

Conclusão

Na tarefa de elaboração de uma possível conclusão, retomamos o percurso desse trabalho, na tentativa de retomar o percurso dessa dissertação. A questão que se coloca é se conseguimos avançar diante das questões propostas para a discussão.

Vimos, como ponto de partida, que o campo da chamada ‘Reforma Psiquiátrica Brasileira’ é fruto do movimento pela redemocratização do Brasil, que envolveu diversos setores da sociedade, na década de 1980, em torno da questão da restituição da cidadania.

Deste movimento pela reforma da assistência à loucura, surgem novas propostas para substituir o modelo tradicional de resposta à doença mental: a exclusão e o enclausuramento em hospitais psiquiátricos. Novos dispositivos, como os CAPS e as RTs, foram criados para dar uma resposta não hospitalar às situações colocadas pela loucura à sociedade. A partir dessas modificações, na década de 1990, surgem leis e portarias do Ministério da Saúde para garantir a institucionalidade destas mudanças.

Restringimos nosso estudo ao que surgiu como questão a partir do trabalho no campo que envolve dispositivos residenciais terapêuticos. Procuramos trazer algumas definições desses dispositivos e nelas incluir um entendimento de que a saída de pacientes do hospital psiquiátrico para RTs implica a suposição de um trabalho subjetivo daqueles envolvidos nessa empreitada. Trazendo essa dimensão à tona, já marcamos alguma posição de trabalho, na qual se entende que, para cada um, sair para uma casa tem um sentido e um contexto pessoal e intransferível. Neste sentido, examinamos o fragmento do caso de Julio.

Suspendemos essa discussão nos ocupamos então em situar a inserção de nossa pesquisa nos campos estabelecidos (o HPJ e o INS). Procuramos mostrar os modos distintos de inserção, tentando estabelecer um solo comum entre eles.

Dentre as questões comuns, identificamos, em ambos os Programas de Moradia, que o uso do termo *autonomia* era tomado como critério importante na avaliação dos pacientes um pouco no sentido de: “Quanto mais autônomo, mais chances de sair do

hospital”. No entanto, essa ‘metodologia’ de trabalho parece perder-nos, tornar-nos reféns de concepções universais fixas de *autonomia*. Desse modo, alguns pacientes, considerados bastante autônomos (auto-suficientes), parecem perder sua estabilidade, quando da proposta de saída ou mesmo da saída propriamente dita. Procuramos ilustrar isso com os fragmentos dos casos de Silas, Antônio e Mario.

Retomamos a questão da metodologia de trabalho, sobretudo a partir da experiência no INS, com o intuito de diferenciar a idéia de sujeito, como sinônimo de ‘eu’ e de sujeito lacaniano. Na primeira, o critério norteador são a unidade e a consciência de si, enquanto, na segunda, o sujeito não coincide com o saber de si, mas, justamente, com o que surge da falha desse saber. Talvez possamos, aqui, verificar uma continuidade com o que tentamos colocar em relação ao caso de Julio, com relação à posição no trabalho. Nessa vertente, o sujeito não deve ser esperado como algo já constituído a ser desvelado, mas sim como algo a ser construído, a cada vez e a partir de uma relação.

O tema da *autonomia*, então, entra em cena. Procuramos, neste ponto, trazer um breve histórico do termo, para poder, em seguida, situá-lo dentro do campo da Reforma Psiquiátrica. Retomamos a Portaria 106 do Ministério da Saúde e recortamos os momentos em que, no texto, o termo aparece como o objetivo do processo de reabilitação psicossocial. Com a ajuda de Leal (1999) conseguimos delimitar dois usos do termo *autonomia*, dentro do campo da saúde mental:

1. Como equivalente à liberdade e auto-suficiência

2. Como a capacidade de lidar com o social, sendo este, o responsável por desenvolver mecanismos que a facilitem, criando recursos para tornar o indivíduo menos dependente de um único laço social (p. 36).

Com Tykanori (1996), pudemos tomar a *autonomia* em seu uso mais freqüente no campo da reforma, como sinônimo de liberdade, sendo esta, uma liberdade determinada por vínculos. Procurando uma filiação para as duas concepções de *autonomia*, encontramos, com auxílio de Vieira (2001), as idéias de Descartes e Espinosa, respectivamente. Fizemos um sobrevôo sobre esse assunto, para se fazer notar que a idéia de liberdade espinosista tem relação direta com a psicanálise, pois entende que a liberdade é determinada pela nossa natureza.

Com a idéia de vínculo, isto é, da capacidade do indivíduo em lidar com o social, como o determinante principal de nossa noção de *autonomia*, partimos para uma delimitação do vínculo na psicose. Numa aproximação inicial sobre o tema, recortamos a frase de Antônio - “Vocês é que sabem...eu não decido nada...” - para dizer do modo como o psicótico se relaciona com o Outro: como sendo seu objeto.

