

"O QUE NÃO TEM REMÉDIO NEM NUNCA TERÁ": UM ESTUDO A PARTIR DO USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICO EM MULHER

"WHAT HAS NO REMEDY AND WILL NEVER HAVE": A STUDY ON THE ABUSIVE USE OF BENZODIAZEPINE BY WOMEN

"LO QUE NO TIENE REMEDIO NI NUNCA TENDRÁ": UN ESTUDIO A PARTIR DEL USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPINAS EN MUJERES

Isabella Costa Martins ¹
Lia Carneiro Silveria ²
Camila de Araújo Carrilho ³
Alcivan Nunes Vieira ⁴

¹ Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará – UECE, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza, CE – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. UECE, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza, CE – Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Professora. Centro Universitário da Católica de Quixadá – UNICATÓLICA. Quixadá, CE – Brasil.

⁴ Enfermeiro. Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Professor Titular. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Curso de Enfermagem. Mossoró, RN – Brasil.

Autor Correspondente: Isabella Costa Martins. E-mail: isabellacostamartins85@gmail.com
Submetido em: 28/11/2016 Aprovado em: 20/06/2017

RESUMO

Objetivo: analisar, a partir da singularidade feminina, o abuso de drogas benzodiazepínicas e o papel do enfermeiro na assistência do sofrimento psíquico. **Método:** estudo de caso referenciado pela pesquisa com psicanálise. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas, seguidas da construção do ensaio metapsicológico. **Resultados:** o uso abusivo de benzodiazepínicos emerge como um fenômeno naturalizado no âmbito dos serviços de saúde, sendo, inclusive, considerado necessário para a mulher contemporânea. O sofrimento psíquico relaciona-se aos conflitos pessoais e familiares, mas sua abordagem encontra-se estruturada em torno do uso do medicamento, desconsiderando a singularidade feminina e as condições em que ele é produzido. Assim, o fármaco não age apenas quimicamente, mas que ele porta efeitos simbólicos e imaginários. O enfermeiro que lida com a administração e controle das prescrições pode ter nesses momentos uma oportunidade de escutar a usuária acerca do lugar que esse medicamento ocupa na sua vida. **Conclusão:** o tratamento farmacológico não pode ser abordado apenas em sua dimensão química, pois carrega para os sujeitos também uma dimensão simbólica. Esses aspectos podem ser contemplados na clínica de enfermagem, onde o encontro entre o enfermeiro e o paciente torna-se um momento possível para estabelecer uma escuta singularizada. Mas, para que a mulher possa elaborar um saber sobre o que lhe acontece, é necessário que o enfermeiro exima-se do lugar de quem detém o saber e possa se colocar no lugar de quem acompanha o outro na sua própria construção simbólica.

Palavras-chave: Abuso de Substâncias; Psicanálise; Cuidados de Enfermagem; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to analyze, based on feminine singularity, the abuse of benzodiazepine drugs and the role of the nurse in the assistance of the psychic suffering. **Method:** case study referenced by research with psychoanalysis. Data were produced through interviews, followed by the construction of a metapsychological essay. **Results:** abusive use of benzodiazepines emerges as a naturalized phenomenon within health services and is, by the way, considered necessary for contemporary women. Psychological distress is related to personal and family conflicts, but its approach is structured around the use of the medication, disregarding the feminine singularity and the conditions in which it is produced. Thus, the drug does not only act chemically, but has symbolic and imaginary effects. Nurses dealing with the administration and control of prescriptions may at these times have an opportunity to listen to users about the place that this medicine occupies in their life. **Conclusion:** pharmacological treatment cannot be approached only in its chemical dimension, since it also carries a symbolic dimension for the subjects. These aspects can be contemplated in the nursing clinic, where the encounter between the nurse and the patient becomes a possible moment to establish a singularized listening. However, in order for the women to gain knowledge on what happens to them, it is necessary that the nurse get rid of the role of the person who holds the knowledge and be able to put himself/herself in the place of the person accompanying the other in his/her own symbolic construction.

Keywords: Abuse of Substances; Psychoanalysis; Nursing Care; Women's Health.

Como citar este artigo:

Martins IC, Silveria LC, Carrilho CA, Vieira AN. "O que não tem remédio nem nunca terá": um estudo a partir do uso abusivo de benzodiazepínico em mulher. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ _];21:e-1015. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170025

RESUMEN

Objetivo: analizar, a partir de la singularidad femenina, el abuso de benzodiazepinas y el rol del enfermero en el sufrimiento psíquico de las usuarias. **Método:** estudio de caso en base a una investigación con psicoanálisis. Los datos fueron producidos por medio de entrevistas, seguidas de la construcción del ensayo metapsicológico. **Resultados:** el uso abusivo de benzodiazepinas surge como un fenómeno natural en el ámbito de los servicios de salud, siendo considerado necesario para la mujer contemporánea. El sufrimiento psíquico está vinculado con conflictos personales y familiares, pero se enfoca sobre todo en el uso del medicamento, desconsiderando la singularidad femenina y las condiciones en que se produce. El fármaco no sólo actúa químicamente, sino que también tiene efectos simbólicos e imaginarios. El enfermero que maneja y controla las recetas médicas puede aprovechar la oportunidad para escuchar a la usuaria sobre el lugar que dicho medicamento ocupa en su vida. **Conclusión:** el tratamiento farmacológico no puede ser enfocado sólo en su dimensión química, porque también tiene una dimensión simbólica. Estos aspectos pueden ser contemplados en la clínica de enfermería, donde el encuentro entre el enfermero y el paciente se convierte en el momento propicio para la escucha individual. Para que la mujer consiga elaborar lo que le sucede, el enfermero debe ponerse en el lugar de quien acompaña al otro en su propia construcción simbólica, dejando de lado el lugar del que tiene el conocimiento.

