

## As práticas de saúde da família discutidas na perspectiva da psicanálise: uma proposta de cuidado

Family health assistance according to the psychoanalysis approaches: a proposal for caring

Ana Paula Rigon Francischetti Garcia<sup>1</sup>  
Márcia Regina Nozawa<sup>1</sup>  
Dalvani Marques<sup>3</sup>

**Abstract** *These theoretical reflections are based on a critical assessment of practices which include the patient's family participation in the treatment of the individual in health services. The objective is to question the health work organization in the clinic approach which values a certain concept of man. When a family member looks for help, health professionals develop practices oriented by the conception of family as a harmonious system. Thus, the health team tries to re-establish the lost equilibrium. This ideal concept excludes the way each element of the family builds and signifies one's history and bonds with other relatives. We conclude that any demand for care should be listened in its singularity. Therefore, the idealized concept of family makes it impossible to understand the emergence of the subject.*

**Key words** *Family health, Psychoanalysis, Health care*

**Resumo** *Trata-se de reflexões teóricas pautadas na crítica às práticas que incluem a família no tratamento do indivíduo em serviços de saúde. Objetiva-se problematizar a organização do trabalho em saúde a partir da clínica que concebe o discurso do homem com base no inconsciente. Quando um integrante da família busca auxílio, os profissionais desenvolvem práticas pautadas na concepção de família como um sistema harmônico, tentando restabelecer o equilíbrio perdido. Este ideal exclui a maneira pela qual cada integrante da família significa sua história e seus laços com os demais membros. Conclui-se que qualquer demanda de cuidado deve ser escutada em sua singularidade, pois o ideal familiar impossibilita o entendimento da emergência do sujeito.*

**Palavras-chave** *Saúde da família, Psicanálise, Atenção à saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária "Zeferino Vaz". 13083-970 Campinas SP.  
apgarcia@fcm.unicamp.br

<sup>2</sup> Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

## Introdução

As reflexões teóricas aqui apresentadas tiveram origem na crítica de práticas que incluem a família no tratamento do indivíduo, objeto de atenção dos projetos terapêuticos formulados pelos serviços de saúde. O interesse em discutir esta inclusão vem ao encontro da Estratégia de Saúde da Família, que tem requerido um movimento de rearranjo na organização do trabalho em saúde.

Objetiva-se contribuir para a problematização da organização do trabalho a partir de uma leitura da clínica que concebe o discurso do homem sob a incidência do inconsciente, entendido como linguagem (subversão do sujeito), que inaugura a compreensão do sujeito como efeito das relações estabelecidas no complexo familiar<sup>1</sup>.

## Metodologia

Tomou-se como matéria de análise a releitura do caso clínico, dado primário de uma dissertação de mestrado<sup>2</sup>, cujo referencial teórico sustenta-se numa perspectiva psicanalítica, acrescida das observações originadas de práticas das autoras em serviços de atenção básica e equipamentos substitutivos de saúde mental de Campinas (SP). Tal dissertação recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob registro nº 412/2003.

A leitura psicanalítica por nós assumida concebe o inconsciente estruturado como uma linguagem<sup>3</sup>. Neste modo de apreensão, o sujeito se constitui no mundo da linguagem através daquilo que não pode ser satisfeito pela demanda, entendida no sentido estritamente biológico, que lhe garante a manutenção da própria vida (fome, frio, desconforto físico, etc.). Neste mesmo movimento, aqueles a quem a demanda é dirigida desempenham um papel primordial na transmissão da cultura.

Para Lacan<sup>1</sup>, a família, arranjo correlato possível, “prevalece na educação precoce, na repressão dos instintos e na aquisição da língua, legitimamente chamada materna. Através disso, ela rege os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico”.

Salienta-se, no entanto, que não pretendemos avaliar a conduta de profissionais de saúde envolvidos no atendimento, tomado como caso exemplar, mas de incluir novos pontos na discussão de tratamento, cujo projeto terapêutico inclua a família.

