



Produção de conhecimento e transformação:  
o papel da extensão universitária

**O que os bichos nos ensinam:  
A construção do caso clínico em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto  
Juvenil**

Aline Aguiar Mendes Vilela<sup>1</sup>  
Franciele Nunes Nunes de Oliveira<sup>2</sup>

**RESUMO**

O presente artigo tem como finalidade apresentar um relato de experiência a partir da prática desenvolvida pelo projeto de extensão “*Tecendo a Rede: uma proposta de formação no campo da saúde mental a partir da articulação entre universidade, serviço e comunidade*” em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi). Por meio deste relato, discutiremos acerca do papel e das conseqüências do discurso psiquiátrico contemporâneo no tratamento de crianças na rede de serviços de saúde mental e sobre como a metodologia de construção do caso clínico pode possibilitar outras formas de atuação que não seja somente fundamentada no discurso psiquiátrico. Nos encontros para construção do caso clínico de Davi podemos verificar uma mudança em alguns profissionais da equipe do serviço na medida em que passaram a tratar os sintomas da

---

<sup>1</sup> Professora da Puc Minas, coordenadora do Projeto de Extensão: Tecendo a rede”, doutoranda em Psicologia pela UFMG.

<sup>2</sup> Estudante do curso de psicologia da Puc Minas São Gabriel. Bolsista do Projeto de Extensão “Tecendo a Rede”.

criança de forma distinta da preconizada pelo manual de diagnóstico psiquiátrico DSMIV. Desse modo, os sintomas deixam de serem entendidos apenas como signo de disfuncionalidade, abrindo espaço para reflexão sobre a construção subjetiva de Davi para se sustentar numa rede simbólica.

**Palavras-chave:** Construção do caso clínico. Psiquiatria. Síndrome de asperger.

## LISTA DE SIGLAS

AT - Acompanhamento Terapêutico

APA – Associação Psiquiátrica Americana

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

DSM-IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed.

## 1 INTRODUÇÃO

Pretendemos desenvolver neste artigo um relato de experiência a partir do projeto de extensão “*Tecendo a Rede: uma proposta de formação no campo da saúde mental a partir da articulação entre universidade, serviço e comunidade*”. Este projeto iniciou em 2010, através da parceria firmada entre o curso de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)-unidade São Gabriel e a Prefeitura de uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, tendo como ação central o desenvolvimento da metodologia da construção do caso clínico através da conversação clínica.

O objetivo de nossa reflexão neste artigo será a experiência vivenciada por nós no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) do município supracitado. Neste serviço desenvolvemos a prática de Acompanhamento Terapêutico (AT) realizada por um aluno bolsista. Os casos para essa modalidade de atendimento são encaminhados pela equipe a partir de necessidades relativas à cada situação. Esses casos geralmente mobilizam uma rede de serviços que deve estar articulada para proporcionar uma melhor assistência. Nessa perspectiva, além do A T, o estagiário também é responsável por acionar os serviços que compõem a rede<sup>3</sup> do paciente. Uma vez acionada essa rede propomos uma reunião com profissionais desses serviços na qual realizamos a construção do caso clínico a partir da conversação clínica<sup>4</sup>

Compreendemos tal construção como uma metodologia clínica de intervenção no campo da saúde mental a qual tem como objetivo direcionar as condutas realizadas pelos profissionais do serviço mediante um caso que lhes cause impasse. As dificuldades na condução de um caso podem servir como motor para uma prática singular demandada, já que a equipe é colocada a refletir e discutir conhecimentos e conduções até então petrificados, promovendo, assim, o surgimento de algo novo e

---

<sup>3</sup> Trabalhar com o conceito de rede é trabalhar com “serviço/equipamento do setor saúde, com cada equipamento intersetorial, com pessoas e instâncias, com a gestão, com poderes formais e informais, como Conselhos Tutelares e outros, tráfico de drogas, polícia, bandido, igreja, e tudo quanto for instância, pessoa física ou jurídica que se colocar na rede interferindo nos laços daquele de quem tratamos, nosso paciente ou usuário, com seu território, seu lugar psicossocial...” (ELIA, 2010, pg.1).

