

Construção de caso clínico na internação psiquiátrica: proposta de trabalho em psicanálise

Construction of clinical case in psychiatric hospitalization: proposal of work in psychoanalysis

Beatriz Alves Viana*
Camilla Araújo Lopes Vieira**
Luis Achilles Rodrigues Furtado***
Mikkael Duarte dos Santos****
Karina Oliveira de Mesquita*****

Resumo

Este artigo discute as contribuições do método psicanalítico de Construção do Caso Clínico à internação psiquiátrica, a partir de questões suscitadas durante a experiência de estágio em uma Unidade Psiquiátrica no Ceará. O método é uma proposta de orientação institucional ao campo da Saúde Mental e foi utilizado como estratégia de intervenção, visando uma orientação da equipe ao tratamento de casos de difícil manejo. Essa ferramenta indicou uma abordagem diferencial dos casos, permitindo uma articulação em rede feita em equipe, além de tornar possível traçar intervenções clínicas específicas para cada paciente.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicose. Unidades de Internação. Construção de Caso Clínico.

Abstract

This article discusses the contributions of the psychoanalytic method of Construction of the Clinical Case to psychiatric hospitalization, based on issues raised during the internship experience at a Psychiatric Unit in Ceará. The method is an institutional orientation proposal in the field of Mental Health and was used as intervention strategy, aiming at a team orientation in the treatment of difficult cases. This tool indicated a differential approach of the cases, allowing a team-made network articulation, besides making it possible to draw up specific clinical interventions for each patient.

Keywords: *Psychoanalysis. Psychosis. Inpatient Care Units. Construction of a Clinical Case.*

* Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. beatrizalvesv@gmail.com

** Professora Doutora do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, CE, Brasil. tgdcamilla@gmail.com

*** Professor Doutor do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, CE, Brasil. luis.achilles@gmail.com

**** Psiquiatra. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e no Centro Universitário INTA (UNINTA). Sobral, CE, Brasil. mikkaelsantos@gmail.com

***** Professora Mestre da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e do Instituto de Formação Superior do Ceará (IFESC). Sobral, CE, Brasil. karinamesquita1991@gmail.com

Introdução

O presente estudo parte da experiência em estágio supervisionado do curso de Psicologia de uma Universidade Federal, em uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral com equipe multiprofissional. Esta última tem a participação do sistema ensino-serviço, contemplado pelos cursos de graduação em Psicologia, Medicina, Enfermagem, Residência em Saúde Mental e Residência Médica em Psiquiatria, localizada no Estado do Ceará.

Durante o período de estágio, além de atendimentos individuais e visitas domiciliares às famílias de internos, foi possível retomar e participar da construção do percurso terapêutico de alguns pacientes considerados de difícil abordagem pelos profissionais. Tais casos, devido à grande complexidade, exigiam uma rede de serviços articulada que contribuísse na construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹. Isso suscitou a formalização de uma intervenção utilizando o método de Construção de Caso Clínico (C.C.C.), que surgiu como uma proposta de orientação institucional no campo da Saúde Mental, visando contribuir para a elaboração dos PTS's, além de outras intervenções por parte da equipe interdisciplinar (FIGUEIREDO, 2004), procurando colher nas produções dos sujeitos-foco do cuidado, os indicadores para o tratamento a partir do referencial psicanalítico (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; VIGANÒ, 1999; VORCARO, 2010).

Uma vez que tal método pressupõe uma articulação intersetorial para sua execução, o mesmo pode contribuir para atenção em Saúde Mental, tendo em vista que esta última deve ser realizada dentro de uma rede de cuidados, obedecendo ao modelo de base territorial e atuação transversal com outras políticas que busquem a construção de vínculos com os usuários e valorizem a dimensão subjetiva (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, consideramos que essa ferramenta aponta diversas contribuições ao tratamento de pacientes durante a internação psiquiátrica, uma vez que esta última implica diversos aspectos que devem ser considerados nos planos terapêuticos, buscando vislumbrar no contexto da institucionalização, um espaço de fala e de produção de novos sentidos para o sujeito.