No terceiro capítulo, apresentamos um histórico inicial da construção do conceito de psicose em Freud, trazendo as balizas fundamentais para o desdobramento do entendimento da clínica da psicose, elaborado por Lacan. Em Lacan (a partir, sobretudo, da leitura de J.A. Miller) identificamos dois momentos:

1.A teoria lacaniana da psicose dos anos 1950, cujo pilar central é a idéia da forclusão do NP como o mecanismo específico da psicose. Esse mecanismo explica os fenômenos psicóticos, a posição do psicótico diante do Outro, bem como destaca a função do analista como secretário do alienado. A referência de Lacan para essa formulação situa-se no complexo de Édipo. Em linhas gerais, o ‘problema’ do laço social do psicótico se refere à um rechaço, uma recusa radical da castração, que denominamos forclusão (*Verwerfung*). Com isso, nem o Outro, nem o sujeito, possuem a marca da castração como localização de um impossível. Daí o Outro possuir um gozo não localizado e aparecer de forma maciça. O trabalho do sujeito seria a construção da metáfora delirante, na tentativa de restituição do laço perdido entre palavras e coisas.

2.Teoria que J. A. Miller depreende do que batizou de “último Lacan” e que delimita um modo clínico que é por vezes, chamado de ‘Clínica do nó borromeano’, ou ainda de ‘Clínica contituísta’. Até onde pudemos chegar, vimos que Lacan identifica uma mudança na cultura, onde o “Édipo não está mais em cartaz” e a função do pai não tem o mesmo valor. O nó borromeano é a figura topológica, utilizada por ele para materializar essa outra concepção que parte da idéia de que a realidade é constituída a partir da união dos três elos da cadeia borromeana e não necessariamente da assunção da castração. O peso dado, por Lacan, ao Simbólico, é diluído, quando ele formula a idéia dos três registros (RSI) colocados no mesmo nível a partir da noção de nó borromeano de quatro elos. A partir do entendimento de uma

clínica não mais baseada no Édipo como referência, Lacan reformula a função do NP, pluralizando-o.

A pluralização do NP permite que se identifique, na clínica, outros tipos de solução – no caso da psicose, outros tipos para além do delírio e da metáfora paterna. Nesse sentido, o que vai possibilitar a estabilização do sujeito será o tipo de solução dada para o desenlace do nó. A isso, Lacan chama de *Sinthoma*. Com a generalização do *sinthoma*, o NP, agora reservado à amarração que passa pelo Édipo, passa a ser apenas um caso particular de *sinthoma*.

Identificamos os termos correlatos à noção de *sinthoma*: nomeação e suplência. Ambos são sinônimos de amarração ou basteamento para o gozo do Outro, apesar do segundo concentrar a noção de *déficit* presente nos anos 1950.

Com essa teoria, bastante complexa, sobre a qual apenas iniciamos uma aproximação, a clínica se reformula e passa a levar em consideração outros tipos de solução para a psicose. O perigo dessa perspectiva é o de conferir à clínica uma generalização.

No capítulo quatro, a partir de indicações de M. A. Vieira, trouxemos um terceiro termo como correlato para o *sinthoma*: estabilização. Propomos entendê-lo com Gueguen (2002): “homeostase sintomática”. Com essa idéia, ele procura introduzir à estabilização, a idéia de uma solução, de equilíbrio, ao mesmo tempo provisório e singular.

Apresentamos um fragmento clínico para tentar materializar esse entendimento e, vimos, com a ajuda dele, que o *sinthoma*, o que permite algum laço, é um trabalho subjetivo, um movimento de construção de um circuito, que marca, para o sujeito, alguma localização duradoura no mundo, em meio a um sentido em constante mutação.

Tentamos, então, finalizar retomando a idéia de *autonomia*, questionando-nos se é possível relacioná-la com a estabilização, tal qual propõe Gueguen (2002) e Vieira (2005b), como solução provisória e singular. Isso talvez permita que o trabalho clínico com esse termo possa supor a inclusão do que é construído a cada caso. Com essa questão, não queremos orientar um trabalho visando a um novo ideal universal. Estabilizar não pode ser uma ‘meta final’, ideal, fixa, mas talvez, seja algo a se ver

num a posteriori, assim como a *autonomia*, uma consequência de um trabalho baseado em um vínculo especial.

Nesse sentido, esperamos ter trazido alguma contribuição mais de nível conceitual, à prática atualmente em curso, pois nos parece que a intervenção psicanalítica pode informar à prática atual sem, no entanto, propor outra clínica já que, o que pudemos propor, pouco difere da clínica que se faz hoje com pacientes há longo tempo internados, que vivem em RTs, que estão em emergências, em CAPS...