

A construção do caso no trabalho em equipe: um método clínico para o campo da saúde mental

The case building in the teamwork: a clinical method for the mental health field

Ana Cristina Figueiredo

O campo da Saúde Mental vem se desenvolvendo na última década a partir das políticas públicas do Ministério da Saúde na área, com base no SUS, no bojo da reforma psiquiátrica brasileira. Os novos serviços organizados com base territorial visam descentralizar o atendimento à população com grave transtorno ou sofrimento psíquico em dois níveis de prioridade: 1. O processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou com internações recorrentes sem outra oferta de assistência; 2. Pacientes em primeira crise ainda não submetidos a longos processos de hospitalização. Em ambos os casos, os chamados Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - são o eixo articulador dos demais serviços oferecidos a essa população¹. Entre os vários dispositivos e recursos desses serviços temos, principalmente a convivência, visando à ressocialização e inclusão social, e o tratamento propriamente dito, que se dá a partir dos chamados 'projetos terapêuticos' que devem ser elaborados para cada paciente-usuário.

A proposta deste trabalho é apresentar um método clínico que permite avançar a elaboração dos projetos terapêuticos centrado na abordagem do sujeito a partir das coordenadas da psicanálise aplicada ao campo da saúde mental. Sua aplicação a outros campos de práticas e de interesse científico além da psicoterapia estrita já era uma proposta avançada por Freud em vários momentos de sua obra (1913, 1918, 1933).

Nossa ênfase recai principalmente sobre a relação particular da psicanálise com o saber e como se aplica hoje ao trabalho coletivo em equipe nas instituições. Para alavancar nossa proposta, trabalhamos a partir de autores contemporâneos como Zenoni (2000, 2004), DiCiaccia (1998, 2003), Stevens (2003) e Viganò (1999, 2005, 2008) visando

¹ Esses CAPS se distribuem em três tipos: CAPS I, II ou III de acordo com a população referida; CAPSad para o atendimento de pacientes com uso abusivo de álcool e outras drogas; e CAPSi para atendimento da população infanto-juvenil com graves transtornos psíquicos. Para mais detalhes, ver Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002 – Ministério da Saúde – BR.

melhor operar a partir dessa orientação. Destacamos inicialmente três coordenadas clínicas para o trabalho coletivo², a saber:

1. A posição subjetiva dos profissionais como 'aprendizes da clínica', uma posição estrategicamente vazia de qualquer saber *a priori*, o saber referencial é colocado em reserva e só opera *a posteriori* de modo pontual;
2. A organização coletiva da equipe a partir da 'transferência de trabalho' que diz respeito ao trabalho com responsabilidade partilhada (e não simplesmente transferida para o outro) fazendo circular o saber que advém do sujeito e não do profissional. Desse modo, deve seguir uma direção comum ao caso mesmo que as intervenções sejam diferenciadas;
3. E, como corolário do processo, proceder à 'construção do caso' que se dá a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que terminam por produzir um saber sobre o sujeito. Esse deslocamento é fundamental para a direção do tratamento. Essa construção é parcial e recorrente, e exige que se mantenha certa atenção e cuidado para possibilitar de fato um acompanhamento do paciente/usuário.

Nossa proposta aqui é aprofundar o terceiro ponto - o método de 'construção do caso clínico' - como dispositivo central que dá suporte aos demais para o trabalho cotidiano em equipe, e permite a continuidade do tratamento do paciente e/ou de seus familiares, enfrentando assim um dos maiores desafios desse trabalho, que é o acompanhamento continuado de sua clientela.

Os balizadores teóricos do método de construção do caso clínico são extraídos de conceitos centrais da psicanálise e devem orientar a elaboração teórica dos casos em uma etapa posterior ao trabalho de construção. Desse modo, pretendemos avançar a pesquisa em psicanálise a partir da clínica. Entretanto, essa elaboração conceitual não é fundamental para o trabalho em equipe, uma vez que não se trata de formar psicanalistas, e sim profissionais que podem trabalhar nessa orientação dentro da especificidade da cada profissão ou ofício. A proposta do método tem, portanto, dois níveis de elaboração: dar suporte ao trabalho em equipe na atenção psicossocial através

² Cf. FIGUEIREDO, A.C. A Função da Psicanálise (e do psicanalista) na Clínica da Atenção Psicossocial, Nascimento, E.M.V. & Gonzáles, R.C.F. (orgs.) *Psicanálise e os desafios da Clínica na Contemporaneidade*, EDUFBA, UFBA, 2007; e Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, ano III n° 5, nov. 2005, UNIPAC, p 43-55.

da transmissão de um método clínico orientado pela psicanálise referida à Freud e Lacan; avançar no trabalho conceitual da psicanálise a partir desse método.

