



Revista
de Psicologia

ISSN 2179-1740

TECENDO A REDE: A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO NO ATENDIMENTO INSTITUCIONAL DE JOVENS

*WEAVING THE NET: THE CLINICAL CASE CONSTRUCTION IN THE INSTITUTIONAL
CARE OF YOUNG PATIENTS*

Angela Maria Resende Vorcaro¹

Aline Aguiar Mendes Vilela²

Alice Oliveira Rezende³

Resumo

Partimos da noção freudiana (1937/2017) de “construção” para propormos uma metodologia de pesquisa-intervenção com equipes de saúde mental juvenil pautada pela singularidade do caso e pelo concernimento dos profissionais envolvidos. Introduzimos a presença de um aluno aprendiz junto à equipe dos serviços durante o período de construção do caso. Demonstraremos os efeitos da presença deste agente no caso de um jovem intitulado – “Sobre o truco! O valor de uma aposta”. As reuniões com as equipes para a construção do caso são constituídas em três tempos: “tempo de ver”, “tempo de escutar-se” e “do que resta a construir”. Buscamos ao longo deste percurso de trabalho cernir algo do impossível na construção do caso. Assim, ao termos em conta o real no seio da estrutura na qual o sujeito se engendra, procuramos iluminar o modo como as equipes concebem aquilo que se repete no caso visando a promoção de um saber concernido, o que denominamos

Palavras-chave: Construção do caso clínico; atendimento institucional de jovens; aposta no sujeito; repetição e efeito-equipe.

Abstract

Departing from the Freudian notion (1937/1975) of “construction”, we propose a research-intervention methodology, based on the singularity of the case to the detriment of universalizing practices, to be used with mental health teams that deal with young patients. We introduce a trainee student within the staff during the period of the case construction. We shall demonstrate the effects of the presence of this agent in the construction of the case of a young patient, entitled “On

Keywords: Clinical case construction; institutional care of young patients; wager on the subject; repetition and team-effect.

¹ Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: angelavorcaro@uol.com.br.

² Professora adjunta IV na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). E-mail: alineaguiarmendes@yahoo.com.br

³ Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPG) na área de concentração Estudos Psicanalíticos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: aliceorezende@gmail.com

feito-equipe.

truco! The value of a wager". The meetings with the teams regarding case construction are established around three moments: "time of seeing", "time of listening to oneself" and "that which remains to construct". Throughout this research itinerary, we intend to discern something related to the impossible in the case construction. Thus, taking into consideration the real within the structure in which the subject is engendered, we search to cast light onto the way mental health teams conceive that which repeats itself in the clinical case, aiming the promotion of a concerned knowledge, which we name *team-effect*.

INTRODUÇÃO

Desenvolvemos uma pesquisa interinstitucional¹ referida à pesquisas anteriores (Teixeira, 2009; Mendes & Silva, 2011) em que foi depurada uma metodologias de intervenção em instituições que atendem jovens a partir da construção de casos clínicos. Apostamos na potência do método psicanalítico como modalidade possível de orientação de um método que sustenta a tensão singular/universal, partindo da escuta dos agentes da clínica, em instituições.

Ao contrário de uma "psicanalização" dos serviços de saúde mental, a proposta se restringe a uma orientação pelo método delimitado por Freud (1937/2017) com vistas ao estabelecimento de um dispositivo de construção do caso clínico junto aos agentes clínicos embaraçados em sua prática nos serviços de saúde e educação.

A construção do caso clínico ultrapassa a impotência em que esses agentes se vêem enredados. Em vez de partir de dilemas/dificuldades diversas que a equipe enfrenta em seu cotidiano, focalizamos os impasses do caso-problema para tocar o impossível de abordar, impossível de ultrapassar, enfim, o impossível do caso. Nessa construção junto aos técnicos, são produzidos fragmentos de opacidade decantados a partir dos impasses da equipe. Estes são tomados como orientação para o real (o impossível ao simbólico e ao imaginário), na medida em que os pontos de insistência da relação do sujeito com os técnicos resistem a entrar no tecido do saber que a equipe até então compunha para o caso.