¹ O PTS é um instrumento específico proveniente do campo da Saúde Mental que busca promover um conjunto de propostas e condutas terapêuticas aos sujeitos – de forma individual e coletiva – a partir de uma visão abrangente dos diversos âmbitos em que o indivíduo faz parte e em conjunto com a equipe de saúde, de forma interdisciplinar (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o referido método foi utilizado com o objetivo de construir uma orientação da equipe para o tratamento, baseada no material elaborado pelo próprio paciente. Nesse sentido, as intervenções na instituição foram realizadas sob o suporte do discurso psicanalítico que favoreceu uma modificação no manejo dos casos, circunscrevendo um modo de compreensão do sujeito em crise que evidenciou a sua singularidade, e não apenas o fenômeno observado em cada sintoma específico (FIGUEIREDO, 2004). Ademais, é importante ressaltar que a proposta de trabalho apresentada no presente texto indica um manejo clínico que pressupõe a articulação de diversos profissionais e referências teóricas, sem, no entanto, “reduzir os instrumentos clínicos da psicanálise a uma banalização de seu uso ou a uma supervalorização de seus conceitos” (FIGUEIREDO, 2004, p. 77).

Considera-se que a discussão fomentada neste artigo pode proporcionar contribuições teórico-práticas para o campo da Saúde Mental, uma vez que permite evidenciar um fazer institucional articulado para a condução de algumas dificuldades encontradas em casos desse âmbito por parte da equipe interdisciplinar, o que justifica a relevância deste trabalho. Assim, o objetivo deste estudo é relatar as contribuições da Construção do Caso Clínico no contexto de internação psiquiátrica.

Metodologia

Durante o período do estágio, ocorreu o acompanhamento clínico de Bárbara – Nome Fictício – paciente de estrutura psicótica, que impôs à equipe segui-la no seu trabalho subjetivo e na narração de sua história, situando os profissionais como “aprendizes da clínica” (ZENONI, 2000). Logo, seguindo o estilo da paciente e baseando-nos em suas indicações, tornou-se possível traçar as intervenções clínicas para o seu tratamento (FIGUEIREDO, 2004). Podemos nos interrogar com Monachesi (2005, p. 168), sobre:

O que acontece nos encontros que temos com os pacientes psicóticos? Como podemos entender o que se passa com eles e o trabalho que fazemos? Essas são, a meu ver, questões fundamentais que a experiência de desterritorialização nos coloca, obrigando-nos a uma reflexão e a um distanciamento que nos permitam encontrar um lugar e uma possibilidade de atuação.

Partindo da afirmativa freudiana de que a pesquisa em psicanálise deve estar atrelada e coincidir com a clínica (FREUD, 1912/1976) – e do fato de que estamos diante do contexto da Reforma Psiquiátrica, que nos convoca sempre novas estratégias para o cuidado clínico – pretendemos articular as construções teóricas advindas desta pesquisa à experiência proveniente do estágio supervisionado. Assim, a experiência e o caso clínico colhido tornaram-se o material de campo base para as discussões construídas, considerando um breve recorte diante da profusão que o sistema de ensino e a atuação no serviço nos lançam.

A partir disso, é importante ressaltar a diferença entre “o caso clínico como exemplo” e “o caso como problema de pesquisa” (VORCARO, 2010, p. 15). No primeiro aspecto, a investigação se restringe apenas à busca de confirmação de afirmações teóricas já realizadas, algo que não se constitui “campo propício à investigação e à teorização” (*Id., ibid.*), tornando-se um mero exemplo que reduz o próprio método. No que se refere ao “caso como problema de pesquisa”, este tem função de problematizar a generalização necessária à teoria, rompendo com a universalidade e enfatizando a presença do singular implicado no sujeito (*Id., ibid.*). Este último é o que se tentou abordar no presente artigo.

Pretendemos, ademais, fazer a análise do material clínico de que dispomos, a partir do qual foi possível depreender um efeito de estabilização do sofrimento por parte da paciente. Ao selecionarmos o caso para observação e acompanhamento, trabalhamos com o estudo de caso conforme a proposta freudiana das construções de casos, buscando no material clínico elementos que permitiam enfatizar a apreensão singular do caso.

O método de Construção do Caso Clínico: discussões sobre a rede e os desafios do trabalho com a psicose na instituição

Viganò (1999) elabora o método de Construção do Caso Clínico (C.C.C.) a partir do conceito freudiano de *construção*, concebendo-o como uma ferramenta que rompe com a orientação de considerar o paciente apenas como um caso social/coletivo e com a hierarquia de saberes e funções entre os membros de uma equipe multidisciplinar. Essa ferramenta dá ênfase ao debate democrático e às decisões a partir do saber do paciente, visando transmitir um trabalho que priorize o sujeito e o seu poder de decisão, sem um ideal de adaptação (VIGANÒ, 1999).

