

O aprendizado da construção de caso clínico em Saúde Mental

LEARNING TO CONSTRUCT A CLINICAL CASE IN MENTAL HEALTH

EL APRENDIZAJE DE LA CONSTRUCCION DEL CASO CLINICO EN SALUD MENTAL

Aline Maino Pergola¹, Ana Paula Rigon Francischetti Garcia²

RESUMO

Este estudo objetivou relatar a experiência de uma aluna na construção de caso clínico em Saúde Mental, desenvolvida nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental II e Enfermagem Psiquiátrica da Graduação em Enfermagem (UNICAMP). Para estas disciplinas, a construção de caso é entendida como a articulação entre a entrevista psiquiátrica e alguns conceitos da teoria psicanalítica, aprendidos nas aulas, supervisão e leitura de textos, pretendendo estruturar um cuidado de Enfermagem coerente com a concepção de homem do referencial psicanalítico: um sujeito dividido pela existência do inconsciente, estruturado como linguagem. O relato baseou-se na experiência vivida pela aluna, durante as disciplinas, na produção de relatórios e construção de caso sob a forma de trabalho final. Foi possível a aluna desenvolver a leitura do caso e construir uma teoria sustentadora do atendimento, por meio das demandas levantadas no diálogo com o paciente que direcionaram os pontos passíveis de intervenção.

DESCRIPTORIOS

Cuidados de enfermagem.
Saúde mental.
Enfermagem psiquiátrica.
Educação em enfermagem.

ABSTRACT

This study describes the experience of an undergraduate Nursing student in the construction of a clinical case in mental health for the disciplines Mental Health Nursing II and Psychiatric Nursing at the State University of Campinas (Unicamp). In those disciplines case construction is understood as the coordination of the psychiatric interview and a number of concepts from the theory of psychoanalysis, learned in classes, supervision and books, with the aim of structuring a nursing care that is coherent with the psychoanalytical referential's conception of human being: a subject divided by the unconscious, structured as speech. The report was based on the student's experience while taking the disciplines, producing reports and constructing the case as a final paper. The student was able to develop a comprehension of the case and build a supporting theory for caring through the demands that came up in the dialogue with the patient that pointed out the points in which intervention was possible.

KEY WORDS

Nursing care.
Mental health.
Psychiatric nursing.
Education, nursing.

RESUMEN

En este estudio se tuvo como objetivo relatar la experiencia de una alumna en la construcción del caso clínico en Salud Mental, desarrollada en las disciplinas de Enfermería en Salud Mental II y Enfermería Psiquiátrica del Pregrado en Enfermería (UNICAMP). Para estas disciplinas, la construcción del caso es entendida como la articulación entre la entrevista psiquiátrica y algunos conceptos de la teoría psicoanalítica, aprendidos en las clases, supervisión y lectura de textos, pretendiendo estructurar un cuidado de Enfermería coherente con la concepción de hombre del referencial psicoanalítico: un sujeto dividido por la existencia del inconsciente, estructurado como lenguaje. El relato se basó en la experiencia vivida por la alumna, durante las disciplinas, en la producción de informes y construcción del caso bajo la forma de un trabajo final. Fue posible que la alumna desarrolle la lectura del caso y construir una teoría sustentadora de la atención, por medio de las demandas surgidas en el diálogo con el paciente que orientaron los puntos pasibles de intervención.

DESCRIPTORIOS

Atención de enfermería.
Salud mental.
Enfermería psiquiátrica.
Educação en enfermería

¹ Graduanda, 8º semestre, Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. aline_pergola@yahoo.com.br ² Enfermeira Mestre em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Campinas, SP, Brasil. apgarcia@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

A prática assistencial desenvolvida pelo enfermeiro, inicialmente baseada num saber de senso comum, apresentou transformações que acompanharam as mudanças ocorridas na sociedade⁽¹⁾. Apesar da formulação de um corpo de conhecimentos próprios, não é possível perceber, ao longo de muitos anos, um saber específico que caracterize o trabalho de Enfermagem junto aos pacientes portadores de transtorno mental⁽¹⁾.