## Notas sobre a questão familiar no tratamento de doentes

A inclusão da família no tratamento de usuários dos serviços de saúde permite pensar a função da doença, não só ao seu portador, mas a todos os incluídos no laço social daqueles que nos procuram com um pedido de cura.

Habitualmente, os profissionais de saúde buscam parceiros para implementar as possíveis tecnologias que permitam o tratamento do sujeito doente que demanda o serviço. Muitas vezes, essa procura recai sobre os familiares do doente, que passam a ser considerados os parceiros, os colaboradores da equipe de saúde.

Um entendimento possível dessa procura reside no modelo tecnológico que incide sobre a organização dos serviços de saúde e a delimitação do objeto privilegiado de intervenção, seja a saúde, a doença, o processo saúde/doença, a dimensão individual ou coletiva.

Ao buscar a família como um parceiro em potencial, desconsideramos, em muitos casos, se não em todos, que cada sujeito que compõe este conjunto de pessoas possui uma singularidade e significa de maneira própria sua história e seus laços com os demais membros que a integram<sup>4</sup>.

A apreensão de família como um todo, um corpo social, capaz de colaborar favoravelmente para a cura daquele que demanda, pressupõe uma concepção de família idealizada, socialmente construída, um todo orgânico vivo, onde é possível que a harmonia e o equilíbrio se instalem e, por isso, possam ser buscados. Não seria, então, contraditória essa assunção de família se considerarmos que é justamente este o lugar de todas as disputas psíquicas que possibilitam o surgimento de um sujeito?

Para tentar elucidar esta primeira questão, delimitamos o entendimento da família como complexo familiar, como um objeto e circunstância psíquica, que representam para um sujeito a realidade objetiva das etapas do seu desenvolvimento e também o lugar onde sua atividade repete a realidade apreendida através dos pontos de fixação decorrentes deste desenvolvimento<sup>1</sup>.

A demanda do usuário deve ser escutada em sua singularidade, pois ela demarca uma expressão particular do sujeito que ocupa um lugar/função no complexo familiar estabelecido. O sujeito através de sua demanda só pode oferecer a nós o seu testemunho, sua leitura da posição determinada, que evidencia a estrutura operativa marcada no seu discurso, preso, por sua vez, a uma rede de relações simbólicas que o significam enquanto sujeito, efeito de uma posição.

Partindo da suposição de que exista uma “saúde da família”, o que esta posição pode nos revelar? Uma armadilha imaginária, na qual entramos quando consideramos a família como ideal, significante de um ideário de harmonia.

### **Família como significante**

Considerar a família como uma instituição “agrada”, um ponto de apoio, comporta uma idealização imaginária que permite pensarmos na possível sobredeterminação que o sujeito, incluído no seu núcleo familiar, carrega desde antes do nascimento<sup>5</sup>.

Este sujeito já estaria capturado – antes mesmo de nascer – pela imagem manifesta no discurso que articula o desejo dos pais a seu respeito, veículo com o qual ele ingressa na ordem da linguagem, que lhe é preexistente e por isso sobredeterminante<sup>6</sup>.

Apreender, então, a família como significante poderia ser a tentativa de incluí-la na articulação lógica inconsciente que lança o sujeito no registro simbólico, através do discurso dos pais e, ao mesmo tempo, determina-lhe um lugar subjetivo.

Com a chegada deste sujeito ao serviço, a equipe pode ou não assumir esta posição sempre determinada ou incluir uma falha, fenda, neste modo de operação do sujeito na sua relação familiar, o que pode constituir-se como uma nova alça de articulação do sujeito com o seu sintoma.

Considerar a existência de uma nova alternativa para o sujeito, que leve em conta uma colocação diferente diante de sua demanda e do seu sintoma através da falha que o seu modo de operação determina, é antagônico ao discurso dos diferentes indivíduos de seu arranjo familiar por que provoca uma desarticulação em todo o conjunto. Nesta perspectiva, o que se espera é, justamente, que o sujeito expresse angústia por suas escolhas, pois ela é o que impulsionará a movimentação do paciente.