Esse método é composto pelas seguintes etapas: 1. Coleta da narrativa (do sujeito, da família e dos profissionais); 2. As escansões do tratamento e; 3. O cotejamento entre o diagnóstico do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) IV ou CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e o psicanalítico.

Ademais, a C.C.C. tem um caráter de provisoriedade, sujeita à mudança a partir dos novos materiais obtidos da fala do sujeito no decorrer do tempo, e que são mais bem elaborados e compreendidos apenas em um momento posterior (VIGANÒ, 1999). Esse aspecto da construção de caso demarca uma diferença e subverte a lógica definitiva de algumas condutas terapêuticas uniformizadas e repetitivas. Além disso, a Construção de Caso pretende tornar-se um importante instrumento na elaboração dos PTS's (FIGUEIREDO, 2004), uma vez que retoma a história clínica do paciente por meio de um arranjo dos elementos do seu discurso, visando uma direção para determinada intervenção por parte da equipe (VIGANÒ, 1999; FIGUEIREDO, 2004). Tal aspecto foi testemunhado na experiência mencionada, a partir da qual os indicadores para o plano terapêutico da paciente foram elaborados baseados nas próprias produções desta e no que a mesma tinha a dizer sobre sua condição. Dito de outra forma,

Construir o lugar da palavra subjetiva é criar o lugar do Outro que permite a palavra. O Outro, que nós chamamos equipe de trabalho, é qualquer um que no interior do vínculo social, esteja disponível à escuta, operadores que evitam, sobretudo, devorar os sujeitos com psicofármacos, auxílios, projetos próprios, etc. (VIGANÒ, 1999, p. 56).

No contexto da internação psiquiátrica, a ênfase exacerbada no diagnóstico e nos fenômenos, comprometia a possibilidade de escutar o que estava para além do que o sujeito falava, limitando-se apenas à história da doença e sua descrição. Os aspectos diagnósticos e observacionais devem ser problematizados, visando compreender o que deles escampa, uma vez que neles também está implicada a posição do sujeito que lê os dados colhidos (VORCARO, 2010).

Além disso, deparamo-nos com desafios relacionados às fragilidades estruturais da Rede Pública de Saúde, às dificuldades de traçar um trabalho em conjunto com os diferentes profissionais com suas perspectivas teóricas e práticas diferentes e os impasses na articulação e na estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, composta por diversos profissionais e serviços. Este último

ponto trata de uma ação fundamental para o objetivo de cidadania enfatizado pela Reforma Psiquiátrica, bem como para a inclusão do usuário (BRASIL, 2004). Ademais, é importante que, para além dos aspectos estruturais relacionados às políticas públicas, exista a operacionalização de uma clínica ampliada no território que considere a perspectiva simbólica da noção de rede.

Sobre isso Teixeira (2007) aponta que a ideia de rede implica uma realidade que deve ser compreendida em seu estatuto de ação e prática concreta, na experiência feita no singular de cada caso. Garcia (2002) define a noção de rede como um conjunto de “nós” que podem acoplar novos “nós” em um sistema aberto e equilibrado, destacando que a rede modifica os processos de experiência e o funcionamento da assistência. Ainda nesse sentido, Guerra (2005, p. 145) traz questionamentos importantíssimos para a reflexão acerca de uma articulação em rede que destaque a singularidade do sujeito psicótico:

Qual instituição para a psicose? Como fazer dessa rede um espaço que propicie produção e, antes de tudo, enlaçamento? Pensada como rede de dispositivos institucionais e intersetoriais, ou como rede de linguagem, sua finalidade precípua é possibilitar uma inscrição sócio-simbólica possível.

Logo, tentamos não recuar diante do desafio de trabalhar para que a psicose possa ter vez e voz. Além disso, como nos diz Meyer (2008, p. 310), o psicanalista ocupa um lugar de secretariado diante da psicose, no qual “para além de afirmar a posição do sujeito de testemunha aberta do discurso do Outro, pode ajudá-lo a construir um sentido para isto que ele testemunha”.

Estávamos diante de um caso de psicose, no entrecruzamento de diversos saberes e a intenção era que o trabalho fosse sempre uma aposta no sujeito. Assim, nosso caminho não foi instaurar um saber anterior ao que se apresentava clinicamente, mas ao contrário, ir construindo a condução do tratamento no método de Construção do Caso. Assim, o papel do psicanalista não é apenas da ordem do registrar o que lhe chega, mas tomar todo o testemunho do sujeito ao “pé da letra”.