<sup>4</sup> A conversação pode ser entendida como uma metodologia de pesquisa-intervenção no campo da saúde mental para realização a construção do caso clínico já que permite a partir da análise dos impasses, dificuldades na condução de um caso clínico, o exercício da palavra dialogada, numa aposta de que algo novo, inédito surja a partir do convite à fala, onde a responsabilidade de cada um encontra-se engajada. (Rubim; Besset, 2007, p.2)

revelador acerca do sujeito. Assim, entendemos que essa metodologia implica em que a equipe assumira uma posição de não saber em relação ao paciente.

Viganó (1999) traz considerações relevantes sobre a construção do caso clínico e a importância da participação de outros atores. Para o autor:

Trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo 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. (VIGANÓ, 2010, p. 2).

Mendes e Silva (2010) consideram que a construção do caso clínico não é um exercício acadêmico e segundo Carlo Viganò (1999) é uma obra de alto artesanato, onde o saber técnico-científico entra apenas como uma pré-condição. Neste sentido, só quando o paciente começa a falar de sua história é que aprendemos o caminho de sua subjetividade. Isso implica em operar com o saber do paciente e não com um saber sobre o paciente. Desta forma, construir o caso clínico é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos e recolher as passagens subjetivas que contam, para que a equipe esteja pronta para escutar a sua palavra quando esta vier. É compor a história do sujeito e de sua doença delimitando os fatores que precipitaram a doença, buscando reconhecer os pontos mortíferos, os pontos de repetição, os tratamentos realizados, e as saídas que o próprio sujeito tem desenvolvido para lidar com o seu sofrimento.

Para refletirmos sobre nossa prática, escolhemos a construção do caso clínico Davi. A partir dessa construção pretendemos discutir o papel e as consequências do discurso psiquiátrico contemporâneo no tratamento de crianças na rede de serviços que é composta pelos serviços de saúde mental, assistência e escola e sobre como a construção do caso clínico pode incluir outras formas de atuação/pensamento que não somente aquela fundamentada no discurso psiquiátrico.

O que temos vivenciado hoje na saúde mental, dentre outros aspectos, é uma hegemonia do discurso psiquiátrico baseado na perspectiva do DSM que passa a ordenar os saberes presentes numa equipe. De fato, assistimos uma apropriação pela maioria dos profissionais do saber psiquiátrico de forma muitas vezes superficial e de modo a preencher talvez algumas lacunas em sua própria formação<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Relatório Final: “Investigação dos efeitos discursivos da capsização: avaliação qualitativa do modelo CAPS”. Belo Horizonte: 2009, 189p

Quando se trata de um CAPS infanto-juvenil isso é ainda mais preocupante, pois se é essencial para as crianças o aporte advindo dos atores sociais e da família relativas a um conjunto de expectativas que são referidas a sua formação, ao seu desenvolvimento, o que vemos, quando o discurso psiquiátrico é o saber hegemônico, é uma determinação das potencialidades e do que a família e demais atores sociais (escola, assistência social, etc.) podem esperar do futuro da criança a partir da classificação dos quadros clínicos<sup>6</sup>.

## 2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O DSM

No texto: “*A paixão nos tempos do DSM: Sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia*” Mário Eduardo Costa Pereira (2000), discorre no que concerne aos sistemas operacionais de classificação dos transtornos mentais, cujo paradigma contemporâneo é o DSM-IV. O autor nos afirma que a psiquiatria, a partir da década de 1960, defrontou-se com dificuldades em seu percurso para se fazer reconhecer como disciplina médica de pleno direito, visto que sua legitimidade científica era contestada vigorosamente. Assim, a ausência de consistência de suas categorias diagnósticas não somente conduzia a um problema de concordância entre os diagnósticos, propostos pelos próprios psiquiatras, como também ao questionamento de sua eficácia terapêutica. Pereira (2000) assinala que a psicopatologia constituía assim:

