



CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO EM PSICANÁLISE: CONTRIBUIÇÕES AO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

CONSTRUCTION OF THE CLINICAL CASE IN PSYCHOANALYSIS: CONTRIBUTIONS TO THE INSTITUTIONAL RECEPTION SERVICE

Luana Cardoso Paulino¹
Juliana Meirelles Mota²

RESUMO: Este estudo trata de analisar as possíveis contribuições que a construção do caso clínico em psicanálise pode gerar na condução dos atendimentos prestados aos usuários das Unidades de Acolhimento Institucional. Essa é uma instituição concebida no Estatuto da Criança e do Adolescente, onde prevê uma série de ações com fins de proteger integralmente esses sujeitos em desenvolvimento, afastados temporariamente do convívio familiar. A noção da interdisciplinaridade como prática ancorada nesse campo, determina articulações com diferentes políticas públicas setoriais, dentre elas, a de Saúde Mental. Por esse ângulo, as metodologias presentes nas Unidades de Acolhimento e nos Centros de Atenção Psicossocial, equipamento do Sistema Único de Saúde, serão avaliadas a partir do enfoque da construção do caso clínico, analisando as contribuições que essa metodologia psicanalítica pode agregar. Foi realizada uma pesquisa exploratória. Concluiu-se que a construção do caso clínico tem significativa relevância no campo das Unidades de Acolhimento, podendo gerar uma condução dos casos com aspecto mais humanizado. Além disso, foi visto que a referida metodologia poderá servir como alicerce ao trabalho do acolhimento institucional, incluindo a elaboração e manutenção dos planos individuais de atendimento e projetos terapêuticos singulares.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Acolhimento Institucional; Plano individual de atendimento; Projeto terapêutico singular; Construção de caso clínico; Psicanálise.

ABSTRACT: This study tries to analyze the possible contributions that the construction of a clinical case in psychoanalysis can generate in the conduction of the ventures provided to the users of the Institutional Reception Units. This is an institution created in the Child and Adolescent Statute, where a series of actions with fins to fully protect these developing individuals, temporarily away from family life. The notion of interdisciplinarity as a practice anchored in this field, determines articulations with different sectorial public policies, among them, Mental Health. From this angle, as the methodologies presented in the Units of Choice and Psychosocial Care Centers, equipment of the Unified Health System, are available from the focus of the construction of the clinical case, analyzing the contributions of this psychoanalytic methodology. An exploratory research was carried out. It was concluded that the construction of the clinical case has significant relevance in the field of access units, which can lead to a more humanized management of cases. In addition, it was seen that the method used can serve as all institutional care work, including the preparation and maintenance of individual care plans and unique therapeutic projects.

KEYWORDS: Institutional Reception Unit; Individual service plan; Unique therapeutic Project; Construction of clinical case; Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê os direitos que esses sujeitos em desenvolvimento possuem e que devem ser assegurados pela família, sociedade e Estado.

1 Psicóloga e pós-graduada em Saúde Mental pela PUC Minas. Já atuou como Técnica em Psicologia em duas Unidades de Acolhimento Institucional. Atualmente trabalha como Psicóloga Educacional em uma instituição do terceiro setor com foco em projetos sociais. paulino.luanac@gmail.com

2 Psicanalista, membro da Associação Mundial de Psicanálise e Escola Brasileira de Psicanálise-MG. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Instituto Raul Soares/FHEMIG. Docente dos cursos de Especialização Clínica Psicanalítica, Criança e Adolescência e Saúde Mental do IEC/PUCMG e Supervisora Clínico Institucional da Rede de Saúde Mental de Contagem. julianameirellesmotta@gmail.com

Para aquelas crianças e adolescentes que se encontram em medida protetiva de acolhimento institucional, ou seja, afastadas do convívio familiar, são previstas uma série de ações a serem executadas pelas entidades de acolhimento institucional, com fins de garantir a sua proteção integral.

Contudo, o trabalho de acolhimento institucional de crianças e adolescentes é marcado pela incompletude institucional, sendo orientado para uma prática interdisciplinar. Isso significa uma rede de proteção ampliada, envolvendo diferentes políticas públicas que trabalham simultaneamente e em conjunto para garantir os direitos dos acolhidos.

Nesse sistema de garantia de direitos, os Centros de Atenção Psicossocial, equipamento de saúde mental do Sistema Único de Saúde, também conduz diversas ações aos acolhidos das Unidades de Acolhimento, uma vez que também são usuários deste local. Logo, há uma articulação entre a Política de Assistência Social e da Saúde Mental, incluindo as suas respectivas metodologias, o plano individual de atendimento utilizado nas Unidades de Acolhimento e o projeto terapêutico singular, dos Centros de Atenção Psicossocial.

Assim, a produção visa o estudo das possíveis contribuições que a construção de caso clínico em psicanálise pode gerar na condução dos atendimentos aos usuários das Unidades de Acolhimento Institucional. Contemplará ainda, os arranjos viáveis dessa metodologia para a construção e manutenção dos planos individuais de atendimento e projetos terapêuticos singulares, arcabouços que são utilizados como instrumentos de trabalho nas Unidades de Acolhimento e nos Centros de Atenção Psicossocial.

