

A INSTITUIÇÃO É O NOSSO CASO CLÍNICO¹ (THE INSTITUTION IS OUR CLINICAL CASE)

Anamáris Pinto²

Psicanalista
Correspondente da Escola Brasileira de Psicanálise
Pesquisadora - CNPq
Rua do Ouro 136/203 Serra - Bhte - MG Cep: 30220-000
anamarispinto@uol.com.br

Resumo: O autor discorre sobre a afirmativa de que o delineamento de uma rede de tratamento está em articulação íntima com aquilo que a própria condução do tratamento de cada caso clínico coloca em questão. Neste sentido, a instituição, em sua articulação com cada caso, único, se desdobra em instituições a serem tratadas uma a uma.

Palavras-chave: Psicanálise, Instituição, Conversação Clínica, Construção do caso Clínico.

Abstract: The author discusses the affirmation concerning the fact that the configuration of a treatment's network is in close conjunction with the conditions reported by the conduction of each clinical case. In this sense, the institution, in its relationship with each case, unfolds in several institutions to be dealt in its singularity.

Key Words: Psychoanalysis, Institution, Clinic Conversation, Clinical case construction

1 Relatório apresentado no Seminário CliniCAPs – Impasses da Clínica : Psicanálise, Saúde Mental e Pesquisa, em 24 de abril de 2009, por Anamáris dos Anjos Pinto

2 Relatora : Anamáris Pinto. Participantes da elaboração do relatório: Equipe CliniCAPs: Aline Aguiar Mendes, Antônio Teixeira, Cláudia Generoso, Cristiana Ferreira, Maria Inês Junca, Renata Dinardi, Simone Gonçalves, Wellerson Alkmin

Neste trabalho, propomos tomar cada Instituição CAPS como um caso clínico, dando ênfase a singularidade que o tratamento de cada paciente nos impõe. Isto nos conduz a salientar a necessidade de uma instituição “maleável”, que suporte e comporte em si uma flexibilidade, calculada no cumprimento de sua função (tratar) - por vezes não legitimada pela autoridade burocrática a que a instituição é submetida mas pela autoridade clínica que um caso clínico admite.

Na pesquisa realizada pelo grupo Clinicaps, estivemos de corpo presente em vários serviços CAPS, ocupamos um lugar, enquanto discurso, estabelecemos de alguma maneira, uma relação de trabalho, fomos acolhidos em uma proposta que, sem sombra de dúvida, gerou efeito nas equipes por nós visitadas, nas elaborações desta pesquisa, o que não é sem conseqüências para, os pacientes.

Efeitos do acolhimento das Conversações Clínicas, através deste grupo de pesquisa, pelos/nos serviços CAPS que dela participaram, foram apontados no relatório coordenado pela Dra Cláudia Mayorga³, acerca desta pesquisa. Tal relatório foi produzido por uma outra equipe, exterior à Clinicaps.

No que tange aos serviços CAPS, o que observamos na experiência presentificou-se no relatório realizado a partir de entrevistas e grupos focais realizados com os participantes das instituições – pela equipe de pesquisa já mencionada, exterior à Clinicaps.

A análise dos grupos focais apresenta referências importantes acerca do dispositivo da conversação clínica. O primeiro aspecto a ser salientado, reconhecido pelas equipes participantes, como diferencial da conversação clínica, refere-se à posição de exterioridade da equipe que conduz a conversação, em relação aos serviços.

Posição de exterioridade

Esse aspecto nos coloca perguntas: Em que medida é possível propor o dispositivo da conversação clínica tendo como metodologia de trabalho a construção do caso clínico como uma política de tratamento dos pacientes em instituições de saúde

3 Observação importante: O grupo de pesquisa Clinicaps também esteve submetido neste processo, à uma “avaliação”, por outra equipe que visitou e entrevistou os técnicos dos CAPS parceiros na pesquisa. Como produto deste trabalho sobre a pesquisa e externo a ela foi produzido um relatório de Avaliação Metodológica da Conversação Clínica. Coordenado por Dra. Cláudia Mayorga, tendo como pesquisadores envolvidos: André Diniz e Helen Moreira. Financiamento: CNPq

mental? Uma vez institucionalizada a conversação não perderíamos o caráter de exterioridade que, ao menos na experiência desta pesquisa, comporta?

