do profissional que a paciente, na impossibilidade de argumentar, se vale da agitação, esse ato sem limites de um corpo que, sem barra, parece tornar-se objeto para falar. É também pelo ato mudo de fazer a ligação que a profissional, numa posição de quem não pode dar a solução, busca, com o telefonema, abrir novamente a possibilidade de que, pela conversa com o filho, um novo contrato possa ser feito. Ou seja, esse ato do profissional funciona como “um ato que cria a palavra”<sup>(243:p.39)</sup>. E isso ‘tranquiliza’.

Muitas vezes, pouco é preciso para que a palavra encontre lugar. Basta um assentimento.

**Cena 03** - *“É engraçado que uma paciente chamou a minha sala de ouvidoria. Ela chegou e disse:*

*‘- Aqui é a ouvidoria?’*

*Eu disse:*

*‘- É. Aqui a gente ouve. Pode vir.’*

*Espalhou-se essa referência. A minha sala é a ouvidoria.”(N<sub>10</sub>)*

Na contramão desse ‘ato que cria a palavra’ surge, o ato que a exclui. Quando nas instituições o cuidado existe em função das rotinas, das normas, das regras, essa exclusão da palavra encontra lugar.

**Cena 04** – *“**E**ntão isso me assustou porque um dia eu cheguei no setor e estava todo mundo de cabelo raspado. Todos os pacientes de cabelo raspado! Então eu falei:*

*‘- Opa! Espera aí!’*

*Porque estava todo mundo igual, parecia uma prisão! Aqueles pacientes sem vida, sem ... Aí eu chamei o funcionário e perguntei:*

*‘- Por que você fez isso?’*

*E ele:*

*‘- Não, mas não é assim que a gente é orientado? Higienizar o paciente, fazer a barba?’*

*Eu falei:*

*‘- Claro, vocês são orientados para isso. Mas você perguntou se o paciente queria?’”(N<sub>6</sub>).*

Pergunta simples, óbvia, mas que não cabe quando o ato se dá pelo universal da orientação que foi recebida. Do lado do paciente, esse outro, máquina, movido pelo combustível daquilo ‘que deve ser feito para todos’, pode ser tomado por Outro terrível que o reduz a objeto ou pelo “...outro puramente imaginário, o outro diminuído e decaído com o qual não pode ter outras relações que não as de frustração – esse outro o nega, literalmente o mata”<sup>(6:p.238)</sup>. E nessa relação de morte não há espaço para a palavra, não há vínculo, não há aposta no sujeito, não há cuidado possível.

Freud<sup>(241)</sup>, quando se volta a tratar da transferência, alerta que o que a torna possível não são os encantos da pessoa do analista, ainda que o paciente assim o diga. Do que Freud discorre acerca da transferência, essa é uma ideia que importa também aos não analistas, ou seja, a ideia de não tomar como pessoal aquilo que vem do sujeito. E, por mais que não convenha ao profissional, essa posição nem sempre é sustentada.

**Cena 05 – “*T*em funcionário que acha que é pessoa! Sabe aquelas brigas de família, de gente que você conhece? Parece que é pessoa! Ficam batendo boca com o paciente! Você tem que sentar e conversar...**

*‘- Calma. Está provocando, mas é uma coisa dela! Não é assim. Não é nada contra você!’*

*Aí, passam dez minutos e o próprio paciente vai lá e pede desculpas! (N7)*

Na dureza das instituições, no despreparo, na falta de quem dê suporte às ações ‘do funcionário’, na inexistência de qualquer espaço instituído entre os profissionais para que a interlocução se dê, cenas como essa ganham lugar. ‘Um bate-boca’ entre profissional e paciente implica que algo do sujeito emerge. Algo que, se não se pode, ali, naquele momento, ‘sentar e conversar’, acaba por possibilitar que o desastroso jogo especular, narcísico ou ainda paranoide, faça caber, na instituição de tratamento, todas as agruras da agressividade. Intervir, com a palavra, apontar para algo além da pessoa do profissional, tomar pra si a função de impor limites pode funcionar como antídoto dessa situação de emergência.

Se se pensar no que sustenta essa cena, várias questões podem ser pertinentes. O funcionário não foi devidamente orientado? Sua formação não lhe proporcionou os instrumentos

para lidar com essa situação? Faltou, ao entrar na instituição, uma capacitação? Possivelmente, sim para todas, não para todas.

A questão que se coloca é que não se pode ignorar que também o profissional, na qualidade de sujeito, lida com seu próprio inconsciente. E, para além do que sabe, do que aprendeu, há muito de seu que ele também não sabe. Mas isso não lhe confere a prerrogativa de assim agir. Valendo-me das palavras de Miller<sup>(130:p.23)</sup>, “...o local onde essa relação deve ser elaborada não é a própria prática...”.

Entre atos e palavras, o cuidado de enfermagem pode encontrar sua possibilidade nesse encontro. Tomando a transferência como acontecimento, ao contrário dos analistas, o seu manejo pode não estar incluído quando se pensa o cuidado. Entretanto, torna-se necessário que o profissional do cuidado seja capaz de incluir a transferência como uma realidade no cuidado ao doente. Incluir é tomar por certa a ideia de que os lugares, palavras e posições que lhe são atribuídos pelo sujeito não foram articulados a partir da pessoa do profissional. Não se constituem méritos ou deméritos. Incluir implica sustentar uma posição de aprendiz. Incluir pressupõe se implicar nesse cuidado, fazendo-se responsável.

Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada a situação ou ato. (...)No caso do ato clínico, sua resposta não deve ser disciplinar, educativa, nem, por outro lado, permissiva, no sentido em que toda permissividade abole a responsabilidade do sujeito em se autorizar. Permissividade é o contrário de autorização. Se permito a alguém que faça algo, produzo uma situação em que este que faz algo não mais se autoriza a fazê-lo<sup>(166:p.01)</sup>.

Assim é o não-saber, na qualidade de posição discursiva, que, ao contrário de permitir ao profissional um ausentar-se, convoca-o em sua responsabilidade a responder pelo cuidado, pelo modo como cuida. Embora essas respostas sejam sempre provisórias e, nesse sentido, não definitivas, implicar-se nessa resposta, nesse cuidado, pode significar afetar-se, pode impor um pagamento por esta posição. Lacan<sup>(135:p.593)</sup> afirma que, no “investimento de capital da empresa comum”, o analista tem que pagar com palavras, com sua pessoa como suporte e, por fim, paga com seu ser na medida em que se coloca ali como objeto.

Disso o que fica, ao pensar o cuidado, é que, por nossa posição subjetiva, qualquer que seja, há sempre um ‘com o que’ se pagar. Fica que cuidar é algo que convoca o profissional a

realizar escolhas quanto a qual posição deseja tomar. Fica que quaisquer que sejam essas escolhas, elas só podem se guiar por aquilo que o sujeito revela. Nesse sentido, essas escolhas não se guiam por regras previamente definidas e devem comportar toda possibilidade moebiana de simplesmente deslizar pelos caminhos que lhe são apontados. E isso pode significar ver que o paciente ficou sem os dentes, em perguntar sempre se ele quer, em se retirar do centro da cena, em abrir mão do '*Você me agrada*', em não se entusiasmar com a beleza de sua obra, em se contentar com o que é possível ao sujeito naquele momento.

## **8- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 8. Considerações Finais

Chegado o momento de concluir, faz-se pertinente fazê-lo em relação ao método utilizado em termos de arcabouço teórico e técnicas, bem como à temática abordada nesta tese. Há que se tecer algumas amarrações entre as realidades fotografadas do cuidado apresentadas na introdução, as elaborações teóricas contidas nos capítulos 5 e 6 e as análises produzidas a partir das narrativas.

O período compreendido entre 1980 e 2010 é um período de profundas mudanças do ponto de vista das políticas públicas de saúde mental. Entretanto, quando se volta a atenção para as práticas de enfermagem psiquiátrica/saúde mental nesse mesmo lapso de tempo, o que se pode constatar, a partir de uma revisão sistemática qualitativa, é que muitas das práticas e concepções que se tornam alvo de críticas, permanecem coexistindo lado a lado com aquelas que serão tomadas por novidades, por avanços, por práticas coerentes com o modelo que ora se propõe. Após trinta anos de Reforma Psiquiátrica, o “Averso do Cuidado” resiste como prática vigente. Embora já não mais hegemônica, não mais sem causar constrangimentos e incômodos, não mais sem ser alvo de questionamentos.

Dessa revisão, da qual se depreenderam concepções de cuidado vigentes no período de 1980 a 2010, identificaram-se duas grandes linhas conceituais por mim nomeadas: o Averso do Cuidado e as Inspirações Nightingaleanas. Pode parecer contraditório denominar todos os horrores reunidos sob a denominação Averso, como concepção de cuidado. Entretanto, além de ser uma realidade apontada pelos estudos analisados, seus autores tomavam também por objetivo explicitar tais práticas avessas, possivelmente com o objetivo de contribuir para uma mudança. Tal estratégia surte efeito, mas chega-se ao século XXI, identificando-se, dentre as práticas de enfermagem, os atos de punição, as tentativas de ‘normalização’ dos comportamentos, ausência de condições mínimas (padrões mínimos) para que se possa dizer que algumas instituições possam ser incluídas na acepção de espaço terapêutico. Justificativas são apontadas e, entre a equipe de enfermagem, a falta de conhecimentos surge como questão relevante<sup>(70,76, 78,11)</sup>.

Nas narrativas analisadas, vê-se que esse “Averso” não deixou de ser computado no hall das práticas de enfermagem. Ora foram convocados em nome de narrar acontecimentos passados, mas não esquecidos, ora foram trazidos como fatos recentes, presentes, incômodos. Interessa aqui ressaltar que, nas concepções de cuidado narradas, essas práticas “Aversas”

encontram nos questionamentos, nas ordens e, sobretudo nas 'apostas' dos profissionais, seu limite. Possivelmente, nunca nos livraremos totalmente desses esforços de punição, desse empenho em 'normalizar ou normatizar', desse discurso da loucura como déficit, enfim, de um discurso que se dizendo científico ou sustentado pela experiência, toma o saber prévio como emblemático e indicador dessa prática avessa. Como antídoto, o que temos são as perguntas, o estranhamento, a aposta. E, muitas das narrativas se configuram como exemplos desse tipo.