Portanto, o caso que será problematizado demonstra as contribuições da psicanálise à ampliação da clínica, à escuta do sujeito e à construção de redes tendo como base o trabalho interdisciplinar. “A instituição dá estrutura fixa à parceria do sujeito, à parceria criativa do sujeito. Isto é porque devemos pensar que o encaminhamento, a finalidade do tratamento é aquele que faz nascer um sujeito, um sujeito inédito” (VIGANÒ, 2007, p. 02). É sobre a revelação desse sujeito inédito que nos deteremos adiante.

Nascimento de um sujeito inédito: O caso Bárbara

Bárbara, 35 anos, iniciou seu acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) no estado do Ceará após sua primeira internação por ter agredido pessoas dentro de um ônibus em uma viagem que fazia com amigos. A paciente relata que nesse episódio lembrou-se da morte recente de seu pai e, sentindo uma grande tristeza, foi tomada por uma “voz estranha” que ameaçava matá-la. Temos aí um momento que está associado ao desencadeamento do fenômeno psicótico. Percebemos desde então que Bárbara sofre um forte abalo, que não apenas o já doloroso da perda real do pai, mas da impossibilidade de contornar tal perda, suturando a dor com novas saídas de enlutamento. No caso clínico, a perda do pai coincide com a quebra – desde então sustentadora, porém, frágil – do significante que sustentava sua posição sem crise, que, pelo fenômeno, rompeu de vez. Isso é o que Lacan (1955-1956/1985) denominou *significante Nome-do-pai*² ou *metáfora paterna*.

A *metáfora paterna* tem uma função normativa e organizadora, garantindo que o sujeito não seja alienado ao desejo e se coloque na posição de objeto. Assim, para os sujeitos de estrutura neurótica, o “terceiro” da relação – aquele que garante que a função materna acene com outros ânimos o seu desejo e permita à criança também fazê-lo – não comparece na psicose (*Id., ibid.*).

Tínhamos um caso de psicose não desencadeada, até que uma perda real e concreta revela “a dificuldade do sujeito de se situar no registro do simbólico, que é apreendido como totalidade sem furo, sem falta que se manifesta como um Outro que faz do sujeito um objeto ou o invade através de vozes alucinadas, em seu corpo, até o âmago do seu ser” (QUINET, 1997, p. 220).

Assim, posterior a essa sua primeira internação, alguns profissionais do CAPS – sensíveis à condição da paciente e partindo do saber que ela tinha sobre si, saíram da posição de detentores do saber e começaram a ouvir Bárbara – engajaram-na em atividades no serviço relacionadas aos seus interesses de escrita e de artesanato. A equipe viabilizou uma posição de liderança no grupo para ela, propondo-lhe que dirigisse oficinas de artesanato no CAPS. Além de

² Termo utilizado por Lacan (1955-1956/1985) como uma metáfora para circunscrever a compreensão do complexo de Édipo, que articula a função fálica ao complexo de castração, algo que está relacionado à produção de uma amarração simbólica por parte do sujeito.

bastante engajada nas atividades do serviço, participava assiduamente das reuniões do movimento da Luta Antimanicomial da cidade, donde vivenciou esse momento com bastante organização, revelando certa estabilidade. Com a mudança de alguns profissionais do serviço, todo o funcionamento mudou, e Bárbara sentiu os efeitos das mudanças, já que perdeu sua então posição de oficineira que lhe garantia liderança. Passou, então, a ter novas crises que impactavam diretamente tanto na logística organizacional do serviço do CAPS quanto na clínica. Bárbara reagia de forma violenta, quebrando objetos tais como, computadores, mesas, armários e afirmando que o serviço estava lhe roubando, já que tudo que havia naquele espaço lhe pertencia.

Assim, Bárbara apresentava-se sempre demonstrando a certeza de que havia um perseguidor que, além de tudo saber ao seu respeito, era culpado pela destituição do seu lugar de poder diante do coletivo. Eis um ciclo que sempre se fecha sobre Bárbara: ela não suporta e, novamente, precisa ser internada.

As causas atribuídas às internações posteriores deviam-se às crises de agressividade de Bárbara, direcionada principalmente à família e amigos mais próximos. Em uma das internações, Bárbara invade uma igreja e ameaça matar o pastor com uma faca. Outro episódio de internação se deu por ela ter quebrado o vidro da loja de uma amiga e em seguida agredido os clientes que lá estavam, alegando que apenas iria embora quando “devolvessem a sua mortalha”. Devido às frequentes crises de agressão, suas relações sociais ficaram totalmente comprometidas, caracterizadas pelo afastamento devido ao medo que as pessoas mais próximas sentiam dela.