Deste modo, o que se revela como parceiro da equipe de saúde é a própria angústia, que é percebida pelo sujeito na falha estabelecida pela posição imaginária, marcando um determinado lugar no arranjo familiar, seja este de doente, de cuidador, de vítima, de provedor ou de dependente. No entanto, a rearticulação de um dos sujeitos no arranjo familiar pode atuar como fonte de resistência para o tratamento que se direciona à cura.

Neste momento, então, o sujeito é admitido como um objeto, o qual toda a família direciona

o seu olhar na tentativa de ordenar os lugares ocupados na dinâmica relacional do contexto familiar.

Este contexto, que tem em seu núcleo o lugar das disputas psíquicas que são ilustradas através do complexo de Édipo e de castração, abre a possibilidade da estruturação do sujeito, que tenta lidar com a castração, a frustração e a privação que este universo familiar, primeiro em sua existência, lhe coloca, e permite que o sujeito lance mão de seu arsenal simbólico para significar o seu lugar<sup>6</sup>.

A partir desta primeira operação simbólica que o sujeito aprende para lidar com a angústia decorrente da castração, ele desenvolve seu modo de operação diante da realidade que o convoca. É neste contexto que os profissionais de saúde são incluídos na atividade de repetição que o sujeito já faz com seus familiares.

Uma alternativa para os profissionais, com a finalidade de poder sair do já colocado por aquela subjetividade que demanda cuidado, é a tentativa de provocar uma falha neste modo de operação que sempre evoca a repetição.

### **Um caso exemplar**

Quando atendemos um paciente, seja em um centro de saúde, seja em outro equipamento de saúde, temos que ter em mente que este sujeito não está sozinho. A teia de significantes que o atravessa para possibilitar que ele se realize como ser humano, oferecendo um sentido para sua demanda, seja ela de dor ou felicidade, já está colocada diante de nós. Esta determinação constitutiva do discurso deve ser considerada nas diversas demandas que impulsionam um indivíduo a buscar um serviço de saúde, seja com foco em sua própria demanda ou ocupando um lugar de porta-voz de um pedido de alguém.

Desta forma, quando um sujeito aparece diante do profissional de saúde, é recomendável que este considere o que o paciente tem a dizer, tentando descobrir o que está sendo falado e que, de fato, apresenta os indícios de sua relação com os demais que o circundam. Tal manobra favorece que o profissional possa, a um só tempo, identificar qual a procedência da demanda e a maneira como deve interrogá-la para que o paciente consiga melhor dizer de seu sintoma.

Nesta perspectiva, o profissional de saúde implica-se em suportar os movimentos, a fala, as escolhas do paciente, naquilo que o afeta, o que já lhe confere um determinado estilo de con-

vocar o paciente a responder sobre sua questão. Essa manobra permite uma rotação no foco da assistência, ou seja, ao invés de o profissional se perguntar o que pode fazer pelo paciente, a interrogação passa a ser o que o paciente pode fazer para sair de sua dor, com nosso suporte<sup>7,8</sup>.

Para ilustrar o que se segue, utilizaremos um caso em que o atendimento estava direcionado a um paciente que trazia a questão de seu tratamento nos seguintes termos: estou internado, tenho sintomas, quero melhorar e voltar para a casa. Tratava-se de um paciente psicótico que tinha, em uma de suas crises, destruído sua certidão de nascimento.

A primeira intervenção que o profissional de saúde, que neste caso foi uma enfermeira, se prontificou a desenvolver junto ao paciente foi verificar a possibilidade de providenciar a segunda via desse documento, para que o mesmo pudesse entrar no circuito da previdência social que é oferecida aos pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes no país.

Para tal intervenção, a enfermeira usou como recurso a ajuda da mãe deste paciente, a fim de desencadear os procedimentos necessários à retirada do novo documento para que o mesmo pudesse ter acesso à aposentadoria.

Diversos encontros com a mãe e com o paciente ocorreram e em todos eles a mãe colocava impedimentos que inviabilizavam a obtenção da certidão de nascimento do filho. No último encontro, em que a mãe foi intimada a providenciar tal certidão, a mesma revela que também precisa fazer outra certidão de nascimento para si.