A partir da década de 60 começaram a surgir movimentos que incluíram diferentes abordagens do tratamento ao doente mental e inspiraram o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁽²⁾. Portanto, a partir desta reforma ocorreram mudanças no trabalho da Enfermagem desenvolvido nos equipamentos de saúde mental e a entrada de referenciais que pretendiam compreender o sofrimento psíquico⁽³⁾. Entre esses referenciais está a psicanálise, escolhida como alicerce para sustentar o atendimento sistematizado e individualizado de Enfermagem aprendido e relatado neste trabalho.

Para a construção de caso clínico em Saúde Mental⁽⁴⁾, é importante entender que as manifestações inconscientes, formadoras do sujeito e fundamentadoras da terapêutica aqui abordada, só serão identificadas pelo aluno/enfermeiro capaz de reconhecer, a cada novo paciente cuidado, a lógica das formações do inconsciente, manifestadas por meio do sonho, do chiste, do ato falho, do lapso e do sintoma⁽⁵⁾.

Além disso, a articulação da clínica, do ensino e da pesquisa implica no meu reconhecimento enquanto aluna como sujeito, porque também sou determinada pelo inconsciente, o quê direciona a construção do caso e autoriza ao paciente a ser ativo na elaboração de sua proposta terapêutica, produzindo uma relação intersubjetiva. Essa concepção teórica me permitiu problematizar as questões subjetivas que permeiam o processo de cuidar em Enfermagem⁽⁶⁾.

Destaco que a psicanálise resgata uma preocupação em não significar o comportamento humano e permite ao aluno assumir a função de auxiliar do paciente na descoberta dos aspectos motivadores de suas atitudes⁽⁶⁾. Nesta abordagem, o cuidado de Enfermagem considera a dinâmica das relações intersubjetivas, aluno-paciente, estabelecidas pelas determinações do inconsciente⁽⁶⁻⁸⁾.

Esse relato de experiência tem como objetivo demonstrar o meu percurso, enquanto aluna, nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental II e Enfermagem Psiquiátrica, do quarto e sexto semestres do curso de Graduação em Enfermagem (UNICAMP), expondo como foi possível a construção de caso clínico em Saúde Mental⁽⁴⁾ e sua articulação com o cuidado de Enfermagem. Para estas disciplinas, a construção de caso é entendida como a articulação entre a entrevista psiquiátrica e alguns conceitos da

teoria psicanalítica (transferência, atenção uniformemente flutuante, formações do inconsciente) aprendidos nas aulas, supervisão das atividades práticas e leitura dirigida de textos.

O relato deste percurso é justificável ao considerar que a aprendizagem ocorre à medida que os atendimentos realizados durante as atividades práticas se desenvolvem. Nestes atendimentos, o aluno desempenha a função de enfermeiro e baseado em conceitos psicanalíticos deve colocar o paciente em posição capaz de produzir conhecimento, pois passará a questionar-se sobre o seu sofrimento psíquico⁽⁹⁾. Por outro lado, o aluno também deverá elaborar o seu próprio conhecimento sobre o caso atendido. A construção de caso permite, portanto, a articulação entre a clínica e a teoria, demonstrando quais pontos sustentarão as intervenções de Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo no qual se utilizou, para releitura das fontes primárias, o mesmo referencial teórico adotado pelas disciplinas, ou seja, o psicanalítico. O método utilizado foi a construção de caso em psicanálise, segundo o qual se analisa o discurso de um sujeito.

Para este relato, considerei como discurso a minha produção acadêmica (fontes primárias de dados) nas duas citadas disciplinas: os relatórios obrigatórios desenvolvidos após cada período de atividade prática, apresentando os registros e as impressões dos atendimentos realizados e a construção de caso sob a forma de trabalho final, o qual incluiu o raciocínio clínico entre a teoria e a prática e, conseqüentemente, o desenvolvimento do diagnóstico estrutural alicerce das intervenções de Enfermagem.