No ambiente de internação, Bárbara colocava-se sempre em uma posição de comando em relação às pessoas, dizendo muitas vezes, no espaço da Unidade Psiquiátrica, que tinha o “controle sobre os atos dos outros internos”. Sua postura era ameaçadora, inclusive de violência física aos que não cumprissem as ordens que prescrevia.

É importante ressaltar que a maior parte dos delírios de Bárbara se dava a partir de conteúdos sobre morte e sexualidade. Assim, a paciente sempre se colocava em uma posição de perseguida, dizendo que queriam matá-la ou como tendo sido vítima de estupro/abuso por parte dos outros internos da Unidade Psiquiátrica. Bárbara testemunhava constantemente, por meio dos seus delírios, a invasão do Outro³ (campo simbólico), conseqüente da *forclu-*

³ Termo utilizado por Lacan (1957-1958/1985) para referir-se a um lugar a partir do qual a linguagem e o campo simbólico se constituem.

são do significante *Nome-do-Pai*⁴, sem conseguir barrar tal excesso (LACAN, 1955-1956/1985).

Passados anos de seu processo de tratamento, as internações permaneciam como constantes e frequentes. A equipe que a acompanhava na internação, pela rotina institucional, enxergava Bárbara como um caso conhecido cuja conduta era sempre a mesma, sem perspectiva de mudança. Ademais, muitas vezes, algumas pessoas da equipe justificavam as frequentes internações ao fato de a paciente “não tomar a medicação”, por exemplo, sem buscar entender os aspectos singulares de sua história. Sobre isso, Kyrillos Neto (2009) aponta que apenas podemos resgatar a dimensão estrutural da psicose quando nos afastamos da crença do dito caráter deficitário desta e da ênfase no aspecto biológico-farmacológico. Portanto, foi diante desse contexto que iniciamos o trabalho de construção do caso da paciente.

O Trabalho de Construção do caso de Bárbara

Ao iniciarmos a vivência de estágio na Unidade de Internação Psiquiátrica, foi realizada uma Apresentação Clínica de Pacientes⁵ que evidenciou implicações clínicas importantes, pois esse momento teve estatuto de privilégio para a paciente, que passou a comentar de forma orgulhosa com os outros pacientes e profissionais, ter palestrado para estudantes de uma Universidade. Posteriormente, trabalhamos na Construção do Caso Clínico de Bárbara, a partir do material colhido de sua fala “ao pé do letra” (FIGUEIREDO, 2004, p. 81), de sua família e dos profissionais que a acompanharam durante todo o percurso terapêutico.

No decorrer do trabalho clínico e a partir dos elementos colhidos sobre o caso nos atendimentos e apresentados nas reuniões de equipe, os profissionais da Unidade passaram a atentar sobre o caráter não aleatório das crises de Bárbara, observando o caso de forma mais cuidadosa/demorada e propondo um

⁴A *Foraclusão do Nome-do-Pai* trata-se de um conceito forjado por Lacan a partir do termo *Verwerfung* cunhado por Freud em um relato clínico chamado *Homem dos lobos* que apresenta um episódio de alucinação. Nesse sentido, *foraclusão* será aquilo que caracterizaria a estrutura clínica da psicose como distinta da neurose.

⁵O dispositivo de Apresentação Clínica de Pacientes mencionado foi elaborado por Lacan (1993) a partir de sua experiência no campo da Psiquiatria. A prática de Apresentação de Pacientes foi originada na psiquiatria, mas Lacan a retomou com um referencial psicanalítico, rompendo com a concepção psiquiátrica e dando ênfase à forma como era manifestada na entrevista a relação do sujeito com o Outro da linguagem.

resgate à família da paciente, que já estava com os vínculos bastante fragilizados. A equipe passou a não mais ignorar a crise ou tentar silenciá-la com medicamentos, mas questionar-se acerca do lugar do sujeito naquele surto. Uma vez que os profissionais passaram a entender as crises de Bárbara como uma “desamarração”, possibilitou que, conjuntamente, discutissem acerca da amarração que estava sendo efetuada outrora.

Constatou-se que, como traz Di Ciaccia (1999), logo que o paciente chega a uma instituição, o mesmo já tem um trabalho psíquico iniciado. Com Lacan (1967/1998), podemos ver que toda formação humana tem o objetivo de re-frear o gozo⁶. Dessa forma, percebeu-se que ao nos voltarmos para o que a paciente tinha a dizer, foi possível escutar sua posição estrutural de objeto do gozo absoluto do Outro, e assim, pensar na possibilidade de propiciar espaços singulares que estabilizassem a sua condição e efetuassem uma regulação de gozo, fazendo com que Bárbara se sentisse no lugar de domínio/liderança novamente, de forma estabilizada.