Também nas narrativas, as Inspirações Nightingaleanas se apresentam de forma marcante. A retomada do ofício de enfermeira, aquele que se faz presente no cuidado, que se coloca à frente da equipe, que age de acordo com princípios científicos aprendidos e que preza o cuidado como arte são movimentos muito presentes em várias narrativas. As lições aprendidas na graduação sobre a importância do Relacionamento Enfermeiro-paciente parecem ser significativas para os enfermeiros participantes do presente estudo. Mas, de forma crítica, esses dezenove enfermeiros, aproximando-se do Modo Psicossocial, questionam os princípios desse Relacionamento, bem como seus correlatos: a comunicação terapêutica e o ambiente terapêutico. Questionamentos não tanto da ideia em si, mas antes, questionamentos que os fazem recordar o que aprenderam, repetir no cotidiano e, diante da fragilidade que veem nessa concepção, em especial, diante dos enigmas da psicose, das mudanças conceituais acerca da loucura e da iminência de um trabalho em equipe, lançam-se à elaboração de novas práticas sobre esse relacionamento, sobre essa comunicação e sobre esse ambiente.

O cuidado de enfermagem ao psicótico que se dá na perspectiva Nightingaleana, quando pensado em conjunto com o Modo Psicossocial, sustenta-se basicamente por três elementos: o dispositivo do encontro, a comunicação e o ambiente. E esse fato justifica-se. Afinal, esses são elementos discutidos por Florence que, em sua perspectiva ambientalista, compreendia que o cuidado, como um dos meios de tratamento, não poderia negligenciá-los. Embora ela discorresse sobre cada um deles de forma bastante normativa, afinal isto se dava na Inglaterra Vitoriana, a importância desses aspectos para o cuidado ao doente são explicitamente discutidos em suas elaborações teóricas<sup>(90)</sup>. E mais, o cuidado de enfermagem ao psicótico que se dá nas perspectivas apresentadas pelas narrativas, em sua maioria, não perdem de vista o que alguns nomeiam como cuidado tradicional (**N<sub>4</sub>**), cuidado ao corpo (**N<sub>7</sub>**, **N<sub>12</sub>**, **N<sub>13</sub>**, **N<sub>14</sub>**). Afinal, se há uma essência do cuidado de enfermagem, parte dela se refere a esse fazer. Dessa forma, entendo que tomar o cuidado de enfermagem ao psicótico pela

perspectiva da clínica do sujeito requer elaborações, tendo por baliza esse mesmo fio condutor.

O Modo Psicossocial, entretanto, inaugura uma concepção diferente de cuidado. Nele são essenciais a implicação subjetiva, a horizontalização das práticas institucionais, o cuidado fora das instituições e o abandono de qualquer lógica com conotação adaptativa<sup>(3)</sup>. Assim, esse cuidado, e, por conseguinte, o cuidado de enfermagem em psiquiatria/saúde mental, enfrenta o desafio de avançar para além de suas práticas padronizadas e específicas da categoria profissional, lançando-se ao desafiador cenário em que o cuidado continua sendo de Enfermagem, mas passa a ser também pensado e executado por todos os profissionais e trabalhadores dos novos serviços. Com isso, a especificidade não se perde, mas é superada quantitativamente por ações inespecíficas de cuidado, cujos nomes são tantos quantas forem as demandas dos portadores de sofrimento mental. Assim, cuidar em saúde mental/psiquiatria pode significar desde os cuidados corporais (banho, alimentação, sono e repouso, dentre outros) e as ações de controle clínicos (avaliação dos sinais vitais, identificação de sinais e sintomas, dentre outros); passando por atividades coletivas (oficinas terapêuticas, passeios, assembleias, reuniões de familiares e/ou de usuários do serviço, por exemplo); chegando a todas as ações que visem suportar (dar suporte) e sustentar o sujeito em sua lida cotidiana, seja de estabilização, seja de estereotipia. E, nesse infinito das ações, a enfermagem psiquiátrica/saúde mental não deve se eximir.

Nesse sentido, pensar o cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria é voltar-se a esse infinito de possibilidades, uma vez que essa articulação do que é necessário fazer deixa de ser ditada pelos manuais de normas e rotinas, deixa de ser o que está previsto nos protocolos, para voltar-se ao possível de ser articulado a partir da demanda dos sujeitos a quem esse cuidado se volta. Essa é a ideia com a qual o cuidado de enfermagem na psicose, a partir da clínica do sujeito, vê-se às voltas.

Com o surgimento dos CAPS e de sua proposta de trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, o enfermeiro, assim como todos os outros profissionais, são convidados/convocados a assumir um lugar junto ao usuário de serviço, fazendo uma função de profissional técnico de referência, gerente de caso clínico ou outras denominações que implicam um acompanhamento clínico e uma direção do tratamento. O dispositivo de técnico de referência é essencialmente clínico e, não raro, fundamenta-se em noções e concepções advindas da teoria psicanalítica. Muitos dos enfermeiros que produziram as narrativas

recolhidas para esta tese atuam como técnicos de referência. Para além dessa atuação, buscou-se, nesta tese, discutir e pensar no cuidado como ato da enfermagem e nas possíveis interlocuções desse cuidado que é ciência, que se guia por uma ética, que toma a estética como essencial e que se dá ali onde enfermeiro e paciente se defrontam com as concepções da teoria psicanalítica.

Se se busca saber sobre esse cuidado, assim descrito, aproxima-se mais de encontrá-lo junto a enfermeiros que reconhecem em seu trabalho nuances sintonizadas com a perspectiva de uma clínica do sujeito, ou seja, enfermeiros que partindo da concepção de sujeito do inconsciente e de seus efeitos passam a pensar e a cuidar também inspirados pelas noções e concepções advindas da teoria psicanalítica. Ao se nortear por essa perspectiva teórico-clínica para cuidar, pensando que esse cuidar implica um fazer, ali, no momento desse ato, muito do que inspira, baliza e sustenta teoricamente se apresenta na condição de um conhecimento que é tácito e que, se assim não for, não iria diferenciar-se de qualquer ação guiada por um manual de instruções.

Diante do exposto, buscar narrativas que retratassem esse cotidiano tornou-se a opção metodológica mais acertada. Mas, esses enfermeiros, apesar de serem muitos, de residirem em localidades distintas, também se configuravam como grupo, na medida em que, leitores dos mesmos textos, produtores de discussões que se encaminhavam em direções semelhantes e, por vezes mesmo, se tornaram interlocutores uns dos outros. Assim, a pesquisa narrativa com interface etnográfica pareceu o percurso mais indicado, o que foi comprovado pelos resultados encontrados e pelas análises que essas narrativas propiciaram. Considerando a generosidade em compartilhar e a longa experiência da maioria dos entrevistados, foi produzida, ao final da coleta de dados, uma enorme quantidade de cenas, cuja relevância, consistência e importância trouxeram a possibilidade de, a partir das cenas, realizar análises também relevantes. Mas, na mesma medida, impuseram a dificuldade de proceder à escolha somente daquelas narrativas que guardavam maior coerência com os objetivos desta tese.

A realização de entrevistas, utilizando recursos de duas modalidades distintas - entrevistas síncronas no tempo e espaço e entrevistas síncronas no tempo - mostraram-se também pertinentes, atendendo bem a realidade em que a execução da coleta de dados se deu. O fato de que entrevistas síncronas no tempo contavam também com o recurso de imagem minimiza as possíveis diferenças que essas duas modalidades de entrevistas têm entre

si. As limitações tecnológicas, embora existentes, não chegaram a se configurar como empecilhos.

A pesquisa narrativa acena ao pesquisador com a possibilidade de, ao final do processo de análise, ter diante de si uma identidade ou um perfil psicológico dos narradores. A pesquisa etnográfica possibilita acesso a uma cultura local. Conforme discutido no percurso metodológico, foi possível localizar, nas narrativas, semelhanças e discrepâncias. Foi possível escutar a cada um, numa construção singular de sua trajetória profissional e de suas concepções de cuidado. Foi possível localizar as elaborações, ressignificações que, por vezes, iam acontecendo ao longo da própria entrevista. A provisoriade de uma possível identidade não se constitui um problema. O próprio produto das análises também não se caracteriza por um saber acabado. Em suas lacunas, espera-se que novas pesquisas possam se basear, para corroborar ou contradizer. Afinal, esse movimento constante de construção é algo que se pode dizer como marca desse cuidado que se inspira na clínica do sujeito, uma vez que é efeito dessa concepção de sujeito.

O processo de análise das narrativas mostrou-se dinâmico, intenso, complexo. Malinowski<sup>(36: p.19)</sup> constatou que “Na Etnografia, é frequente a imensa distância entre a apresentação final dos resultados de pesquisa e o material bruto das informações coletadas pelo pesquisador através de suas próprias observações, das asserções dos nativos, do caleidoscópio da vida tribal.”

A análise das narrativas levou-me a algo parecido. Para cada cena escolhida, foi necessário realizar um trabalho de explicitação da ‘leitura’ por mim empreendida. Nesse processo de ‘leitura’, situa-se um dos elementos que configuram a minha autoria nessa análise. Essa leitura, como autoria, implicou em um ir além do dito. Implicou estabelecer conexões, elaborações do texto que ali se apresentava. Implicou em tomar todo esse processo como de minha autoria, ou seja, responsabilizar-me pela análise das narrativas, sabendo que, por vezes, fui além delas – ou aquém – estabelecendo análises não na qualidade de um retrato do que foi contado, mas na qualidade de uma versão reeditada. Dessa forma, minhas análises não são apreensões exatas do que foi dito, mas leituras possíveis, apenas possíveis, do material que se me apresentava com vistas ao alcance dos objetivos desta tese.

Diante da riqueza das narrativas e da multiplicidade das práticas de cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental nelas contidas, tornou-se necessário estabelecer um

espaço em que pudessem ser explicitados os aspectos teóricos com os quais essas cenas narradas poderiam dialogar. Nessa direção, foram discutidos os aspectos que envolvem a Psicanálise, as Instituições e a psicose na direção da Prática entre Vários. Foram também tomados, numa releitura, os padrões de saber propostos por Carper<sup>(171)</sup> e Munhall<sup>(172)</sup>. Eles, tais como pontos de basta ao infinito das práticas, tornaram possíveis um diálogo entre o que foi narrado e as concepções de cuidado aí presentes. Esse processo de releitura revelou-se, também, um caminho de interlocução entre as tão distintas perspectivas teóricas de Carper, Munhall e da teoria psicanalítica.

Isto considerado, tornou-se necessário buscar, nessa imensa distinção, os pontos em que um diálogo pudesse ser estabelecido. Tais pontos, presentes nas nomeações dos padrões, acabaram por ser tomados como lógicas que podem encetar um discurso distinto, marcado por ressignificações. Lógica discursiva e não padrões que enrijecem, limitam, encaixotam. A própria Munhall, ao tomar o Não-saber por Padrão, o nomeia como tal e o destitui dessa vestimenta positivista. Considerando este um dos pontos altos da proposta de Munhall, tornou-se pertinente tomá-la por inspiração.