Palabras clave: Abuso de Sustancias; Psicoanálisis; Atención de Enfermería; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

Este estudo emergiu da experiência de uma das autoras que, ao longo de cinco anos, desenvolveu o atendimento clínico de alto número de usuárias de benzodiazepínicos. Esse atendimento abrangia aquelas que usavam o medicamento há vários anos, bem como as que o buscavam em decorrência de situações de cunho existencial, como o luto e as separações conjugais. Destaca-se uma heterogeneidade de casos que culminaram com uma demanda específica pela prescrição de benzodiazepínicos.

A situação que encontramos na clínica é condizente com o que se apresenta na literatura específica sobre o tema. Diversos estudos nacionais e internacionais têm alertado para a emergência do uso abusivo de drogas benzodiazepínicas como um problema de saúde pública em escala global. Esse fenômeno pode ser constatado tanto no tempo de uso individual, quanto no quantitativo de pessoas que atualmente usam de forma indevida pelo menos uma droga desse grupo farmacêutico.^{1,2}

A rigor, os benzodiazepínicos não deveriam ser utilizados por períodos superiores a quatro meses, pois, a partir desse período, há redução do seu efeito ansiolítico e da sua capacidade de atuar como indutor do sono, de forma que os efeitos colaterais começam a surgir, entre eles a tolerância, a dependência e a abstinência. Configura-se, portanto, o abuso que pode, inclusive, ser considerado como uma modalidade de dependência química.³

Além do uso prolongado, o abuso de benzodiazepínicos configura-se ainda por uma procura imperiosa e prescrição pouco rigorosa, que acaba medicalizando a existência e qualquer forma de sofrimento humano, tais como os conflitos pessoais e os do trabalho, entre outros.^{1,4} Observou-se, ainda, que por parte dos profissionais há uma tentativa de padronizar e universalizar o tratamento em detrimento da singularidade que a demanda assume para cada pessoa.^{4,5}

Outra especificidade do quadro epidemiológico é a prevalência entre mulheres, que chega a ser duas a três vezes maior do que em homens.^{1,4} No Brasil, pesquisas demonstram que esses índices são ainda mais altos em mulheres divorciadas ou viúvas, de baixa renda e, em média, de 60 a 69 anos de idade.^{4,5}

Autores destacam a concepção de gênero para explicar a prevalência do abuso de benzodiazepínicos entre mulheres, com base nas questões da dinâmica social e das relações de poder, na qual existe um controle de um gênero sobre o outro ou de um grupo social sobre outro.^{1,4,5}

Entretanto, além das particularidades de gênero, torna-se importante discutir também como essas questões se apresentam na singularidade de cada caso, a partir da dimensão subjetiva que esse fenômeno envolve.

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

A enfermagem, nesse contexto, desenvolveu historicamente uma prática também marcada pelo mesmo modelo disciplinador de sujeitos e de comunidades, em que suas técnicas se subordinaram ao processo de tratamento medicamentoso e biologicista. Diante da evolução histórica da assistência de enfermagem nos dispositivos de saúde, aconteceram mudanças nos cuidados dispensados aos pacientes em sofrimento psíquico, principalmente depois da implantação das práticas realizadas nos serviços de atenção psicossocial. Tais mudanças ocasionaram um dos maiores benefícios para o tratamento em saúde mental ao contribuir, significativamente, para o surgimento de outras modalidades terapêuticas no Brasil.²

Nesse processo, apareceram ainda outros campos de saber para fundamentar a prática de enfermagem. No entanto, esses modelos surgiram com características diversificadas e heterogêneas, mas raramente voltados para o sujeito singular em relação ao seu desejo. Outros referenciais também foram incorporados, de forma que também se pode identificar uma modificação no seu papel de vigília na atuação clínica, para uma prática capaz de participar diretamente da atenção aos pacientes em sofrimento psíquico.⁶

Pensando na realidade da análise do fenômeno do uso abusivo de benzodiazepínico entre mulheres e na garantia da compreensão do sujeito em sua singularidade, seguiu-se sob outra perspectiva de abordagem. Uma vez que, além de considerar o sujeito como ser singular, o discurso psicanalítico é marcado pela introdução do sujeito no campo da linguagem e pela lógica do inconsciente. Para Freud, o inconsciente é uma hipótese necessária e legítima, quando se trata de abordar a vida psíquica, já que esta não se explica completamente por sua dimensão consciente.⁷

O inconsciente, no entanto, não é um mero baú onde se escondem algumas memórias esquecidas. A descoberta freudiana do inconsciente, na verdade, produziu um entendimento de que ele tem certas leis de funcionamento e comporta um desejo sobre o qual nem sempre o sujeito conhece ou quer saber.⁸

A psicanálise nasce como uma prática clínica, no final do século XIX, a partir dos primeiros estudos do então neurologista Sigmund Freud (entre 1856-1939), que lhe permitiram desvendar a lógica do inconsciente. Para além de sua faceta clínica, a psicanálise⁹ é ao mesmo tempo teoria, técnica e método de investigação.