No que se refere à primeira etapa do método de C.C.C. – correspondente à coleta da narrativa – esta foi feita por meio dos atendimentos individuais da paciente feitos pela estagiária, pelas consultas dos residentes, internos de medicina, profissionais do serviço (psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem) e pelas conversas com a família da paciente realizadas por meio de visitas domiciliares. Nessa primeira etapa, toda a equipe da unidade reunia-se para discutir o caso em questão, o que era feito semanalmente antes do início do serviço. Nessas reuniões, cada uma dessas narrativas era discutida em equipe. Nesse momento tratava-se, sobretudo, de descrever os diferentes discursos sobre a paciente, além de permitir à equipe refletir acerca de sua condução.

A segunda etapa, referente às escansões do tratamento, trata dos aspectos clínicos singulares elaborados a partir da narrativa do sujeito, a saber: a forma como a paciente se relacionava com as pessoas (sempre por meio de um caráter invasivo), a expressão singular de seus delírios (com conteúdos de morte e sexualidade); a relação transferencial com algumas pessoas da rede e a forma como esse elemento se manifestava em sua fala e na construção de seu delírio. Sobre esse último aspecto, podemos testemunhar que a paciente declarou muitas vezes que estava grávida de uma criança cujo nome referia-se a um neologismo – construção bastante presente na psicose – formado pela junção dos nomes de algu-

⁶ Lacan (1969-1970/1992) retira tal termo da discussão freudiana sobre a pulsão de morte e transforma-o em conceito, *jouissance* em francês, para referir-se ao paradoxo da coexistência entre prazer e desprazer da satisfação pulsional.

mas pessoas próximas a ela. Apesar do caráter aparentemente sem sentido dessa construção de Bárbara, escolheu-se por acolher e escutar o que a paciente tinha a falar a respeito, o que demonstrou a sua relação transferencial com outros profissionais que a atendiam fora do hospital, que tentamos engajar no tratamento da paciente, por meio de um trabalho intersetorial. Diante desse fenômeno transferencial apresentado por Bárbara, percebe-se a relação peculiar do sujeito psicótico com a transferência, quando, por exemplo, a paciente aparece se posicionando como objeto de um Outro absoluto e radical (LACAN, 1955-1956/1985).

No que se refere às etapas do tratamento de Bárbara, citamos Maleval (2002) que define o primeiro momento de desencadeamento como uma “Deslocalização do gozo e perplexidade angustiante” e descreve-o como um período em que a realidade é alterada, causando angústia, perplexidade e inquietude, devido à ruptura da cadeia significativa. Podemos localizar tais características a partir do que Bárbara descreveu à equipe durante seus primeiros atendimentos ao iniciar o tratamento no CAPS. Logo após esse episódio de desencadeamento a paciente passa a ter as internações frequentes.

Observou-se posteriormente, um período que Maleval (2002) intitula de “Tentativa de significação do gozo do Outro”, em que Bárbara passou a tentar dar explicações para os fenômenos que lhe ocorriam, justificando que suas crises se davam devido a uma perseguição de sua família ou vizinhos e amigos próximos que queriam matá-la, abusar dela ou invadir o seu corpo. Por exemplo, em uma das crises, entra em grande desorganização no espaço da Unidade de Internação, dizendo que um dos pacientes fazia parte do “comando vermelho” que a estava perseguindo.

No decorrer desses primeiros períodos, são iniciados, simultaneamente, os atendimentos e o engajamento da equipe no resgate e construção do caso. A realidade delirante dela foi acolhida, e viabilizou-se a transferência e a possibilidade da construção de um laço menos invasivo. Assim, a ênfase no saber do sujeito (Bárbara) juntamente com o esvaziamento do saber da equipe (o analista faz parte), fomentaram os efeitos clínicos de estabilização. Uma vez que a equipe passou a escutar o que a estrutura psicótica tinha a ensinar, formas de pensar o trabalho foram sendo inauguradas, seguindo as indicações do próprio sujeito.