Acresce-se a isso que a possibilidade de ver a diversidade do saber que sustenta o fazer da enfermagem, esquematicamente organizado em quatro padrões, é algo sedutor. Numa análise mais apressada, pode-se ter a impressão de que tudo do cuidado está dito, quando tomado a partir dos padrões de saber. Mas a análise das narrativas revelou que há também, em relação ao cuidado, uma perspectiva de um real, que não pode ser excluída. Ainda que sejam tomados, numa releitura como essa a que procedi, os padrões por lógicas e posições discursivas, persiste um resto, um impossível de significar. Há algo no cuidado de enfermagem, em sua materialidade de ato (fazer que funda um fato), que escapa a todo tipo de dizer, de significação, de linguagem.

Tomo aqui, como exemplo, o que os narradores dizem sobre uma certa disposição de cuidar. Algo que estaria presente não em todos os profissionais e nem mesmo nos que essa disposição se apresenta, não o tempo todo. Algo que aponta para a ideia de que nem todos dariam conta desse lugar. Algo que seria do sujeito que faz com que ele se engaje mais na tarefa de cuidar. Algo não ensinável, não passível de ser induzido por elementos externos. Pode-se tentar contornar teoricamente essa disposição pela via do desejo (desejo de cuidar), pela via do desinvestimento narcísico (lugar de objeto), mas há sempre um quê a ser dito. Essa questão – pelo menos no momento - segue sem muitas respostas.

O cuidado permanece, no infinito de suas práticas, resistindo a uma significação totalizante que o fale todo. Isto indica um para além da linguagem, assim como também indica o que acontece no setting do cuidado. O fato de só ser possível falar de cuidado a partir de cenas atesta essa realidade, uma vez que a cena fala de um cuidado singular, numa situação única. Ou seja, do ponto de vista da transmissão, esse algo que não se deixa dizer, que resiste a se escrever, talvez possa ser apreendido no fazer do sujeito. Ainda em relação a transmissão é preciso considerar que iniciativas ancoradas na discussão clínica junto a equipe de enfermagem tem sido uma estratégia utilizada, mas essa não foi uma questão muito presente nas narrativas. E, assim, requer investigações futuras mais aprofundadas.

Cumpra ainda acrescentar que os articuladores lógicos: ético, estético, empírico, ao se tornarem nomes, ou seja, pontos de basta, marcam, ao mesmo tempo, um buraco, uma falha. Eles não nomeiam tudo, não explicam tudo. Há um movimento constante em que um remete ao outro. Disso resultou uma dificuldade de se escrever sobre um sem aproximá-lo dos outros articuladores. Esse movimento de nomear é, ao mesmo tempo, um movimento de denunciar a insuficiência desse nome, o que exige um deslizar na cadeia significante no sentido de produzir um deslocamento e buscar novas ressignificações.

As concepções e dispositivos de cuidado, apreendidos a partir das narrativas, foram apresentados de forma conjunta. Na maioria das vezes, os narradores não se referiram a novos dispositivos de cuidado, mas falavam de ações de cuidado já estabelecidas (acolhimento, escuta, atividades coletivas, oficinas terapêuticas, ateliês, dentre outros). O que muda são as leituras e perspectivas que tais ações abrem quando embasadas por conceitos advindos da teoria psicanalítica. Das concepções de cuidado apresentadas pelos narradores, destaca-se a ideia de um Cuidado Esvaziado (**N<sub>5</sub>**).

Esse cuidado que se dá pelo esvaziamento da posição de saber prévio, ou seja, sem mestria. Nessa condição de esvaziamento, cabe ao profissional abrir mão de todos os dispositivos e ações que visem antecipar-se à demanda do paciente. O Cuidado Esvaziado vale-se da posição de não-saber, assim como prescinde da ilusão de que, no tempo certo, pode-se, com as perguntas certas ou mesmo com algum tipo de vínculo, vir a saber.

Assumindo a posição de aprendiz, numa interlocução com outros aprendizes, podem-se criar condições que deem ao sujeito a ideia de que ali há alguém capaz de funcionar como testemunha, como receptáculo de sua relação com o Outro. Numa instituição que se guia pela

Prática entre Vários, a equipe de enfermagem, como aprendiz, pode, num primeiro momento, ao ocupar uma posição de objeto, cuidar a partir da ideia de que ele nada sabe sobre aquele sujeito, cuidar considerando que os significados do corpo para aquele sujeito serão inúmeros e eles não o sabem e não podem deduzi-lo; acolher o sujeito sem se propor a orientá-lo, limpá-lo, domesticá-lo; acolher esse paciente e buscar cuidar no sentido de receber sua singularidade.

Por essas razões, assumindo a radicalidade da posição de objeto é que se poderá lidar com aquele que sofre na perspectiva de um sujeito. Dessa forma, a lógica científica que pode sustentar um cuidado de enfermagem em direção a uma prática que considere o sujeito toma por pressupostos a realidade de um sujeito dividido, de um saber articulado à verdade por um meio dizer, de uma verdade sobre esse sujeito que nunca será dita em sua totalidade.

Na sequência, parece-nos importante enfatizar uma noção fortemente associada ao cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental pelos narradores foi a de que esse cuidado se processa ali onde o banal, o simples, o cotidiano têm lugar. Dessa forma, na banalidade do cotidiano, os enfermeiros falam das pequenas delicadezas que podem produzir algum efeito de cuidado. Leio nesse cuidado assim pensado a ausência de grandes sofisticações tecnológicas. Mas, exatamente por lidar com o corpo e seus odores, excreções, secreções, esse cuidar revela um real junto ao qual a beleza pode funcionar como anteparo possível. Assim, um cuidado que se embasa por um saber de sutilezas, um saber do ofício, de fuxicos, de aromas, de coisas de fineza, pode talvez não ter muito a ser apreendido pela razão, mas, exatamente por convocar algo do registro imaginário e da ordem simbólica, possa limitar o real, que, na psicose, ganha estatuto de realidade, de concretude, de certeza.

Há que se pensar essas sutilezas na qualidade de algo que convoca o que se designou aqui como fineza. Não a fineza da 'educação que vem do berço' mas a fineza do requinte que é exigido no cuidado ao sujeito psicótico em sua condição de 'não como todo mundo', em sua singularidade que implica não saber nada sobre ele de antemão, tampouco vislumbrar a possibilidade de vir a saber tudo sobre ele, menos ainda de vir a saber ou desejar por ele. Uma fineza que demarca e sustenta a posição de testemunha do alienado, a posição de aprendiz. Esse cuidado, tomado aqui a partir de suas questões de fineza significa ao profissional balizar-se pela ética do desejo que, por sua vez, marca a condição de uma falta estrutural (não-saber) que não poderá ser preenchida ou recoberta por padronizações ou linguagens universalizantes se se propõe um cuidado pautado pela clínica do sujeito.

Outra concepção fortemente associada ao cuidado foi a de singularidade, ou seja, um cuidado que aposta na existência do sujeito, ainda que ele se apresente delirante, agitado, silencioso, desorganizado. Apostar no sujeito é reconhecê-lo em sua singularidade. E, para isso, a ideia de responsabilização deve se fazer presente. Não se pode desconsiderar que cuidar requer do profissional, antes de mais nada, sua inclusão na qualidade de uma implicação atenta ao que o faz estar ali, nesse lugar. Mas, ao tomar a responsabilização e a inclusão do sujeito como pontos nodais desse cuidado, o enfermeiro pode conseguir fazê-lo, de uma posição ética, isentando-se de tomar o lugar de quem tem todas as soluções para os problemas que lhe chegam no cotidiano da clínica.

Como resultado, nessa direção de quem não tem todas as respostas, tem-se um cuidado que se pauta por uma ética do sujeito suposto não-saber, por uma ética que sustenta a posição de secretário do alienado, pelo não desejo de curar -conforme propõe Lacan<sup>75</sup> -, por uma ética em que se abstém de saber o que é melhor para o outro. Afinal, cada um deveria ser reconhecido por sua condição de ‘não como todo mundo’<sup>(130)</sup>.

Nesse cuidado que se dá pelo não saber, que busca reconhecer o sujeito, que lida com o não desejo de curar, que se guia pela singularidade do sujeito, cabe ao profissional cuidar de sua posição enquanto tal. Como sujeito, às voltas com seu inconsciente, é fundamental que o profissional sustente sua posição de aprendiz o que implica não se apresentar como alguém desejante, no sentido de alguém que deseja pelo outro. Mas, é igualmente fundamental que ele se responsabilize por acolher, por escutar, por dar algum tipo de resposta. Responder a si acerca da posição que se escolhe ocupar, ou seja, da sua implicação no cuidado. Se se vai ocupar uma posição de busca por um novo eu, uma posição de maternagem ou uma posição de objeto, há que se saber que de cada uma delas há algo com o que se paga, ou seja, qualquer posição na qual o profissional se implica há algo a pagar. Responder ao sujeito que te demanda, nem sempre no sentido de atendê-la (a demanda), nem sempre na direção de suprimi-la, talvez, quando muito, no sentido de implicá-lo também.

---

<sup>75</sup> “A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer bem, o desejo de curar. Temos de contar com ele como algo suscetível de desencaminhar-nos, e, em muitos casos, instantaneamente. Diria mais – poder-se-ia de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não-desejo de curar. Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contras as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem para nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatrua benéfica do querer-o-bem-do-sujeito”<sup>(188:p: 267)</sup>.

Por fim, alguma demarcação. Tomo o discurso do analista como suporte, mas não proponho que o enfermeiro tenha para si essa função. Tal como foi discutido anteriormente, proponho que se siga uma orientação analítica e não que se faça condução analítica (o que se poderia, sim, fazer. Mas aí estaremos falando da função de analista, o que implica na formação de analista). Para que isso seja possível, é fundamental que essa orientação exista na direção de uma Prática entre Vários. Pensada a partir de quatro eixos<sup>(154)</sup>, o que se vê é que essa Prática não pode ser sustentada por um único profissional. Seu pivô, sua sustentação, está na interlocução dos membros da equipe, havendo a exigência de, periodicamente, um trabalho de supervisão clínica institucional e a existência de, pelo menos, um profissional que funcione como responsável terapêutico. Há, ainda, a exigência de que todos os membros da equipe busquem se situar na qualidade de parceiros com os pacientes.

Tomando, pois, os eixos que sustentam a Prática entre Vários, pode-se pensar nesse novo arranjo institucional que coloca os profissionais no campo do sujeito, assim os reconhecendo. No campo do Outro estaria o saber institucional em sua configuração tradicional. Assim sendo, ao sustentar a posição de objeto, cada um apoiado pela interlocução com os demais, poderia se dirigir ao discurso institucional como Outro, atuando no sentido de descompletá-lo. Na interlocução, esses profissionais poderiam encontrar os significantes que norteiam essa prática e, com isso, poder-se-ia proceder ao tratamento do Outro institucional abrindo espaço para que o psicótico, na condição de sujeito, encontre a direção de sua estabilização ou de sua estereotipia, cada um à sua maneira.