O trabalho foi feito a partir de uma pesquisa exploratória sobre a literatura já desenvolvida que engloba os assuntos abordados, com o intuito de desenvolver o conceito de construção do caso clínico em psicanálise pensando na aplicabilidade e relevância no campo das Unidades de Acolhimento Institucional. Uma pesquisa exploratória compreende:

[...] desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. (GIL, 2008, p. 27).

Nesse contexto, o método utilizado foi a pesquisa bibliográfica, que consiste no levantamento de produções existentes, revisões e análise dos dados qualitativos, através de uma leitura crítica, interpretação e produção do relatório.

Em primeiro momento, buscou-se apresentar as definições e características do acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Em seguida, discorreu sobre as metodologias

de trabalho das Unidades de Acolhimento e dos Centros de Atenção Psicossocial, apontando suas similaridades. No quarto capítulo, foi descrito sobre a relevância do trabalho interdisciplinar e as articulações entre os equipamentos citados acima. Posteriormente, desenvolveu o conceito de construção de caso clínico. No sexto capítulo, apresentou as contribuições da construção do caso clínico para o âmbito das Unidades de Acolhimento, abrangendo os planos individuais de atendimento e projetos terapêuticos singulares.

Com o presente estudo, revela-se importantes contribuições que a metodologia de construção de caso clínico pode proporcionar na condução dos atendimentos prestados nas Unidades de Acolhimento Institucional, possibilitando um horizonte mais humanizado de atendimento, uma vez o enfoque centralizado no sujeito, dentre outras relevâncias apontadas ao longo do trabalho.

2 UNIDADE DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA definido pela Lei 8.069 de 1990 compõe o aporte legal no que tange os direitos da criança e do adolescente no Brasil. É uma lei que determina a proteção integral, prevendo que criança e adolescente são sujeitos em desenvolvimento e assim tem absoluta prioridade na efetivação dos seus direitos (BRASIL, 1990).

No conjunto de ações que prevê a garantia de direitos da criança e do adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente concebe alguns programas de proteção, dentre eles, o serviço de acolhimento institucional, executado por uma entidade destinada a crianças e adolescentes que se encontram sob medida protetiva. Desse modo, acolhe-se crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados, como em situações de abandono ou quando o responsável se encontra temporariamente impossibilitado de exercer a função de cuidado e de proteção. Assim, a criança ou adolescente é afastado do convívio familiar e inserido na unidade de acolhimento.

Conforme previsto no ECA, a medida protetiva de acolhimento é caracterizada como excepcional e provisória, sem privação de liberdade, como um meio de transição para reintegração familiar e na não possibilidade, a inclusão em família substituta. O princípio de excepcionalidade do afastamento do convívio familiar prevê que:

Todos os esforços devem ser empreendidos no sentido de manter o convívio com a família (nuclear ou extensa, em seus diversos arranjos), a fim de garantir que o afastamento da criança ou do adolescente do contexto familiar seja uma medida

excepcional aplicada apenas nas situações de grave risco à sua integridade física e/ou psíquica. (BRASIL, 2012, p. 23)

O acolhimento institucional é a sétima medida protetiva estabelecida no ECA e deve ser aplicada de forma criteriosa, considerando o melhor interesse da criança e do adolescente, bem como quando esgotadas intervenções que mantenham a criança e adolescente no convívio de sua família.

O princípio de provisoriedade do afastamento do convívio familiar também estrutura o atendimento das entidades e preconiza que o retorno seguro ao convívio familiar deve ser feito ao menor tempo possível, “[...] prioritariamente na família de origem e, excepcionalmente, em família substituta [...]” (BRASIL, 2012, p. 24).

Além destes princípios, há outros que direcionam o serviço de acolhimento institucional, como preservação dos vínculos familiares, atendimento individual e personalizado, respeito a autonomia da criança e do adolescente, dentre outros (BRASIL, 2012).

A lei de proteção a crianças e adolescentes entende que um ambiente familiar saudável é o melhor local para esses sujeitos se desenvolverem, contudo, embora a criança ou adolescente em situação de acolhimento esteja afastada do convívio familiar, o trabalho da entidade de acolhimento é passível de ser reparador. Em vista disso, os efeitos do distanciamento familiar podem ser atenuados.

Sob essa ótica, quando a criança ou adolescente chega ao serviço, a equipe da unidade de acolhimento iniciará o seu acompanhamento, de modo que garanta a sua proteção integral, atrelado ao processo de avaliação no que tange as possibilidades de reintegração ou colocação em família substituta. Para tanto, um plano individual de atendimento é realizado pela unidade, “[...] no qual constem objetivos, estratégias e ações a serem desenvolvidos tendo em vista a superação dos motivos que levaram ao afastamento do convívio e o atendimento das necessidades específicas de cada situação” (BRASIL, 2012, p. 32).

O desenvolvimento das ações do plano de atendimento deve ser feito de modo articulado e integrado a rede socioassistencial, bem como as diferentes políticas públicas setoriais. Nesse sentido, é relevante dizer que a unidade de acolhimento é caracterizada pela sua incompletude institucional e deve se orientar para efetivação das políticas públicas e assim a garantia dos direitos dos usuários, de maneira que as questões que lhe estão envoltas não sejam tratadas de modo fragmentado.

Assim, o diálogo com os demais órgãos das políticas públicas deve se pautar em construir coletivamente uma resposta para o acolhido, “no menor tempo necessário, que não

seja revitimizadora ou precipitada” (BRASIL, 2012).