O encontro com a evidência-opacidade dos restos que se decantam nos permitiu elaborar o que se tornou um achado, um saber que nos possibilita operar nessa prática, qual seja, a equipe não existe previamente a um caso, ao contrário, é a construção do caso que faz existir uma equipe, ou melhor dizendo, o que chamamos de *feito-equipe*. A construção do caso clínico, ao implicar os profissionais, faz existir uma

equipe, fazendo valer que ali há sujeitos concernidos pelo caso, o que é distinto de uma equipe composta por profissionais designados burocraticamente pela instituição. Além disso, no *feito-equipe* não se trata de estabelecer uma equipe coesa em torno do caso, nem tampouco que todos os profissionais se impliquem, mas que um ou mais profissionais, ao serem tocados cada um ao seu modo pelo impasse, se tornem um aprendiz do caso, o que reorienta suas intervenções, que antes eram dirigidas pelos significantes mestres normatizantes da instituição (Mendes, 2015).

Nossa prática

O Tecendo a Rede (TaR) é um projeto interinstitucional que congrega professores e estudantes de graduação e pós-graduação da UFMG e PUC-Minas e trabalha em instituições de caráter público e privado com a construção de casos clínicos que geram embaraços nas equipes. Apresentamos um fragmento de nosso trabalho em parceria com um serviço universitário de atenção à saúde do adolescente².

Desenvolvemos o trabalho de construção do caso clínico com equipes que atendem jovens que precisam de um apoio institucional. Os casos em questão requerem uma resposta social a certos estados da psicose, passagens ao ato ou mesmo atuações diversas que podem levar esses jovens a uma exclusão social e até a morte (Zenoni, 2000).

Dois pilares sustentam nossa prática, quais sejam, a *presença de um aluno*, aprendiz, que denominamos de AT, não somente por sua função de Acompanhante Terapêutico, mas também e mais fundamentalmente, como veremos, por sua função de colocar a equipe à *trabalho*, e a *construção do caso clínico* com as equipes.

O aluno aprendiz inicia seu trabalho com a condução de um caso escolhido pela equipe na função de acompanhante terapêutico dentro e fora da instituição. Os pacientes encaminhados são aqueles que causam impasse expressos, por exemplo, nas dificuldades na orientação do tratamento que está sendo proposto; nas dificuldades na inserção na instituição; no impedimento no laço com outros participantes, ou mesmo, por uma inércia da instituição no tratamento, o que perpetua atos de violência, em que os pacientes colocam a si e/ou a outros em risco.

O caso encaminhado ao aluno deverá necessariamente ser construído em pelo menos três reuniões com a equipe. Em uma primeira reunião, ele é apresentado pelo profissional de referência que o acompanha na instituição e outros profissionais. É exposto o percurso do paciente na instituição, sua

história de vida e clínica (quando surgiram os sintomas, os tratamentos realizados), bem como são discutidos livremente os pontos de impasse e os pontos de avanço. A reunião é gravada e transcrita.

Após a reunião com a equipe formal da instituição há um trabalho dos pesquisadores para elaboração de uma lógica do caso. Inicia-se com o estagiário a leitura da clínica do caso ou da lógica do impossível a partir dos pontos de impasse decantados de falas da equipe formal. Repetições de atos, falas do paciente que insistem e esgarçam o tecido de um saber prévio que esta equipe compunha para o caso, possibilitando uma outra composição de saber a partir da suposição de um sujeito no paciente como efeito de linguagem. No momento em que a equipe pode dar um retorno dos efeitos da primeira reunião, agendamos segunda reunião com a equipe. Assim, as respostas do paciente ao trabalho terapêutico até então estabelecidas serão alçadas à condição de “enigma”, exigindo a construção do caso. Como consequência, a certeza de que a aplicação do saber, ou da soma de saberes legitimados cientificamente seria suficiente para abarcar a especificidade daquele sujeito, esmorece. Institui-se, então, um caso na medida em que este interroga e recruta os técnicos a retomá-lo e, dessa forma, a construí-lo.

Posteriormente, esses pontos de impasse apresentados pela equipe são recolhidos e destacados pelos pesquisadores em uma apresentação/leitura que inaugura um terceiro encontro. É o aluno que conduz a reunião. Por estar inserido no cotidiano da equipe, mas também por não pertencer a ela e, além disso, por ser um aprendiz, ele produz um efeito por estar *à trabalho* do caso, ao buscar sustentar a autoridade clínica do caso, provocando, num mesmo movimento, a equipe forma; também *à trabalho*. Temperando a urgência em problematizar com a lentidão que a escuta exige para tornar possível um diálogo entre vários, um efeito de pressa pode emergir da fala de alguém, ou do assentimento de alguns. Surpresas na linguagem podem manifestar a presença de um sujeito, onde a urgência em falar gera a superação da impotência, para delimitar um ponto de impossibilidade, a partir do qual uma nova direção de tratamento pode ser construída.