Na construção de caso, foi possível identificar a posição assumida por mim na relação transferencial junto ao paciente, a articulação entre a história de vida e o exame do estado mental, a elaboração do diagnóstico estrutural e a proposição de intervenções de Enfermagem, além de elementos da teoria estudada.

Diante dos atos e da demanda do paciente, ao atendê-lo, realizei uma leitura do caso, construindo uma teoria, baseada em minhas próprias hipóteses, que alicerçaram as intervenções⁽⁹⁾. Para tal fim, devo desocupar a posição de detentor do saber e passar a ocupar a posição de receptor da fala do paciente, particularmente das rupturas reveladoras do sujeito⁽⁸⁻⁹⁾. Por ser sujeito do inconsciente, se manifesta através de atos, os quais são situações inesperadas do comportamento do indivíduo e, em um primeiro momento, não são passíveis de explicação⁽⁹⁾. Dessa forma, estabeleço uma experiência intersubjetiva, na qual há um sujeito que interroga o outro, e não deve interpretar, mas construir: *a construção acontece bem antes da interpretação*⁽⁹⁾.

Nesta perspectiva, ao construir e conduzir o caso é preciso fazê-lo a luz do inconsciente e, para tanto, não é necessário fixar a atenção ao discurso do paciente, causando a seleção do material escutado e podendo falsificar a percepção. Deve-se utilizar a técnica da atenção uniformemente flutuante para favorecer o reconhecimento das rupturas do discurso e o texto desconexo do paciente⁽⁷⁾. Esta constitui em simplesmente escutar, sem a preocupação em tomar nota ou lembrar de qualquer detalhe, para depois dos atendimentos começar a construir as hipóteses sobre o diagnóstico estrutural deste sujeito e, assim, direcionar os atendimentos⁽⁷⁾. Este foi o material registrado nos relatórios.

Após a releitura das fontes primárias com atenção uniformemente flutuante, realizei uma análise temática, com definição de categorias pelas quais direcionei o relato de minha aprendizagem: a concepção de loucura, a interface entre o histórico de Enfermagem, o levantamento de problemas e o diagnóstico estrutural e a interface entre o histórico e as intervenções de Enfermagem. A interface entre o histórico e as demais etapas do processo de Enfermagem deve-se a importância da fala do paciente para construção de um atendimento de Enfermagem sistematizado e baseado numa abordagem psicanalítica.

Neste relato, adotei a estrutura do processo de Enfermagem⁽¹⁰⁾ somente em suas etapas, pois o embasamento teórico utilizado para abordar a concepção de homem e processo saúde-doença foi substituído, isso é, adotei a concepção de um homem dividido pela inserção do inconsciente e o processo saúde-doença observado como a escolha do sintoma como a expressão do sujeito diante da angústia da castração simbólica.

Todos os conceitos utilizados neste estudo serão detalhados no decorrer da discussão e puderam ser aprendidos através das aulas teóricas, da supervisão em campo de atividades práticas, dos espaços de discussão dos casos junto ao supervisor e às colegas em campo e da aplicação prática. Entretanto, foi fundamental e inquestionável a importância da leitura de textos, selecionados a partir das dúvidas sobre conceitos teóricos e situações suscitadas pelos atendimentos e apontados pela supervisora ou por procura espontânea, os quais direcionaram o aprendizado e puderam ser relacionados às situações vivenciadas na prática e alguns, inclusive, alicerçaram esta discussão. Também foi importante para o raciocínio clínico, a anotação e a evolução de Enfermagem em prontuário e a elaboração de relatórios obrigatórios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresento o desenvolvimento de meu aprendizado, dividido em categorias, sobre a construção de caso clínico em Saúde Mental, a partir de minha vivência em atendimentos oferecidos a dois usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Campinas (São Paulo).