Outro psicanalista francês, chamado Jacques Lacan (1901-1981), abordou a psicanálise freudiana pelo viés da linguística moderna e afirmou que o inconsciente tem a estrutura de uma linguagem. Sendo assim, é pela fala que ele pode ser acessado. No entanto, é importante compreender que a linguagem não é apenas um meio de comunicação. Ela é, na verdade, aquilo que nos permite ter acesso ao mundo, um mundo todo particular, que vai adquirir suas cores a partir do enquadramento simbólico de cada sujeito. Para abordar o mundo, é preciso nomeá-lo e isso se faz recorrendo ao significante. Os significantes são os elementos que constituem a linguagem e que se distinguem por sua diferença uns dos outros: dia-noite, claro-escuro, homem-mulher.

Além disso, segundo Lacan¹⁰, um significante, portanto, é aquilo que representa o sujeito para outro significante. O significante-mulher representa um sujeito para o significante-homem. Aqui, então, o que nos interessa não é o significado da palavra emitida, mas o que ela remete ao sujeito. Assim, o "significante vai consistir na estrutura sincrônica do material da linguagem, ao passo que o significado o rege historicamente"¹¹.

Utilizando a estrutura da linguagem e, a partir da lógica do significante, Lacan mostra como o discurso se forma em duas linhas: no eixo das operações metafóricas (comparação) e no eixo das operações metonímicas (redução). A metáfora e a metonímia levam à ideia fundamental de Lacan da supremacia do significante e às suas consequências em relação às formações do inconsciente.¹²

Trazer a dimensão do inconsciente para a pesquisa significa, em sentido amplo, desenvolver um conjunto de atividades voltadas para a produção do conhecimento e que vão estabelecer com a psicanálise distintas relações.¹³

Todos os elementos que participam da vida psíquica do sujeito, incluindo aí o abuso de benzodiazepínicos, estão no campo da linguagem que os situa na relação do sujeito com seu desejo inconsciente. Partindo dessa contextualização, emergem os seguintes questionamentos: como é possível pensar a questão do abuso de benzodiazepínicos a partir da dimensão da singularidade? Como considerar nesse fenômeno massivo a especificidade de cada sujeito em sua relação com o desejo inconsciente?

Portanto, realizar uma pesquisa como referencial da psicanálise implica buscar ferramentas que façam aparecer esse sujeito do inconsciente que, apesar de não estar presente desde sempre, pode ser alcançado por meio da fala, especialmente no que esta permite acessar as chamadas formações do inconsciente: chistes, lapsos, sonhos e formações sintomáticas.

Assim, este estudo tem o objetivo de analisar, a partir da singularidade feminina, o abuso de drogas benzodiazepínicas de uma mulher e o papel do enfermeiro na assistência ao sofrimento psíquico singular. Fundamenta-se na interlocução entre a psicanálise e a enfermagem para se produzir outras possibilidades para o cuidado da mulher em uso abusivo de benzodiazepínicos.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

A especificidade do objeto de estudo exigiu um método capaz de ir além daquilo que é considerado na observação da regularidade dos fenômenos. Assim, buscou-se um método capaz de apreender a singularidade do sujeito marcado pela linguagem e por seu sintoma. Pois se constatou desde o início da produção dos dados que quando se trata da utilização de medicamentos benzodiazepínicos, pela perspectiva biomédica, a singularidade não é considerada.

Optou-se, portanto, pela realização de um estudo de caso em psicanálise utilizando-se alguns conceitos abordados no âmbito da pesquisa psicanalítica abordado por Yin.¹⁴

A elaboração do estudo de caso não tem foco na completude, tampouco em esgotar a história do sujeito, como também não propõe fazer explicações acerca do caso clínico. Todavia, pretende apresentar possibilidades discursivas frente ao sujeito do inconsciente em relação ao desejo e ao gozo singularizado. Ele se organiza a partir do registro documental da fala do paciente escutado, com a subsequente produção de um relato biográfico.¹⁴ Em seguida, dá-se a construção metapsicológica.

PARTICIPANTES

Participaram do estudo mulheres usuárias de benzodiazepínicos acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, localizado no município de Fortaleza/CE. O

atendimento e a escuta das participantes aconteceram no período de abril a setembro de 2014.

A seleção das mulheres foi feita diariamente, durante quatro semanas, das consultas de enfermagem e atividades desenvolvidas pelas enfermeiras da instituição de saúde. Os critérios de inclusão foram: estar em uso de benzodiazepínico há mais de um ano; ter idade superior a 18 anos; ter comparecido ao serviço durante a realização da pesquisa. Como critério de exclusão, considerou-se: ser portadora de doença aguda ou crônica que limite a sua verbalização; não ter condições psíquicas ou econômicas de frequentar os atendimentos; fazer uso de medicamentos neurolépticos; e residir fora do município de Fortaleza.

Inicialmente, 20 usuárias foram convidadas. Dessas, 13 aceitaram participar do estudo, cinco compareceram regularmente aos atendimentos agendados semanalmente e uma deu continuidade ao processo de escuta analítica pelo período de quatro meses. Com o intuito de preservar o seu anonimato, utilizou-se um pseudônimo na abordagem do caso.

PRODUÇÃO DOS DADOS

O estudo do caso tem a escuta como principal ferramenta e, nesse sentido, a comunicação com os sujeitos participantes da pesquisa ocorreu por meio de entrevistas direcionadas para uma única questão norteadora: "Fale sobre você". A finalidade dessa técnica foi dar início à composição da história, pautada na subjetividade de cada mulher sem a interferência do pesquisador.

