

CONSTRUIR O CASO CLÍNICO, A INSTITUIÇÃO ENQUANTO EXCEÇÃO¹

Wellerson Durães de Alkmim

Psiquiatra, especialista em Psiquiatria Social, Psicanalista, membro da EBP e AMP, professor de Bioética da Faculdade de Ciências Médicas de MG.
End: Av. Contorno 5351- sala 806, funcionários, cep 30 110-100
w.alkmim@terra.com.br

Resumo: O texto afirma que a apresentação social do sintoma mudou e, com isso, surgiu a necessidade de modificação do trabalho clínico. Uma tentativa de resposta é a introdução do discurso analítico enquanto uma estratégia de intervenção clínica.

Palavras-chave: Sintoma, Instituição enquanto exceção, Discurso analítico.

Abstract: The text states that the social presentation of the symptoms has changed and therefore, there is need to modify clinical work. An attempt at an answer is the introduction of an analytic discourse as a strategy of clinical intervention.

Key-words: Symptom, Institution as exception, analytical discourse.

¹ A "Instituição enquanto exceção" faz parte do tema "A clínica de exceção" conceito desenvolvido e, ao mesmo tempo, orientador clínico da Sessão Clínica do Instituto Raul Soares nos últimos 3 anos.

Os Serviços de Saúde Mental recebem casos cada vez mais indiferenciados, no que se refere ao diagnóstico clínico. Marcados pelas passagens ao ato e pelo uso frequente de álcool e drogas, o tratamento desses casos se mostra ineficaz com os instrumentos habituais, pautados no binômio medicação/resolução do sintoma. Ocorrem aí situações em que faltam palavras e sobram atos. Em tais casos, os sujeitos encontram-se mergulhados nos significantes do Outro, ("as palavras são só palavras impostas, identificatórias, palavras copiadas do outro"), resistem ao encaminhamento tradicional e passam a desafiar a instituição que responde, cada vez mais, amarrada ao discurso moral-disciplinar.

A apresentação social do sintoma mudou e, com isso, surgiu a necessidade de modificação do trabalho clínico. Uma tentativa de resposta é a introdução do discurso analítico enquanto uma estratégia de intervenção clínica na instituição. Há situações clínicas que respondem melhor à intervenção calcada no desejo do analista àquela fundada no discurso médico, que exclui o sujeito, particularmente nas situações de crise. Segundo Viganò,

onde existe um bom serviço de crise não se marca consulta; não se diz a uma pessoa em crise: venha semana que vem às 10:30h da segunda, terça ou quarta-feira..., mas atende-se prontamente. Não se deve deixá-lo escapar. Parecerá estranho a vocês, mas é o psicanalista que tem o instrumento mais adequado. Estamos acostumados a pensar o psicanalista como aquele que marca as consultas. Na realidade, o psicanalista é aquele que sabe responder à demanda antes que a mesma seja formulada. A sua resposta desloca a demanda. O psicanalista é aquele que pode dizer a um sujeito, em um momento crucial de sua vida, alguma coisa que para ele se torna inesquecível. Pelo menos, essa é a formação do psicanalista. Esse é o tipo de resposta que deve se dar no momento da crise. Uma coisa que desloca e se torna inesquecível. (VIGANÒ, 2002)

Ao abrirmos espaço para o discurso analítico, algo da lógica institucional se vê subvertida, por exemplo, a forma de compreensão do sujeito em crise.

Com relação ao sintoma, temos os fenômenos psicopatológicos que, tomados pelo olhar médico, podem ser descritos, nomeados, classificados, constituídos, assim, enquanto sintomas psiquiátricos. Entretanto, para a psicanálise, essas manifestações devem ser tomadas, antes como sinais, pedidos diversos e pouco reconhecíveis, do que como sintoma analítico (...) nesse sentido, podemos dizer que o trabalho na instituição é um trabalho anterior ao sintoma, enquanto sintoma analítico.