A primeira categoria temática apresenta a concepção da loucura aprendida e fundamental para demarcar os pontos pelos quais foi realizada a escuta, uma vez que a psicanálise e a psiquiatria não definem igualmente o conceito de loucura⁽¹¹⁾.

As outras duas categorias relacionam o histórico de Enfermagem às outras etapas do processo de Enfermagem, isso é, o levantamento de problemas, diagnóstico e intervenção⁽¹⁰⁾. Tal fato explica-se por ser, a psicanálise, um referencial em que o tratamento está no próprio processo de possibilitar ao paciente restaurar sua história, ressignificando, assim, seu modo de existir⁽⁷⁾.

Saliento que meu aprendizado ocorreu considerando as seguintes etapas: a participação nas aulas teóricas; o reconhecimento do campo de atividade prática e do supervisor; a escolha do paciente de acordo com a relação intersubjetiva estabelecida; as entrevistas preliminares (histórico de enfermagem) que permitiram o levantamento de problemas e forneceram subsídios para o estabelecimento do diagnóstico estrutural; as discussões de caso com as colegas de atividade prática e/ou com o supervisor, com indicação de leituras e direcionamento dos atendimentos; o registro dos atendimentos nos prontuários e nos relatórios, permitindo o desenvolvimento do raciocínio clínico; o estabelecimento de um plano de cuidados de acordo com o diagnóstico estrutural do paciente atendido; e, por fim, a elaboração do trabalho final de cada disciplina que permitiu a conclusão do raciocínio clínico e a rearticulação da prática com a ressignificação da teoria.

A concepção de loucura

Aprendi que a loucura é uma experiência subjetiva da qual o sujeito perdeu o sentido, procurando, através da análise, determiná-lo e restaurá-lo⁽¹¹⁾. Sua manifestação ocorre a partir da lógica do inconsciente, isso é, o sujeito se apresenta como efeito singular de linguagem, estruturado na dimensão inconsciente e expresso por um saber desconhecido, ou seja, um saber diferente do saber consciente e acadêmico^(8,12).

Contudo, é essencial ressaltar que sujeito não é aqui empregado como sinônimo de indivíduo ou personalidade. Entendo sujeito como o lugar da verdade e da palavra, constituído a partir da entrada do indivíduo na lógica da linguagem⁽¹²⁾.

Essa entrada ocorre quando o indivíduo reconhece ser uma pessoa diferente daquela que atendia a todas as suas necessidades nos primeiros meses de vida. Esta diferença é marcada pela inclusão de um terceiro (Outro [A]) no discurso do cuidador da criança e indica para esta uma lei externa a esta relação. Esta divisão marca a emergência do sujeito do inconsciente^(8,12).

Desse modo, entendo que todo discurso surge do lugar do Outro, por este constituir o lugar da lei e dos signi-

ficantes⁽¹²⁾. A manifestação da subjetividade se expressa pelo modo como o sujeito utiliza seus significantes. Assim, a experiência subjetiva é sempre singular e regida pelas leis da linguagem que normatizam o funcionamento do inconsciente: cada sujeito atribui um determinado sentido a cada significante⁽¹²⁻¹³⁾.

Essa manifestação pôde ser apreendida a partir do discurso da *usuária 1*^(a) que relatava, nos atendimentos de Enfermagem, apresentar freqüentes episódios maníacos. No entanto, ao resgatar o sentido destes episódios junto a ela, verifiquei que a mania significava poder fazer bonecas de pano e arrumar a casa. Mania, para esta *usuária 1*, expressava um momento de produtividade.

A psiquiatria clínica define síndrome maníaca como uma elevação do humor, com rápido fluxo de idéias, aceleração psicomotora e grandiosidade⁽¹⁴⁾. Logo, o sentido singular de produtividade para esta palavra – mania – expressa a subjetividade da *usuária 1*, que é sujeito quando se mantém impossibilitada para o desenvolvimento de tarefas por sua produtividade de significar doença, ou melhor, mania.