À face do exposto, o presente estudo tem como finalidade avaliar as possibilidades que a construção de caso clínico pode contribuir na condução do atendimento prestado a cada acolhido, abrangendo as orientações metodológicas utilizadas nas Unidades de Acolhimento e nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, diante o trabalho intersetorial existente.

3 PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes tem dentre os seus instrumentos de trabalho, o plano individual de atendimento - PIA. Previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Resolução Conjunta CONANDA/CNAS Nº 01/2009, dispõe que o plano individual de atendimento deverá ser elaborado pela entidade de acolhimento imediatamente após a chegada da criança ou adolescente no serviço. Tal procedimento objetiva a reintegração familiar, salvo em casos que a adoção seja o melhor interesse da criança ou adolescente. Nesse sentido, esse instrumento norteará o serviço a ser executado para com cada acolhido, considerando a singularidade de cada caso.

As orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes determina que:

O Plano de Atendimento tem como objetivo orientar o trabalho de intervenção durante o período de acolhimento, visando à superação das situações que ensejaram a aplicação da medida. Deve basear-se em um levantamento das particularidades, potencialidades e necessidades específicas de cada caso e delinear estratégias para o seu atendimento. (BRASIL, 2012, p. 32-33).

Por esse ângulo, a equipe da unidade de acolhimento deverá realizar um estudo de caso sobre o acolhido e sua família avaliando as situações que ensejaram a medida protetiva, a reincidência de acolhimento, a configuração e dinâmica familiar, as relações afetivas e sociais na família e na comunidade, o âmbito socioeconômico, as necessidades específicas da criança e do adolescente, o contexto de violência e a interpretação do acolhimento institucional do membro familiar (BRASIL, 2012).

Logo, a finalidade do PIA será orientar de forma sistêmica o trabalho com cada acolhido, com fins de garantir um serviço de qualidade, promovendo cuidados, proteção e desenvolvimento favorável ao crescimento da criança e do adolescente no período de acolhimento,

potencializando o processo de autonomia, fortalecendo as relações familiares e com a comunidade, o acompanhamento da família e seu acesso a rede de serviços, dentre outras garantias.

A participação da criança, do adolescente e de sua família é fundamental na construção do PIA, bem como de outras pessoas significativas para o acolhido. Do mesmo modo, os representantes da rede de garantia de direitos representam papel primordial na elaboração de tal ferramenta, visando garantir o superior interesse da criança e do adolescente acolhido, conforme descrito nas Orientações Técnicas:

O desenvolvimento das ações do Plano de Atendimento deve ser realizado de modo articulado com os demais órgãos e serviços que estejam acompanhando a família, a criança ou o adolescente (escola, Unidade Básica de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, CAPS, CREAS, CRAS, programas de geração de trabalho e renda, etc.)[...] (BRASIL, 2012, p. 35)

Reuniões periódicas para estudos de casos com os demais equipamentos das políticas públicas devem fazer parte do cenário de elaboração do PIA, visando o compartilhamento de informações, definições de ações e estratégias conjuntas, acompanhamento e articulações, além de avaliação sobre a necessidade de revisão do PIA, uma vez o seu caráter dinâmico, onde requer atualizações.

É relevante pontuar que a criança e adolescente não é responsabilidade única e exclusiva da unidade de acolhimento, que está situado no Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Assim, a troca de comunicação entre diferentes áreas e saberes representa aspecto fundamental na condução dos casos e assim, fomenta o compromisso mútuo da rede de proteção, contribuindo para uma assistência integral de qualidade.

De modo similar, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, equipamento que compõe a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e que integra o Sistema Único de Saúde – SUS, dispõe de uma metodologia de trabalho para atendimento dos seus usuários.

O CAPS tem como uma de suas orientações metodológicas o projeto terapêutico singular - PTS, ferramenta com características equivalentes ao PIA. Trata-se de um instrumento a ser elaborado para conduzir o tratamento, considerando a singularidade e especificidades de cada caso, de modo a contribuir com a autonomia do sujeito, bem como a promoção de sua saúde integral.

De acordo com o Ministério da Saúde:

“[...] um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma

das ações que visam ao cuidado integral. Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2013, p. 33).”

Uma vez a chegada do usuário no serviço, seu projeto terapêutico singular deverá ser elaborado, considerando o âmbito de atividades do CAPS e o serviços locais de outras esferas políticas, posto a integralidade de cuidado. Assim, “cada indivíduo e sua família têm seu projeto terapêutico, que depende de suas redes pessoais, sociais e dos recursos da comunidade, da rede de serviços de saúde e intersetoriais necessárias.” (BRASIL, 2014, p. 19)

Nessa perspectiva, traça-se intervenções que serão definidas de forma conjunta pela equipe de saúde mental e da rede SUS, com o usuário, sua família e com outros representantes de diferentes áreas:

“[...] as equipes de saúde dos diferentes equipamentos que compõem a Rede visam oferecer um projeto terapêutico complexo e contínuo, integral e singularizado, considerando tanto as ações relativas à clínica do sujeito quanto aquelas relativas à sua habilitação e a sua inserção no mundo do trabalho e da cultura. Esse processo, que é clínico, político e social, inclui atores de diferentes setores da administração pública e da sociedade civil. (OLIVEIRA, 2008, p. 17)

Um elemento fundamental é a particularidade de modificação do projeto terapêutico, correspondendo a possibilidade de alterações conforme a evolução e/ou mudanças no caso, assim, readaptações e aprimoramento são considerados relevantes, podendo agregar na melhoria do atendimento prestado.