Isso implica operar com um saber que não se sabe de antemão, mas que é suposto àquele que fala. Assim, "as condições de produção de conhecimento sobre esse insabido"¹⁶ são internas ao campo relacional que o constitui. A isso denominamos em psicanálise "transferência". Não é, pois, um saber prévio que já estava ali, no "entrevistado", como um dado a ser colhido pelo "entrevistador". É algo que se situa num espaço transferencial em que o "insabido" se expressa como formações do inconsciente.

Ao manter os pilares da técnica analítica, por meio da provocação da fala por associação livre do lado do sujeito que fala e pela escuta flutuante do lado de quem o escuta, buscaram-se os significantes, mediante os quais se podem delimitar aqueles que funcionam como ponto-de-estofa da cadeia.

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

Todos os significantes próprios do sujeito escutado, assim como excertos de sua fala, serão apresentados, daqui em diante, entre aspas, respeitando-se a especificidade de sua fala.

A entrevista foi transcrita, obedecendo rigorosamente o discurso da entrevistada, ressaltando seus significantes e todos os relatos, compondo, assim, o *corpus* da pesquisa.

A segunda fase do método foi a passagem do *corpus* da pesquisa para a elaboração do ensaio metapsicológico. Trata-se de uma proposta de tratamento do material que consiste em uma apropriação da experiência de análise para uma situação de pesquisa, em que o pesquisador dá seu testemunho por escrito.¹⁵ Esse ensaio é um instrumento particular da pesquisa em psicanálise, que neste estudo orientou a exposição e a discussão dos discursos coletados pela entrevista aberta.

ANÁLISE DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em relação à análise dos dados, esse tipo de estudo não busca interpretar o que foi falado, tampouco a atribuição de significados para as falas. Seguindo outra via, a análise proposta pela pesquisa em psicanálise visa à identificação dos significantes, ou seja, daquilo que se deixa cair pelo inconsciente a partir da fala.

De acordo com Iribarry¹⁶, no procedimento de análise de dados utilizaram-se as técnicas psicanalíticas para além de leitura simples e de interpretação, mas uma leitura conduzida pela escuta (leitura-escuta) e pela transferência (*Übertragung*) do pesquisador ao texto.

Trazer a dimensão do inconsciente para a pesquisa significa, em sentido amplo, desenvolver um conjunto de atividades voltadas para a produção do conhecimento e que vão estabelecer com a psicanálise distintas relações.¹⁷

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer número 690.266 de 09 de junho de 2014.

RESULTADOS

A seguir, será apresentado o resultado da construção do ensaio metapsicológico a partir da escuta de uma das pacientes entrevistadas, a qual foi denominada de Louise. Em seguida, a discussão se estruturou a partir daquilo que foi extraído do caso, pensando o lugar que o benzodiazepínico ocupa na vida dessas mulheres.

LOUISE E O REMÉDIO CASAMENTEIRO

Louise tem 43 anos, duas filhas do sexo feminino, é acompanhada na instituição há mais de dois anos. Quando procurou o serviço de saúde em busca de acompanhamento, ela já fazia uso de benzodiazepínicos há 15 anos. Ela se apresentou como uma pessoa "irritada", que tem "crises de nervos" e associava isso ao que ela mesma chamava de "histórico familiar".

Tomando um dos significantes que perpassam o universo dos serviços de saúde, Louise faz dele um uso muito singular:

ter um "histórico familiar" é uma forma de dizer que suas queixas têm uma história e que essa história se articula com algo que está na família. É a partir desse "histórico familiar", portanto, que ela começa a contar e a "se contar" nos relatos porvir.

Louise é a filha mais velha de cinco irmãos, duas do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quanto aos pais, é por meio do significante "controle" que os descreve: de um lado, o pai, um homem controlador; do outro, a mãe, que para Louise vivia obcecada com a arrumação da casa, pois tinha medo de perder o controle. É em meio a esse casal parental, atormentado pela possibilidade de perder o controle de algo, que Louise se constituiu como a filha "descontrolada", que quebrava as coisas, chutava portas e tinha crises de nervos:

Também tem isso, que eu sou descontrolada, eu falava muito, eu falava com qualquer pessoa, eu era tão danada, descontrolada. Aí eu sou dita como a... sempre cresci cheia de adjetivos, rebelde sem causa, louca, neurótica, esquizofrênica, retardada e outras coisas mais.

Após essas crises de agressividade, Louise era tomada por uma tristeza imensa:

Eu extravasava aquela raiva e depois vinha um choro, um choro descontrolado, eu gritava sem parar e quem estivesse na minha frente eu esmurrava mesmo.

A agressividade marcou sua infância também nas relações sociais fora de casa e, por conta de todas essas brigas, era apelidada pelos colegas homens da sala de "macho-fêmea", o que ela atribui ao fato de sua mãe ter cortado seu cabelo muito curto, como o de homem.

A agressividade comparece, ainda, na relação entre os pais, pois, segundo ela, brigavam muito, chegando, inclusive, a desenvolver agressão física. Nesse momento, Louise se colocava entre eles, evitando que o pai machucasse a mãe. Falando, Louise se dá conta de que essa atitude de se colocar entre os pais para receber as pancadas é algo que marca sua posição diante da vida:

[...] às vezes eu tenho raiva de mim porque eu sempre boto os outros na minha frente e esqueço um pouco de mim, aí isso foi agravando com o passar do tempo.