O próprio terreno sobre o qual se desenrolavam os combates quanto à legitimidade da psiquiatria (...). As definições dadas por clínicos e pesquisadores provindos de horizontes epistemológicos diferentes tendiam, naturalmente, a recortar seus objetos teórico-clínicos segundo os pressupostos próprios de cada disciplina, deixando, assim, grande margem à confusão terminológica e à incompreensão mútuas. (PEREIRA, 2000, p. 04)

Com o objetivo de organizar as concepções científicas acerca do sofrimento mental o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) foi elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Este manual possibilitou um mínimo de entendimento entre os diferentes ramos do conhecimento que se encontravam no campo heterogêneo chamado psicopatologia através de uma linguagem

---

<sup>6</sup> Para aprofundar nessa discussão ver o texto de Vorcaro. Ângela. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância in O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo. 1ed. 2011.p. 219-230

universal. Assim criação do DSM surgiu como possível solução dos desacordos diagnósticos e terminológicos dos transtornos mentais.

De acordo com Pereira (2000) o surgimento da terceira edição do DSM, o DSM-III, em 1980 instituiu um divisor de águas na psiquiatria, visto que alterou a concepção da prática e da pesquisa psiquiátrica na medida em que se propôs como um sistema operacional e atóxico. Essa classificação dos ditos transtornos mentais ao mesmo tempo em que se empenhava em evitar os impasses entre as variáveis abordagens psicopatológicas, tinha como finalidade constituir um sistema de classificação que se debruçasse apenas sobre dados objetivos e observáveis. Dessa forma, essa classificação rejeita as abordagens que não se debruçam em fatos clínicos observáveis e contestáveis. Pereira (2000) afirma que:

resulta, desse estado de coisas, uma concepção cada vez mais naturalizada do padecimento mental, de modo que as dimensões históricas, culturais, subjetivas e existenciais nele implicadas, passam a ser vistas como irrelevantes ou perigosamente inefáveis – meros resquícios de metafísica aguardando pela redução científica ao plano neurobiológico, único nível explicativo não-metafórico desse fenômenos. (PEREIRA, 2000, p. 01)

A psiquiatria, portanto, passa a ter um conhecimento dito atóxico, baseado na descrição dos sintomas e substitui o vocábulo doença para o termo ‘disorder’, (transtorno), para designar as categorias diagnósticas. O autor salienta que tal designação não confere nenhuma especificidade ao quadro clínico em questão, contudo preenche uma função retórica que é necessária ao bom funcionamento do sistema de classificação. Desta maneira,

“(...) busca-se idealmente tratar apenas dos problemas nosográficos privilegiando-se a descrição mais objetiva possível dos quadros sintomatológicos, deixando-se de lado os questionamentos etiológicos e dos supostos mecanismos patogênicos.” (PEREIRA, 2000, p. 08)

A partir da intervenção direta sobre os sintomas a ênfase no tratamento do portador de transtorno mental se desloca da análise dos sujeitos, definidos por sua singularidade, para o tratamento de casos que se constituem por sua semelhança nos sintomas.

Embora, o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais afirma não manifestar preocupação com as causas dos transtornos mentais, este mesmo sistema, atribui uma causalidade orgânica para explicação da origem dos sintomas

psicopatológicos. Percebe-se, neste contexto, o discurso da disfuncionalidade orgânica, realizada pelos psiquiatras, no intuito de alcançar um tratamento que restitua um grau de adaptabilidade do sujeito à sociedade.