Entre os conceitos a serem trabalhados como fundamentos do método de construção do caso se destacam: 1. 'sujeito' - se define a partir da ideia central de sua divisão em contraponto à noção de indivíduo; não se reduz ao 'eu' (uma instância psíquica e corporal) e, portanto, não pode ser tomado como unificado, apesar de se constituir em um arranjo único; 2. 'transferência' – se define como um modo particular de vínculo do sujeito seja com o profissional ou com a instituição; é um conceito central para a clínica e deve ser considerado em suas diferentes manifestações como uma estratégia do sujeito que dá suporte e condiciona seu tratamento; 3. 'inconsciente' – se define como uma instância psíquica que atua permanentemente de um modo não manifesto no processo da realidade psíquica, mas tem efeitos detectáveis na experiência e nas ações do sujeito em suas manifestações como sintoma, sonho, chiste, lapso ou como fenômenos alucinatórios e delirantes; 4. 'repetição' – se define como um desdobramento intrínseco ao funcionamento psíquico inconsciente também detectável na experiência, que se evidencia no tratamento através de ações e palavras do sujeito; 5. 'pulsão' – se define em contraponto à ideia de um instinto imanente como interno, biológico, ou de um estímulo completamente externo ao sujeito e ao corpo, rompendo assim com uma concepção dualista interno x externo, mente x corpo, ou psíquico x somático.

Além desses, recorreremos a outras referências da psicanálise cruciais para a clínica como base para a construção dos casos, tais como: identificação, regressão, inibição, sintoma, angústia, acting ou passagem ao ato, e outras noções que se revelarem necessárias para o aprofundamento da análise de determinado caso.

O MÉTODO DE CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

O método da construção do caso clínico vem sendo desenvolvido há mais de uma década por pesquisadores psiquiatras, psicólogos e psicanalistas que trabalham em instituições públicas ou privadas de saúde mental na Europa (França, Bélgica, Itália) e na América do Sul (Argentina, Brasil). Dentre eles destaca-se o psicanalista Carlo Vigano que atua na Universidade de Milão, desenvolvendo suas atividades na Unidade de Psiquiatria Dinâmica e Psicoterapia do Departamento de Saúde Mental do Hospital Niguarda Ca'Granda, e vem sistematizando o método e sua aplicação no trabalho em

equipe multiprofissional. Suas pesquisas servem como referência e suporte para a experiência brasileira e para nossas pesquisas.

Construção do caso

O que se trata de construir são as etapas, as escansões (avanços, obstáculos, repetições e regressões) da dinâmica subjetiva.

A partir da parte histórico-documental não se deve ignorar nenhuma das pessoas que entram numa relação significativa com o paciente, especialmente os técnicos.

Nesse ponto a narrativa remete à construção do caso e a definição da doença remete ao reposicionamento do sintoma na vertente do sujeito:

1. A história clínica do tratamento que precede a fase a cargo da equipe (o percurso inicial, as identificações do paciente, histórias afetivas e sexuais, as soluções pregressas e seus efeitos);
2. A ocasião do pedido de ajuda e do endereçamento à equipe. (expectativas subjetivas, localização das demandas);
3. Tempos lógicos da condução do tratamento (transferência, relação do paciente com os técnicos e com a instituição durante o processo do tratamento);
4. Escansões da posição subjetiva (demanda, sintoma, angústia, inibição, repetição, acting ou passagem ao ato);
5. Escansões na direção do tratamento (arranjos sintomáticos que o sujeito reconhece nas manifestações do inconsciente);
6. Diagnóstico de estrutura (cotejamento com o DSM / CID);
7. Escansões na equipe/equipamento da rede. (discussão clínica da equipe, reformulação do projeto terapêutico);

A partir dessas indicações, trabalhamos com um recorte metodológico das diferentes etapas da construção do caso para melhor organizar e elaborar essas etapas. Destacamos o que chamamos de 'binômios' para nos auxiliar na construção do caso, isto é, balizadores para nos indicar o modo de tratar o material obtido. Esses binômios se estruturam em três eixos que podem conter e subsumir o método de construção do caso clínico proposto por Viganò em sua aplicação ao trabalho coletivo em equipe,

organizando uma síntese do método e funcionando como enquadre que engloba os tópicos acima descritos. São eles:

1. História ↔ Caso:

É importante estabelecer a distinção entre esses dois termos *história* (narrativa) e *caso* (construção). O relato clínico que se apresenta rico em detalhes, cenas, e conteúdos é a *história*. O caso é produto do que se extrai das intervenções do técnico e/ou da equipe na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato. Portanto, a história pode ser fatigante, se muito detalhada, e o caso será morto se for reduzido apenas a uma fórmula.