Portanto, é necessário "abrir espaço na instituição para o sujeito da palavra, introduzir o particular do sujeito no universal da instituição" (FERREIRA, 2001). Viganò nos indica que uma maneira de introduzir a lógica da psicanálise na instituição é através da construção do caso clínico. Construir o caso clínico é construir o lugar da palavra (na instituição):

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)

Construir um caso é partir da posição de não saber. A história do paciente, com seus registros de memória e significações próprias, só ele sabe. Isso não se aprende na universidade e deixa toda a equipe numa posição de igual ignorância, ou seja, só quando o paciente começa a falar de sua história é que aprendemos os caminhos de sua subjetividade. Portanto, isso implica em operar com o saber do paciente e não, um saber sobre o paciente. Significa, também, criar um "vazio do tempo clínico, que não é um vazio de assistência, mas Um vazio de saber", o que permite que o paciente faça suas próprias perguntas sobre o seu mal-estar.

Uma construção, longe de ser um trabalho definitivo e estanque, é sempre uma construção provisória, pois está sujeita aos limites do material que já emergiu ou foi revelado na análise. Nesse sentido, novos elementos, que aparecem, clarificam dados anteriores, explicitando-os em seu sentido e inter-relação, a partir dos elementos que surgem na fala do sujeito. A provisoriedade da construção faz um furo no saber dogmático e definitivo, que determina uma conduta terapêutica estereotipada e repetitiva, própria do automatismo dos Serviços de Saúde Mental. De acordo com tal conduta, uma vez estabelecido um diagnóstico, não há necessidade de escutar os movimentos do sujeito. Os clichês: deprimido, esquizofrênico, alcoolista, etc., indicam, imediatamente, a conduta medicamentos a e seus complementos: psicoterapia, atenção social etc.

Construir o caso clínico é, se necessário, estabelecer, em dois tempos lógicos, um diagnóstico de discurso, como propõe Viganò:

distinguir, por um lado, um tempo de entrada, ligado à necessidade de localizar para o tratamento, um real clínico a partir da contingência e, de outro, o tempo do desencadeamento. O primeiro modo

corresponde a uma lógica continuísta, fundada sobre os signos do gozo, que, como tais, podem se colocar precisamente em uma série contínua. O segundo tipo de diagnóstico, ao contrário, prevê uma lógica classificatória por classes, por conjuntos descontínuos, é a lógica tradicional da inclusão de uma estrutura subjetiva em uma classe. (VIGANÒ, s/d)

Mesmo antes do diagnóstico clínico, da classificação, podemos escutar os movimentos do sujeito no seu endereçamento ao Outro, na organização de seus modos de gozo. "O diagnóstico de discurso, o diagnóstico preliminar, serve para encontrar o lugar no qual o sujeito, em potencial, torna-se sujeito da palavra".(VIGANÒ, s/d)

Ao operar o ato que cria a palavra, estamos no tempo de uma clínica de exceção, da instituição enquanto exceção, ou seja, estamos tomando a instituição enquanto lugar do Outro que pode responder, de maneira diferente e única, à demanda reiterada do sujeito. É a possibilidade de se instituir a surpresa. Esse enquadre só é possível esse enquadre à medida que se reconhece o sintoma para além de uma manifestação do organismo, pra além de uma mera resposta biológica ou de um comportamento a ser normalizado. Aqui, o sintoma aparece

como resposta de uma relação do sujeito com seu Outro.

Sessão Clínica, construção do caso clínico, diagnóstico de discurso, são, portanto, operadores clínicos e instrumentos de intervenção, e de modificação, do lugar institucional na economia de gozo de alguns pacientes, fazendo com que a instituição se coloque no lugar de menos-um na série com que o paciente se endereça ao Outro.

SESSÃO CLÍNICA

Há 3 anos se desenvolve no Instituto Raul Soares um espaço de discussão semanal-Sessão Clínica. Este espaço é, ao mesmo tempo, uma estratégia - de intervenção na instituição e de construção do caso clínico. Os casos mais difíceis, casos que levam a instituição ao seu limite de resposta, vão à Sessão Clínica, para uma entrevista de paciente ou para discussão do caso. Portanto, no enfrentamento dos impasses clínicos é possível recolher efeitos diretos sobre o encaminhamento dos casos, sobre as equipes de trabalho e sobre a própria instituição. O que se tenta, com esse procedimento, é introduzir a dimensão do trabalho feito por muitos, proposta pouco sustentada nas instituições, em função da dificuldade de se operar com a sua lógica. A tendência institucional é responder com um

saber pronto, um saber sobre o paciente, bastando enquadrar aquele caso em um dos diagnósticos já conhecidos, com a proposta terapêutica decidida *a priori*. Há um privilégio dos discursos em que a subjetividade se encontra excluída.