Retomando a definição inicial sobre loucura, restaurar o sentido constitui-se em uma possibilidade de tratamento, pois o acesso ao sujeito ocorre pela fala⁽⁹⁾. O sujeito é, portanto, protagonista de sua relação com o Outro, havendo a construção de um caso particular através da fala⁽¹⁵⁾. Aprendi que, ao contar sua história, o sujeito fala para si próprio, proporcionando a restauração de um sentido para a sua história e consequentemente para sua vida.

A interface entre o histórico de Enfermagem, o levantamento de problemas e o diagnóstico estrutural

Para construir uma teoria que fundamente e sistematize o atendimento de Enfermagem, é necessário basear-se única e exclusivamente na fala do usuário, pois esta é a melhor e mais rica fonte de informações sobre sua história de vida. Tal riqueza pode ser aprendida a cada atendimento de Enfermagem realizado, em que o histórico de Enfermagem foi coletado sem roteiro pré-definido, pois o material explorado era coletado acompanhando as associações feitas pelo paciente, técnica denominada livre-associação⁽⁷⁾.

As representações inconscientes não podem se tornar conscientes, porque uma força, denominada recalque, atua constantemente sobre estas impedindo de se tornarem conscientes. Portanto, a investigação do inconscien-

te ocorrerá por intermédio das associações livres, observadas através das palavras. Assim, a meta do profissional é o paciente associar, falar, para que possa escutar aquilo que é sutilmente manifesto pela palavra⁽¹²⁾.

Isso pôde ser observado no caso da *usuária 1* que disse ser hipertensa e diabética, quando, em seu histórico e exame clínico, não havia nenhum indício dessas condições. Em outro atendimento, contou que seu marido, por ela descrito como uma pessoa muito autoritária, realizava o controle da pressão arterial e da glicemia através de medidas freqüentes e pagas. A situação sutilmente descrita é que o marido cuidava da saúde, até mesmo pagando, enquanto ela se considerava impedida por ele de realizar o controle desses parâmetros. Se me fiasse às evidências clínicas, não poderia considerá-la hipertensa e diabética. No entanto, para a realização psíquica desse sujeito, era fundamental a sua condição de hipertensa e diabética uma vez que esta posição a colocava no lugar da pessoa impedida pelo marido. Esta posição foi respeitada na condução dos atendimentos.

A entrevista é uma forma adequada, quando bem dirigida, de se levantar hipóteses diagnósticas sobre a estrutura clínica apresentada, pois cada estrutura psíquica aprendida (neurótica e psicótica) se relaciona de modo muito particular com a linguagem.

Para cada atendimento deve ser obedecida a recomendação do paciente relatar tudo o que sua auto-observação detectar e, o enfermeiro guiar-se pelas capacidades do paciente e não pelos seus próprios desejos⁽⁷⁾.

A entrevista é uma forma adequada, quando bem dirigida, de se levantar hipóteses diagnósticas sobre a estrutura clínica apresentada, pois cada estrutura psíquica aprendida (neurótica e psicótica) se relaciona de modo muito particular com a linguagem. Como exemplo de uma estrutura neurótica, relato a relação da *usuária 1* com o seu marido, que se mantinha sempre na posição de objeto do desejo dele. Ou seja, realizava as suas atividades de acordo com aquilo que imaginava ser o desejo do marido: se dizia preferir que ela ficasse triste, pois ao estar alegre *parecia louca*, ela permanecia triste. Como todo sujeito neurótico, precisa tornar o outro completo para não se defrontar com a angústia da castração simbólica^(b).

Para manter sua condição existencial, o neurótico não pode satisfazer seu desejo e desse modo, criará expedientes para não ocorrer essa satisfação, deslocando o desejo, sempre que esse puder ser minimamente alcançado. Essa ocorrência é visível em situações relatadas pela *usuária 1*, como, por exemplo, iniciar várias atividades ao mesmo tempo, evitando, dessa forma, terminar alguma delas, mantendo-se insatisfeita. Assim, não satisfaz seu desejo e ainda produz sintomas como insônia, tristeza,

(a) Termo utilizado para respeitar o sigilo sobre a identidade de uma usuária de estruturação neurótica acompanhada em um Centro de Atenção Psicossocial de Campinas (São Paulo).