SOBRE O

truco! O valor de uma aposta

Dividimos três tempos da construção do caso que apresentamos a seguir: 1ª e 2ª encontros: tempo de ver; 3ª encontro: tempo de escutar-se; 4ª encontro: do que resta a construir.

1ª e 2ª encontros: tempo de ver

No primeiro encontro para a construção do caso, Rocha é apresentado como um adolescente que chega ao *serviço de atenção à saúde do adolescente* encaminhado em função de seu quadro clínico de hipertensão e obesidade e também por sua difícil inserção na escola, que o expulsa reiteradamente e chama pela mãe para que ela responda por suas atitudes. A equipe demanda a participação do TaR, principalmente, para uma intervenção na escola. No entanto, ao longo do encontro, o que apresenta-se como impasse em seu tratamento é a relação do jovem com sua mãe. Desse modo, durante o 1º. encontro delinea-se um outro caso, distinto daquele para o qual fomos inicialmente apresentados. Rocha é apresentado pela equipe como um adolescente cuja imagem reflete a imagem da mãe: vestiam roupas parecidas, ambos estavam obesos e a lipomatia de Rocha acentuava, ainda mais, a semelhança entre mãe e filho. A psiquiatra do serviço relata ainda frequentes e insistentes demandas da mãe para uma avaliação psiquiátrica de Rocha desde os dois meses de idade, nos Centro de Saúde e no Serviço. Esse percurso culminou por insistência da mãe numa solicitação de um Centro de Saúde de uma perícia do INSS. “*Então, a psiquiatra solicitou a perícia do INSS e Rocha conseguiu o benefício, para surpresa da psiquiatra que não esperava que ele iria conseguir.*” Tal benefício foi o único sustento de Lucia e Rocha por um longo período. Representa, ainda hoje, a maior parte da renda familiar.

Segundo a equipe, no percurso do serviço, Rocha e Lúcia chegam quando este contava com doze anos de idade. O acompanhamento clínico do adolescente está atento ao quadro de obesidade, associado à hipertensão, e exerceu, até a construção do caso, função de escuta do jovem. A psiquiatria procura intervir frente às suas respostas impulsivas e agressivas. Além disso, Rocha participa da oficina que acontece semanalmente no serviço, na qual consegue estabelecer importante vínculo com os pares, com o serviço e com uma produção de saber.

No atendimento clínico, Rocha endereça seus embaraços na relação com seu próprio corpo. Por vezes, solicitava para não ser pesado e medido, sendo respeitado. Ele entrava e saía, várias vezes, interrompendo e recomeçando a consulta.

Rocha endereça à médica a repercussão que o filme “Malévola” exerce sobre ele, dizendo: “*a Malévola perdeu suas asas e lutou para retomá-las, também quero ser livre*”. A mãe insistia em participar ativamente das consultas médicas, ora entrando com o filho, ora se apresentando ao final, quase sempre para se queixar dele. Quando o jovem está perdendo peso, ele mesmo pede para que não chame sua mãe, e, ao ganhar peso,

pede que a chame. Num jogo de escrever e soletrar palavras, realizado com a médica, Rocha interroga: “mãe: onde coloca o assento?”.

No serviço, outro espaço é ofertado à Lucia para dizer do mal-estar em sua relação com Rocha. A psicóloga que a atende relata que o trabalho de escuta da mãe permitiu a esta investir em seu próprio corpo, tornando-o mais feminino, propiciando significativa mudança no modo como se apresentava. Relata ainda que ela coloca Rocha num lugar próximo ao pior do pai (Mauro). *“Assim ela também descreve Rocha, como tendo o mesmo gênero do pai (gênero, é muito bom): pegajoso, não gosta de fazer nada, vive na asa da mãe, o Rocha. [...] . A Lucia desenha destinos complicados para o filho: vagabundo como o pai, traficante como os parentes do pai, louco como os tios, ou ainda drogado, homem debaixo da asa da mãe...”* E ainda, a psicóloga diz: *“tendo receio de que ele a matasse ou a estuprasse, o que me contava ainda sorrindo. [...] dormiam juntos, a mãe sabe dos segredos do filho, o filho não deixa a mãe se divertir com as amigas, como se fosse seu dono, o filho mostrava suas ereções para ela: olha como está duro ou então por que fica duro? Que à noite só ia ao banheiro acompanhado da mãe, por medo do escuro, um lugar que ela consentia!”*.