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem, sustentado a partir da Prática entre Vários, encontra as condições para se constituir enquanto tal, embora do ponto de vista das práticas, continue incluindo um fazer sobre o corpo, seus odores e humores, sem, no entanto, prescindir das coisas de fineza, essas pequenas delicadezas, quase banalidades... Mas, exatamente por isso, essenciais ao cuidado de enfermagem que se norteia pela clínica do sujeito, não somente por introduzir novas concepções e perspectivas, mas por trazer a noção de que pode haver algum deslocamento, alguma dialética entre esse cuidado que se faz no corpo e esse cuidado que se norteia pela palavra.

Instituído nesses pilares, o cuidado de enfermagem em saúde mental/psiquiatria e suas coisas de fineza pode ser entendido como um cuidado esvaziado de saber prévio, que se vale do não-saber, que não se institui por meio de padronizações generalizantes e generalizáveis por se voltar ao singular do sujeito, que toma por ética esse não-saber prévio do profissional e

aposta no saber do sujeito que sofre, que acontece guiado pelo tempo do paciente e não da instituição ou dos protocolos. Trata-se de um cuidado que encontra na ideia da arte – entendida como artesanato, algo feito um a um – as condições para lidar com as minúcias e sutilezas do cotidiano alçando-as à condição de cuidado. Nessa condição, cabe ao profissional o fundamental lugar de aprendiz. Um aprendiz que não atua sozinho, mas na interlocução com os outros aprendizes (todos os profissionais investidos na função de cuidar do portador de sofrimento psíquico). E mais, para que esse cuidado possa ser assim pensado e articulado há que se ter um arranjo institucional que funcione como sustentação dessa delicada, sutil e complexa forma de cuidar, a saber, a Prática entre Vários.

Encerro por aqui, não porque tudo esteja dito, mas, por ora, esse é o momento de concluir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos* [online]. 2002 [Acesso em: 23 de Set de 2010]; 9(1): 25-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>
2. Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? In: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Rio de Janeiro: Cadernos do IPUB; 2000. 06(19):15-36.
3. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*. 2001[Acesso em: 09 de Out de 2012]; 25(58): 12-25. Disponível em: <http://www.uff.br/saudemental/conferenciasnacionaisdesaudemental.doc>.
4. Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. 2004 [Acesso em: 28 de Out de 2012]; 07(2): 85-101. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982001000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000100006)
5. Freud S. Rascunho H. In: Freud S. Publicações Pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago; 1895/1990. p.290-98: (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 1, 1886 - 1889).
6. Lacan J. O Seminário, livro 3: As Psicoses. Trad. Aluísio Menezes. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1955-1956/1988.
7. Silva TC. Vincent van Gogh: um corpo entre o véu da beleza e o horror do real. Função e significado do corpo na psicose. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2002. 264p.
8. Garcia APRF. Apreendendo possibilidades de cuidar. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2004. 135p.
9. Loyola CM, Rocha RM. Apresentação. In: Loyola CM, Rocha RM. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; 2000. p. 07-10.
10. Motta JM. Instituição, psicanálise e enfermagem em saúde mental: boas novas? *Cadernos IPUB*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; 2000. p. 11-4.
11. Silva TS. O tempo do esquecimento: a contenção física e a enfermagem psiquiátrica. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2008. 93p.
12. Oliveira RMP. Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra. [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2005. 243p.
13. Marques NA, Toledo VP e Garcia APRF. Significação da psicose pelo sujeito e seus

efeitos para a clínica da enfermagem..Rev. Bras. Enferm. 2012 [Acesso em: 10 de Dez de 2012]; 65(1): 116-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100017&lng=en&nrm=iso)

14. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analyses of 14 review types and associated methodologies. Health Information and Libraries Journal. 2009 [Acesso em: 08 de Mai de 2012]; 26(2): 91-108. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x/full>

15. Noblit GW, Hare RD. A Meta- Ethnography approach. In: Noblit GW, Hare RD. Meta-Ethnography: Synthesizing qualitative studies. California: SAGE Publications Ltd. 1988. p. 26 – 37.

16. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. ESRC National Centre for Research Methods. London; 2007. Disponível em: <http://epi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=188>

17. Lieblich A, Tuval-Mashiach R and Zilber T. Narrative Research: reading, analysis and interpretation. California: SAGE Publications Inc; 1998. 187p.

18. Polkinghorne DE. History and narrative. In: Polkinghorne DE. Narrative knowing and the human sciences. New York: State University of the New York Press; 1988. p. 37-70.

19. Clandinin DJ, Connelly FM. Story of the experience and narrative inquiry. Educacional Researcher. 1990 [Acesso em Fev de 2012]; 19(5): 2-14. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1176100>

20. Duffy M. Narrative inquiry: the method. 5 ed. In: Munhall PL. Nursing research. Flórida: Jones & Bartlett Learning; 2012. p. 421- 40.

21. Riessman CK. Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Series,30. Califórnia: Sage University Paper; 1993. 79p.

22. Chambers E. Applied Ethnography. In: Denzin NK, Lincoln YS. Collecting and Interpreting qualitative materials. California: SAGE Publications Inc. 2003. p. 389-418.

23. Vidich AJ, Lyman SM. Métodos qualitativos – Sua história na Sociologia e na Antropologia. In: Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa – Teorias e abordagens. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2006/2010. p. 49-90.

24. Gubrium JF and Holstein JA. Narrative practice and the coherence of personal stories. The Sociological Quarterly. 1998 [Acesso em: 10 de Mai de 2012]; 39(1): 163-87. Disponível em: <http://www.sfu.ca/cmns/courses/marontate/2010/801/1-Readings/Gubrium%20Holstein%20Narrative%20practices.pdf>

25. Gubrium JF, Holstein JA. Narrative Etnography. In: Hesse-Biber SN, Leavy P. Handbook of Emergent Methods. New York: Guilfort Publication Inc; 2008. p.241- 64.

26. Lage GC. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. Revista Espaço Acadêmico. 2009 [Acesso em: 25 de Jun de 2012]; (97). Disponível em: <http://edumojs.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/7104/4134>.

27. Riessman CK. Narrative Analysis. In: Kelly N, Horrocks C, Milnes K, Roberts B, Robinson D. Narrative, memory and everyday life. UK: University of Huddersfield, 2005. p.1-7. Disponível em: [http://eprints.hud.ac.uk/4920/2/Chapter\\_1\\_-\\_Catherine\\_Kohler\\_Riessman.pdf](http://eprints.hud.ac.uk/4920/2/Chapter_1_-_Catherine_Kohler_Riessman.pdf)

- 28.** Costa GMF, Gualda DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2012 [Acesso em: 23 de Jul de 2012]; 17(4): 925-37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000400005)
- 29.** Creswell JW, Hanson WE, Clark VLP and Morales A. Qualitative research designs: Selection and implementation. The Counseling Psychologist. 2007 March [Acesso em: 08 de Mai de 2012]; 35(2): 236-64. Disponível em: <http://ed-d561asummer2011.wikispaces.com/file/view/Qualitative+Research+Designs+Selection+and+Implementation.pdf>
- 30.** Miranda L, Campos RTO. Narrativas de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. set 2010 [Acesso em: 29 de Mai de 2012]; 13(3): 441-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a05v13n3.pdf>
- 31.** Guerra AMC. A lógica da clínica e a pesquisa em psicanálise: um estudo de caso. Revista Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica. 2001 [Acesso em: 03 de Nov de 2012]; 04(1): 85-101. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982001000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000100006)
- 32.** Fuks B. A figura da cultura e a descoberta do inconsciente. In: Fuks B. Freud e a cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003/2007. P.9-15.
- 33.** Lacan J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1949/1998. p. 96 – 103.
- 34.** Lacan J. O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud. Trad. Betty Miller. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1953-1954/1986.
- 35.** Bruner J. The uses of story. In: Bruner J. Making stories: law, literature, life. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 2002. p 03-48.
- 36.** Malinowski B. Introdução – Tema, método e objetivos da pesquisa. Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. 3 ed. Col. Os Pensadores. São Paulo: Ed. Abril Cultural; 1984. p.17-34.
- 37.** Garcia-Roza LA. Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1991. 237p.
- 38.** Lacan J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1957/1998. p. 496 - 533.
- 39.** Freud, S. A questão da análise leiga. In: Freud S. Um estudo auto-biográfico. Inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1926/1976. p.204- 291: (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 20).
- 40.** Lacan J. A subversão do sujeito e a dialética do desejo. In: Lacan J.. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1960/1998. p.807- 842.
- 41.** Fink B. O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1998. 119p.
- 42.** Lacan J. Discurso de Roma. In: \_\_\_\_\_. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1953/2003. p.139-172.

43. Perroni MC. Desenvolvimento do discurso narrativo. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas. 1983. 213p.
44. White J. Patterns of knowing – review, critique and update. *Advances in Nursing Science*. 1995 [Acesso em: 13 de Dez de 2012]; 17(4): 73-86. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7625782>
45. Benner P, Kyriakidis PH, Stannard D. *Clinical wisdom and interview in acute and critical care*. 2 ed. New York: Springer Publish Company. 2011. 576p.
46. Polanyi M. The tacit knowing. In: Polanyi M. *The tacit dimension*. Chicago: The University of Chicago Press; 1966/2009. p.1-25.
47. Schön DA. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998/2008.
48. Figueiredo LC. O estatuto dos discursos teóricos na psicologia. In: Figueiredo LC. *Revisitando as psicologias. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: EDUC/Vozes; 1996. p.25-30.
49. Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. *O caso Schreber; artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1912/1969. p.145-159: (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 12).
50. Pavanelli CL. *A teoria como objeto interno do analista e seus destinos na clínica: luto e melancolia como metáfora*. [Dissertação]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2007. 139p.
51. Hudelson PM (Division of Mental Health and World Health Organization). Sampling issues in qualitative research. In: Hudelson PM. *Qualitative research for health programmes*. Geneva: World Health Organization; 1994. p.39-46. Disponível em: [http://libdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.3.pdf](http://libdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.3.pdf)
52. Marshall MN. Sampling for Qualitative Research. *Family Practice*. 1996 [Acesso em: 08 de Ago de 2012]; 13(6): 522-5. Disponível em: <http://spa.hust.edu.cn/2008/uploadfile/2009-9/20090916221539453.pdf>
53. Fontanella BJB, Riccas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008 [Acesso em: 26 de mai de 2012]; 24(1): 17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
54. Popay J. Moving beyond effectiveness in evidence synthesis - Methodological issues in the synthesis of diverse sources of evidence. National Institute for Health and Clinical Excellence (London); 2006 [Acesso em: 21 de Jun de 2012]; Disponível em: [http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/Moving\\_beyond\\_effectiveness\\_in\\_evidence\\_synthesis2.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/Moving_beyond_effectiveness_in_evidence_synthesis2.pdf)
55. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*. 2008 [Acesso em: 03 de mai de 2012]; 8:21. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/8/21>
56. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 questions to help you make sense of qualitative research*. Oxford, England: Milton Keynes Primary Care Trust; 2006. Disponível em: <http://www.mendeley.com/research-papers/?rec=sreviews-appraisal-toolpdf>.