Na construção do projeto terapêutico leva-se em conta a integralidade do sujeito, sua história, a situação de saúde mental e dos aspectos sociais e econômicos, bem como o campo de seus relacionamentos familiares e com a comunidade, fatores que quando analisados e discutidos com diferentes atores da rede de cuidados, promove reflexões e intervenções que podem contribuir para a manutenção da vida em seu aspecto global.

Nesse seguimento, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS se orienta na promoção de um serviço que esteja integrado a rede de cuidados. O Guia Prático sobre Psicoses para Profissionais da Atenção Básica, formulado pela Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia afirma que:

Os CAPS assumem papel estratégico na articulação e construção dessas redes de atendimento, cumprindo suas funções na assistência direta e na articulação dos demais serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Famí-

lia e Agentes Comunitários de Saúde e promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários através de ações intersetoriais que envolvem outras redes, tais como justiça, assistência social, educação, trabalho, lazer, cultura. (BRASIL, 2014, p. 19)

É possível avaliar que, quando a noção interdisciplinar é incorporada ao contexto de atendimento a cada caso, favorece a prestação de um serviço exitoso. Haja posto a relevância da interface entre diferentes áreas para a condução dos casos e considerando as metodologias similares de trabalho nos serviços das Unidades de Acolhimento e dos Centros de Atenção Psicossocial, quais são as contribuições que a metodologia de construção de caso clínico pode contribuir na elaboração dos planos individuais de atendimento e dos projetos terapêuticos singulares, culminando em uma melhoria no atendimento prestado?

4 TRABALHO INTERSETORIAL ENTRE UNIDADE DE ACOLHIMENTO E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A estratégia intersetorial está alicerçada nas políticas nacionais de assistência social e saúde mental. Ações ancoradas nesta perspectiva entende o sujeito em sua totalidade, desse modo, a promoção de cuidados integrais é desenvolvida por diferentes campos de conhecimento.

Avaliar as necessidades dos usuários atendidos nas Unidades de Acolhimento e nos Centros de Atenção Psicossocial é abranger um processo coletivo, de modo que diferentes setores se complementam e assim a construção de um atendimento integral seja executado. As autoras abaixo defendem que:

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

A incompletude institucional é um princípio que vale destacar e está previsto nas orientações técnicas para os serviços de acolhimento infanto-juvenil, orientando assim o encargo de articulação intersetorial. Desse modo, “a proteção integral a que têm direito as crianças e os adolescentes acolhidos deve ser viabilizada por meio da utilização de equipamentos comunitários e da rede de serviços local”. (BRASIL, 2012, p. 43)

O trabalho dentro de cada equipamento convoca um olhar que não seja segmentado, mas que compreenda a complexidade das situações que se apresentam e favoreça abordagens

que levem a atuação de diferentes saberes profissionais, colaborando para potenciais respostas que promovam cuidado integral, de acordo com as demandas identificadas.

Em face do exposto, é possível refletir sobre uma linha ampliada de cuidado, que poderá ser desenvolvida através da integração entre diferentes profissionais e setores, instigando uma contínua participação e corresponsabilização através de discussões de demandas, compartilhamento de saberes, discussões, reflexões e avaliações conjuntas.

Na cidade de Belo Horizonte, um fluxo de atendimento foi criado em 2017 com objetivo de melhoria na prestação do serviço de acolhimento institucional junto as políticas públicas setoriais. Aquela época, desdobramentos surgiram durante a elaboração do protocolo e uma delas foi a necessidade de trabalhar o cenário de crianças e adolescentes que necessitam de atendimento da saúde mental. A posteriori, reuniões, encontros, assembleias e demais ações foram realizadas com iniciativa do Fórum de abrigos da cidade para tratativa do assunto.

Um grupo de trabalho de adolescentes do Fórum de abrigos de Belo Horizonte realizou um levantamento de situações vivenciadas pelas unidades de acolhimento da capital mineira e a partir disso propuseram ações e sugestões para o ano de 2019, com foco na garantia do acesso e a qualidade da oferta no campo da Saúde Mental para crianças e adolescentes de acolhimento institucional.

Um ponto observável nesse cenário é referente a estruturação do plano individual de atendimento e do projeto terapêutico singular, ferramentas que concernem a promoção de cuidado integral ao sujeito atendido por ambos equipamentos, entretanto, são feitos de maneira segmentada e com pouco ou nenhum compartilhamento de saberes das equipes das Unidades de Acolhimento e dos Centros de Atenção Psicossocial.

Por conseguinte, refletir sobre novas estratégias que colaborem para uma assistência mais eficiente da rede de cuidados com a criança e adolescente em situação de acolhimento institucional é fundamental, considerando o seu direito a proteção integral estabelecido em lei.

5 CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

Escutar o discurso do sujeito, seus atos e as respostas que ele apresenta a partir do seu sintoma, paralelamente as intervenções do analista e seus efeitos em conjunto com as particularidades da instituição, produzem uma abertura para uma equipe institucional dialogar de forma democrática em direção ao tratamento, utilizando a construção do caso clínico via psicanálise.