Estabelece-se aí um binômio que retoma a ideia de uma formalização necessária do relato que não se reduz a uma teorização formal nem a uma elaboração de saber sobre os problemas do paciente. Pelo contrário, trata-se de colocar em jogo os elementos comuns (significantes) que se destacam das palavras do sujeito a partir da elaboração que ele pode fazer em determinado momento e ao longo de seu tratamento (corte transversal e longitudinal).

Do lado do técnico, sua resposta se dá a cada intervenção e só pode ser avaliada a partir de seus efeitos para localizar certos pontos-chave do sujeito visando decantar a história e traçar o caso. É necessária, portanto, uma redução do material das narrativas a seus elementos comuns mais simples para se obter material para o caso. Só assim será possível recolher dos infindáveis detalhes de uma história, a direção da construção. Em outras palavras, uma história deve se fazer caso para realizar e formalizar o método de construção.

2. Supervisão ↔ Construção:

As discussões realizadas em equipe servem de suporte para o método de construção, e se articulam com o dispositivo de supervisão clínico-institucional como facilitador do processo. A supervisão permanece antes, durante e depois da construção do caso, dando continuidade ao projeto terapêutico a partir do caso. Esse dispositivo vem sendo cada vez mais adotado nos CAPS e instituições que se organizam na orientação do trabalho em equipe como formador para o trabalho e como qualificação do serviço.

Convém uma observação de que se deve operar um deslocamento da supervisão para a construção a fim de possibilitar à equipe tomar o caso para si. Isto é importante porque não se trata de ensinar como fazer ou corrigir os técnicos em seus erros, e sim recolher no coletivo os relatos que devem servir de elementos na construção do caso. Só assim podemos ratificar ou retificar a construção do caso a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e transmitir algo da experiência clínica através desse dispositivo para a direção do tratamento. Porém, indo além da supervisão, a discussão não se encerra ao término da reunião da equipe, mas continua e remete-se ao técnico que apresentou o caso, que também pode estar na posição de pesquisador.

O saber produzido em equipe é sistematizado nas etapas de construção do caso e recolhido a cada vez que o caso é retomado, tendo uma função formadora para o trabalho clínico. Desse modo, sustentamos a construção manejando os impasses que atravessam o cotidiano de nossa prática e elaborando uma formalização do caso a partir de sua escrita que é passível de ser transmitida a outros profissionais, pesquisadores, docentes e discentes que venham a trabalhar no campo da atenção psicossocial.

3. Conceitos ↔ Distinções:

Neste ponto, temos uma importante articulação a fazer entre os conceitos que sustentam determinada teoria, no caso a psicanálise, e seu uso como operadores para o método de construção. Desse modo, os conceitos fundamentais da psicanálise são postos em questão a cada passo do processo.

Em nossa pesquisa anterior, constatamos que não foi necessário definir exaustivamente cada conceito ou relacioná-lo indefinidamente a outros conceitos ao modo da formulação de uma 'teoria'. Sua aplicação se revelou mais eficaz com um uso pontual, específico de determinado conceito em cada caso à medida que se apresentavam arranjos do material que configuravam aproximativamente um ou outro conceito. Nesse sentido, percebemos que é fundamental estabelecer algumas distinções para a construção do caso.

Por exemplo, podemos delimitar a importância de um enunciado que pode ser tomado como uma apresentação do sujeito onde este revela melhor sua posição. Então conceitos como identificação ou repetição podem ter um uso específico naquele momento para auxiliar na formalização de um caso, mas não de outro. Em suma, ao trabalhar os

conceitos como distinções, não pretendemos padronizar o uso dos conceitos para formalizar o caso, e sim nos valermos deles para tornar possível uma transmissão do caso. Desse modo não igualamos os casos sob uma mesma base, e podemos manter a especificidade de cada um sem perder a dimensão universal do conceito.