Além disso, ela associa a essas situações suas queixas atuais de dores de cabeça constantes e a insônia:

[...] desde criança eu tinha essa dificuldade de dormir [...] eu era sonâmbula, até os nove anos. Aí minha mãe fechava a casa inteira, senão eu abria as portas e saía [...] Era uma crise nervosa.

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

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

Para ela, os pais "camuflavam" as coisas porque não queriam assumir um "filho defeituoso".

Apesar de tudo, Louise sempre foi muito apegada ao pai, embora sua posição tenha sido sempre de questionamento da autoridade paterna:

Apanhei muito, porque eu nunca... na maioria das vezes eu não aceitava, eu não aceitava um não. [...] Eu tenho uma dificuldade muito grande de receber ordem, porque como eu fui controlada a minha vida toda.

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

Quando eu casei, foi por causa dos comprimidos. Eu até disse para os psiquiatras: se eu fosse casada comigo, eu já teria me deixado! Tinha hora que eu não me suportava!

Quanto à prescrição do benzodiazepínico, ela afirma que foi feita por um cardiologista:

Porque ele, eu sou hipertensa e ele me achou muito descontrolada.

No entanto, as crises de agressividade continuaram ocorrendo após o casamento e, a partir de então, o marido era convocado a reagir. Assim como o pai, ele também se mostrava passivo:

Meu marido entrava calado e saía mudo. Quando eu tinha as crises, ele ficava sentado no sofá. Aí eu aprontava de tudo dentro de casa, ele trancava logo a porta. Ele deixava, fazia o que meu pai fazia.

A agressividade apareceu também na relação com a filha mais nova que, segundo ela, era mais apegada ao pai, quase a "sombra" dele:

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

Como sempre, as crises de agressividade eram seguidas de acessos de angústia muito fortes:

Aí eu comecei ter umas crises de sumir. Eu queria, eu queria [...] Meu apartamento é pequeno, mas para mim estava desse tamanho. Eu sentia falta de ar, eu sentia angústia, isso tudo junto, dor de cabeça, eu sentia tremor.

Quando nos encontramos para a realização das entrevistas, Louise vinha passando por algumas transformações decorrentes do processo terapêutico que estava desenvolvendo há dois anos e por mudanças que ocorreram nas relações familiares. Afirma que com a terapia ela começou a melhorar, mas nesse mesmo período a família começou a dizer que ela não precisava mais de tratamento e começou a esconder seus remédios dizendo que ela precisava aprender a viver sem eles.

Além disso, o marido começou a entrar em estado depressivo e deixou de trabalhar. Naquele momento, Louise era convocada para cuidar dele. Os sintomas voltaram e ela não sabia como lidar com isso:

Porque tá acontecendo os problemas lá em casa e eu tenho que me manter forte pra ter equilíbrio porque o equilíbrio [...] as minhas filhas já disseram: "o equilíbrio da casa, a sustentação da vida era eu". Eu tô cansada disso, tô cansada, tô cansada desse peso. Não tô aguentando mais...

Após o dia em que fez esse relato, Louise não compareceu para a próxima entrevista marcada. Tentativas de outros contatos foram feitos, mas não houve retorno por parte dela.

DISCUSSÃO

Ao escutar Louise, percebemos que o lugar que ela ocupava na família era o de "descontrolada", lugar esse que foi constantemente reforçado por suas crises agressivas. É interessante observar como ser "descontrolada" respondeu pelo sintoma do casal parental que tentava camuflar algo que perpassava esse "histórico familiar".

Desde o início de suas elaborações psicanalíticas, Freud destacou sua preocupação a respeito do lugar da criança em relação aos pais. No texto sobre o narcisismo¹⁸, ele aborda como a criança em um primeiro momento identifica-se com o narcisismo parental. Ou seja, ela é tomada pelos pais como aquela que

vai atender às expectativas daquilo em que eles mesmos fracassaram. Isso, muitas vezes, é expresso no decorrer do investimento realizado pelos pais que, frente aos seus próprios desejos, fazem dos filhos uma continuidade dos seus narcisismos.

Assim, o filho se encaixa justamente no que é inconsciente dessa relação parental, pois acontece o encontro de várias questões, como a história do casal e de cada membro. Há transmissão dessa construção psíquica tanto no que se refere ao narcisismo parental quanto à identificação que a criança faz a esse narcisismo em troca do amor dos pais. Na maioria das vezes, a criança apresenta um sintoma como resposta à produção dessa unificação. Como afirma Lacan¹⁹, "o sintoma da criança acha-se em condições de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar", tomando-o na qualidade de ser representante da verdade do casal.

É nessa perspectiva que Louise, frente a um casal que teme o "defeituoso", se apresentava como agressiva e descontrolada. Os pais, por sua vez, tentavam "camuflar" esse sintoma, por não suportarem a verdade que ele leva consigo. Isso porque o sintoma é, para além de seu papel na causa do sofrimento do sujeito, um sinal de satisfação que permaneceu imóvel, sendo então o sintoma uma consequência do processo de recalçamento.²⁰ Para a Psicanálise, o sintoma não é tomado como algo a ser eliminado, mas como um lugar que contém uma verdade para o sujeito a ser decifrada,²¹ cada sujeito se organiza sob seu sintoma. Para o processamento psíquico do sujeito, o sintoma se apresenta como um retorno do que foi recalçado e como oposição à sua realização.