Freud (1937/1996) emprega o termo “construção”, diferenciando-o da interpretação como uma interpretação necessária à aproximação ao ponto fundamental do caso. Vorcaro (2014) propõe “tomar a construção do caso em psicanálise como ensinamento de método para estabelecer um dispositivo de construção do caso clínico junto a agentes clínicos responsáveis pelo tratamento do paciente, que estão embaraçados em seu *savoir-faire*, em serviços de saúde mental”.

Segundo Viganò (2010), a construção de um caso é a construção de um ato, quando houve um ato. Ponto de um não retorno, de deslizamento do sujeito em questão em relação à sua posição no início do tratamento, deslizamento não para uma ruptura com o campo do Outro (tentativas de suicídio, heteroagressões, autoagressões) mas sim um deslizamento para um bem dizer, um ato de construção de um discurso: de como se sofre e como se está implicado neste sofrimento. Freud em suas construções clínicas fez isso magistralmente, pois para ele construir um caso era construir teoria.

Assim, convidando os profissionais trabalhadores da instituição para relatarem os casos a partir dessa metodologia seria possível incluir essa forma de construção como um suporte clínico apurado dentro do Plano Individual de Atendimento e Projeto Terapêutico Singular, possibilitando às equipes constitutivas das redes que assistem esses adolescentes escutarem a singularidade do caso, seus limites e possibilidades a partir da fala do adolescente. Escutando como esses mesmos técnicos registram os movimentos dessa clientela, recolhem as passagens subjetivas que apontam para pontos elucidantes de uma diferença que aparece em um determinado momento, como, por exemplo, um adolescente que repete uma infração dentro da Unidade de Acolhimento, dias e dias e, através de uma simples pergunta de quem o atende, muda a posição e cessa a repetição desse ato. A mudança ocorreu e assim pode-se afirmar que algo está sendo construído em relação ao mesmo.

Portanto, trata-se de uma metodologia psicanalítica, com viabilidade de execução em instituições formadas por profissionais heterogêneos, no qual abarca aqueles que não são analistas, com a premissa de que a construção de cada caso seja pautada por um vazio de saber. Isso significa que os profissionais participantes abram espaço para se tornarem aprendizes do caso e se abstenham do seu saber já constituído, revelando assim uma desespecialização, conforme defendido por Vorcaro e colegas (2015) e Borges (2010).

Ainda de acordo com Vorcaro e coautores (2015, p. 13):

Construir um caso clínico em saúde mental é operar num tempo de compreender. Por essa razão, opera-se com um vazio de saber que possa acolher a palavra do paciente. Seus movimentos, palavras, repetições que possam nos dizer de sua relação

com a instituição são privilegiados para que, posteriormente, nos orientemos na condução do caso.

Em outras palavras, a construção de caso clínico consiste em uma metodologia de intervenção, com aplicação da psicanálise no campo institucional. Aqui, o sujeito é mobilizado para ser o verdadeiro agente de mudanças no próprio caso. Mas para tanto, a equipe será norteada por essa proposta de trabalho, de modo que as suas ações promovam condições do sujeito aparecer e se implicar (VIGANÒ, 1999).

O que caracteriza a construção do caso na equipe de saúde mental, e diverge do trabalho mais específico do psicanalista, é exatamente o fato da equipe ser heterogênea em sua composição – diferentes profissionais e referências teóricas e técnicas, diferentes níveis de formação. Mas é justamente por meio desse trabalho “coletivo” que a discussão do caso deve ir na direção do “aprendiz da clínica”, ou seja, colher das produções do sujeito os indicadores para seu tratamento, e não, ao contrário, impor o modelo da reabilitação em sua dimensão pedagógica e moral, como acontece com frequência. (FIGUEIREDO, 2004, p. 83)

Figueiredo reforça que o diferencial na construção de caso clínico “vem de uma atitude indicada pela psicanálise que pode ser tomada mesmo por não psicanalistas” (FIGUEIREDO, 2004, p. 84), embora ela entenda que a presença de um psicanalista poderia favorecer esse trabalho, desde que este não se apresente na figura de mestre.

Semelhantemente, Carlo Viganò (1999, p. 45) sustenta que, perante a construção do caso clínico, o saber do operador deve ser barrado, “[...] logo, a posição do analista na instituição é aquela de construir o caso clínico”. Ou seja, o profissional se esvazia do seu saber, enfoque fundamental na construção dos casos.

Ainda nessa linha, o mesmo autor entende que a construção de caso clínico fomentará uma autoridade clínica da equipe e nesse sentido, distinguirá do saber do mestre, presente nas instituições. Isso remete que, ao passo que a equipe se dispõe a trabalhar com o que o sujeito apresenta, sem inserir os saberes prévios, uma autoridade poderá ser gerada frente ao caso. “[...] a construção é um tipo de trabalho que pode levar, por meio desse debate democrático, a um ponto de orientação, a uma autoridade, a um ponto que faça a equipe tomar uma decisão.” (VIGANÒ, 1999, p. 46)

Destarte, as construções dos casos clínicos consideram a singularidade do sujeito. Elas se darão por meio de conversações, momentos em que a equipe se reunirá e frente a cada caso, conceberá os resíduos daquele sujeito, os seus movimentos e elementos da sua fala, de forma preliminar a demanda do paciente. Isto posto, há um saber a ser extraído do sujeito,

sendo mais um aspecto primordial para a condução dos casos. Figueiredo (2004) descreve que:

Em suma, a “construção do caso clínico” em psicanálise é o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra. Incluímos aí também as ações do sujeito, entendendo que são norteadas por uma determinada posição no discurso. (FIGUEIREDO, 2004, p. 79)

Viganò defende que a construção de caso clínico deve ser orientada para realizar um diagnóstico do discurso do sujeito e não da sua estrutura psíquica. Isso endereça a equipe estar atenta aos gestos, movimentos, mudanças de atitudes do sujeito em sua relação com a instituição. Desse modo, “[...] a construção serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso” (VIGANÒ, 1999, p. 46) e assim, pode surgir o sujeito implicado em suas próprias queixas.