Mesmo quando a mãe manifestou sua necessidade de, também, providenciar uma nova certidão de nascimento, a enfermeira permaneceu interessada em obter a certidão do paciente; logo, continuou insistindo que a mãe providenciasse somente o documento do filho, pois este era o que viabilizaria o seguimento do tratamento. No entanto, essa insistência teve um efeito para a mãe do paciente que se expressou pela ameaça à interrupção do tratamento do filho e pela retirada e posse dos demais documentos que estavam sob a guarda do serviço.

Diante dessa ameaça, a enfermeira recua e concorda com a permanência do paciente no serviço, sem seus documentos, o que impossibilitava o desenvolvimento de sua intervenção inicial.

Um primeiro ponto interessante e que pode indicar qual é a apreensão que a profissional, neste caso, tem da função do familiar é a insistência em, de um lado, intimar a mãe a recuperar os documentos do filho e, de outro, não incluir a

demanda da própria mãe quando seu discurso expressava a necessidade de uma nova certidão de nascimento.

Para desenvolvermos esta discussão, é necessário atentarmos-nos à posição e ao pedido da mãe, antes de pensar em cuidar do filho. Pois, quando a mãe demanda à enfermeira uma nova certidão para si, revela a sua condição de existência junto a este filho. Ou seja, mãe e filho permanecem colados e a proposta de atendimento desenvolvida para o filho, que é providenciar sua certidão de nascimento, impõe a essa mulher um rearranjo em sua posição. Neste momento, podemos ter provocado um deslocamento, pois a doença do filho, para essa mãe, era a prova de seu sofrimento no mundo.

No discurso, a condição de existência destes sujeitos se expressa por meio de uma ausência de reconhecimento do outro, pois o filho nunca falava de sua mãe e a mãe, quando indagada pelos profissionais a responder sobre o filho, não conseguia se ater a ele e sempre enunciava sua dor e seu sofrimento.

O movimento da mãe lhe rendeu uma posição diante da equipe, ela começou a ser identificada como um familiar problema, na medida em que não atendia ao pedido de “suporte” que a equipe lhe impunha e não se implicava com a doença do filho. A condição do filho como paciente sustentava a existência subjetiva da mãe.

Assim, a posição imposta pela equipe à mãe, como um familiar, suposto colaborador do tratamento<sup>9</sup>, a colocou numa posição delicada, de um objeto que fosse capaz de absorver toda a demanda que a equipe lhe transferia. Neste caso, a impossibilidade de escuta do discurso da mãe é um exemplo contrário à condição de suporte que a equipe deveria sustentar e, ainda, bloqueou qualquer possibilidade de o paciente se implicar com o seu sintoma, uma vez que a equipe abriu mão da instalação do novo pela via da certidão de nascimento e cedeu à mãe a permanência da condição de uma existência apoiada na doença do filho.

Apreender a mãe como alguém sempre favorável, que tem como princípio desejar incondicionalmente o bem para o filho, é esperar que ela responda de forma favorável às expectativas da equipe de saúde. No entanto, para o caso em análise, o que esta mãe poderia, de fato, estar favorecendo?

Para responder a esta questão, retomamos a função significativa de família no discurso dos profissionais da saúde para recolocar a implicação do sujeito trabalhador. A mãe foi vista como

parceira que deseja o bem para o filho. Pautados em uma leitura de família estruturada a partir de um complexo, o que estava em jogo era o conflito que poderia ter sido lido como o estofo para o nascimento das subjetividades em questão – o nascimento se torna emblemático, neste caso, posto que é significativo. O que faltou foi um posicionamento de interrogação do profissional acerca de quem ou o quê precisava nascer e como esse nascimento poderia ser suportado?