Segundo Di Ciaccia,

há mais de uma maneira de se trabalhar a partir de muitos e essa diversidade depende intimamente do Um fundador. A articulação entre o Um e o múltiplo é essencial. É essa articulação mesma que chamamos instituição. As instituições operam, normalmente a partir do Um do Mestre, em que os muitos estão unificados verticalmente ao UM, que é o mestre, e, horizontalmente, entre os "todos iguais". Uma segunda possibilidade é o trabalho a partir do UM do vazio, que é feito de cada um, um por um, dedicado não à repetição do mesmo, do automatismo institucional, mas na disposição à surpresa e na invenção de cada um. Trabalhar a partir do UM do vazio não exclui o UM do Mestre. (DI CIACCIA, 1998, p.21)

UM FRAGMENTO CLÍNICO

Há 15 anos, R., 36 anos, frequenta o setor de Urgência do Instituto Raul Soares (IRS). Não sendo um caso que justificasse a internação, ela sempre foi encaminhada para outros serviços, todavia não aderiu ao tratamento nos *CERSAMS*. A cada 40 dias ia a um ambulatório, recebia uma medicação, que não usava, e ficava nesse movimento permanente.

A construção desse caso na Sessão Clínica fez surgir um elemento fundamental da sua história: sua casa tem todos os cômodos trancados a cadeado para que ela não entre, inclusive o banheiro, em virtude de seus banhos muito prolongados, motivo de constantes desentendimentos e agressões à família, que justificam seus encaminhamentos ao hospital.

A discussão sobre a dúvida diagnóstica, e as propostas terapêuticas, em nada modificavam a circulação de R. Tomando o movimento da paciente pelo Sistema de Saúde Mental, bem como em sua casa, como uma particularidade da forma de endereçamento desse sujeito ao Outro, como uma operação discursiva do sujeito, foi possível uma manobra, a partir do campo do Outro, que modificou a trajetória de R.

Em um primeiro momento, que durou 15 anos, os técnicos da instituição operaram com o automatismo das rotinas e normas institucionais - um caso conhecido cujo manejo era sempre o mesmo. Em um segundo tempo, uma questão se colocou para os profissionais e, só por isso, foi possível existir a dimensão da surpresa. O incômodo desses profissionais

pode ser traduzido por uma pergunta: que lugar ocupamos na economia de gozo desse sujeito? Tal pergunta encontra ressonância num espaço institucional que, finalmente, se abre para desejar saber da singularidade do caso a caso. Assim, o Setor de Urgência acolheu R. em atendimentos freqüentes no estilo ambulatorio, subvertendo uma regra institucional estabelecida. Desde então, foi possível um trabalho com a paciente.

Uma vez escutado que R. não tinha lugar no campo do Outro, foi preciso uma ruptura no automatismo institucional para fazer com que ela coubesse em algum lugar. Assim como os quartos da casa, todas as portas da Rede de Assistência estavam fechadas para ela, que não se enquadrava no perfil de atendimento e nos projetos do Outro. Ao subverter a sua própria lógica, a instituição se colocou como menos-um, isto é como exceção no circuito pulsional de R.

Tenta-se, dessa forma, criar aí uma clínica de exceção, uma clínica que toma o caso clínico como exceção, que parte de um diagnóstico de discurso, que deixando em suspensão o diagnóstico clínico e, com isso, possibilita um novo manejo da transferência.

É, portanto, a partir da Psicanálise Aplicada, da experiência institucional que a Sessão Clínica instaura que retiramos alguns elementos para contribuímos com o debate da construção do caso clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DI CIACCIA, A. (1998) “De la fondation par Un à la pratique à plusieurs”. In: *La pratique à Plusieurs en institution - Preliminaire*. Bruxelles.

FERREIRA, C. (2001) *A Construção do Caso Clínico: o saber do paciente como forma de subversão da lógica institucional*. Belo Horizonte, 2001. Inédito.

VIGANÒ, C. (1999) “A Construção do caso clínico em Saúde Mental”. *Curinga Psicanálise e Saúde Mental*. n. 13, set. Belo Horizonte: EBP- MG

VIGANÒ, C. (s/d) *Diagnóstico de Discurso; A Retificação Subjetiva*. (Mimeo)

VIGANÒ, C. (2002) *Urgência e Crise*. Conferência realizada em Belo Horizonte em Agosto de 2002. Inédito.