Ao apresentarmos tais perguntas, algumas hipóteses foram levantadas para respondê-las. Em resposta à primeira pergunta, diríamos que é possível propor o dispositivo de construção do caso clínico, desde que ao menos um da equipe suporte a função de produzir esvaziamento de saber, eixo central na conversação e, por conseguinte na construção de um caso clínico. Em resposta à segunda pergunta, é possível desde que se produza o delineamento de uma rede de tratamento em articulação íntima com aquilo que a própria condução do tratamento de cada caso clínico coloca em questão. Trata-se, portanto, de uma proposição viável desde que se possa extrair, a partir do dispositivo acionado, a posição de gozo de determinado sujeito em relação ao Outro família, social, etc. Posição esta reeditada no endereçamento do paciente ao Outro institucional, que a equipe de um serviço CAPS representa. A sutileza desta extração torna possível calcular, reposicionar, dar orientação ao tratamento.

Supervisão e conversação clínica

O segundo aspecto acentuado foi relativo à importante e por vezes sutil diferença entre supervisão e conversação clínica. Desde o início da pesquisa, essa foi uma questão colocada por nossos parceiros. Marcar que há uma diferença entre um modo de supervisão já reconhecido e o que estamos chamando conversação clínica é importante, sem que isso signifique que essas duas práticas sejam excludentes. Para uma supervisão, basta um praticante da clínica e um supervisor. Diferentemente disso, a conversação clínica tem como princípio justamente a necessária articulação a uma clínica feita por vários.

Em um dos CAPS de Minas Gerais, onde a equipe levou três casos em uma só visita da pesquisa, tivemos experiências diferentes:

O primeiro caso, previsto para a conversação, contou com uma preparação anterior, seguindo uma lógica que a pesquisa havia proposto de início. Foram convidados a participar da conversação pessoas envolvidas no caso nas diversas áreas de saber, desde o motorista que fazia o transporte a outros atores que relacionavam-se com o paciente e podiam contribuir com um dado novo. Embora figuras importantes neste tratamento não estivessem ali, como a auxiliar do transporte, os que estavam presentes trouxeram relatos suficientes para o trabalho. Trata-se do caso Carlos, onde

pudemos ver surgir a construção de um caso, que alterou consideravelmente o entendimento da equipe em relação ao paciente, orientando-a na direção do tratamento.

A dificuldade de manejo que se apresentava neste caso dizia respeito, principalmente, ao aprisionamento da equipe pelo significante “abandonado”. Esse termo de certa maneira nomeava o paciente Carlos, em sua posição de um sujeito coitado que tinha uma avó sofredora que fazia tudo por ele. Carlos por sua vez, fazia graves atuações e era punido por isso. O que surge, na conversação, como um efeito surpresa que passa a ser escutado pela equipe, é a lógica de sua relação com a avó. Essa personagem que inicialmente aparecia como uma pobre sofredora, surge no encontro das falas, como um Outro caprichoso, desmedido na relação com Carlos, capaz de tomar a cena de tal forma que terminava por obnubilar o sujeito, impedindo seu tratamento. A partir dessa construção, a equipe pôde se posicionar de outra forma em relação ao paciente: percebeu-se que não era mais possível conduzir o tratamento a partir de um cálculo apoiado na concepção, anteriormente norteadora para equipe, de que Carlos seria um “pobre abandonado e agressivo”, que sua avó era uma “sofredora”, vítima da situação de abandono do neto e vítima do próprio menino. Essa mudança permitiu intervir, não do lugar de salvador, mas do lugar de um operador clínico. O tratamento continua e, embora a equipe tenha nos dado um retorno favorável quanto aos desdobramentos de tais descobertas, testemunhando inclusive que houve um apaziguamento no sofrimento de Carlos, a mesma ainda encontra dificuldade no que diz respeito à relação da equipe com o paciente. Se por um lado, pudemos recolher efeitos favoráveis de apaziguamento nas atuações de Carlos, manifestos em seu comportamento mais adequado, por outro lado, permaneceu um contato marcado pela falta de palavras do paciente, sem avanço perceptível, no que tange à escuta do sujeito. Percepção esta que pode ser confirmada pela própria técnica de referência do caso: “Eu acho que estava e ainda estou um pouco distanciada do mundo mental desse menino”.