Ainda neste primeiro encontro para a construção, ante o relato apresentado, buscou-se demarcar o ponto a partir do qual o estagiário poderia operar. A equipe do serviço debruça-se, então, sobre os impasses na relação de Rocha com a escola. A equipe do serviço supõe que caberia ao estagiário do TaR intervir junto à escola, para solucionar a questão, pois a própria escola já havia contatado a equipe, para discutir o caso. Atendendo a este pleito, a estagiária do projeto, juntamente com a médica do serviço, se dirigem à escola no intuito de dialogar com a instituição. O encontro fez ruir a imagem de incapaz atribuída a Rocha, permitindo entrever não a debilidade da criança, mas entraves localizados na própria escola: “o problema não é o Rocha, sou eu que não consigo transmitir o conteúdo para ele”, testemunha uma professora. Num segundo encontro com professores, estes alegam que não é possível uma intervenção específica destinada a Rocha, pois eles priorizam casos “mais graves”. Nada poderia ser ofertado a Rocha já que ele não era grave o suficiente nem “normal” como outros alunos. A direção da Escola finalmente alerta que o jovem não poderia continuar na escola, inclusive por motivos impertinentes, como soltar um pum.

No segundo encontro, que recolhe os efeitos do primeiro, a médica indica “um momento que é novo” para Rocha: este se apresentava mais “introspectivo”, silencioso e “angustiado”; por outro lado, seu corpo aumentava de tamanho, ganhando peso.

Vale ressaltar que só recentemente Rocha e Lúcia mudaram-se da casa da mãe de Lucia, para uma casa só deles. Este passo era para Lucia uma importante separação de sua própria mãe, que a humilhava constantemente. E, para Rocha, uma separação da avó, que regravava a comida do neto, o que era motivo de constantes conflitos.

A equipe do serviço viabiliza a doação de um fogão para a nova casa de Lucia e Rocha. A este ato, Lucia responde: *“eu e o Rocha a gente está fazendo tanta comida, tanta comida, estamos comendo até. A gente está fazendo tanta comida gostosa, porquê lá na minha casa eu não posso fazer comida, agora eu tenho minhas coisas.”*

A partir das falas que foram se decantando na construção, cernimos uma outra fala do paciente à sua médica: *“quero cortar minhas mamas com faca”*. Havia um avanço reconhecido, a partir do tratamento de Rocha com sua médica e, por outro lado, uma evolução no tratamento da mãe, no tocante a sua posição de mulher e mãe. Mas persistia o modo como a mãe era convocada a responder pelos atos de Rocha, tanto na escola, quanto no serviço. Foi o que pontuamos como um impasse do caso. Durante as reuniões, escutamos como mãe e filho dormem, comem e engordam juntos.

Ainda no segundo encontro para construção do caso, a equipe do serviço decanta a maneira como este caso gira entre o corpo e a fala. Afinal, o modo como a mãe olha e manipula o corpo de Rocha, no horror que o filho ocupa no discurso de Lúcia, nos orienta a oferecer um lugar de escuta distinto, no qual o olhar do Outro possa estar suspenso. Ao cernimos esta lógica do caso, a médica de referência afirma a necessidade de introduzir mais um agente na referência do caso, assinalando que, além dos impasses de Rocha, *são 3 os casos a serem considerados: o caso Rocha, o Caso Lucia e o caso da própria equipe*. Desde então, a estagiária passou a atender à Rocha semanalmente.

3ª encontro: tempo de escutar-se

O encontro foi iniciado com a apresentação/leitura projetadas em slide de falas dos técnicos, contendo o que, até então, fora decantado. É interessante por permitir que cada um da equipe, ao ler suas falas projetadas, escute a própria voz: o que disseram, como se posicionam frente ao caso. Recolhemos momentos de surpresa dos profissionais e também uma possibilidade da palavra circular sem se repousar num mestre.