No que tange à última etapa da construção de caso, referente ao cotejamento entre o diagnóstico do DSM IV ou CID-10⁷ e o psicanalítico, tentou-se incluir a

⁷No seu encaminhamento havia duas hipóteses diagnósticas, segundo os critérios da CID: F31.2 - Transtorno Afetivo Bipolar com características psicóticas e F20-29 - Transtorno do Espectro da Esquizofrenia.

noção de estrutura e de sujeito do inconsciente na elaboração do diagnóstico, visando discutir com toda a equipe os efeitos disso na própria instituição.

É nesse sentido que o método de Construção do Caso Clínico privilegia no tratamento o sujeito do inconsciente que se presentifica por meio de suas produções discursivas (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; VIGANÒ, 1999; VORCARO, 2010).

A construção do caso facilita o trabalho do psicótico, ao invés de aumentá-lo, dificultá-lo. Para facilitar o trabalho do psicótico é necessário que primeiro falemos do trabalho que ele está fazendo, que o construamos, que possamos dar uma ordem simbólica ao seu trabalho. A primeira ordem no simbólico é poder falar, é poder produzir na equipe um saber sobre o caso particular. É um saber que vai ser construído para cada caso (VIGANÒ, 2007, p. 09).

Valorizar o lugar de fala de Bárbara permitiu uma mudança subjetiva, no sentido de regulação do gozo do Outro perseguidor, que se presentificava para ela por meio dos efeitos punitivos de seu delírio persecutório, ao relatar ouvir vozes que anunciavam sua morte por meio do canto de uma música infantil – que dizia “meu pintinho amarelinho” – que a torturava, acusava-a e a ameaçava de estupro e abuso. Depois de um tempo, Bárbara passa então, a enunciar que conseguia “comandar” essas vozes, pois havia se transformado na “líder” e “comandante” das pessoas da Unidade Psiquiátrica. Essa foi a forma como ela começou a organizar todo o conteúdo invasivo de seus delírios. Isso nos permitiu compreender que o modo como Bárbara conseguia produzir uma regulação de gozo era quando se apresentava em uma posição de liderança, uma vez que isso permitia que se sentisse menos invadida em relação às pessoas e firmasse uma certa estabilização.

Nessa perspectiva Maleval (2002) diz que nos anos 60 o significante *Nome-do-Pai*, passa a ser entendido por Lacan (1960/1998) como algo que irá organizar a incompletude do Outro. Assim, uma vez que o sujeito psicótico não dispõe dessa falta e se vê constantemente na tentativa de barrar/obturar esse Outro que aparece sem mediação e de forma intrusiva, como por exemplo, através do trabalho de delírio – um modo de mobilizar novas significações para regulação de gozo. Logo, o referido autor confirma a afirmação de Lacan (1960/1998) de que o Nome-do-Pai transmitiria essa regulação e a linguagem promoveria uma barreira ao gozo que incide sobre o sujeito.

Alvarenga (2000, p. 18), ao falar acerca do caráter da estabilização na psicose, destaca que: “A estabilização é uma operação que circunscreve, localiza, deposita, separa ou apazigua o gozo, correlativa de uma entrada em algum tipo

de discurso, por mais precário que seja”. Assim, é dessa forma que o delírio de Bárbara se mostrava como uma tentativa de reconstrução (FREUD, 1924/1988), buscando dar uma significação ao seu sofrimento e como forma de um tratamento do gozo (JACINTO; COSTA, 2011).

Sobre isso, Viganò (2007, p. 07) declara:

Como o psicótico chega a encontrar certa estabilidade? Fundamentalmente quando encontra um lugar no mundo simbólico, quando existe uma constelação, um discurso que lhe dá o seu lugar. Vimos que a dificuldade específica da psicose é entrar no discurso e no vínculo social. Qualquer discurso que se produza que lhe dê um lugar, o estabiliza.

Com o trabalho de secretariado feito à Bárbara e testemunhando o seu duplo trabalho de autodefesa e autoconstrução (VIGANÒ, 1999), foi possível suprimir qualquer saber sobre o que poderia ser o melhor para a paciente. O manejo fundamentou-se em abrir espaço para que pudesse propor soluções para seu tratamento, visando à construção de novos arranjos subjetivos e um discurso que lhe desse “um lugar”.

Com a construção da história do caso, a equipe de profissionais que antes não supunham sentido no ato da paciente, pôde formular um novo discurso acerca do caso, e conseqüentemente, uma nova postura em lidar com o sofrimento da paciente.