Tal situação parece confirmar que, se por um lado, há permeabilidade ao discurso analítico, por outro, é necessário uma formação mais constante, que inclui necessariamente a supervisão clínica, de forma a possibilitar a aplicação prática desse modo de fazer orientado pela psicanálise. No nosso entender, o trabalho de Conversação em torno do caso Carlos, evidencia a importância do fato de que o dispositivo da conversação não exclua a supervisão. Supervisão e Conversação clínica são dispositivos dos quais se pode lançar mão, cada um a seu tempo, de acordo com a necessidade de cada caso. Para uma Conversação o tempo de disponibilidade para se

debruçar sobre um caso, a disponibilidade e presença do máximo de pessoas que possam contribuir testemunhando o que se passa em seu contato com o paciente, são fundamentais. No o que se segue após a Conversação é que a supervisão clínica, neste caso, se fez ainda mais necessária para dar tratamento as descobertas que ali surgiram, seja aquelas relativas ao paciente, seja as que surgiram como questão e angústia para a equipe responsável pela evolução do tratamento do paciente.

O terceiro caso, endereçado pela mesma equipe, no mesmo dia, foi trazido por sua gravidade, além da questão circunstancial que exigiam urgência de intervenção para impedir algo mais grave, o risco de uma passagem ao ato suicida. Não foi possível, neste caso, utilizarmos o dispositivo da Conversação, uma vez que não dispúnhamos de tempo necessário que uma conversação necessita, por motivos que nos são claros, a saber, precisa-se de tempo para fazer a palavra circular, na prática. Utilizamos desta forma o dispositivo da supervisão. Essa torção a qual tivemos que ceder não diz respeito à um descuido/erro na condução da conversação e sim à necessidade que aquele caso impôs. Para colocar a “metodologia em ato” em prática, dependemos então de uma conjunção de fatores que também advém de cada caso, mas, podemos tê-la no horizonte, como disponibilidade e como norteadora, de tal forma que a Instituição encarne o estatuto de única para cada paciente. Se há, por outro lado uma similaridade entre supervisão e conversação clínica, ela concerne ao fato que tanto uma quanto a outra são dispositivos que podem possibilitar Construir um caso Clínico e orientar tratamentos. Tratam-se de dispositivos que comportam estratégias diferentes mas que se orientam pelos mesmos princípios éticos, calcados em uma mesma política. Tomar a construção do caso clínico implica, no meio institucional, uma visada que diz respeito a relação dos pacientes com sua própria instituição. É neste sentido que podemos entender que na Conversação Clínica, a instituição é nosso caso clínico.

A Instituição é o nosso caso clínico

A ênfase coloca-se mais uma vez na Instituição pensada em sua relação com o paciente. A qual Instituição nos referimos? À Instituição que encontramos para cada paciente nas Conversações realizadas. Esse é o nosso foco.

Podemos testemunhar, como uma das constatações desta pesquisa, que em cada dos 11 serviços CAPS de Minas Gerais aqui incluídos, encontramos “uma Instituição” única para cada paciente. Importante observar que a diversidade deste funcionamento,

em relação a cada caso, longe de ser uma falha na universalidade da implementação do dispositivo CAPS, denota um dado de estrutura. Sendo assim, abordar a instituição partindo da singularidade dos casos, se impõe, ao nosso entendimento, não pela escolha aleatória de uma via de abordagem, mas sim pela própria experiência de tratamento à psicóticos, onde só é possível pensá-la em relação a cada caso. É importante fazer como se a instituição, em sua articulação com cada caso, se desdobrasse em instituições a serem tratadas uma a uma.

Foi ao fazer operar o dispositivo da Conversação Clínica visando à construção dos casos que constatamos que *a Instituição é nosso Caso Clínico*. Esse veredicto enigmático e ao mesmo tempo esclarecedor, que nos chegou através de uma intervenção de Alfredo Zenoni, merece ser examinado, uma vez que encerra uma contradição aparente com os princípios que orientam nossa pesquisa. Que sentido faz propor o coletivo homogêneo da instituição como nosso caso clínico, se a clínica psicanalítica, que nos serve de referência, apresenta-se eminentemente, como clínica do heterogêneo, do caso a caso, do caso único? É possível des-coletivizar a instituição, para que possamos a ela nos referir como sendo nosso caso clínico?