Assim, pontos importantes foram recolhidos e apresentados para equipe. É o aluno que inicia a reunião. A relação mãe-criança é um ponto fundamental

e sua relação com o modo como a equipe vinha trabalhando é salientado como um ponto de impasse da equipe. A coordenadora do serviço pontua: “*Sem dúvida, quando você coloca assim, ele repete uma coisa assim da relação com a mãe, na relação com a sua médica.*”

Outros pontos são trabalhados sobre como intervir com a escola, e também sobre o horror com o qual Rocha muitas vezes se apresenta, como nos diz a coordenadora da oficina de arte: “*E outra coisa, por exemplo, que eu participo do grupo deles no whatsapp, aí por exemplo, os meninos estão conversando numa boa. Aí chega o Rocha assim, 23:00hrs da noite ele manda um vídeo de terror. Aí eles falam nossa credo, você exagerou. Tem um pior aí sabe assim nos vídeos, ou são histórias de terror, que ele quer horrorizar, aí os meninos dão um chega para lá nele, aí ele pára.*”

Nesse encontro, a estagiária também narra os atendimentos com Rocha. Nas primeiras entrevistas, Rocha por vezes demorava a ir ao atendimento, necessitando que a estagiária insistisse e sustentasse o seu desejo de escutá-lo. Prevalencia o silêncio e o corpo caído, o jovem virava-se de costas, se batendo contra a parede, entrava e saía da sala. Contudo, diz gostar de futebol, truco e videogames. Jogar truco, então, viabilizou o laço transferencial, na medida em que se trata de um significante do sujeito que demarcava *um lugar* no qual Rocha sabe transitar. E, mais, o truco se tornou um significante a partir do qual a estagiária transmitia sua aposta no sujeito: “truco que você não tem nada a dizer”, ou “truco que você só quer ficar em casa dormindo”.

A psiquiatra do serviço escuta este relato da estagiária e aponta que é o desejo desta que possibilitou que um sujeito fosse se desenhando, apesar da dificuldade em situar Rocha em *um lugar* que não aquele de um menino que recebe o benefício social.

Na construção do caso, este manejo dos jovens com Rocha foi se desvelando como a direção do tratamento: pontuar os excessos sem se horrorizar, o que mantêm o laço e permite a Rocha experimentar outras posições. Ele passa daquele que assusta o outro tentando “sujá-lo” de tinta, àquele que faz “maravilhas”, artes no corpo do outro, como diz uma dasicineiras. Desta forma, a oficineira joga “truco” com ele, e, ao não se horrorizar diante de uma ação intempestiva do jovem tentando “sujá-la”, legitima tal movimento como um ato subjetivo. Portanto: “o caso não pode ser tomado no horror”. O truco aparece como a invenção desse sujeito acolhida pela equipe que rompe com a palavra especializada: ele pode passar a trucar a palavra do Outro que o nomeia no lugar do pior, como a escola fazia.

A estagiária interroga porque Rocha jamais havia escrito uma palavra sequer na escola, já que no serviço, ele vinha escrevendo, trocando mensagens com os colegas. Ele distingue que, “*no ambulatório, as pessoas se importam umas com as outras, e que na escola ninguém está nem aí.*”

Nesse encontro também foi abordada a necessidade de se pensar a continuidade de tratamento de Rocha e do tratamento de sua mãe, pois segundo a equipe havia uma sutileza a ser respeitada: a mãe não aderiu ao atendimento psicológico fora do serviço. Assim, seria necessário sustentar a relação transferencial da mãe com a instituição para viabilizar a continuidade de ambos os tratamentos. Como a equipe constatava, se a mãe não comparecia ao seu atendimento no serviço, o tratamento de Rocha tornava-se inviável.

4º momento: sobre o que resta a construir...

Neste encontro a estagiária fala de como estava o processo de seu desligamento do TaR e a apresentação de uma nova estagiária e de uma psicóloga do serviço para continuidade do tratamento. Rocha responde que aceitaria a mudança com uma condição: “se elas souberem jogar truco”. A equipe indica que a mãe e o Rocha estão infrequentes no ambulatório. Nesse tempo, a psicóloga que acompanhava a mãe já não está no caso há algum tempo, bem como a médica que os atendia também já não estava acompanhando o caso. Uma nova médica tenta contato com mãe, mas sem alcance necessário. A nova estagiária e a psicóloga fazem contato. Rocha responde, mas tem dificuldade de comparecer ao serviço. Apenas vai se a mãe o leva, o que ocorre poucas vezes, e ele não se engaja novamente, de fato.

Para finalizar, destacamos três aspectos que colhemos como efeito na construção do caso. Primeiramente, como efeitos sobre o adolescente, a invenção do significante “truco” que rompe com a palavra especializada que mortifica o sujeito. Consideramos que “truco” também poderia ser o caminho para uma possível separação da palavra da mãe.