57. Costa A e Poli MC. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional Revista de Psicanálise*. 2006 [Acesso em: 06 de ago de 2012]; 19(188): 14-21. Disponível em: [http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/188\\_02.pdf](http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/188_02.pdf)
58. Fernback J, Thompson B. Virtual communities: Abort, retry, failure? In: Annual convention of the International Communication Association, 1998, Albuquerque/ New Mexico. *Annals of Annual convention of the International Communication Association*. Albuquerque/ New Mexico: 1998. Disponível em: [www.well.com/user/hlr/texts/vccivil.html](http://www.well.com/user/hlr/texts/vccivil.html). 1998.
59. Johnson T. Novos métodos de estudo em CMC. In: Johnson T. *Pesquisa social mediada por computador. Questões, metodologia e técnicas qualitativas*. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais. 2010. p. 39-92.
60. Opdenakker R. Advantages and disadvantages of four interview Techniques in Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung- Forum Qualitative Social Research*. 2006[Acesso em: 19 de Mai de 2012]; 7(4): art.11. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/175/391>
61. Silverman D. Analyzing talk and text. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Collecting and Interpreting qualitative materials*. California: SAGE Publications Inc; 2003. p. 340-62.
62. Recuero RC. *Comunidades Virtuais no IRC: Estudo do Canal #Pelotas. Um estudo sobre a comunicação mediada por computador e a estruturação de comunidades virtuais*. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2002. 165p.
63. Mann C, Stewart F. Practicalities of using CMC. In: Mann C, Stewart F. *Internet communication and qualitative research. A handbook for researching online*. London: SAGE Publications Inc; 2000. p. 17-38.
64. Nicolaci-da-Costa AM, Romão-Dias D, Di Luccio F. Uso de Entrevistas On-Line no Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009 [Acesso em: 09 de Jun de 2012]; 22(1): 36-43. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18815253006>
65. Schutz A. *A Formação de Conceitos e Teorias nas Ciências Sociais*. In: Schutz A. *Collected Papers*. Haia: Martinus Nijhoff; Vol. I. 1962.
66. Souza ELA. O inconsciente e as condições de uma autoria. *Psicol. USP*. 1999 [Acesso em: 05 de maio de 2011]; 10(1): 225-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100011&script=sci_arttext)
67. Rocha RM. *Enfermagem Psiquiátrica – Que papel é esse?*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Baságlio/Editora Te Corá; 1994. 129p.
68. Humerez D. *Enfermagem e loucura. Visão do conceito de loucura e do ser louco no cotidiano da instituição manicomial e os reflexos na prática da Enfermagem*. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1988.181p.
69. Humerez DC. Evolução histórica do conceito de loucura e de louco. *Acta Paul. Enf*. 1990 [Acesso em: 12 de Fev de 2012]; 3(4): 129-136. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=3&numero=4&item=res3.htm>
70. Loyola CMD, Porto KF, Rocha KS. Implicações do programa nacional de avaliação do sistema hospitalar psiquiátrico para a enfermagem psiquiátrica. *Rev. Enferm. UERJ*. 2009

jan/mar [Acesso em: 13 de Mar de 2012]; 17(1):9-13. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a02.pdf>

71. Filizola CLA. O papel de enfermeiro psiquiatra. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1990. 149p.
72. Fraga MNO. A prática de enfermagem psiquiátrica. [Tese - Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1992. 219p.
73. Saeki T. Caracterização das atividades do enfermeiro na assistência ao doente mental internado nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1981. 92p.
74. Silva EBN. Estudos dos aspectos terapêuticos na assistência de enfermagem a doentes mentais internados. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1980.84p.
75. Soi EA. Reabilitação Psicossocial: um estudo de caso sobre as opiniões dos profissionais de saúde mental. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1999. 97p.
76. Gonçalves AMC. A reforma psiquiátrica e sua articulação com o processo de trabalho do enfermeiro. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2000. 128p.
77. Rossini MGC. Estudo da prática do enfermeiro em hospitais-dia psiquiátricos. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1998. 100p.
78. Toledo VP. A percepção do enfermeiro quanto a importância do seu conhecimento em enfermagem psiquiátrica no desempenho de suas atividades profissionais. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2000. 143p.
79. Bressan VR. O cuidado ao doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: Uma abordagem fenomenológica. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1998. 141p.
80. Mcsherry A. Jacques Lacan's theory of the subject as real, symbolic and imaginary: how can Lacanian theory be of help to mental health nursing practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012 [Acesso em: 14 de Dez de 2012]; 20(3): 1-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23145967>
81. Delgado PG. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil. Rio de Janeiro: Editora Te-Corá; 1992. 246p.
82. Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004 [Acesso em: 09 de Jan de 2012]; 12(5):806-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500015&script=sci_arttext)
83. Borille DC. Construção de marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico. [Dissertação]. Curitiba (PR): Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. 2008. 141p.

- 84.** Baldi VM. A atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal: análise de uma experiência de grupo. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1992. 109p.
- 85.** Goulart MCS. O enfermeiro como elemento de reabilitação do doente mental crônico hospitalar. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1982. 71p.
- 86.** Otani MAP. Acompanhamento de Enfermagem ao Paciente psiquiátrico após alta hospitalar. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1998. 87p.
- 87.** Paciência E. Contribuição ao estudo da assistência de enfermagem psiquiátrica com enfoque na prevenção primária. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1979. 109p.
- 88.** Lopes MEEF. Grupo de espera com familiares de pacientes psiquiátricos. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1992. 116p.
- 89.** Colvero LA. O significado do 'ser enfermeiro' em ambulatório de saúde mental. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1994. 117p.
- 90.** Nightingale F. Notas sobre enfermagem – O que é e o que não é. São Paulo: Editora Cortez; 1859/1989. 174p.
- 91.** Peplau HE. Interpersonal Relations in nursing. A conceptual frame of reference for Psychodynamic Nursing. New York: G.P. Putnam's Sons; 1952.
- 92.** Travelbee J. Intervencion em enfermería psiquiátrica. Colombia: Organizacion Panamericana de La Salud; 1966/1979.
- 93.** Kantorski LP, Pinho LB, Schrank G. O relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. R Enferm UERJ. 2003 [Acesso em: 02 de Mar de 2012]; 11:201-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a13.pdf>
- 94.** Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 95.** Ogata MN. Contribuições à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1992. 75p.
- 96.** Araújo MFM, Lemos ACS, Carvalho CML. O relacionamento terapêutico no cuidado dispensado a um esquizofrênico: narrativas de um diário de campo. RBPS- Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2007 [Acesso em: 02 de Abr de 2012]; 20(2):116-23. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1012/2173>
- 97.** Labate RC, Scatena MCM, Ornelas MA, Furegato AR. Processo de seleção na pós-graduação em enfermagem psiquiátrica: uma discussão. Rev Bras Enferm. 2004 set/out [Acesso em: 29 de Nov de 2012]; 57(5):625-6. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019632023>
- 98.** Rodrigues ARF. Relações interpessoais enfermeiro-paciente. [Tese - Livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1993. 187p.

**99.** Gattas MLB. O relacionamento de pessoa a pessoa- vivência da enfermeira com pacientes psiquiátricos em unidade de hospital geral. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1981. 215p.

**100.** Lemos VBS. Reflexões em torno do relacionamento enfermeiro psiquiátrico-paciente, baseado na história da pessoa. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1982. 211p.

**101.** Stacciarini JMR. Assistência ao paciente psiquiátrico- Análise da comunicação do enfermeiro. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1991. 101p.

**102.** Rocha VLF. Atendimento de Enfermagem em Saúde Mental, com enfoque preventivo, junto à família em crise. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1983. 65p.

**103.** Souza MCBM, Alencastre MB, Saeki T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. Rev. Latino-Am. Enfermagem. out 2000 [Acesso em: 03 de Mar de 2012]; 8(5): 71-80. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000500011)

**104.** Mateus LAS. A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1998. 149p.

**105.** Rodrigues RM, Schneider JF. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1999 [Acesso em: 30 de Mar de 2012]; 7(3): 33-40. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1074.pdf>

**106.** Castro RCBR, Silva MJP. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. Rev Latino-Am. Enfermagem. Jan 2001 [Acesso em: 08 de Jan de 2012]; 9(1): 80-87. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000100012&script=sci_arttext)

**107.** Araújo CPC, Assis Neto LP, Lima PC, Cartaxo ZR. Relação enfermeiro/paciente psiquiátrico: Um estudo exploratório. In: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2004, Fortaleza. Anais do 7. Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza (CE), Brasil. 2004. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/arquivosTrabalhos/relacaoenfermeiropacientepsiquiatrico.pdf>

**108.** Zerbetto SR, Rodrigues ARF. Relacionamento não diretivo do enfermeiro com paciente em processo de ressocialização. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 1997 [Acesso em: 26 de Mar de 2012]; 5(n. spe): 77-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea10.pdf>.

**109.** Siqueira Junior AC, Furegato ARF, Scatena MCM. A relação de ajuda como instrumento para o trabalho do enfermeiro psiquiátrico: relato de um caso. R. gaúcha Enferm. 2001 [Acesso em: 02 de Fev de 2012]; 22(1): 30-41. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4350>

**110.** Castro SA, Furegato ARF. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [Acesso em: 08 de Jan de 2012]; 10(4):957-65. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm>.