Para que tal manobra pudesse ser feita, é necessário que o próprio profissional reconheça o que deseja escutar da família, ao incluí-la na sua atenção/intervenção. Poder entender que cada resposta à demanda de saúde dos pacientes, caso o trabalhador seja mobilizado a ponto de achar que tem que dar a resposta, resvala na constituição de sua própria subjetividade. A família, aqui evocada, esta sendo considerada como significante na determinação do direcionamento do olhar do profissional para a imagem acústica que a palavra suscita e o seu deslizamento pela cadeia de associações que impõe na cena do inconsciente, e não como substantivo em seu sentido ordinário.

### Como furar?

O furo tem como finalidade alçar o novo e revela a direção do tratamento no sentido da cura, entendida aqui como a possibilidade de incluir um novo modo de operação por aquele sujeito que sofre. O furo está na possibilidade de interrogação da falha. A supremacia do significante sobre o significado permite que o sentido dado a determinadas palavras, ações, gestos, fatos, seja o do paciente e assim se torna possível a saída de repetição do *modus operandi* subjetivo do profissional. No caso citado, isto reivindicaria a escuta de que a certidão de nascimento, além de um documento, articulava-se a outras demandas que não puderam ser objeto de investigação.

Para isso, é importante o profissional de saúde retirar-se da cena imaginária, onde ocorre a identificação entre a confluência das imagens e discursos do paciente e aqueles dos quais se utiliza para se descrever enquanto eu. Contudo, es-

tas imagens não são fiéis à representação psíquica que o profissional desenvolve de sua própria prática e de sua forma de estar no mundo. Reconhecer essa refração de imagens é a possibilidade de interrogar-se enquanto sujeito e construir um lugar de suporte para os novos significantes que advenham do paciente<sup>10</sup>.

### Considerações finais

Qualquer demanda de cuidado deve ser escutada em sua singularidade, pois sua expressão marca um lugar junto a um determinado complexo familiar. O sentido possível de cura é construído com a tentativa de deslocar o sujeito de sua posição, predeterminada, naquele arranjo, o que resulta na desestabilização do todo familiar. A família passa a ser significada como uma instância que deve ser barrada para que o sujeito possa sair da repetição condicionada pela predeterminação e alçar um novo significado a sua existência e ao seu sofrimento. Assim, o ideal familiar pode dar lugar a um entendimento cuja existência do conflito e angústia é necessária para a emergência de um sujeito, tanto por parte do paciente, quanto por parte do profissional.

Partindo de nossa experiência prática em serviços de saúde, na qual a família é frequentemente convocada no desenvolvimento dos projetos terapêuticos implementados pelas equipes de saúde, observamos que o complexo familiar é comumente pensado de forma idealizada, harmônica e parceira. Apostamos que as reflexões aqui apresentadas possam provocar deslocamentos na compreensão e ação dos profissionais e, por consequência, contribuir para uma outra perspectiva prática e teórica de pensar, entender e incluir “família”, nos diversos cenários, sejam ambulatoriais ou hospitalares, gerais ou de saúde mental.

Consideramos que nossa prática no ensino de graduação de enfermagem nos permite acreditar que esta aposta seja possível, uma vez que as experiências com alunos têm possibilitado estas construções teóricas e práticas acerca do modo de olhar o complexo familiar.

## Colaboradores

APRF Garcia e MR Nozawa trabalharam na concepção teórica e na elaboração do artigo. D Marques trabalhou na redação final do texto.

## Referências

1. Lacan J. Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: Lacan J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003. p. 29-90.
2. Garcia APRF. *Aprendendo possibilidades de cuidar* [dissertação]. Campinas (SP): Unicamp; 2004.
3. Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998. p. 238-324.
4. Melman J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras; 2002.
5. Lacan J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998. p. 807-842.
6. Lacan J. *O seminário livro IV: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1995.
7. Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev Latinoam Psicopat Fund* 2004; 7(1):75-86.
8. Viganò C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga* 1999; 13:50-59.
9. Bandeira M, Gelinás D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiq* 1998; 47(12):627-640.
10. Lacan J. *O seminário livro XI: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.

---

Artigo apresentado em 18/09/2007

Aprovado em 17/07/2008

Versão final apresentada em 10/09/2008