A equipe que se dispõe e suporta construir um caso deve se pautar do que Borges (2010) nomeou como um vazio de saber institucional, se esvaziando dos regulamentos, regras, visões da instituição, se abstendo de uma posição que deseja o bem do sujeito atendido, prática comumente vivida em ambientes institucionais. O autor Borges defende que é “[...] inevitável certo afastamento da ética do bem-estar, de querer o bem do outro, segundo nossas convenções” (BORGES, 2010)

O mesmo autor argumenta que:

Quando, então, dedicamos nosso enfoque de atendimento à intenção de fazer o bem, como saber que não estamos impelindo o sujeito, justamente, ao mal-estar? Que sabemos do que, para ele, é seu bem-estar no Mal, ou seu mal-estar no Bem? A direção ética da construção do caso entre vários deve reservar-se a não querer o bem. Mas, dirão alguns: vocês se meteram no serviço público, para o qual o mais importante é o bem comum, é procurar fazer o bem como um dever. Certo. Isso, porém, não se faz sem o consentimento do sujeito. “Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis”, é o que Lacan (1965/ 1998, p. 859) relembra em A ciência e a verdade. (BORGES, 2010).

O vazio de saber institucional lança a introdução neste ambiente da possibilidade de não saber, não ter a resposta e permitir ideias inventivas do próprio sujeito. É conseguir se distanciar do saber produzido institucionalmente, das práticas cultivadas naquela organização e que são ditas qualificadas, dando lugar ao aprendizado e reconhecendo os impasses, o embaraço, o que a equipe vem enfrentando como intratável.

Logo, é trabalhar considerando o limite institucional, contribuindo assim para que a subjetividade do sujeito advenha. “Trata-se de que, ao serem tocados cada um ao seu modo

pelo impasse, um ou mais profissionais, se torne(m) um aprendiz do caso, o que reorienta suas intervenções que antes eram dirigidas pelos significantes mestres normatizantes da instituição” (VORCARO *et al.* (2015, p. 22 e 23)

Nos momentos em que a equipe se reunir para a construção de caso clínico, também será um canal de expressão das ações e respostas produzidas por cada profissional, uma vez os próprios questionamentos inerentes a função de cada operador perante a construção. Nesse âmbito, Viganò descreve que:

[...] esse trabalho de construção opera um corte transversal em todas as figuras profissionais. Ele interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento. (VIGANÒ, 1999, p. 47)

A equipe pluralizada, com distintas formações e saberes, estabelecerá uma transferência de trabalho, ideia comungada pelos autores Viganò (1999), Vorcario *et al.* (2015) e Borges (2010). Eles argumentam que essa prática entre vários requer uma transferência de trabalho entre a equipe em torno da verdade do sujeito, “[...] ou seja, a ideia de que seja um bem, igual para todos, produzir a verdade do paciente” (VIGANÒ, 1999, p. 48). Assim, as decisões pertinentes a cada caso não serão definidas pela maior parte da equipe, mas o que sobressai é o saber extraído do paciente.

O autor Viganò alerta sobre os cuidados que a equipe deve se ater para não cair nas armadilhas de disputas egóicas, mesmo que haja coesão na aderência a psicanálise como uma teoria de orientação. “A rivalidade das ‘pequenas diferenças’ na teoria pode fazer perder de vista a intenção de construção do caso e fazer vir à tona apenas o caso do narcisismo dos operadores.” (VIGANÒ, 2003, p. 49)

Portanto, a equipe terá como enfoque central o sujeito, sendo ele o autor responsável pelo seu tratamento e “[...] em vez de nos interrogarmos quanto ao que podemos fazer pelo paciente, que denota nossa prepotência assistencialista, deveríamos nos orientar pela questão do que o sujeito vai fazer para sair da instituição.” (VORCARO *et al.* 2015, p. 12)

6 AS CONTRIBUIÇÕES DA CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Como visto, a prática de construir o caso clínico leva-se em consideração que o grupo de profissionais participantes se abstenham do seu saber já constituído e levem para esse ce-

nário um vazio de saber, se tornando aprendizes do caso. Todavia, o campo institucional é bem demarcado quanto às suas relações hierárquicas e o que comumente é praticado, são as designações de funções dos profissionais e assim cada qual contribuirá para o que foi estabelecido no PIA ou no PTS. Esse arranjo leva consigo o saber consolidado da instituição e do profissional. “[...] O que podemos fazer por ele? [...]” (VIGANÓ, 1999, p. 43) não é a pergunta a ser feita.