Percebemos, ainda, que essa verdade recalçada tem formas diferentes de se manifestar, seja da forma histérica, fóbica ou obsessiva. A maneira histérica é caracterizada pela sua queixa da desordem do mundo que, contudo, a histérica sustenta como um desejo insatisfeito. Há uma recusa para manter-se em falta e como desejante. É aí que o discurso de Louise é situado na perspectiva de culpar o pai por seu comportamento agressivo (eu sou assim porque apanhei dele, porque ele batia na minha mãe) ao mesmo tempo em que se identificava com ele e passava a assumir o traço paterno da agressividade como sendo seu (bate nos amigos, na filha).

Para exemplificar essa identificação, a histérica "vale-se da emergência de uma identificação viril com pai, como forma de capturar dele uma orientação frente ao seu desejo no campo sexual". Ao mesmo tempo em que institui o pai como controlador, mantém-se questionando a autoridade paterna: ao afirmar sua conduta diante de sua autoridade e ao comportar-se como contestadora sempre que o pai lhe ordenava ou exercia sua função. Isso demonstra como Louise inscreve-se no discurso da histérica: aquela que elege um mestre para depois derrubá-lo.²²

Outro aspecto relevante a se considerar na posição histérica é que ela se constitui numa pergunta sobre o feminino que se pode entender da seguinte maneira: sou homem ou sou

mulher? No caso, chama a atenção como o significante "macho-fêmea" traduz essa questão atrelando-a ao traço de identificação com o pai, que é a agressividade. Ser "macho-fêmea" diz de sua forma de se apresentar sob comportamentos que ela considera característicos dos homens, ao mesmo tempo em que questiona a necessidade de sentir-se amada, construção inerente ao feminino. Ela "briga como homem" ao mesmo tempo em que também reclama da carência do carinho do pai e dos familiares, característica que marca a posição feminina pela necessidade de sentir-se amada.

Identificam-se no caso apresentado traços de um quadro histérico por meio de elementos conversivos, como dores de cabeça constantes, mal-estares difusos, as ausências psíquicas e a "vontade de sumir", associados aos momentos de angústia. Os sintomas surgem, na histeria, como um escape de excitações que não encontraram outra via se não no corpo, para mostrar a função sexual do sujeito. Portanto, o corpo deixa de estar a serviço de uma função estritamente orgânica e coloca-se invadido pela função sexual.²²

Percebe-se que é exatamente no momento de encontro com o sexual presentificado na iminência do casamento que o sintoma de Louise (caracterizado pelo descontrole e agressividade) passa a não mais sustentar-se e ela começa a se questionar e a se angustiar. Sabemos, com Freud e Lacan, que a angústia comparece quando o sintoma (e a fantasia que o sustenta) vacila. Acredita-se que é nesse ponto que o benzodiazepínico surge para Louise como um elemento mediador entre o sintoma e a angústia. Quando ela nos diz: "eu casei por causa do remédio", ela indica que foi somente a partir dele que foi possível suportar esse lugar em que o encontro com o outro sexo a colocava.

É importante analisar mais detalhadamente como o medicamento comparece e qual sua função para esse sujeito. Em primeiro lugar, é importante destacar que a medicação não pode ser tomada apenas em sua dimensão química. Como em tudo com que o ser falante se relaciona, o benzodiazepínico é tomado na constituição subjetiva a partir de suas dimensões imaginária, simbólica e real.²³ Certamente, nem tudo da relação de Louise com a medicação vai poder ser aqui explorado. Primeiro, porque "tudo" não é possível ser dito, mas porque, numa pesquisa acadêmica, estão excluídas as condições requeridas por uma análise que permitiriam ao sujeito, ele mesmo, elaborar o sentido da medicação. No entanto, pelas falas captadas nas entrevistas realizadas, alguns significantes podem ser pinçados, mostrando como se constrói essa rede de significações.

Outro passo necessário a esta análise é a interrogação do lugar simbólico que a medicação ocupa nesse caso. Pois o medicamento é "capturado nas mais finas redes simbólicas do Outro".²¹ Para Louise, essa rede é tecida com o significante "agressividade". É esse o lugar que ela encontra no Outro simbólico. Identificada com o pai que ela sustenta como aquele que é

agressivo e a quem Louise dirige uma demanda de controle de sua agressividade (o pai nada fazia, não percebeu que ela precisava de tratamento, o marido não agiu frente às suas crises). É como elemento simbólico que o medicamento vai ser tomado, então, como demanda dirigida ao Outro, "demanda de obtê-lo ou de ser privado dele".²³

Paradoxalmente, apesar de acalmá-la, a medicação também completa imaginariamente o lugar que ela ocupa na família de "descontrolada", a louca da família. Ser alguém que precisa de tratamento medicamentoso é visto, principalmente pelo pai, como a confirmação tão temida de ter um filho "defeituoso". Sabe-se, a partir da psicanálise, o quanto aquilo que se teme e aquilo que se deseja estão próximos. É o "estranho familiar" que habita o cerne de cada um de nós.

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

Interrogamos também o lugar e a função que o profissional de saúde e o sujeito ocupam no âmbito da relação com o benzodiazepínico, ao discutir o lugar simbólico que a medicação estabelece. Como diz Laurent,²² o medicamento é capturado nas mais finas redes simbólicas do Outro. Para Louise, essa rede é tecida com o significante- agressividade. É esse o lugar que ela encontra no Outro simbólico. No caso apresentado, isso surgiu a partir de uma demanda de um Outro que possa controlá-la: "quem receitou meu remédio foi o cardiologista porque ele me achou muito descontrolada". Não é à toa que o benzodiazepínico é mais conhecido nos serviços de saúde como medicação controlada. Para isso, situamos a abordagem de conceitos que traçam o sujeito em relação ao seu desejo e aos significantes expostos.