A dimensão geral da classificação está presente como parte da construção no que se refere, por exemplo, às categorias diagnósticas. Mas o desafio é não reduzir o particular do caso ao geral da classe, e ao mesmo tempo poder sistematizá-lo e formalizá-lo. Buscamos, assim, estar próximos da possibilidade de constituir enunciados positivos na psicanálise sem perder o caráter singular e criativo de cada nova situação e recolher seus elementos principais.

A partir dessa experiência de implantação do método, esperamos obter como resultados:

- a implantação de um método clínico sistemático e efetivo para orientar o tratamento e a elaboração dos projetos terapêuticos de pacientes de saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, independente do diagnóstico, classe social, faixa etária ou qualquer outro critério geral.
- a transmissão de um modo de trabalho na clínica que priorize o sujeito, sua palavra e seu poder de decisão e contratualidade. De modo que este possa se situar no laço social de acordo com suas necessidades, sem a pressão de um ideal de adaptação ou de padrões supostamente normais de conduta, que ainda estão presentes entre os profissionais de saúde, em particular na saúde mental;
- a formação de uma mentalidade clínica que opere no coletivo das equipes preservando ao mesmo tempo a particularidade de cada profissional em seu modo de intervir, mas obtendo ferramentas para trabalhar numa mesma direção a partir do caso;
- a transmissão de um método de pesquisa clínica no âmbito do trabalho universitário que seja reprodutível em sua aplicação, ao mesmo tempo em que mantenha seu caráter singular na abordagem de cada caso;
- a criação de um banco de dados com registro de um número significativo de casos trabalhados no método de 'construção do caso', de modo a servir de material para futuras pesquisas na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DI CIACCIA, La Pratique à Plusieurs en Institution, *Préliminaire*, nº9-10, Bruxelas, 1998.

____ A Inventar a psicanálise na instituição. *Usos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra capa, 2003, p. 33-38.

FIGUEIREDO, A.C. A Função da Psicanálise (e do psicanalista) na Clínica da Atenção Psicossocial, Nascimento, E.M.V. & Gonzáles, R.C.F. (orgs.) *Psicanálise e os desafios da Clínica na Contemporaneidade*, EDUFBA, UFBA, 2007.

____ Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, ano III nº 5, nov. 2005, UNIPAC, p 43-55.

____ A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol.VII, nº 1, março de 2004, p.75-86.

FIGUEIREDO, A.C., VIEIRA, M.A. e NOBRE, L. Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método, Figueiredo, A.C. (org.) *Psicanálise, Pesquisa e Clínica* Rio de Janeiro, Coleções IPUB, Rio de Janeiro, CUCA-IPUB/UFRJ, 2001, p. 11-24.

FREUD, S. Obras Completas, Edição Standard Brasileira – ESB; Standard Edition - SE, London, Hogarth Press, 1978.

(1913) O interesse científico da psicanálise, vol.XIII

(1918) Novos caminhos na terapia psicanalítica, vol.XVII

(1933) Conferência XXXIV – Explicações, aplicações e orientações, vol.XXII

LACAN, J. (1955-56) *O Seminário – livro 3, As Psicoses*, Rio de Janeiro, JZE, 1992.

____ (1958) A direção do tratamento e os princípios do seu poder. *Escritos*. Rio de Janeiro: JZE, 1998.

LAURENT, E. Apresentação. *Préliminaire: Pratique à plusieurs em Institution*, nº 9/10, Antenne 110, Bruxelas, 1998.

____ Psicanálise e saúde mental: a prática feita por muitos. *CURINGA*, nº.14, abril 2000. Belo Horizonte, EBP-MG.

STEVENS, A. A Instituição: prática do ato. *Carta de São Paulo. Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise*. Ano 10, nº. 4, ago./set. 2003.

VIGANÒ, C. Tabela para Construção do Caso, www.forumpsi.it , 2008. Tradução: Daniela Costa Bursztyn

_____ Valutazione ed evidenza clinica nella salute mentale, *Ornicar?* n°. 311, 2008.

_____ La costruzione del caso clínico, *Frammenti* anno 14, n.1, AUSL di Ravenna 2005. Tradução: Daniela Costa Bursztyn.

_____ A construção do caso clínico em saúde mental. *CURINGA – Psicanálise e Saúde Mental*, EBP-MG, n° 13, setembro de 1999, p.50-59.

ZENONI, A. Psicanálise e Instituição – a segunda clínica de Lacan. *Abrecampos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, FHEMIG, ano I n° 0, 2000

_____ Le lien social et le symptôme dans la psychose, Bruxelles, 2004