Então, a construção de caso clínico servirá se a equipe das Unidades de Acolhimento conseguir se esvaziar do lugar de saber. O questionamento a ser realizado consiste em:

[...] O que ele vai fazer para sair daqui? Esse tempo é inevitável precluso, se o abrigo oferecido, ou imposto, é transformado em um ambiente cuja ação terapêutica deve ser aceita, por aquele que sofre, como sendo a condição para poder permanecer ali. (VIGANÓ, 1999, p. 43)

Abranger a premissa de que o tempo de resposta do sujeito é singular, da mesma forma que não haja imposição das ações previstas no PIA e PTS, pode canalizar uma forma do sujeito aparecer e começar a se perguntar: “[...] o que faço aqui? O que torna minha vida insuportável? O que posso fazer para encontrar uma solução? [...]” (VIGANÓ, 1999, p. 42)

A autora Figueiredo (2004, p. 81) partilha da mesma ideia:

[...] O que se costuma chamar de “projeto terapêutico” deve ir na direção contrária à hierarquia dos saberes e funções que designam o que é necessário ou melhor para o paciente/usuário, e ir em busca das boas perguntas. Em vez de nos perguntarmos o que podemos fazer por ele, a pergunta deve ser feita de outro modo: o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte. Isso significa de temos que suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo à sua responsabilidade a cada vez, a cada ato.

Ainda por esse ângulo, é preciso que a equipe se distancie do querer bem ao sujeito, consoante ao defendido por Borges (2010). Assim, o modelo assistencialista, com práticas pedagógicas e por vezes moralistas, deve ser deixado de lado em prol do surgimento do sujeito, tendo ele como enfoque central e não as doutrinas e saberes institucionais existentes. Isso requer um esforço da equipe a romper com a lógica do lugar de saber e dar lugar ao de aprendiz. Reforçamos tal conceito a partir de Figueiredo (2004, p. 83):

Não há restituição a um estado anterior no que se refere ao destino do sujeito, daí a função terapêutica ter um limite. Isso posto, uma boa posição para a equipe poderia ser, como diz Zenoni, a de “aprendizes da clínica” (Zenoni, 2000). Essa expressão sintetiza a posição da equipe em formular as boas questões, verificar os efeitos de suas intervenções, tomar novas decisões ou dar novo rumo a cada caso a partir das

indicações do sujeito que, convém lembrar, não são tão óbvias ou intencionais, mas estão dadas de algum modo no seu sintoma, em suas diferentes manifestações.

Borges (2010) argumenta que durante uma construção de caso clínico, o conjunto de ações determinados no projeto terapêutico singular, bem como o saber prévio do profissional, perdem a sua potência. De forma equivalente, Viganò (1999) entende que o PTS não pode “comprimir” o espaço clínico.

Por sua vez, Figueiredo (2004, p. 82) provoca que a condução dos casos se dirige a produção de boas perguntas, ou melhor, “quanto ao sujeito, o importante é seguir seu estilo para a partir daí lhe indagar o que é pertinente a seu sintoma, e fazê-lo tomar sua responsabilidade como tal, por seus atos”.

Apoiado neste viés, entendemos que a construção de caso clínico poderá ser utilizada como uma metodologia que sustentará o direcionamento dos casos atendidos nas Unidades de Acolhimento, ao mesmo modo em que orientará os planos individuais de atendimento – PIA e os projetos terapêuticos singulares – PTS, considerando o contexto da interdisciplinaridade.

Primeiramente, é importante destacar que, embora haja uma vasta bibliografia que se dirija a construção de caso clínico no campo da saúde mental, é possível compreender que tal metodologia não se limita a esse âmbito. Esse tipo de prática é passível de ser cultivada em espaços institucionais compostas por diferentes áreas profissionais e nesse encaixe, se estende a Unidade de Acolhimento Institucional, situada na política pública de Assistência Social.

Nesse arranjo, ao passo em que a equipe aderir a construção de caso clínico como um modo interventivo e se dispor a esse esvaziamento de saber, a suportar as ações do sujeito, bem como aos outros direcionamentos já expostos, novas configurações de cuidado e assistência poderão ser geradas nesse dispositivo.

Então, após a entrada do usuário no serviço de acolhimento institucional, o acompanhamento do caso a partir das construções de caso clínicos, ora feito entre a equipe interna do equipamento, ora entre os profissionais das Unidades de Acolhimento com os Centros de Atenção Psicossocial e demais componentes da rede, contribuirá para um novo olhar ao sujeito e a condução se efetivará em uma linha de cuidado singular, atenta ao que o sujeito apresenta e levando tal aspecto como eixo central. Os efeitos serão particulares a cada usuário, ao mesmo modo que o direcionamento que a equipe promoverá será distinto de um caso ao outro.

O caráter dinâmico e passível de alterações dos planos individuais de atendimento e dos projetos terapêuticos singulares são fundamentais para que, durante o processo de cons-

trução dos casos clínicos, agregue-se a esses arcabouços o que do sujeito aparecer. Assim, a construção de caso clínico orientará as ações a serem descritas nos documentos acima.

Não é possível deixar de assinalar que o PIA e PTS são construídos ainda nos primeiros dias de chegada do usuário no serviço. Mas, tal aspecto não impede que a produção desses arcabouços não se reduza a descrição de atividades bem demarcadas e claras, mas que apresente perguntas, trazendo o vazio de saber para a cena. Já as respostas, poderão surgir ao longo do acompanhamento do caso, via construção de caso clínico.