Ao argumentarmos sobre a questão do uso abusivo de benzodiazepínicos ser utilizado com mais frequência pelas mulheres por meio da lógica psicanalítica, mostramos como um sujeito ao ser marcado pela construção do desejo inconsciente em oposição ao gozo pode inserir o medicamento na estrutura do seu sintoma e ajustar, logo, ao seu modo de gozar. Ao aparecer o mal-estar no sujeito, portanto, em forma de angústia, a aproximação do sintoma, a distância do seu próprio desejo. Isso é percebido nas situações que se constituem no consumo frequente e regular de benzodiazepínicos, cuja droga se articula como um recurso a mais para o sujeito lidar com o desejo do Outro. E, então, se o gozo se encontra na permanência das poliqueixas constantes demandadas ao outro, o seu desejo

fica cada vez mais distante ou mesmo depositado no tampamento do uso contínuo de medicamentos.

A presente pesquisa não se propõe a apresentar respostas fechadas, mas entende-se que é possível tecer algumas contribuições da psicanálise para a clínica de enfermagem e o campo da saúde mental, nesse sentido: o sofrimento psíquico não pode ser reduzido às alterações bioquímicas ou neurológicas. É preciso considerar que o sofrimento não é uma doença e que certa dose dele é até mesmo necessária para que possamos nos constituir como sujeitos. O ideal de cura, que permeia o campo da saúde, pretende a eliminação do sintoma como foco do tratamento. O sintoma, como fenômeno, pode até desaparecer, mas ele continua encontrando outras formas de dizer sua verdade. Uma verdade inconsciente que resulta numa mensagem acerca daquilo que o acomete.⁹

Por outro lado, a compreensão da feminilidade sob o escopo da psicanálise produz questionamentos acerca das políticas de saúde para as quais, frequentemente, a mulher se define apenas por sua configuração anatômica e por sua capacidade reprodutiva.²⁴ Para esse campo do saber, não é a localização anatômica que define o que é ser mulher. Essa questão abre a possibilidade de espaço para a feminilidade, é a pluralidade do discurso, a possibilidade de construir de forma artesanal a sua singularidade.²⁵

Partindo dessa concepção, o enfermeiro não pode ocupar mero lugar de especialista ao lidar com o paciente, ele precisa estar aberto à fala do outro, interessando-se pelo que este tem a dizer. Isso, muitas vezes, mobiliza a angústia, o que gera pressão na tentativa de responder à demanda apresentada pelo paciente com soluções imediatas, tais como a prescrição do benzodiazepínico. Ampliar o espaço de tempo entre ouvir a queixa e dar uma resposta pode favorecer essa aproximação de modo que a mulher possa elaborar suas questões, se implique naquilo de que vem se queixar.

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

Por outro lado, apesar de reconhecer a importância do conhecimento técnico para os profissionais de enfermagem, é preciso considerar a prática clínica baseada na singularidade do sujeito, como campo relevante para a assistência do enfermeiro. Torna-se necessário, assim, buscar um referencial consistente que ultrapasse essa restrição da percepção tecnicista.

Deve-se pensar, então, na realização de uma prática clínica de enfermagem que não negue a singularidade e se proponha a ir além de articulações produtoras de procedimentos e técnicas.

Para isso, é preciso construir um ponto de interlocução possível para essas práticas discrepantes (o discurso coletivo e singularidade da fala) e, desse modo, é no espaço da clínica que podemos encontrar essa possibilidade de diálogo. Isso é admissível em uma clínica que avalia os riscos não só biológicos de morrer ou adoecer, mas também os riscos subjetivos e sociais de cada sujeito.²⁶

O enfermeiro que trabalha com sujeitos em sofrimento psíquico, principalmente no campo da saúde mental, também é requisitado a se posicionar eticamente frente às injunções do modo de produção socioeconômico no qual estamos inseridos. O simples fato de que ocupar o lugar de profissional de saúde já o coloca em situação de ter que suportar a miséria do mundo, como disse Lacan¹⁰, convoca-os a dar algum tipo de resposta ao mal-estar humano.

No entanto, dar respostas que desresponsabilizem o sujeito de sua posição ética coloca o profissional a serviço do discurso capitalista, visando à manutenção da sua ordem normativa. Abrem-se, assim, possibilidades para que se possa ter um posicionamento no interior do discurso capitalista sem reforçá-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizar a Psicanálise como referencial da pesquisa tornou possível considerar o ser falante em sua singularidade, marcado pela divisão constitutiva do sujeito inconsciente. Nesse sentido, o estudo do caso apresentado permitiu trazer contribuições para a atuação clínica da enfermagem, ao passo que se apropriou dos conceitos da clínica psicanalítica como escuta, sintoma, desejo, sujeito, inconsciente, feminilidade.

A discussão do caso colaborou para uma reflexão aprofundada sobre o que fazemos, como enfermeiros, quando escutamos aqueles que nos demandam. Isso porque, após oportunizar a escuta, Louise apresentou seu sofrimento acerca do uso do medicamento já no primeiro contato, relatando que fazia uso de benzodiazepínicos há mais 15 anos.

Então, trouxe-nos a questão sobre como o enfermeiro iria conduzir o caso com uma abordagem orientada pelo modelo biológico/fármaco: entregaria a prescrição do medicamento sem possibilitar uma escuta, fato que ocorre rotineiramente nas instituições? Encaminharia espantado para os outros profissionais ao se deparar com a situação? Negaria assistência com a desculpa de não ser sua função na realidade do campo da saúde mental? Ou compreenderia como uma mera dependência química? Essas questões podem se entrelaçar, o objetivo não é trazer respostas prontas, mas buscar entendê-las já trazem discussões importantes para a clínica de enfermagem.

