

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VIVIANE CRISTINA DA SILVA MORAES

A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VIVIANE CRISTINA DA SILVA MORAES

A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Vânia Marli Schubert Backes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR** de autoria do aluno **VIVIANE CRISTINA DA SILVA MORAES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, a minha querida vovó Raimunda, e a todos os que participaram e contribuíram para a minha formação ajudando-me a realizar o sonho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por entender e captar minhas angústias transformando-as em energia criadora e com sabedoria iluminar meu caminho, concedendo-me a graça de ser saudável para que pudesse alcançar meus objetivos. À professora Dr. Vânia Marli Schubert Backes, que me acolheu como orientanda, pela sabedoria em conduzir o estudo, pela confiança e paciência, pelos momentos de reflexão que muito contribuíram para a realização deste trabalho. A equipe do CAPS de Barão de Cocais que me apoiaram principalmente a terapeuta ocupacional Rafaela Hilário Borges pela amizade, carinho e dedicação. Meu sincero agradecimento a todos que fazem parte da minha vida e que me apoiam e torcem por meu sucesso profissional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

RESUMO

Historicamente o campo da saúde mental não busca a autonomia do sujeito sobre sua própria história de sofrimento mental, após a reforma psiquiátrica, muitas mudanças ocorrem e o discurso médico, que outrora era totalitário, abre espaço para novos saberes profissionais. Esse espaço alcança também o desejo do sujeito que está a ser tratado de ser protagonista de seu próprio tratamento, e também de sua história, fazendo-se necessário a construção do caso e história do paciente utilizando-se de métodos e discussões que tornem esse processo uma rotina dos serviços de saúde mental. A implantação dessa prática no CAPS de Barão de Cocais demonstrou ser necessária e adequada as rotinas locais, beneficiando o profissional, o paciente, a família e a rede de saúde além de organizar e nortear o tratamento proposto e deixar claro a todos, mas principalmente ao paciente, os objetivos e metas do tratamento.

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica, ao colocar em descrédito a ação totalitária do saber médico-psiquiátrico sobre o tratamento das psicoses e neuroses graves na assistência pública, abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, por meio da construção de diferentes saberes e práticas, e uma das ferramentas para esse novo paradigma é a construção do caso clínico em equipe interdisciplinar. Os impasses e os desafios da prática clínica desenvolvida no campo da saúde mental é uma realidade muito presente nos novos serviços criados a partir da reforma psiquiátrica brasileira, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que representam hoje o serviço substitutivo. Analisar o lugar da clínica no conjunto das ações institucionais torna-se um exercício profissional diário, levando em conta a pluralidade de dispositivos clínicos presentes no cotidiano da atenção psicossocial.

O campo da Saúde Mental está ampliando e em detrimento disso há a necessidade de diversificar a oferta de novos dispositivos de assistência a partir das atuais políticas públicas de saúde que visam implementar e melhorar os projetos da reforma psiquiátrica contra a cronificação presente na tradição manicomial. Os CAPS que atendem à população com transtornos mentais graves são o eixo dessa articulação e devem operar de modo integrado com os demais serviços em sua área como os ambulatórios, hospitais gerais e psiquiátricos e outros. Para tanto, requerem a formação permanente de seus profissionais e o exercício constante do trabalho interdisciplinar. A proposta dos CAPS visa a resgatar a importância da cidadania, dos direitos civis e da ressocialização dos que sofrem de graves transtornos psíquicos. Entretanto, é cada vez mais necessário que se discuta os paradigmas clínicos, assistenciais e de cuidados em geral para que se possa melhor avaliar seus objetivos e sua efetividade no campo.

Voltando a atenção para a clínica do sujeito, pensar o caso-a-caso em equipe, apresenta-se como uma solução viável para a atenção integral ao caso, e amplia as possibilidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O caso quando construído em uma equipe com boa estratégia antimanicomial tem melhores chances de ser bordejado e conduzido de forma adequada, respeitando as particularidades do caso/sujeito/contexto. O saber compartilhado, que é construído

pelo coletivo da equipe, demonstra ser a melhor ferramenta para a clínica, porém a construção do caso clínico em equipe interdisciplinar é um desafio da prática.