Essa nova concepção dos diagnósticos reflete em uma clínica das classificações caracterizadas no patológico que perpassa pelo discurso objetivo, hegemônico e pragmático proposto pelos manuais. Estes, a partir de uma intervenção direta sobre os sintomas, orientam a classificação e o tratamento das doenças psicopatológicas como universais. Sendo assim, as abordagens que tratam dos fenômenos psicopatológicos, por meio de métodos não experimentais, ficaram no plano secundário e de acordo com Pereira (2000) qualquer tentativa de absolutizar um discurso no intuito de explicar de forma hegemônica o padecer humano é algo perigoso e merece oposição e crítica.

Deve-se considerar ainda que este manual é um sistema que permite diagnósticos em planos como clínico, evolutivo e sócio-familiar ao mesmo tempo que trabalha com critérios de inclusão e exclusão para que se chegue a um diagnóstico definitivo. Somado a isso, o que proporciona certa potência ao DSM é o fato de possuir um caráter provisório e aberto a revisões de acordo com os debates e avanço da ciência.

É o diagnóstico, de acordo com Pereira (2000) que dirige as decisões quanto ao tratamento, qualquer erro nessa matéria pode acarretar graves conseqüências para o paciente e para o médico. Dessa maneira a constatação de uma doença constitui um caminho arriscado a esses indivíduos, pois a nomeação de um diagnóstico pode ser uma nova maneira de o sujeito assumir-se perante o mundo,

No entanto, essa forma de racionalidade do DSM que, sob o argumento de pragmático, arrasta para debaixo do tapete tudo aquilo que poderia tornar mais complexa a discussão no campo da psicopatologia, não foi indiferente ao campo da psicopatologia infantil.

Uma das características mais marcantes desse manual no que se refere à psicopatologia da infância é o desaparecimento do diagnóstico de psicose infantil. Desse modo, o termo psicose infantil e todo complexo debate travado entre diversos saberes perde espaço para o estabelecimento de um diagnóstico que sob a denominação de “Transtornos Globais do Desenvolvimento” abarcam uma série de sintomas caracterizados por um comprometimento severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento, incluindo habilidades de interação social, comunicação, interesses e atividades estereotipadas. Dentro desse amplo espectro de comportamentos são colocados variados transtornos dentre eles o Transtorno Autista, Transtorno de Rett,

Kleffner-Landau, Asperger, entre outros. Um dos problemas gerados é relativo ao fato de não haver qualquer preocupação quanto ao lugar ocupado pela criança nos contextos familiar e social, o que impede uma diferenciação em relação ao que pode ser da ordem de uma disfunção orgânica e daquelas em que não há uma especificação mais clara disso. Assim, ao supor uma determinação genética para todos os transtornos, mesmos para aqueles em que não há nenhum indício comprovado, como é o caso do Transtorno de Asperger, esse manual continua afirmando que há e colocando sob a mesma rubrica, diferentes diagnósticos desconsiderando um posicionamento que a prática clínica nos chama a ter, aquele que diz respeito ao reconhecimento de

“que nós humanos estamos situados em uma frágil fronteira entre os automatismos neurofisiológicos e a variabilidade aberta da linguagem, onde é preciso saber reconhecer até onde vai um e outro”. (Jerusalinsk, Alfredo, 2011, p. 234)

De fato, para um manual que se mantém na perspectiva de sustentar a qualquer custo uma suposta objetividade, propor uma causalidade orgânica<sup>7</sup> acaba por priorizar o funcionamento cerebral no exercício de suas habilidades cognitivas e instrumentais. Nesse sentido, qualquer questão relativa à subjetividade é negligenciada já que esta depende da interpretação por parte do paciente e do clínico inerente ao processo de tratamento. (Bernardino, Leda M. F., 2011)

Essa discussão presente em vários autores esteve presente em nossa prática quando em nosso projeto realizamos a construção do caso clínico de Davi.