Pois bem: diríamos em princípio que sim, que é possível e necessário conceber a instituição, tal como propõe A. Stevens), como um dispositivo a ser multiplicado em seu interior, “uma instituição que dê lugar a instituições particulares para cada caso, para cada sintoma, uma instituição tal que ela permita a existência, no interior dela mesma, de tantas instituições quanto de sujeitos que ali habitam” (STEVENS, 2003/2007p.77). Para tanto, vale entender que, assim como o sujeito não existe como uma realidade em si, mas somente em relação aos modos de composição com o Outro, no qual ele habita, conforme demonstra amplamente Lacan em sua *Intervenção sobre a transferência* (LACAN,1966/1998 p. 216-217), do mesmo modo afirmamos que a instituição não existe por si só, ela somente existe em relação a cada caso ao qual ela responde. Se podemos, portanto, conceber a instituição como nosso caso clínico, é porque pensamos a instituição não como um dispositivo fechado, mas em referência ao modo de sua interação com aquele que a procura.

Nesta pesquisa foi possível extrair numa só equipe, posições e conduções diferentes diante de cada paciente em questão. A título de ilustração, vale mencionar que, no caso de M., a mesma instituição que diante dele se colocava como destituída de regras, refém, de certa maneira, das exigências constantes que esse sujeito lhe fazia, orientava-se de maneira totalmente distinta no tratamento de A., cuja condução era

marcada pelo enquadre disciplinar e pela imposição de contrapartida às concessões assistenciais a ela despendidas; posição que difere mais uma vez do manejo relativo à paciente L., onde o que parecia pautar a condução tratamento marcava-se pela intersubjetividade. Que técnicos, responsáveis pelo tratamento de pacientes, assumam uma posição simétrica com seus pacientes impossibilitando a condução do tratamento, foi um fato encontrado por nós com frequência nesta pesquisa, talvez esteja aqui um dos índices operatórios mínimos que merecem uma atenção rigorosa nas instituições de tratamento. Esta seria para nós uma necessidade que diz respeito à possibilidade do cumprimento de sua função.

Fazemos notar que dar tratamento á relação intrínseca entre a instituição e aquele que a procura, como já foi dito, e que tomar a instituição como nosso caso clínico pode ser uma estratégia de tratamento ao pacientes.

Referências Bibliográficas

C. ALBERT, L.Naveu et D. Matet; Um psychanaliste dans l'institution et la psychanalyse dans l'institution; In: *Les feuillets du Courtil : Les strategies de la psychanalyse dans les institutions* , pag 105: Publication du Champ freudien en Belgique, avec la collaboration du RI3. Tournai. No. 23, 2005.

STEVENS, A. (2003/2007) "A instituição: prática do ato" in *Pertinências da Psicanálise Aplicada* : Rio de Janeiro: Forense Universitária, pp. 76-85.

LACAN, J. (1951- 1996/1998) *Escritos*: Rio de Janeiro: Editora Zahar, pp.216-217.

- Anais da VIII Jornada de Cartéis – Apresentação dos trabalhos individuais produzidos em cartéis. Escola Brasileira de Psicanálise – MG. 19 de junho de 2004
- Texto 1: Sessão Clínica: Subvertendo a lógica Institucional – Wellerson Alkmin
- Texto 2: Qual Outro para o Psicótico – Aline Aguiar
- Texto 3: O Cartel em ato – história da fundação de um cartel atípico – Anamáris Pinto
- Texto 4: Sessão Clínica: Efeitos de intervenção Institucional – Cristiana Ferreira
- Texto 5: Discussão X Construção do Caso Clínico – Renata Dinardi
- Transcrição do encontro da Equipe Clinicaps com Frederico Feu de Carvalho
- Transcrição do encontro da Equipe Clinicaps com Ana Cristina Figueiredo.
- Transcrições das Conversações realizadas por esta pesquisa em diversos Serviços Caps de Minas Gerais
- Transcrições das discussões da Equipe Clinicaps à propósito de cada caso clínico levado às conversações
- Transcrição da supervisão da equipe Clinicaps com Alfredo Zenoni em setembro de 2008 / Bruxellas
- Relatório Carlos elaborado por Cristiana Ferreira