A não construção em equipe pode acontecer por vários motivos, mas o que se busca aqui é compreender a problemática que está em volta da questão, e quais são as melhores estratégias para implementar essa prática, que demonstra ser a melhor estratégia para a atenção integral ao caso. O objetivo geral desse trabalho é compreender como é feita a construção de um caso clínico e sua relevância/importância para a prática clínica e para o sujeito do caso, pensando sempre nas linhas de cuidado. O objetivo específico é aplicar os conhecimentos dessa prática no CAPS de Barão de Cocais – MG, e demonstrar os resultados obtidos após a implementação dessa prática, quais os impactos positivos/negativos no sujeito, na equipe técnica, na equipe administrativa, na sociedade e no território.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Há algum tempo o método da construção do caso clínico vem sendo desenvolvido por pesquisadores psiquiatras, psicólogos e psicanalistas que trabalham em instituições públicas ou privadas de saúde mental. Esse método teve início na Europa (França, Bélgica, Itália) e posteriormente foi adotado na América do Sul (Argentina, Brasil). Dentre os percussores do método destaca-se o psicanalista Carlo Viganò que atua na Universidade de Milão, desenvolvendo suas atividades na Unidade de Psiquiatria Dinâmica e Psicoterapia do Departamento de Saúde Mental do Hospital Niguarda Ca'Granda. (FIGUEIREDO, 2009)

Sistematizar o método e aplicar no trabalho da equipe multiprofissional é um desafio proposto por Viganó (2005), suas pesquisas servem como referência e suporte para a experiência no Brasil. Nesse trecho Viganó (2005) resume e pondera quais as funções e benefícios da construção do caso clínico:

A construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição, de uma forma que parecerá paradoxal somente àquele que está doente de tecnocracia e de modelos cibernéticos. Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc.(VIGANÓ, 2005)

A construção do caso clínico implica em compor a história do sujeito, partindo do princípio que a equipe que o acompanha não sabe nada a seu respeito. O lugar que cada técnico ocupa na relação com o paciente é interrogado pela própria equipe. A decisão de uma condução não é tomada pela maioria, não se trata de uma decisão democrática, apesar de sua construção o ser; a autoridade clínica passa a ser o saber do paciente, este é o saber focalizado na construção do caso clínico. (CIACCIA, 1999)

Para isso é importante estabelecer a distinção entre dois termos fundamentais durante essa construção: *história* (narrativa) e *caso* (construção). Segundo Figueiredo (2009), o relato clínico que se apresenta rico em detalhes, cenas, e conteúdos é a *história*. O caso é o produto do que se extrai das intervenções do técnico e/ou da equipe na condução do tratamento e do que é reservado de seu relato.

Essa divisão coloca em jogo os elementos comuns (significantes) que se destacam das palavras do sujeito a partir da elaboração que ele pode fazer em determinado momento e ao longo de seu tratamento (corte transversal e longitudinal). Do lado do técnico, sua resposta se dá a cada intervenção e só pode ser avaliada a partir de seus efeitos para localizar onde o sujeito está no caso, visando entender a história e traçar o caso. É necessária então uma redução do material das narrativas e seus elementos comuns mais simples para se obter material para o caso. Só assim será possível recolher dos infindáveis detalhes de uma história, a direção da construção, uma história deve se fazer caso para realizar e formalizar o método de construção. (FIGUEIREDO, 2009)

Na construção do caso clínico as causas, formas de apresentação e intensidade dos sintomas também são importantes, mas não nos atemos somente a estes pontos. Segundo Carlo Viganó, construir o caso clínico é colocar o paciente em trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que a equipe esteja pronta para escutar a sua palavra, quando essa vier. É compor a história do sujeito, de sua doença delimitando assim os fatores que favoreçam o início da doença, buscando reconhecer os pontos mortíferos, os pontos de repetição, assim como os tratamentos realizados, e ainda as saídas que o próprio sujeito tem desenvolvido para lidar com seu sofrimento. A construção serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso. É necessário reativar a relação do sujeito com o outro, de tal forma que essa relação possa se sustentar na realidade. (VIGANÓ, 1999)

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

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

Tradicionalmente, o modelo de atenção utilizado com o usuário da saúde não o considerava como sujeito ativo de seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença. Esse modelo vem sofrendo modificações, desde a criação do SUS, agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico. (PINTO et al., 2011).

A humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são metas que vêm sendo almeçadas pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública atualmente, e por isso, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado que coloquem o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim, a exemplo do Projeto Terapêutico Individual (PTI).