Passemos, então, ao relato de nossa experiência:

### **3 O QUE O CASO NOS ENSINA**

Davi<sup>8</sup> foi acolhido no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) em Julho de 2009, quando tinha oito anos de idade. Na ocasião, a criança fora

---

<sup>7</sup> Para aprofundar nesta discussão ver texto de PEREIRA, Mario Eduardo Costa, et al. A paixão nos tempos do DMS: Sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. São Paulo: Caso do Psicólogo: EDUC, 2000

<sup>8</sup> Nome fictício

encaminhada pela diretora da escola por apresentar dificuldades de relacionamento interpessoal, interesse restrito a um determinado assunto, agitação e impaciência quando contrariado. A queixa principal da escola era a respeito da desatenção da criança, já que este se distraía frequentemente, desenhando animais em seu caderno. Como consequência não copiava a matéria do quadro e não manifestava interesse por apreender outros assuntos que não convergissem para seu interesse por animais. O brincar do paciente, segundo relato da escola, era de colocar-se como um *predador, pois colocava suas mãos em forma de garra, e seu repertório envolvia histórias e fatos acerca de animais*. Não demonstrava interesse em brincar com a maioria dos alunos, mas também não se isolava totalmente, pois se envolvia com um ou outro.

No período em que foi acolhido pelo serviço, o paciente residia somente com sua mãe. Esta apresenta um quadro de epilepsia desde a adolescência. Davi presencia estas crises e manifesta significativa preocupação e assistência relativa a essa condição materna no decorrer dos atendimentos realizados pela equipe de referência do caso composta por psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e acompanhante terapêutica. Davi relata que sua mãe desmaia e passa mal sempre. Apesar dessa fragilidade, a mãe demonstra grande disponibilidade para o filho, tanto no que se refere aos cuidados cotidianos com a criança como também sendo presente em seu tratamento.

Em relação ao pai, a genitora relata que ele tinha envolvimento com tráfico de drogas e havia suspeitas de pedofilia. Diante destes fatos, o genitor saiu de casa antes do nascimento da criança. No entanto, registra o filho. Vale ressaltar que todos os relatos acerca do pai são eminentemente oferecidos pela mãe de Davi.

Conhecemos Davi em maio de 2010 por meio da solicitação da coordenadora do CAPSi e da psiquiatra que acompanhava o caso, com a finalidade de dar continuidade ao AT realizado por outra estagiária. Para esta estagiária a equipe demandou que o acompanhamento trabalhasse as potencialidades manifestadas pelo paciente com o intuito deste obter um bom desempenho escolar. Já para a nova estagiária a equipe solicitou o atendimento para dar continuidade ao trabalho realizado e também para compreender acerca da hipótese diagnóstica de *Síndrome de Asperger* realizada pela psiquiatra, uma vez que pelos relatos da equipe, o paciente demonstrava interesse quase que somente destinado a aracnídeos, contato social restrito e potencial intelectual significativo.

Nos primeiros atendimentos com a equipe de referência Davi era considerado de difícil abordagem, quando questionado sobre informações pessoais ou do cotidiano, o

paciente inseria o tema de seu interesse, isto é, os aracnídeos, “ignorando” as intervenções dos profissionais e tampouco estabelecia contato com eles.

No decurso do atendimento, ainda com a equipe de referência, paciente relatava detalhadamente a toxicologia, o tamanho dos animais em “cm”, partes do corpo, formas e hábitos dos aracnídeos. Quando questionado sobre os humanos, Davi apresenta um discurso bizarro e desorganizado.

A partir dos sintomas descritos, a médica psiquiatra de referência do caso, estabeleceu, com consentimento da psicóloga e terapeuta ocupacional, o Transtorno de Asperge como hipótese diagnóstica a partir dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. (DSM-IV). Este manual considera o Transtorno de Asperger como um transtorno do espectro do autismo, uma vez que o indivíduo apresenta prejuízo qualitativo na interação social, falta de reciprocidade emocional ou social, dificuldades em processar e expressar emoções, dificuldades com mudanças, perseveração em comportamentos estereotipados e, sobretudo por manifestar interesses específicos e intensos em determinado conteúdo. Esses critérios, no entanto podem ser conciliados com o desenvolvimento cognitivo normal ou elevado. Por isso o Transtorno de Asperger, de acordo com o DSM-IV, diferencia-se do autismo clássico por não comportar atraso global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do sujeito.