Interrogou-se também o lugar e a função que o profissional de saúde e o sujeito ocupam no âmbito da relação com o benzodiazepínico, ao discutir o lugar simbólico que o medica-

mento estabelece. Colocando-se como demanda ao Outro, o medicamento é posto como forma de mediar essa relação entre o profissional e o paciente. Apresentado, portanto, como uma solução capaz de tamponar a falta que recai sobre o sujeito, o medicamento não cumpre essa função, pois essa falta é impossível de ser tamponada. Assim, o uso de benzodiazepínico não deve ser apreendido somente pelo seu efeito químico. Trata-se de algo que não cessa de se inscrever, que "não tem remédio nem nunca terá", pois se trata de uma marca de outra ordem.

É importante saber que a significação da queixa apresentada pelos sujeitos não pode ser generalizada. Então, não se deve realizar um tratamento com padronização dos sintomas ou utilizar o caso apresentado como suposição unificada para todas as mulheres. Trata-se, portanto, dos significantes relacionados à fala de cada mulher, mas que abriu a possibilidade de discutir as contribuições para a realidade estudada.

Na prática de enfermagem, o encontro entre o enfermeiro e o paciente é um momento para estabelecer intervenção e escuta direcionada para o sujeito. A Enfermagem, por ser uma profissão atuante na realidade da saúde mental e por permanecer em contato na maior parte do tempo com o paciente, deve considerar o seu espaço da consulta de como uma ferramenta primordial para desenvolver a escuta.

Ao apostar na escuta singularizada, possibilita-se uma clínica de enfermagem que inclui o sujeito em seu processo de cuidado, convocando-o e responsabilizando-o pela emergência de uma posição diferente da de objeto do desejo do Outro. Permite-se, de tal modo, a saída do profissional do lugar de especialista e detentor do saber frente à necessidade do paciente.

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

REFERÊNCIAS

1. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contexts and patterns of undue use benzodiazepine among women. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013[citado em 2016 nov. 30];18(4):1131-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n3/0047-2085-jbpsiq-64-3-0207.pdf>> DOI 10.1590/0047-2085000000080
2. Cunha CDA, Souza MCC, Cattanio GAA, Iahnn SR, Lima RC. Benzodiazepine use and associated factors in elderly in the city of Dourados, MS, Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2015[citado em 2016 nov. 30];64(3):207-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400026
3. Castro GLG, Mendes CMM, Pedrini ACR, Gaspar DSM, Sousa FCF. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. *Rev Interdisciplin*. 2013[citado em 2016 nov. 30];6(1):112-23. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21/pdf_14>.
4. Mendonça RT. Corpo feminino medicado e silenciado: gênero e performance. *Saude Transf Soc*. 2011[citado em 2016 nov. 30];1(2):43-50. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/536/66>
5. Oliveira EM, Aguiar JMA, Cavalcante MMB. Consumo de psicotrópicos por mulheres: terapia ou iatrogenia? *Essentia*. 2011[citado em 2016 nov. 30];13(1):25-38. Disponível em: http://www.uvanet.br/essentia.old/edicao_ano13n1/psicotropicos.pdf.
6. Silva TC, Kirschbaum DIR. Psicanálise como método de pesquisa que se desenha na prática clínica: contribuições para a Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008[citado em 2016 nov. 30];24(3):486-90. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6780/4083>>.
7. Freud S. (1915). *As pulsões e seus destinos*. Belo Horizonte: Autêntica; 2013.
8. Freud S. *O caso Schreber: artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1969.
9. Quinet A. *As 4 + 1 condições da análise*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
10. Lacan J. *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*. In: Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
11. Kaufmann P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.
12. Dor J. *Introdução à leitura de Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
13. Freud S. *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
14. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
15. Costa A, Poli MC. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional Rev Psicanálise*. 2006[citado em 2016 nov. 30];19(188):14-21. Disponível em: http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/188_02.pdf.
16. Iribarry IN. O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora (Rio J)*. 2003[citado em 30 nov. 2016];6(1):115-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v6n1/v6n1a07.pdf>.
17. Kyriillos Neto F, Moreira JO. A pesquisa em psicanálise na Universidade: reflexões a partir da teoria lacaniana dos discursos. *Rev SPAGESP*. 2010[citado em 30 nov. 2016];11:55-65. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v11n1/v11n1a07.pdf>.
18. Freud S. *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
19. Lacan J. *Nota sobre a criança*. In: Lacan J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 369-70.
20. Freud S. *A dinâmica da transferência (1912)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
21. Maurano D. *Histeria: ontem, hoje e sempre*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.
22. Laurent E. *Como engolir a pílula*. In: Miller JA, organizador. *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.
23. Carrilho CA, Silveira LC, Martins IC, Dantas RA. Improper use of psychotropic substances amongst women: a study based on the female singularity. *REME – Rev Min Enferm*. 2015[citado em 2016 nov. 30];19(3):664-72. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1031>
24. Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? *Rev Esc Anna Nery*. 2011[citado em 2016 nov. 30];15(3):622-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a26v15_n3.pdf>.
25. Gallano C. *A alteridade feminina*. Campo Grande: Jorge Zahar; 2011.
26. Campos RO. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012.