O PTI é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007).

Segundo Brasil (2007) o PTI incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência.

Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização,

providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (PINTO et al., 2011)

3 MÉTODO

Diante da construção feita anteriormente, onde fica evidente e validado o quanto pode ser benéfico a construção do caso clínico em equipe interdisciplinar, tanto para o sujeito/família/território quanto para a equipe técnica, a minha proposta foi experimentar tal abordagem no CAPS de Barão de Cocais – MG, onde a prática ainda não foi consolidada devido ao pouco tempo de funcionamento da unidade e demandas administrativas importantes para serem resolvidas internamente. Posteriormente é uma intenção implementar a técnica a rotina de trabalho da unidade, sendo os resultados positivos. Caso os resultados sejam negativos após o desafio de implementação da técnica a estratégia será solicitar supervisão clínico-institucional para compreender qual a limitação da equipe para o não êxito da prática, uma vez que tal prática acontece na maioria de instituições como essa e demonstra resultados positivos.

A equipe do CAPS de Barão de Cocais conta com uma equipe com 10 profissionais trabalhando na unidade, e são eles: secretária, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem, psicóloga, pedagoga, terapeuta ocupacional, dois psiquiatras e enfermeira. Em uma divisão arbitrária os três dos seis profissionais de nível superior da unidade (psicóloga, terapeuta ocupacional e enfermeira) dividiram-se pelo número de prontuários da unidade para ser as respectivas Referencias Técnicas (RT) dos casos. É importante ressaltar aqui que a pedagoga e os médicos psiquiatras não participaram da divisão por cumprirem uma carga horária de trabalho menor do que as profissionais citadas acima, sendo inviável a organização do tempo x demanda.

Após a divisão dos prontuários, que mais uma vez ressalto, foi realizada de maneira arbitrária, a proposta foi que à priori fossem realizados os Projetos Terapêuticos Individuais (PTI) dos pacientes que encontravam-se na Permanência-dia (PD) do CAPS. Cada RT preencheu o PTI dos respectivos pacientes sob sua referencia que encontravam-se na PD. É válido lembrar que o PTI esta sendo usado apenas como instrumento norteador na construção do caso, o PTI ajuda a organizar a discussão e pontuar as importâncias fundamentais do caso ou do conhecimento sobre o sujeito, além disso, o registro no PTI garante que outros profissionais que porventura venham

cuidar do caso no futuro, saibam qual caminho já foi percorrido, se o caso já foi encerrado, e facilita compreender o percurso do paciente na rede de atenção.

A equipe foi esclarecida sobre a importância da prática e colocada a par da bibliografia que defende sua funcionalidade. Depois de todos os esclarecimentos em concordância com a equipe, observou-se a necessidade/importância de uma reunião semanal para que esses casos da PD e demais casos ambulatoriais importantes fossem discutidos, mas que principalmente fossem construídos com o olhar da equipe, e não apenas do RT do caso, e tomadas tais medidas iniciou-se a criação desse espaço para a construção do caso clínico em equipe.

O primeiro passo foi buscar um PTI que atendesse as demandas da equipe, do perfil dos usuários e do território – por tratar-se de uma cidade interiorana, muitos recursos ficam indisponíveis para a equipe – realizada essa busca, com o preenchimento feito pelo RT, iniciou-se as discussões para que a construção e a contribuição em conjunto fosse iniciada.

A rotina de reuniões foi iniciada no mês de fevereiro de 2014, acontecendo em três das quatro semanas do mês (a primeira semana foi cedida à reunião de família dos usuários da PD, que é uma ação importante e ajuda na construção do caso também). Nos casos de urgência psiquiátrica seriam feitas pequenas discussões em equipe para pensar em ações para solução/estabilização da crise, para posteriormente, ser realizada a discussão e construção do caso.