Ademais, na construção de seu delírio endereçado ao Outro (o serviço de Saúde Mental), Bárbara dizia que não iria mais dar oficinas no serviço, pois as pessoas apenas queriam aproveitar-se de seus conhecimentos e roubar seus objetos artesanais. A escuta permitiu elaborar um direcionamento ao seu tratamento na articulação com os setores de Reabilitação Psicossocial e Geração de Renda, para que pudesse apresentar e vender sua arte em uma feira popular da cidade. Como continuidade do trabalho, foi possível perceber alguma estabilização no seu sofrimento psíquico, refletido no tempo sem internação e com mais contato com a família.

Considerações finais

O método de Construção de Caso pode contribuir para orientação da equipe ao direcionamento do tratamento no campo da Saúde Mental, extraindo a ló-

gica singular de cada caso. Tal ferramenta, ao convocar o sujeito em sua dimensão singular, o põe como orientador do tratamento, da construção do plano terapêutico e das possíveis intervenções da rede.

As providências e decisões do caso apresentado foram construídas baseadas no que era colhido durante os atendimentos com a paciente e com seus familiares, somado ao que era discutido com a equipe, buscando uma articulação entre os aspectos relacionados à dimensão do sujeito e àqueles referentes ao contexto das instituições envolvidas. Dessa forma, Viganò (2007) adverte acerca da precaução de não tornar a rede um âmbito envolto por automatismos, mas, fazer desta um instrumento potencializador para o paciente, deixando que o mesmo se insira de acordo com a sua criatividade e singularidade.

Tal experiência fez-nos entender que os saberes técnicos da equipe pouco importam se não puderem estar relacionados a algo que venha do sujeito por meio de sua fala. Quem está no centro do processo de cuidado é o sujeito e é necessária, portanto, uma retificação na posição dos operadores do caso, visando problematizar as classificações estabelecidas e as observações realizadas cotidianamente, incitando transformações institucionais que enfatizem a particularidade dos sujeitos. Com a psicanálise aprendemos que cada caso é um caso e que a clínica se renova no um a um.

Tramitação

Recebido 17/11/2018

Aprovado 19/08/2019

Referências

ALVARENGA, Eliza. Estabilizações. *Revista Curinga*, v. 14, p. 18-23, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília (DF), 2004.

BURSZTYN, D. C.; FIGUEIREDO, A. C. O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 131-145, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CIACCIA, A. D. Da fundação de um à prática feita por muitos. *Curinga Psicanálise e saúde mental*, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais, n. 13, p. 60-65, 1999.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000100075&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-471420040001006>.

FREUD, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Amorrortu, 1976. (Obras completas de Sigmund Freud, 7).

_____. (1924). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. (Obras completas de Sigmund Freud, 19).

KYRILLOS NETO, F. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia*, Canoas, n. 30, p. 39-49, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2018.

GARCIA, C. Rede de redes. In: *Psicanálise, psicologia, psiquiatria e saúde mental: interfaces*. Belo Horizonte: Oficina de arte e prosa, 2002.

GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 139-154, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2018.

JACINTO, R. S.; COSTA, A. M. M. da. Considerações sobre o conceito de estabilização nas psicoses. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 49-57, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2018.

LACAN, J. (1955-1956). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1985.

_____. (1957-1958). *O seminário, livro 4: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1985.

_____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1967). Alocução sobre as psicoses da criança. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998.

_____. (1969-1970). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. (1993). Documento – O Caso de Mademoiselle B – Relato de uma apresentação de paciente feita por J. Lacan. In: *Psicose - Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Ano IV, n. 9, nov. 93, p. 3.

MALEVAL, J-C. *La forclusión Del Nombre Del Padre: el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

MEYER, G. R. Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 299-312, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982008000200009>.

MONACHESI, A. R. O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. *Psychê*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 165-182, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2018.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

TEIXEIRA, A. M. R. Tecendo a rede: a psicanálise na saúde mental. *Revista Eletrônica CliniCAPS*, 1 (1), p. 1-11, 2007. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_01/Revista01_art2_Antonio.pdf>.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*. v. 13, n. 1, p. 39-48, 1999. Disponível em: <http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/edicao_13-pdf.pdf>.

_____. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. *Revista Eletrônica CliniCAPS*, v. 1, n. 3, p. 1-22, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072007000300002&lng=pt&tlng=pt>.

_____. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2010. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf>.

VORCARO, A. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: KYRILOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. (Org.). *Pesquisa em psicanálise: uma transmissão na Universidade*. Minas Gerais: EdUEMG, 2010, p. 81-98.

ZENONI, A. Psicanálise e instituição. *Abrecampos - Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, v. 1, p. 9-70, 2000.