(b) Kirschbaum DIR. As primeiras entrevistas e suas implicações na relação intersubjetiva enfermeira-paciente. Texto de apoio da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica (EN 632) do curso de Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem – FCM/UNICAMP; 2005.

ansiedade, para tentar superar a angústia decorrente da pressão do desejo^(b).

Já na estrutura psicótica, observei o *usuário 2*^(c), que demonstrava sempre uma certeza inquestionável ao relatar qualquer situação de sua vida. Possuía absoluta certeza de haver encontrado um amigo pela última vez em uma festa nos anos 80. Entretanto, nesta década já estava internado em um hospital psiquiátrico.

O sujeito psicótico não é capaz de utilizar figuras de linguagem para descrever a sua condição existencial, pois sua entrada na ordem simbólica não ocorreu. O psicótico não completou o Complexo de Édipo e de Castração permanecendo como suposto sujeito completo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Outro conceito importante que permeia as etapas do histórico de Enfermagem, do levantamento de problemas e do diagnóstico da estrutura clínica envolvida é a chamada transferência. A transferência é um fragmento de repetição que, por sua vez, é uma transferência do passado esquecido, pois sofreu recalque⁽¹⁷⁾.

Quando a *usuária 1* me via, dizia não estar bem, entretanto, se mostrava mais solícita quando eu mencionava a realização de algum cuidado físico e no desenvolvimento deste. Ao ocupar a posição de prestador de cuidados físicos, possivelmente estava reatualizando uma de suas séries psíquicas, no entanto, mantinha sua posição de insatisfação, pois a transferência é um fragmento de repetição do conteúdo recalado e, a minha posição neste lugar contribuía para a adesão ao tratamento, mas não para um novo posicionamento desse sujeito. Após a captura desse sujeito, a indicação do tratamento é esvaziar o lugar que este me colocou por meio da relação transferencial, favorecendo sua movimentação⁽¹⁷⁾.

Já o *usuário 2* dizia que me parecia com um amigo seu e, portanto, poderia ser filha dele. Entretanto, quando lhe indaguei mais a respeito desse amigo, levantei a possibilidade deste homem ser apenas uma personagem delirante desse usuário. Todavia, me assemelhar com uma personagem delirante do usuário, talvez tenha constituído um fator facilitador da relação terapêutica.

Portanto, considerando a fala dos *usuários 1 e 2* e a maneira como se relacionavam com esta, além de todos os processos conscientes e inconscientes envolvidos, é possível compor o histórico do paciente, diagnosticar a estrutura psíquica e levantar problemas existentes, passíveis de intervenção.

A interface entre o histórico de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem

Conceber a prática de Enfermagem baseada no referencial teórico da psicanálise significa a possibilidade de apreciar as situações de cuidado sob duas dimensões: a singularidade do sujeito e a simultaneidade entre pesquisa e tratamento⁽⁸⁾.

A abordagem psicanalítica favorece a adesão e o comprometimento do indivíduo com o projeto terapêutico proposto, pois este percebe que seu modo de enxergar o mundo e se relacionar com ele é valorizado pelo enfermeiro, mesmo correspondendo a uma interpretação diferente daquela da família e dos profissionais que o atendem⁽⁸⁾.

As propostas de intervenção para o sujeito neurótico fundamentam-se no fato do enfermeiro passar a ocupar o lugar do grande Outro, não do Outro detentor do saber, mas daquele que acompanha o sujeito neurótico na descoberta daquilo que constitui seu desejo, ou seja, possibilitar-lhe dizer ou apreender quais significados emergem da combinação entre os significantes⁽¹⁵⁾.

O enfermeiro não deve nomear o desejo, mas favorecer condições para que o sujeito entre em contato com o desejo sem produzir sintomas e um intenso sofrimento psíquico⁽¹⁵⁾. Para o sujeito neurótico, o enfermeiro deve servir como testemunha⁽⁹⁾.