Ponto também que iniciamos com o preenchimento do PTI de forma individual à priori, porque a prática da construção era um método nunca realizado antes pela equipe, e ponderamos ser melhor iniciar dessa forma, até pela pouca riqueza das construções iniciais em equipe, mas a proposta secundária era realizar a construção da equipe para o caso e posteriormente o preenchimento do PTI pelo RT do caso.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A partir dessa experiência de implantação do método, pontuei, de forma pessoal, aspectos importantes para evidenciar o êxito da estratégia, e são eles: a implantação de um método clínico sistemático e efetivo para orientar o tratamento e a elaboração dos projetos terapêuticos de pacientes de saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, independente do diagnóstico, classe social, faixa etária ou qualquer outro critério geral; A transmissão de um modo de trabalho na clínica que priorize o sujeito, sua palavra e seu poder de decisão e contratualidade. De modo que este possa se situar no laço social de acordo com suas necessidades, sem a pressão de um ideal de adaptação ou de padrões supostamente normais de conduta, que ainda estão presentes entre os profissionais de saúde, em particular na saúde mental; A formação de uma mentalidade clínica que opere no coletivo da equipe preservando ao mesmo tempo a particularidade de cada profissional em seu modo de intervir, mas obtendo ferramentas para trabalhar numa mesma direção a partir do caso; A transmissão de um método de pesquisa clínica que seja reprodutível em sua aplicação, ao mesmo tempo em que mantenha seu caráter singular na abordagem de cada caso.

Durante esse percurso de tentativas ficou evidente que a construção coletiva coloca as fragilidades do profissional à mostra, ou seja, fica claro que a recusa dessa prática pela equipe antes pode ser pautada na inabilidade de propor soluções aos casos, e na individualidade do consultório, onde é mais fácil esconder a ignorância dos demais e conformar em levar o caso mais a frente – sem propor saídas – do que recorrer à equipe ou a estudos que levem o profissional a uma compreensão maior.

É nesse ponto que busco apresentar à equipe o conceito de saber compartilhado ou clínica ampliada. A proposta da Clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. (BRASIL, 2009)

Ainda segundo Brasil (2009) quanto mais longo for o seguimento do tratamento maior é a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, portanto maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico.

É nessa perspectiva onde o próprio usuário da rede de atenção contribui de alguma forma na construção do seu PTI que voltamos ao conceito de Viganó, que propõe que o espaço para a construção do caso clínico é o espaço do “não saber” onde tudo o que for pensado para o caso será a partir do sujeito, do seu contexto, de sua história onde o saber pré-determinado perde espaço para ouvir a demanda do sujeito e tudo o que envolve o caso, e a partir disso traçar metas e objetivos para solução/estabilização do caso. Muitas das pontuações acima foram alcançadas no percurso das reuniões de construções de caso, mas muitas delas devem ser construídas com o tempo.

Pensando para além da construção do caso e do preenchimento do PTI, fica evidente que apesar de todas as dificuldades que podem ser encontradas em uma equipe de trabalho, a prática proposta foi aderida pela equipe e avaliada pela mesma como organizadora e norteadora além de inserir na equipe um discurso muito usado atualmente, o da clínica ampliada, que sugere que não há saber totalitário sobre uma prática ou sobre o sujeito e sua história, mas sim uma construção do que pode ser proposto a cada caso individualmente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizando o método da construção do caso clínico em equipe, pude observar diversos efeitos: na equipe, no paciente, no território e na rede de saúde. A construção do caso, junto com o PTI demonstra ser um importante objeto norteador para organização e articulação que se faça necessária ao caso apresentado.

Os autores utilizados para a pesquisa corroboram que esse método além de demonstrar ser uma tendência da prática, demonstra ser também um dispositivo atual e necessário para uma conduta adequada, aumentando a possibilidade de êxito na solução.

A produção deste trabalho busca a potencialidade de fortalecer o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, dando ênfase à importância da construção do caso clínico e a utilização do PTI dentro da equipe multiprofissional, pensando no paciente como sujeito operante de seu próprio PTI, incentivando cada vez mais o seu protagonismo.

REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso no trabalho em equipe: um método clínico para o campo da saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. VII, núm. 1, marzo, 2004, pp. 75-86

VIGANÓ, Carlo. A Construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Menta, Belo Horizonte: EBP-MG. n. 13. set, 1999. pp. 50-59*

DI CIACCIA, Antônio. (1999) Da função do Um à prática feita por muitos. *Curinga - Psicanálise e SaúdeMental*, no.13, Set. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999

PINTO DM, JORGE MSB, PINTO AGA, VASCONCELOS MGF, CAVALVANTE CM, FLORES AZT, ANDRADE AS. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3): 493-502.

BRASIL. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da saúde, 2009.64 p. : il. color. – (série B. textos Básicos de saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007