- 111.** Avanci RC, Furegato ARF, Scatena MCM, Pedrão LJ. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. SMAD- Revista Eletrônica de Saúde Mental, Alcool e outras drogas. 2009 [Acesso em: 03 de jan de 2012]; 5(1): 1-15. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.
- 112.** Foschiera F, Durman S. Desvelando o relacionamento de ajuda terapêutica com uma paciente em sofrimento psíquico. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2004 [Acesso em: 01 de Fev de 2012]; 06(01): 98-103,. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)
- 113.** Rodrigues VPN, Carvalho JA, Braga VA. Usando a comunicação e o relacionamento terapêutico para cuidar de pacientes esquizofrênicos. In: 61 Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009, Fortaleza (CE). Anais do 61 Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza (CE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2009.
- 114.** Costa E. Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. 2002. 200p.
- 115.** Peduzzi M. Contribuição ao estudo da atuação do enfermeiro psiquiátrico no atendimento ambulatorial multi-profissional de pacientes egressos de um hospital-dia. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1988. 145p.
- 116.** Aguiar MGG. A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1995. 155p.
- 117.** Pinheiro SMA. O cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2011. 135p.
- 118.** Kantorski LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. R Enferm UERJ. 2006 jul/set [Acesso em: 01 de Mar de 2012]; 14(3):366-71. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a06.pdf>
- 119.** Alves M, Oliveira RMP. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010 [Acesso em: 04 de Jan de 2012]; 14(1): 64-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100010&script=sci_arttext)
- 120.** Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva. 2009 [Acesso em: 02 de Abr de 2012]; 14(1):159-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a21v14n1.pdf>
- 121.** Rodrigues J. O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no estado de Santa Catarina. [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. 2010. 328p.
- 122.** Tavares CMM. Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. abr. 2002 [Acesso em: 28 de Jan de 2012]; 6(1): 107-17. Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/2002\\_vol06/2002\\_vol06n01ABRIL.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2002_vol06/2002_vol06n01ABRIL.pdf)

- 123.** Calgaro A, Souza EN. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. Rev Gaúcha Enferm. 2009 set [Acesso em: 13 de Jan de 2012];30(3):476-83. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6490>
- 124.** Breda MZ. A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção. [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2006.158p.
- 125.** Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004.
- 126.** Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA e Tonini T. Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. Cogitare Enferm. 2011 [Acesso em 24 de Mar de 2012]; 16(2):357-60. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/17093/14220>.
- 127.** Freud S. Dois verbetes de enciclopédia – (a) Psicanálise. In: Freud S. Além do princípio do prazer, Psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1922-1923/1976; p.285-307: (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 18).
- 128.** Zenoni A. Qual instituição para o sujeito psicótico? Abrecampos- Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2000a; 1(2): 12-31.
- 129.** Lacan J. Abertura da Seção Clínica – Vicennes. Revista Ornicar? São Paulo: 9: P. 7-14.1977.
- 130.** Miller JA. Coisas de fineza em psicanálise. Curso de orientação Lacaniana. 2008 (inédito). 70 p.
- 131.** Laurent E. Ato e instituição. Almanaque On-Line- Revista do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2011 [Acesso em: 10 de Out de 2012]; 5(8): 01 – 07. Disponível em: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/almanaque.htm>
- 132.** Mattos CP. A dialética entre a primeira e a segunda clínicas de Lacan. Almanaque On-Line - Revista do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. 2009 [Acesso em: 11 de Nov de 2012]; 3(5): 01-11. Disponível em: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/05/textos/CrisPittella2.pdf>.
- 133.** Quinet A. Psicose e laço social. Esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006. 237p.
- 134.** Miller JA. Saúde mental e ordem pública. Revista Curinga da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais.1999 [Acesso em: 22 de Dez de 2012]; 13. p.14-24. Disponível em: <http://ebookbrowse.com/sa%C3%BAde-mental-e-ordem-p%C3%BAblica-jacques-alain-miller-pdf-d432460195>
- 135.** Lacan J. A direção do tratamento. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1958/1998. p.591- 652.
- 136.** Alvarenga E. Psicoses freudianas e lacanianas. Opção lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. 2000; 28: p. 40-3.

- 137.** Miller JA. Efeito do retorno à psicose ordinária. Revista Opção Lacaniana on line. 2010 [Acesso em: 17 de out de 2012]; 1(3): 1-30. Disponível em: [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_3/efeito do retorno psicose ordinaria.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_3/efeito_do_retorno_psicose_ordinaria.pdf)
- 138.** Quinet A. Teoria e Clínica da Psicose. 2ed.Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2000. 238p.
- 139.** Lacan J. A ciência e verdade. In: Lacan J. Os Escritos. Jorge Zahar Editor. 1966/1998. p. 869-892.
- 140.** Lacan J. O Seminário: O Sinthoma. Livro 23. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1975-1976/2007. 249 p.
- 141.** Lacan J. Joyce, o sintoma. In: O Seminário: O Sinthoma. Livro 23. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1975/2007. p. 157-165.
- 142.** Lacet C. Da forclusão do Nome-do-Pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em Lacan. Revista Psicologia USP. 2004 [Acesso em: 10 de Nov de 2012]; 15(1/2): 243-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n1-2/a23v1512.pdf>
- 143.** Foguel ES. Seminário 1: conseqüências da distinção entre o imaginário e simbólico. Seele – Revista de Psicanálise.1998; 6(II): 1-13.
- 144.** Lacan J. A agressividade em Psicanálise. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 104 - 126.
- 145.** Lacan J. Radiofonia. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 1970. p. 01-38. Edição não comercial.
- 146.** Laia S. Prólogo. In: Laia S. Os escritos fora de si. Joyce, Lacan e a loucura. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2001. p. 11-17.
- 147.** Lacan J. O Seminário, livro 20: Mais, ainda . Trad. M. D. Magno. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1972-1973/1985
- 148.** Zenoni A. A clínica da psicose: o trabalho feito por muitos. Abrecampos- Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2000b; 1(2): 32-50.
- 149.** Viganò C. Trabalho em equipe na rede: A enfermeira e a instituição parceira. Clinicaps – impasses da Clínica. 2002 [Acesso em: 01 de Nov de 2012]; 3 (1): 1-22. Disponível em: [http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_revista\\_03\\_art\\_01.html](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_03_art_01.html)
- 150.** Zenoni A. A psicose fora do desencadeamento. Abrecampos- Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2000c; 1(2): 51-69.
- 151.** Rotelli F. A Instituição Inventada. In: Nicácio F(org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec;1990.p.89-99.
- 152.** Barros-Brisset FO. O jogo da casa vazia. Não há sujeito sem instituição! Almanaque On-Line - Revista do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. 2011 [ Acesso em 30 de out de 2012]; 8(6). Disponível em: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/almanaque8.htm>.
- 153.** Lacan J. O seminário: O avesso. Livro 17. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1969-1970/1992.

- 154.** Di Ciaccia A. La pratique à Plusieurs. In: Di Ciaccia A, Gutierrez M, Bori A. Habitar el discurso. El tratamiento en institución de los graves transtornos psicicos. Asociacion Psicoanalitica de Orientación Lacaniana. 2006 [Acesso em: 07 de out de 2012]; p. 9 - 32. Disponível em: <http://www.apol.org.mx>
- 155.** Mannoni M. A instituição estourada. In: Mannoni M. A educação impossível. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1973/1977. p. 75-106.
- 156.** Lajonquière L, Scagliola R. Conversando sobre Bonneuil. Entrevistas com Maud Mannoni, Marie-José Richer-Lérès e Lito Benvenuti. Revista Estilos da Clínica. 1998. [Acesso em: 28 de Ago de 2012]; 3(4): 20-40. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/60745/63794>.
- 157.** Mannoni M. Um lugar para se viver - entrevista. Revista Percurso do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. 1992 [Acesso em: 22 de Out de 2012]; 9(2): 58-61. Disponível em: [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p09\\_entrevista.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p09_entrevista.pdf)
- 158.** Kupfer MCM. Freud e a educação dez anos depois. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. 1999 [Acesso em: 08 de Out de 2012]; 9(16):19-26. Disponível em: <http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista16.pdf>
- 159.** Figueiredo ACC, Guerra AMC, Diogo DR. O trabalho em equipe na Atenção Psicossocial: a 'prática entre vários'. In: II Congresso Internacional e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2006, Belém (PA). Anais do II Congresso Internacional e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Belém (PA); 2006. Disponível em: [https://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii\\_congresso\\_internacional/mesas\\_redondas/ii\\_con\\_o\\_trabalho\\_em\\_equipe\\_na\\_atencao\\_psicossocial.pdf](https://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con_o_trabalho_em_equipe_na_atencao_psicossocial.pdf)
- 160.** Bastos A, Monteiro KAC, Ribeiro MMC. O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição. Revista Estilos da Clínica. 2010 [Acesso em: 22 de out de 2012]; 10(19): p.182-93. Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-71282005000200011&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-71282005000200011&script=sci_arttext)
- 161.** Abreu DN. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2008 [Acesso em: 12 de mar de 2012]; 8(1): 74-82. 2008. Disponível em: [www.revispsi.uerj.br/v8n1/artigos/pdf/v8n1a08.pdf](http://www.revispsi.uerj.br/v8n1/artigos/pdf/v8n1a08.pdf)
- 162.** Stevens A. Instituição: prática do ato. In: Miller JA, Miller J. Pertinências da psicanálise aplicada. Coleção do Campo Freudiano. Paris : Seuil; 2003. p. 90-9.
- 163.** Almeida RCA. Loucos pela escola. O discurso do analista e a invenção de uma escola em movimento. [Dissertação]. Juiz de Fora (MG): Faculdade de Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora. 2009. 139p
- 164.** Kirschbaum DIR, Paula FKC. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. Rev. Esc Enferm USP. 2002. [Acesso em: 18 de Mar de 2012]; 36(2): 170-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200010).
- 165.** Munhall PL. Epistemology in Nursing. In: Nursing Research: a qualitative perspective. 5ed. Flórida: Jones & Bartlett Learning; 2012b. p. 69-94.
- 166.** Elia LF. Responsabilidade do Sujeito e Responsabilidade do Cuidado no Campo da Saúde Mental. Academus: Revista Científica da Saúde; III (4): 2004.