Observei que após a construção do caso e conseqüente estabelecimento do diagnóstico estrutural da *usuária 1*, pude interrogá-la sobre os motivos que a faziam não querer mais freqüentar o CAPS e, em seguida, construir junto a ela a terapêutica indicada em seu discurso, resultando nas indagações que passou a fazer a si própria sobre a realização de atividades artesanais na sua casa. Verifiquei que esse sujeito pôde entrar em tratamento por começar a se questionar sobre o quê fazer para diminuir seu sofrimento⁽⁹⁾.

Para um paciente psicótico, como é o caso do *usuário 2*, as intervenções propostas devem objetivar a superação dos sintomas negativos, através da convivência harmoniosa com as idéias delirantes, isso é, da reestruturação da relação do eu com o mundo⁽¹⁾.

Neste caso, minha tarefa não foi decifrar o delírio ou dizer que a personagem delirante, com a qual o paciente estabelecia sua relação comigo, não existia. Mas favorecer a este paciente falar das relações construídas sobre mim e sua personagem delirante, de maneira a estruturar o delírio. Assim, o sujeito pode utilizá-lo como um remendo para favorecer uma entrada deste no simbólico⁽¹⁵⁾. Eu deveria, então, secretariar o psicótico⁽¹⁷⁾.

(c) Termo utilizado para respeitar o sigilo sobre a identidade de um usuário de estruturação psicótica morador de uma residência terapêutica de um Centro de Atenção Psicossocial.

CONCLUSÃO

Esta experiência mostrou que a utilização da técnica da atenção uniformemente flutuante é um dispositivo fundamental para acessar o discurso do paciente, independentemente de sua estruturação psíquica.

Para este aprendizado foi fundamental a leitura da bibliografia recomendada, por basear minha observação e auxiliar na construção dos conhecimentos. Além disso, a composição de relatórios auxiliou na reflexão sobre o

caso, no levantamento de dúvidas e na assimilação da teoria. Entretanto, a abordagem direta do paciente, foi sem dúvida, a chave para o aprendizado, permitindo a construção de caso.

Logicamente são conhecimentos básicos, porém acredito já serem suficientes para me permitir uma atuação embasada teoricamente junto aos pacientes com transtornos mentais ou portadores de outras patologias e atendidos em quaisquer outras instituições de saúde, respeitando a expressão de sua singularidade.

REFERÊNCIAS

1. Campos CS, Barros S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):271-6.
2. Rocha RM. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?* Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 1994.
3. Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental. *Cad IPUB*. 2000;6(19):13-36.
4. Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. *Rev Lat Am Psicopat Fund*. 2004;7(1):75-86.
5. Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Rev Curinga Psicanal Saúde Mental*. 1999;(13):55-9.
6. Kirschbaum DIR. Abordagem psicanalítica nas pesquisas em enfermagem. In: *Anais do 1º. Seminário Interno de Pesquisa Qualitativa em Saúde da FCM/UNICAMP*; 2005 maio 19-21; Campinas, BR. Campinas: Komedi; 2005. p. 78-88.
7. Freud S. Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 1923. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 12).
8. Garcia APRF. *Aprendendo possibilidades de cuidar [dissertação]*. Campinas: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
9. Lacan J. *As formações do inconsciente – livro 5*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
10. Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
11. Birman J. O lugar do psíquico na experiência da loucura. *Ciênc Hoje*. 1983;1(6):30-6.
12. Leite MPS. *Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas klenianos*. São Paulo: Iluminuras; 2000. O simbólico; p. 55-114.
13. Masagão ACBM. “Orifeu”, a mulher com pênis: a construção da significação sexual em um caso de psicose [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2000.
14. Hagop S, Ariskal MD. Transtornos de humor. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 1231-60.
15. Quinet A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.
16. Lacan J. *As psicoses – livro 3*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
17. Freud S. *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago; 1923. (Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 12).