Ainda é possível avaliar que a construção de caso clínico favorece o trabalho interdisciplinar, transmitindo que há algo favorável na utilização dessa metodologia nas Unidades de Acolhimento, considerando as suas próprias normativas que concernem ao trabalho em rede, em paralelo a lógica da construção do caso clínico de modo coletivo e pluralizado. E em consequência pode corroborar em uma melhoria no atendimento prestado aos usuários das Unidades de Acolhimento, que também integram os Centros de Atenção Psicossocial. Nesse arranjo, as produções do PIA e PTS também serão afetadas pela nova dimensão de trabalho com o sujeito, em uma perspectiva mais humanizada.

Esse enredo traz à tona que o campo institucional não tem respostas para todos os casos e mesmo que o tenha, levanta-se um questionamento sobre que resposta é essa. É do sujeito ou da instituição? Assim, suportar esse caminho de esvaziamento dos saberes institucionais e de cada profissional, denota um importante desafio. É como Borges (2010) defendeu, afastar-se do querer bem ao sujeito, torna-se primordial para o sujeito apareça e se implique.

Assim, inferimos que a construção de caso clínico pode apresentar um novo horizonte nos atendimentos prestados nas Unidades de Acolhimento, sendo utilizado como um meio que fundamentará o trabalho ao usuário. Nesse caminho, o exercício será para que o sujeito advenha e se responsabilize pelos seus atos.

7 CONCLUSÃO

A lógica da construção do caso clínico na orientação psicanalítica expressa a importância de dar lugar para o sujeito aparecer, se implicar e responsabilizar pelos seus atos. Apostando nisso, as equipes das Unidades de Acolhimento enfrentarão considerável desafio, frente a dinâmica assistencialista, que coloca o sujeito acolhido como extremamente vulnerável e com frágeis recursos subjetivos, diante as violações sofridas anteriores ao acolhimento. Nessa linha, o direcionamento dado é para a promoção do bem-estar do acolhido, regido pela lei que prevê o dever do Estado em assegurar os direitos deste.

Isto posto, o rompimento da lógica de querer o bem do sujeito, dos modelos pedagógicos ali presentes, dos saberes institucionais cravados, dos conhecimentos prévios de cada profissional, evidencia-se como um desafio essencial a ser defrontado. Sustentar um lugar de aprendiz frente a cada caso, dialogar democraticamente em uma equipe heterogênea, dando acesso a uma escuta que prestigia e centraliza o sujeito e o que dele aparecer, por meio da construção do caso clínico, poderá resultar em um direcionamento mais humanizado na prestação do atendimento a cada usuário nas Unidades de Acolhimento.

Ainda no conjunto de ideias apresentadas, conclui-se que a apropriação da construção do caso clínico, como metodologia que pode alicerçar o serviço do acolhimento institucional, beneficia também o trabalho intersetorial, posto ser uma prática caracterizada por profissionais de diferentes áreas. Paralelamente, a interlocução das Unidades de Acolhimento e Centros de Atenção Psicossocial poderão ser favorecidas através dessa metodologia, agregando assim na construção e manutenção dos planos individuais de atendimento e dos projetos terapêuticos singulares.

Portanto, entende-se a construção de caso clínico como uma metodologia aplicável no campo das Unidades de Acolhimento Institucional, traduzindo em efeitos únicos a cada sujeito atendido, bem como ao profissional que se dispõe a utilizar tal ferramenta. Não obstante, a instituição também será afetada, visto a lógica de romper com os saberes institucionais e assim abrindo espaço ao aprendizado.

REFERÊNCIAS

BORGES, A. **Elementos mínimos para a construção do caso clínico na prática entre vários.** Ipatinga, MG: 2010

BRASIL. **A definição de cuidado, sofrimento, pessoa e território.** In: Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Editora MS. Brasília, 2013.

BRASIL. **Guia Prático sobre Psicoses para Profissionais da Atenção Básica, 2014.** Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. 1ª edição, junho de 2014.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. **Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescente.** CNAS, CONANDA. Brasília, 2012.

BRASIL. **Resolução conjunta CNAS/CONANDA nº 1, de 18 de junho de 2009.** CNAS, CONANDA. Brasília, 2009.

BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva.** Textos & Contextos, Porto Alegre, 2010, v. 9, n. 2, p. 229 – 243.

FREUD, S. Construções em análise (1937). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII, p. 273-287.
FIGUEIREDO, A. C.; **A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental.** Revista Latinoam. Psicopat. Fund. 2004, vol. VII, n. 1, p. 75-86.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

OLIVEIRA, E. G de. **A saúde mental na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família.** In: política de saúde mental de belo horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 17, 26. 2008.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. **Opção Lacaniana online** nova série, ano 1, número 1, março, 2010.

VIGANÒ, C. **A construção do caso clínico em saúde mental.** In: VIGANÒ, C. Curinga: psicanálise e saúde mental. Publicação da Escola Brasileira de Psicanálise, seção Minas Gerais, nº 13, Belo Horizonte, set. 1999, p. 39-48.

VIGANÒ, C. **A construção do caso.** Revista Almanaque, Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Nº 9, nov. 2003.

VORCARO, A.; MIRANDA, N.; SOUTO, B. **Construção do caso clínico em instituições.** Manuscrito, 2014.

VORCARO, A.; MENDES, A. A.; ESTEVES, N.; SOUTO, B. V. **Construção do caso clínico em instituições.** In: Nina Virgínia de Araújo Leite; Flávia Trócoli. (Org.). Giros da interpretação: o enigma na literatura e na psicanálise. 1ed.Campinas: Mercado das Letras, 2015, v. 1, p. 251-278.