- 167.** Crowe M. The place of the unconscious in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2004 [Acesso em: 05 de Jan de 2013]; 13: 2–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009373>
- 168.** Evans AM. Transference in the nurse–patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007 [Acesso em: 28 de Dez de 2012]; 14: 189–95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17352782>
- 169.** Jones AC. Transference, counter-transference and repetition: some implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2005 [Acesso em: 12 de Out de 2011]; 14(10): 1177–84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16238763>.
- 170.** Silveira LC. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: uma proposta teórico-metodológica. Fortaleza. 2012.
- 171.** Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1978 [Acesso em: 13 de Abr 2012]; 1(1): p.13-24. Disponível em: [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1978/10000/Fundamental\\_Patterns\\_of\\_Knowing\\_in\\_Nursing.4.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing.4.aspx)
- 172.** Munhall PL. Unknowing: toward another pattern of knowing in Nursing. In: Kelley ML and Fitzsimons VM. *Understanding cultural diversity. Culture, curriculum and community in nursing*. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 1993/2000. p.99- 109.<sup>76</sup>
- 173.** Kuhn T. El camino hacia la ciência normal. In: Kuhn T. *La estrutura de las revoluciones científicas*. Ed. Fondo de Cultura Economica: Argentina. 1962/2004a. p.33-50.
- 174.** Kuhn T. La ciência normal como resolucion de enigmas. In: Kuhn T. *La estrutura de las revoluciones científicas*. Ed. Fondo de Cultura Economica: Argentina. 1962/2004b. p. 68-79.
- 175.** Silva MC; Sorrell JM, Sorrell CD. From Carper’s patterns of knowing to way of being: an ontological philosophical shift in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1995 [Acesso em: 02 de Out de 2012]; 18(1): 1-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7486888>
- 176.** Meleis AI. Our synthax: An Epistemological Analysis. In: Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and progress*. 5ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott and Williams & Wilkins; 1985/2012. p.136-58.
- 177.** Purnell MJ. Phenix Arising: synoptic knowing for a synoptic practice of Nursing. In: Locsin RC and Purnell MJ (ed.). *A contemporary nursing process: the (un)bearable weight of knowing in nursing*. New York: Spring Publishing Company (LLC); 2009. p. 3-15.
- 178.** Tapajos R. Objetivos Educacionais na Pedagogia das Humanidades Médicas: Taxonomias Alternativas (Campos de Significado e Competências). *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008 [Acesso em: 23 de set de 2012]; 32 (4): 500–6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400013)
- 179.** Watkins D, Kritsonis WA. Developing a Curriculum for At-Risk and Low Performing High School Students: Teaching Shakespeare to At-Risk Students Utilizing Ways of Knowing Through

---

<sup>76</sup> Este capítulo é a reprodução do artigo original da autora publicado em: *Nursing Outlook*; 41: 125-128. 1993.

the Realms of Meaning. National Journal For Publishing And Mentoring Doctoral Student Research. 2006 [Acesso em: 17 de Out de 2012]; 3(1): 1-18. Disponível em: [http://www.lindenwood.edu/education/andragogy/andragogy/2011/Kritsonis\\_2007.pdf](http://www.lindenwood.edu/education/andragogy/andragogy/2011/Kritsonis_2007.pdf)

**180.** Ostermann F. A epistemologia de Kuhn. Caderno Catarinense de Ensino de Física. 1996 [Acesso em: 22 de Set de 2012]; 13(3): 184-96. Disponível em: <http://www.fsc.ufsc.br/cbef/port/13-3/artpdf/a1>.

**181.** Pierson W. Considering the nature of the intersubjectivity with professional nursing. Journal of Advanced of nursing. 1999 [Acesso em: 26 de Set de 2012]; 30(2): 294-302. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10457230>

**182.** Jacobs-Kramer M, Chinn P. Perspectives on knowing: A model of nursing knowledge. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal. 1988 [Acesso em: 18 de Nov de 2012]; 2(2): 129-39. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3238213>

**183.** Rubarth LB. Nursing patterns of knowing in assessment of newborn sepsis. [Thesis]. Arizona: College of Nursing of The University of Arizona. 2005. 199p.

**184.** Haggerty CEA. Critical case study: supporting the new graduate nurse entering specialist psychiatric mental health nursing practice. [Thesis]. New Zealand: Victoria University of Wellington of University of New Zealand. 2000. 180p.

**185.** Johnson JL. A dialectical examination of nursing art. Advanced Nursing Science. 1994 [Acesso em: 10 de Out de 2012]; 17(1): 1-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7979261>

**186.** Wittgenstein L. Prefácio. In: Wittgenstein L. Tractatus Logico-Philosophicus. 3.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1921/1968. p. 53- 129.

**187.** Mendes R, Fleig M. Da ética do indizível ao dizível: um discurso possível. Revista Controvérsia. 2008; 4(1): 25-34.

**188.** Lacan J. O Seminário VII. A ética da psicanálise. 1959-1960/ 1988. 396p

**189.** Finfgeld-Connect D. Concept synthesis of the art of nursing. Journal of Advanced Nursing. 2008 [Acesso em: 23 de Nov de 2012]; 62(3): 381–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18426463>

**190.** Austgard K. The aesthetic experience of nursing. Nursing Philosophy. 2006 [Acesso em: 27 de Mar de 2012]; 7: 11-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16412198>

**191.** Wainwright P. The art of nursing. International Journal of Nursing Studies. 1999 [Acesso em: 16 de Dez de 2012]; 36(5): 379-85. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10519682>

**192.** Mitchell GJ, Cody WK. Ambiguous opportunity: toiling for truth of nursing art and science. Nursing Science Quarterly. 2002 [Acesso em: 14 de Out de 2012]; 15(1): 71-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11873477>.

**193.** Porter S. Fundamental patterns of knowing in nursing – the challenge of Evidence-based Practice. Advances in Nursing Science. 2010 [Acesso em: 21 de Set de 2012]; 33(1): 3–14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19996934>.

**194.** Heath H. Reflection and patterns of knowing in nursing. Journal of Advanced Nursing. 1998 [Acesso em: 26 de Nov de 2012]; 27(5): 1054-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1998.00593.x>.

- 195.** Johns C. Framing learning through reflection with Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced of Nursing*. 1995 [Acesso em: 13 de nov de 2012]; 22(2): 226-34. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593941>.
- 196.** Bonis SA. Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008 [Acesso em: 03 de Abr de 2012]; 65(6): 1328-41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19291190>.
- 197.** Leenerts MH. Teaching Personal Knowledge as a Way of Knowing Self in Therapeutic Relationship. *Nurs Outlook*. 2003. [Acesso em: 19 de Set de 2012]; 51:158-64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12949475>.
- 198.** Rogers CR, Kinget M. Definições teóricas. In: Rogers CR, Kinget M. *Psicoterapia e relações humanas*. Belo Horizonte: Interlivros, 1977. P.157-180.
- 199.** Ponte CRS. Sobre os conceitos de indivíduo em Sören Kierkegaard e o de Pessoa em Carl Rogers: semelhanças e diferenças. [Dissertação]. Fortaleza (CE): Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará. 2010. 119p.
- 200.** Assoun P-L. *Introdução a epistemologia freudiana*. Rio de Janeiro: Imago editora Ltda, 1983. 245p.
- 201.** Munhall PL. Out of the Box. Editorial. *Journal of Nursing Scholarship*. 1997 [Acesso em: 16 de Nov de 2012]; 29(3): 203-5. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1997.tb00938.x>.
- 202.** Munhall PL. A Phenomenological method. In: *Nursing Research: a qualitative perspective*. 5ed. Flórida: Jones & Bartlett Learning; 2012b. p. 113-75.
- 203.** Heidegger M. A dupla tarefa na elaboração da questão do ser – O método e o sumário da investigação. In: Heidegger M. *Ser e tempo*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1927/2009. p. 52-80.
- 204.** Maisonnave PR, Pinto SRR. Em busca da *epoché*: um pesquisa qualitativa como subsídio a redução fenomenológica. *Revista de Administração e Inovação – RAI*. 2007 [Acesso em 02 de Jun de 2012]; 4(3); 86-101. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/index.php/facesp/article/download/176/173>.
- 205.** Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 1997 [Acesso em: 03 de Jun de 2012]; 1(1); 109-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/08.pdf>
- 206.** Reppen J. Theodor Reik. In: *International Dictionary of Psychoanalysis*. 2005 [Acesso em: 21 de Jan de 2013]; Disponível em: <http://www.enotes.com/theodor-reik-reference/theodor-reik>.
- 207.** Lothane Z. Reciprocal free association – Listening with the third ear as an instrument in Psychoanalysis. *Journal Of Psychoanalytic Psychology*. 2006 [Acesso em: 13 de Mai de 2011]; .23(4): 711-27. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/pap/23/4/711/>
- 208.** Akhtar S. Lay Analysis (entry). In: Akhtar S. *Comprehensive dictionary of Psychoanalysis*. Great Britain: Karnac Books Ltd. 2009.
- 209.** Vermote R. On the value of 'late Bion' to analytic theory and practice. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2011 [Acesso em: 92(5): 1089-98. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-8315.2011.00500.x>.

- 210.** Lacan J. Variantes do tratamento- padrão. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1955/1981. p. 325-64.
- 211.** Newman MA. The pattern that connects. *Advanced Nursing Science*. 2002 [Acesso em: 29 de out de 2012]; 24(3): 1-7. Disponível em: [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2002/03000/The\\_Pattern\\_That\\_Connects.3.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2002/03000/The_Pattern_That_Connects.3.aspx).
- 212.** Mantzourou M, Mastrogiannis D. The value and significance of knowing the patient for professional practice, according to the Carper's Patterns of Knowing. *Health Science Journal*. 2011 [Acesso em: 01 de Nov de 2012]; 5(4): 251-61. Disponível em: [http://www.researchgate.net/publication/233959971\\_The\\_Value\\_and\\_Significance\\_of\\_Knowing\\_the\\_Patient\\_for\\_Professional\\_Practice\\_according\\_to\\_Carper's\\_Patterns\\_of\\_Knowing/file/79e4150d58310320dc.pdf](http://www.researchgate.net/publication/233959971_The_Value_and_Significance_of_Knowing_the_Patient_for_Professional_Practice_according_to_Carper's_Patterns_of_Knowing/file/79e4150d58310320dc.pdf).
- 213.** Bailey S. Nursing knowledge in integrated care. *Nursing Standard*. 2004 [Acesso em: 23 de Mar de 2012]; 18(44):p. 38-41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15317253>
- 214.** Holtslander LF. Ways of knowing hope: Carper's fundamental patterns as a guide for hope research with bereaved palliative caregivers. *Nursing Outlook*. 2008 [Acesso em: 21 de Nov de 2012]; 56(1): 25-30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18237621>
- 215.** Blondal K and Halldorsdottir S. When theoretical knowledge is not enough: introduction of an Explanatory Model on Nurse's pain manager. *Pain management*. 2012. [Acesso em: 19 de Mar de 2012]; 18: 519-42. Disponível em: <http://www.intechopen.com/books/painmanagement-current-issues-and-opinions/when-theoretical-knowledge-is-not-enough-introduction-of-anexplanatory-model-on-nurse-s-pain-manage>.
- 216.** Checchia MA. Considerações iniciais sobre lógica e teoria lacaniana. *Revista Psicologia USP*. 2004 [Acesso em: 21 de Out de 2012]; 15(1/2): 321-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642004000100028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100028)
- 217.** Iannini G. Não há formalização sem restos: Frege com Lacan. *Revista Estudos Lacanianos*. 2009 [Acesso em: 28 de out de 2012]; 2(3): 99-110. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rel/v2n3/v2n3a09.pdf>.
- 218.** Iannini G. Nem PHYSIS, nem PSYCHÈ: o papel da estrutura no reordenamento epistêmico da psicanálise. *Revista Philosophos*. 2008 [Acesso em: 26 de out de 2012]; 13(2): 43-60. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/philosophos/article/view/4004#.UenfRKxc8xA>
- 219.** Pascal B. Artigo I – Pensamentos sobre o espírito e sobre o estilo. In: Pascal B. *Pensamentos*. 4ed. Col. Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural. 1670/1988. p. 37-47.
- 220.** Loyola C. Notas sobre o cuidar em Enfermagem Psiquiátrica. In: Cavalcanti MT, Figueiredo AC e Leibing A (org.). *Por uma psiquiatria inquieta*. Coleções IPUB. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa; 2008. p. 64-70.
- 221.** Silvestre M. Abertura. In: Silvestre M. *Amanhã, a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1987/1991. P.116-34.