De fato, ao estudar o prontuário, antes iniciar o AT, percebemos que as conduções dos profissionais em relação a este caso, estavam pautadas na presença e ausência dos sintomas descritos no DSM-IV. Podia-se notar através do prontuário, que alguns profissionais que acompanham o caso repetiam seus registros enfatizando a presença ou não dos sintomas descritos nesse manual muitas vezes desconsiderando a história do paciente e o percurso realizado desde o início de seu tratamento na instituição. Dessa forma, a estagiária questiona a supervisora de campo em relação ao posicionamento dos profissionais frente ao caso, com a finalidade de aprendizagem, o que foi acolhido pela equipe, resultando na demanda para construção do caso clínico.

Essa construção do caso ocorreu a partir de dois encontros, ou melhor, de duas conversações clínicas nas quais realizamos a construção do caso clínico que, juntamente com a realização dos acompanhamentos terapêuticos, proporcionou um novo olhar para a acompanhante terapêutica e para alguns membros da equipe.

No primeiro encontro com a equipe o caso foi apresentado pela antiga técnica de referência e pelos atuais técnicos e discutido com os outros membros da equipe do

CAPSi, coordenadora e estagiários do projeto *Tecendo Redes*, além da pedagoga da escola freqüentada por Davi. Todos que se manifestaram, colocaram suas impressões, entendimento, sugestões para o tratamento.

Foi possível perceber nessa conversação, que os profissionais consideraram de forma bastante positiva o percurso de Davi no tratamento, em que o Acompanhamento Terapêutico teve um papel fundamental no avanço que a criança apresentou no que diz respeito ao aprendizado dos conteúdos escolares, da interação social com os técnicos e com colegas de escola e da inclusão de outros temas relativos a sua história não ordenados pelo interesse pelos animais.

No entanto, era interessante que, embora a equipe reconhecesse a importância do trabalho do AT, de toda composição subjetiva presente neste trabalho, do contexto familiar, das relações parentais, em vários momentos da conversação o discurso psiquiátrico oferecia de forma privilegiada as determinações das possibilidades futuras da criança orientadas não pelo avanço que ela apresentava, mas pelos limites que a classificação do quadro coloca.

Desse modo, salientamos três pontos:

- a) Davi é percebido como um autista de elevado potencial intelectual: a orientação é que ele trabalhe os conteúdos da escola a partir dos animais pois ele tem interesses extremamente restritos, conforme o quadro clínico descreve. Assim, o tratamento deve ser conduzido no sentido de orientar Davi cognitivamente a se interessar pelos outros conteúdos a partir de seu interesse por animais, pois ele não poderá se desenvolver de outra forma.
- b) ele será sempre um menino com transtorno: não há expectativa que Davi se cure, mas ele pode se adaptar à vida social.
- c) ele não irá desenvolver uma interação social que o permite ter uma reciprocidade como o outro. Nesse sentido, sua comunicação é quase um monólogo, ou seja, não é uma forma de interação, pois ele não se interessa pelo que o outro diz já que não consegue deslocar de seus interesses auto-referidos. Nessa perspectiva, é necessário que treine uma habilidade para se adaptar socialmente às respostas apropriadas ao contexto social.

Conforme dissemos, foi possível notar que o discurso psiquiátrico contemporâneo privilegia, ancorado em um ideal de objetividade, o diagnóstico a partir de um entendimento dos sintomas como comportamentos, atitudes disfuncionais,

atribuídos a uma habilidade funcional que está prejudicada. No entanto, ao longo da conversação outros aspectos do caso foram salientados pela equipe o que permitiu a abertura para outra leitura do caso.