Em segundo lugar, efeitos para o TaR após a proposição da entrada de um novo agente pela equipe, a estagiária passa a ser, por um tempo significativo, a principal referência para escuta do caso. Como podemos ler os efeitos da ausência de Rocha ao serviço após a saída estagiária, da psicóloga que escutava a mãe e da médica que atendia Rocha?

Por fim, como efeito para o serviço, a equipe

escuta a necessidade de não reproduzir uma repetição e trabalhar para permitir, no que fosse possível, uma separação do jovem e sua mãe. Mas como podemos ler o mal-estar tão bem colocado pela médica do serviço ao afirmar que se trata de três casos a serem construídos: o caso de Rocha, o caso da mãe e o caso da equipe?

PARA CONCLUIR

Apoiado nas proposições de Viganó (1999), Alkmim (2003) propõe-se uma maneira de introduzir a lógica da psicanálise em uma instituição através da construção do caso clínico. Para ele, a construção do caso clínico permite que, independentemente do diagnóstico clínico, escutemos os movimentos do sujeito em seu endereçamento ao Outro. É o que torna possível uma orientação a partir de um diagnóstico de discurso no qual será possível encontrar o lugar no qual o sujeito, em potencial, torna-se sujeito da palavra. Isso exige que nos coloquemos numa posição de não saber, reconhecendo o sintoma como resposta do sujeito à relação com seu Outro para que, ao operar o ato que cria a palavra, operemos na clínica da instituição como exceção. Assim, tomamos a instituição enquanto lugar do Outro que pode responder de maneira diferente e única à demanda do sujeito.

Dessa perspectiva, podemos concluir que a instituição não existe previamente ao caso e que somente o caso faz existir uma instituição, o que denominamos efeito-equipe (Mendes, 2015). Nestas, a construção do caso clínico implica localizar a impotência do tratamento formal a partir dos impasses provocados pelo paciente, na instituição. Os ideais instituídos operam enquadres de mestria que normatizam, mas impedem a presença do sujeito, conduzindo-o a incidir com atuações mortificantes. Ao localizar um campo de não saber, os profissionais podem ultrapassar as convicções técnicas e reconhecer uma borda que dê lugar à invenção e ao laço do sujeito.

REFERÊNCIAS

- ALKMIM, W. (2003). Construir o caso clínico: a instituição como exceção. In *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, (1), 43-36. Belo Horizonte, MG.
- ALLOUCH, J. (1995). *Letra a letra*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- FREUD, S. (2017). Construções em Análise. In *Obras Incompletas de Sigmund Freud. Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. (trad. Dombusch, C.). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Trabalho original publicado

em 1937)

- MENDES, A. & SILVA, C. (2011). Tecendo a rede: perspectivas do processo de formação no campo da saúde mental In Kind, L et all: *Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde*, pp. 360-374. Belo Horizonte, MG: Pucminas.
- MENDES, A. (2015). *O efeito-equipe e a construção do caso clínico*. Curitiba, PR: CRV.
- TEIXEIRA, A. (2009). *Investigação dos efeitos discursivos da capsização: avaliação qualitativa do modelo CAPS*. Relatório final. Belo Horizonte, MG: UFMG, 189 ps.
- VIGANÓ, C. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. In *Curinga*, (13), 50-58. Belo Horizonte, MG.
- VIGANÓ, C. (2012). Novas Conferências. In W. Alkmim (Org.). *Carlo Viganó: Novas Conferências*. Belo Horizonte, MG: Scriptum livros.
- VORCARO, A. (1997). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- ZENONI, A. (2000). Qual instituição para o sujeito psicótico? In *Abre campos: Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, (0), 12-31. Belo Horizonte, MG.

Notas

¹ A pesquisa congrega, além dos professores de universidades, estagiários e serviços de atenção à saúde do adolescente. É coordenada conjuntamente por Angela Vorcaro (UFMG) e Aline Mendes (PUCMINAS). Agradecemos ao apoio do CNPq e da FAPEMIG pelo financiamento da pesquisa.

² Não revelamos o serviço em questão a fim de preservar o adolescente, bem como os profissionais envolvidos na construção do caso apresentado.

RECEBIDO EM: 01/11/2017

PRIMEIRA DECISÃO EDITORIAL: 27/11/2017

VERSÃO FINAL: 21/12/2017

APROVADO EM: 20/12/2017