- 222.** Miller JA. A invenção psicótica. Revista Opção Lacaniana. 2003b [Acesso em: 28 de Nov de 2013]; 36: 6-16. Disponível em: [http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/16\\_ish/04-referencias/textos/textos%20psicanalise/invencao](http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/16_ish/04-referencias/textos/textos%20psicanalise/invencao)
- 223.** Lacan J. O Aturdido. In: Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1973/2003. p.448-500.
- 224.** Pencak S. Caso clínico: particularidades do gozo na psicose. Rev. Letra Freudiana. 1993 [Acesso em 13 de setembro de 2012]; XI: (10,11,12). 281-5.
- 225.** Lacan J. Função e Campo da Fala e da linguagem. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1953/1998. p.238-324.
- 226.** Januário LM e Tafuri MI. A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. Ágora; 15(2): 2011. p. 259-274.
- 227.** Klautau P e Souza O. Diálogos entre Winnicott e Lacan: do conceito de objeto ao manejo clínico da experiência de sofrimento. Estados Gerais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Anais do Segundo Encontro Mundial de Psicanálise. 2003. p. 1-10.
- 228.** Naffah Neto A. O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. Jornal de Psicanálise. 2008; 41(75): 107-121.
- 229.** Guerra AMC. A escrita na psicose e seus efeitos no encontro com um psicanalista na atenção psicossocial. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2009 [Acesso em: 11 de Nov de 2012]; 61(1): 01-11. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/335>.
- 230.** Freud S. A sutileza de um ato falho. In: Freud S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1935/1976. p.285-287: (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, vol. 22).
- 231.** Guerra AMC. A estabilizacao psicotica na perspectiva Borromeana: criação e suplência. [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal de Rio de Janeiro. 2007. 272p.
- 232.** Viganò C. 25 anos depois, ainda. Revista Mental. 2004 [Acesso em: 30 de Out de 2012]; 2( 2): 11-25. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/420/42000202.pdf> .
- 233.** Miller JA. Não há clínica sem ética. In: Miller JA. Matemas I. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1996. p.107-115.
- 234.** Freud S. O projeto para uma psicologia científica. In: Freud S. Publicações prepsicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago; 1895/1990. p.387-574: (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, I, 1886-1899/1990).
- 235.** Freud S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Freud S. O ego e o Id; Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1923-1924/ 1976. p. 229-234. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, XIX, 1923-1925/1976).
- 236.** Freud S. O mal-estar na civilização. In: Freud S. O futuro de uma ilusão; O mal-estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1929-30/1974. p. 75 -173. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, XXI, 1927/1931).
- 237.** Andrade Junior M. Ética da psicanálise e desejo do analista: Bases conceituais do desejo do analista na ética do seminário VII de Lacan. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG):

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. 2008. 150p.

**238.** Voltolini R. A relação professor-aluno não existe: corpo, imagem, presença e distância. *Revista Educação Temática Digital*. 2007 [Acesso em: 01 de jul de 2012]; 8(esp): 119-39. Disponível em: <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/etd/article/view/1729>

**239.** Mereness D y Karnosh LJ. Papeles terapéuticos de la enfermería psiquiátrica. In: Mereness D y Karnosh LJ. *Elementos de enfermería psiquiátrica*. México: La prensa Medica Mexicana. 1964. p. 8- 21.

**240.** Kamers M. Do universal da maternagem ao singular da função materna: reflexões acerca da educação primordial. *Revista de Psicanálise - Pulsional*: XVII(180); 2004. p. 38-45

**241.** Freud S. Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: Freud S. *Um caso de histeria, Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1905/1989. p.16-115: (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 07).

**242.** Guerra AMC. *A psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda. 2010. 87p.

**243.** Viganò C. Da instituição ao discurso. *Mental* [online]. 2006 [Acesso em: 26 de Out de 2012]; 4(6): 33-40. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100004&script=sci_arttext)

**244.** Miller JA. O rouxinol de Lacan. *Revista Carta de São Paulo (Escola Brasileira de Psicanálise São Paulo)*. 2003a [Acesso em: 01 de Dez de 2012]; 10(5): 18-32. Disponível em: [http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el\\_ruisenor.pdf](http://ea.eol.org.ar/03/pt/textos/txt/pdf/el_ruisenor.pdf).

**245.** Brownlow C, O'Dell L. Ethical issues for Qualitative Research online communities. *Disability and Society*. 2002 [Acesso em: 08 de Jun de 2012]; 17(6): 685-94. Disponível em: <http://oro.open.ac.uk/16326/2/75B8EB19.pdf>

**246.** Oeiras JYY, Rocha HV. Uma modalidade de comunicação mediada por computador e suas várias interFACES. In: *Workshop sobre Fatores Humanos em Sistemas Computacionais, 2000, Gramado (RS). Anais do Workshop sobre Fatores Humanos em Sistemas Computacionais*. Porto Alegre: Instituto de Informática da UFRGS, 2000, p. 151-60.

**247.** Bampton R, Cowton CJ. The E-interview. *Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*. 2002 [Acesso em 08 de mai de 2012]; 3(8). Disponível em: [http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-02/2-02\\_bamptoncowton-e.htm](http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-02/2-02_bamptoncowton-e.htm)

**248.** Gazeta SMM. A interação na internet: a influência das novas tecnologias de comunicação na constituição de novos gêneros discursivos. [Dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas. 2000. p.213.

**249.** Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*. 2001; 25(58): p. 35-47.

**250.** Bertolote JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-8.

**251.** Sarraceno B . Reabilitação psicossocial: uma prática à espera da teoria. In: Pitta AMF (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 150- 154.

Questões para as entrevistas.

Participante:

Data:

1. Fale-me um pouco sobre seu percurso profissional na enfermagem e quando e como a psicanálise surge nesse percurso.
2. Conte-me sobre o cuidado de enfermagem ao psicótico que você vem desenvolvendo aqui no serviço, exemplificando ou a partir de fragmentos desse cotidiano.
3. Muito do cuidado de enfermagem em saúde mental é realizado pelos profissionais de nível médio e legalmente a responsabilidade de orientá-los é do enfermeiro. Conte-me como esse cuidado que você relatou anteriormente é transmitido a eles.



**Universidade Estadual de Campinas**

**Faculdade de Ciências Médicas**

**Departamento de Enfermagem**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto:** Cuidado de enfermagem na psicose: concepções e princípios que norteiam a prática de enfermeiros brasileiros na construção de uma clínica do sujeito. (Título Provisório)”

**Pesquisador Responsável:** Teresa Cristina da Silva Kurimoto

**Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:** DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UNICAMP (doutoranda).

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Isane Ratner Kirschbaum Nitkin.

**Telefones para contato:** (31) 99788413\_ (31) 3463-7931

**Endereço eletrônico:** [teresac@fcm.unicamp.br](mailto:teresac@fcm.unicamp.br) / [teresac@ufmg.br](mailto:teresac@ufmg.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (CEP/FCM):** Telefones para contato: (19) 3521-8936 Fax: (19) 3521-7187

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho em enfermagem: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de trabalho na Saúde Mental: \_\_\_\_\_ anos

Telefones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

Endereço eletrônico: \_\_\_\_\_.

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Cuidado de enfermagem na psicose: concepções e princípios que norteiam a prática de enfermeiros brasileiros na construção de uma clínica do sujeito. (Título Provisório)” de responsabilidade do pesquisador Teresa Cristina da Silva Kurimoto.

Trata-se de uma pesquisa cujo objetivo é: Identificar e analisar possíveis interlocuções que os enfermeiros que embasam sua prática de cuidado ao psicótico na teoria psicanalítica vêm construindo em seu cotidiano de trabalho.

Para tanto o convido a compartilhar comigo fragmentos narrativos de seu cotidiano de trabalho na qualidade de enfermeiro envolvido no cuidado de enfermagem ao portador de transtorno mental, especificamente, a psicóticos.

Sua participação se dará a partir de uma entrevista. Toda a entrevista será registrada em áudio e vídeo. O seu anonimato será resguardado, sendo que, após nossa entrevista todo o teor do que discutimos será transcrito e passará a ser identificado(a) com um número. O

material registrado em vídeo somente será visto e analisado por mim (pesquisador responsável) e minha orientadora (se necessário), não sendo exibido a mais ninguém. Ao término desta pesquisa o material transcrito será armazenado em um banco de dados no qual o anonimato será mantido sendo garantida a confidencialidade e preservada sua identidade. Nesse sentido, não há riscos previsíveis. Você poderá a qualquer momento fazer contato comigo ou com o Comitê de Ética(CEP/FCM) em caso de possíveis dúvidas nos telefones e endereços informados acima. Sua participação é totalmente voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo.

Os benefícios desta pesquisa situam-se na ordem de benefícios indiretos por contribuir para o esclarecimento acerca das condições de possibilidade da relação intersubjetiva na enfermagem, na qual a escuta, a fala e o campo de discurso sejam considerados no cuidado de enfermagem. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados em periódicos acadêmicos.

Seu consentimento em relação a todos os itens acima descritos se dará por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra será por mim arquivada.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Teresa Cristina da Silva Kurimoto

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 16/06/10  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** N° 391/2010 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0297.0.146.000-10

**I - IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “RELAÇÃO INTERSUBJETIVA: UM RECORTE A PARTIR DA ESCUTA. O QUE PODE O ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO? (TÍTULO PROVISÓRIO)”.**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Teresa Cristina da Silva  
**INSTITUIÇÃO:** Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP  
**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 10/05/2010

**APRESENTAR RELATÓRIO EM: 16/06/11** (O formulário encontra-se no *site* acima)

**II - OBJETIVOS**

Analisar como o enfermeiro incorpora ou pode incorporar em sua prática a escuta, elemento do cuidado, que considere o inconsciente tal como proposto por Freud e a partir da relação subjetiva.

**III - SUMÁRIO**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico cujo referencial teórico-metodológico é a psicanálise. Os dados serão obtidos em duas fases: a primeira será uma busca de modalidades, formas ou contextos nos quais a escuta aparece na teoria psicanalítica, diferenciando as propostas de Freud e Lacan em seu primeiro ensino; a segunda fase se dará com a identificação dos enfermeiros brasileiros que publicam sobre psicanálise e enfermagem, contato individual com esses profissionais e com aqueles que concordarem em participar da pesquisa uma entrevista semi-estruturada que abordará a questão da escuta.

**IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**V - PARECER DO CEP**

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



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

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

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

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

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

## VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de maio de 2010.

  
**Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## Esquema dos procedimentos adotados para Análise das Narrativas