Foi relatado na construção que o trabalho da AT estava orientado no sentido de acolher as falas da criança em relação aos bichos como algo indicativo de questões fundamentais para ele. Percebemos, assim, que Davi ao contar histórias das relações entre macho e fêmea, entre animais bons e maus, brigas entre aracnídeos e, sobretudo, relações familiares entre mãe e filhote, ele discorria acerca de seus conflitos, de suas dificuldades em situar-se como filho de um casal em que a mãe apesar de ser disponível é mais cuidada pela criança do que cuida desta e em que o pai, desqualificado pela mãe, (mas não por Davi) é muito ausente de sua vida. Percebemos que a criança coloca na temática dos bichos um modo de construir um lugar para si em relação aos pais, à diferença sexual. Na medida em que o trabalho do AT avançava nesta orientação, ou seja, em apostar que a fala dos bichos revelava sua composição subjetiva, Davi foi deixando de falar dos bichos ou através deles para falar de si, de seus sentimentos, da falta que sente do pai, da preocupação que tem com sua mãe e de ficar sozinho. O assunto dos bichos de central tornou-se periférico. Na escola passou a interagir com os colegas, participando de brincadeiras coletiva e passou a conseguir concentrar em outros conteúdos. A fala da AT acerca dos avanços de Davi era compartilhada também por outros profissionais presentes, como sua psicóloga e sua psiquiatra. De fato, no início da construção do caso havia uma prevalência do discurso psiquiátrico e pouca participação de outros profissionais. No entanto, no decorrer da conversação a partir das mudanças salientadas foi possível ver que o tema dos bichos se deslocava, que a criança mostrava interesse por outros assuntos na escola e que ela apresentava uma interação social. Isso permitiu um esvaziamento do diagnóstico como único norteador da conduta dos profissionais.

Na segunda reunião para construção do caso - que se destina a recolher os efeitos da primeira construção - a equipe apresentou algumas mudanças importantes: a psicóloga se responsabiliza pelo caso, não apenas aceitando passivamente o diagnóstico psiquiátrico; um psiquiatra do serviço passa a questionar o diagnóstico anterior, além da própria psiquiatra referência do caso ter solicitado a AT que avaliasse o melhor momento de entrar com a medicação, propiciando um trabalho interdisciplinar.

Também neste segundo encontro a escola, a acompanhante terapêutica e os demais profissionais, relataram uma melhora impressionante do paciente. Se antes ele

não mudava de assunto sobre os animais, atualmente ele vem demonstrando maior habilidade de discorrer sobre diversos temas, havendo atendimentos em que ele não mencionaos bichos. Além disto, a escola relata que Davi, tem ampliado suas relações sociais e também tem melhorado seu desempenho e feito suas atividades em sala sem se distrair com desenhos de animais peçonhentos ou aracnídeos como fazia antes. Davi expressa o desejo em ser cientista, para pode estudar os bichos, e diz saber que para isso é preciso estudar outras coisas como a matemática e o português.

Avaliamos que essa melhora do paciente aconteceu a partir da interação da equipe de referência com a acompanhante terapêutica por meio da construção do caso clínico. Tal articulação proporcionou uma mudança na condução do caso, já que no início, a direção do tratamento estava pautada no diagnóstico do DSM- IV estabelecido pelo discurso psiquiátrico. Nessa perspectiva, o sintoma é entendido como disfuncionalidade e o tratamento é tentar restituir um grau de adaptabilidade ao contexto social. Com a construção do caso clínico, aprendemos que os sintomas revelam neste caso uma tentativa de construir um saber sobre seu lugar no complexo parental e, portanto, nas relações que pode construir com o outros que compõem seu convívio social.

Essa orientação propiciou à equipe se posicionar de forma adequada num momento muito difícil para o paciente, que ocorre em decorrência do nascimento da irmã e da ausência do Acompanhamento Terapêutico. Nesse contexto, Davi manifestou comportamentos agressivos, dificuldade de relacionamento interpessoal na escola e interesse restrito pelos animais. A psicóloga referência do caso ao perceber a piora do quadro de Davi solicita novamente a construção do caso clínico, com a finalidade de compreender o retrocesso do paciente e demanda o acompanhamento terapêutico semanal. Haver o espaço para a construção do caso foi primordial, já que possibilitou um recurso para que a agressividade não fosse apenas medicada como um sintoma signo de disfuncionalidade, possibilitando mais uma vez um avanço na condução do caso.

Nesta última construção do caso, a fala da coordenadora da escola foi muito importante. Ao se questionar sobre o motivo pelo qual Davi pára de se endereçar a ela depois de uma situação em que sua mãe desmaiou na escola, ela percebe que ele ainda a procurava para conversar sobre bichos, o que era rejeitado por ela. Porém, na medida em que ela acolhe essa fala, ele volta a procurá-la para conversar e rapidamente desloca dos bichos para dizer de suas dificuldades e interesses. A coordenadora, então, passa a se questionar se seria necessário fazer com que Davi prescindisse do sua construção

acerca dos animais. Em uma recente conversa na escola, a AT e coordenadora discutem sobre se o tema dos animais precisa ser um assunto rejeitado pelos professores e demais profissionais que acompanham Davi. Talvez, uma orientação seja respeitar que esse interesse, embora não mais central, mas discretamente possa ser dito pelo paciente, pois ele revela não uma desadaptação ao meio social, mas sim um modo de Davi se sustentar na rede simbólica.

Os encontros para a construção do caso clínico, portanto, propiciaram um posicionamento de alguns membros da equipe distinto daquele em que os sintomas são entendidos apenas como signos de disfuncionalidade que devem ser suprimidos.

## **ABSTRACT**

This article aims to present an experience report from the practice developed by the extension project "Weaving the Web: a proposal for training in the field of mental health from the relationship between university and community service" in a Care Center psychosocial (CAPS). Through this report, we discuss about the role and consequences of contemporary psychiatric discourse in the treatment of children in the network of mental health services and how the methodology of construction of the case study can enable other forms of activity that is not only based on the speech psychiatric. In the meetings for the construction of a clinical case of David we can see a change in some of the professional service team as it began to treat the symptoms of children in different ways advocated by the Manual DSMIV psychiatric diagnosis. Thus, the symptoms fail to be understood only as a sign of dysfunction, opening space for reflection on the subjective construction of David to hold a symbolic network.

**Keywords:** Construction of the clinical case. Psychiatry. Asperger syndrome.

## REFERÊNCIAS

BERNADINO, Leda Maria Fischer. A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento diante do “desaparecimento” da atual nosografia. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (Org.) **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 1ed. São Paulo: Vialettera, 2011. p. 205-217.

ELIA, Luciano. Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4, 2010, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 1-11. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consolidarlucianoelia.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011

JERUSALINSKY, Alfredo. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (Org.) **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 1ed. São Paulo: Vialettera, 2011. p. 231-243.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV. 4º ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

MENDES, Aline Aguiar; SILVA, Celso Renato. O Projeto de Extensão “Tecendo Redes”: perspectivas do processo de formação no campo da saúde mental. In: BATISTA, Cássia Beatriz; KIND, Luciana; GONÇALVES, Letícia (Org.) **Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2011. p. 360-374.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In: PACHECO FILHO, Raul Albino; COELHO JUNIOR, Nelson; ROSA, Miriam Debieux **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo/Educ, 2000. p. 119-159.

RUBIM, Luiza Mendes; BESSET, Vera Lopes. Psicanálise e educação: desafios e perspectivas. **Revista Estilos da Clínica**, São Paulo, v. XII, n. 23, p. 36-55, 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/estic/v12n23/v12n23a04.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Relatório Final: “**Investigação dos efeitos discursivos da capsização: avaliação qualitativa do modelo CAPS**”. Belo Horizonte: 2009. 189p.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n.13, p.56, 1999.

VORCARO, Ângela. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (Org.) **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 1ed. São Paulo: Vialettera, 2011. p. 219-230.