Segundo Capítulo

Autonomia em cena

1

Breve histórico do termo

Ao pesquisar o significado do termo, verificamos que o conceito de *autonomia* foi construído historicamente pelas diferentes características culturais, econômicas e políticas que configuram a sociedade ao longo da história. O vocábulo aparece, na literatura acadêmica ora vinculado à idéia de participação social, ora à idéia de ampliação da participação política no que se refere a questões de descentralização e desconcentração de poder. A discussão sobre o exercício da *autonomia* no âmbito da política parte da noção de democracia de Rousseau, que afirmava ser a liberdade, entendida como *autonomia*, o princípio norteador do pensamento democrático. *Autonomia* seria então, a capacidade de uma sociedade de dar leis a si própria (Martins, 2002).

A palavra *autonomia* emerge no contexto político a partir da Comuna de Paris (1871) e nas primeiras décadas do século XX, é transformada em bandeira de luta de diferentes movimentos operários. Desde então, a *autonomia* está sempre presente no contexto do movimento de trabalhadores, na luta por seus direitos (*Ibid*).

Segundo Segre (2004), o conceito de *autonomia* nasce na cultura política da democracia grega para indicar as formas de governo autárquicas, e é somente a partir do humanismo individualista da Idade Moderna, que culmina no Iluminismo do século XVIII, que o conceito de *autonomia* se aplica ao indivíduo. Desde então, o indivíduo se torna um autêntico sujeito moral, titular de direitos e deveres correspondentes e capaz de querer o Bem voluntária e racionalmente.

A primeira formulação sistemática do conceito de *autonomia*, aplicado ao indivíduo, deve-se a Kant, para quem o sujeito moral em questão é a pessoa, isto é, o indivíduo racional e livre, e é por isso que a ética kantiana será conhecida como "racionalismo ético". Em *Fundamentação da metafísica dos costumes* (1785), Kant

afirma que a lei moral autônoma é aquela que tem na "vontade boa" seu fundamento e legitimidade, sendo o único princípio fundamental (Kant utiliza o termo "supremo") da moralidade e, portanto, garantia da personalidade moral. Ela se contrapõe à heteronomia que é, propriamente, ausência de moralidade, pois estaria embasada na "vontade má" e na irracionalidade.

“Chamarei, pois, a este princípio, princípio da Autonomia da vontade, por oposição a qualquer outro que por isso atribuo à Heteronomia. “ A autonomia seria “O conceito segundo o qual todo ser racional dever considerar-se como legislador universal por todas as máximas da sua vontade para, deste ponto de vista, se julgar a si mesmo e às suas ações...” (Kant, 1785, p. 74)

Em Lalande (1999), vemos que o termo *autonomia* pode também ser tomado por seu aspecto relacionado à liberdade moral, tido como “estado oposto à escravidão dos impulsos, à obediência sem críticas às regras de conduta sugeridas por uma autoridade exterior.” (*Ibid*, p. 115). A *autonomia* seria, portanto, a liberdade do homem que, pelo esforço da reflexão, obedece às leis que ele próprio escolheu para si.

2 Autonomia no campo da Reforma Psiquiátrica

A idéia de *autonomia* está presente desde que estamos falando do campo da Reforma Psiquiátrica e dos dispositivos que dela fazem parte: como as Residências Terapêuticas. Tomando a Portaria 106, do Ministério da Saúde, é possível verificar a *autonomia* no texto, adjetivada tanto como “autonomia social”¹ quanto como “meta terapêutica”, que visa à restituição de um estado autônomo, supostamente perdido, dados os anos de internamento das pessoas portadoras de graves transtornos mentais, à qual se refere a Portaria 106.

No parágrafo único da referida Portaria temos que as Residências Terapêuticas, são *moradias... inseridas...na comunidade, destinadas a cuidar de portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham a possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social...* Verificamos aqui

¹ Ver Parágrafo Único.

que a deficiência da *autonomia* desses portadores de transtornos mentais se relaciona diretamente com a dependência institucional. Assim, a *autonomia*, nesse sentido, se refere à independência institucional e está vinculada ao social, que a determina.

Mais adiante, na mesma Portaria, no artigo que determina o que deve conter o projeto terapêutico de uma RT, verificamos novamente a *autonomia* surgindo como meta terapêutica do dispositivo residencial. Vale ressaltar que a Portaria refere à Residência Terapêutica como Serviço Residencial, garantindo um caráter institucional, ainda sob a responsabilidade de Estado. O adjetivo “terapêutico” atribuído a esse tipo de residência se articula à idéia de que ele deve servir ao objetivo de reinserção social, isto é, ao reingresso à sociedade dessas pessoas há anos internadas em instituições psiquiátricas, com a garantia de que seus direitos de cidadãos sejam também restaurados. Nessa direção, o projeto terapêutico deve incluir ações que visem à construção progressiva da *autonomia* na vida cotidiana, através da inclusão dos moradores em programas de reinserção social. Assim, vemos que a *autonomia* se situa como ferramenta fundamental no processo de reinserção social.

Podemos supor que o trabalho que envolve uma RT deve visar à construção da *autonomia*. Deve-se promovê-la. Mas o que isso quer dizer, na prática? De acordo com a Portaria 106 e alguns autores² que pensam o dispositivo RT, essa “promoção” se dá através de ações sociais. Com isso, vale concluir que, genericamente, a Reforma Psiquiátrica entende os problemas concernentes à perda de laços familiares e sociais, característicos destes portadores de transtornos mentais, referidos acima, como decorrentes também de ações sociais. De uma forma geral, podemos dizer que a falta de *autonomia* decorre de ações sociais anteriores, mais especificamente de ações institucionais e que outras ações sociais, que incluam a sociedade, a comunidade, o trabalho, a vida em geral, resultam numa reconquista da tal *autonomia*.

Esse entendimento do trabalho que se faz no campo da saúde mental, é genérico e não corresponde ao que se escreve sobre o assunto. O movimento da Reforma Psiquiátrica não é homogêneo: não tem somente atores e autores que pensem exclusivamente no aspecto social que envolve as dificuldades sociais dos pacientes psiquiátricos. Leal (1999), por exemplo, afirma que as ações da saúde

² Leal, E. M, 1999.

mental preocupam-se tanto em responder aos problemas do campo do sofrimento psíquico, causados pela doença, quanto aos problemas que decorrem dessas dificuldades (moradia, lazer, garantia dos direitos civis, etc.), afetando a vida dessas pessoas (Leal, 1999, p. 21).

A mesma autora nos traz um estudo realizado com base na análise de 130 trabalhos inscritos no I Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro, em 1996. Analisaram-se teses, artigos, revistas, livros e anais de encontros. A pesquisa procurou destacar o que indicava a identidade de cada campo (saberes, práticas e preceitos) e os elementos que delineavam o perfil dos responsáveis pelo tratamento. Do levantamento do ideário da Reforma Psiquiátrica, a autora identifica que algumas idéias assumem caráter de categorias. A *autonomia* é uma delas. O termo é apresentado sob as seguintes variações:

- menos freqüente: a idéia de indivíduo livre, autônomo, auto-suficiente;
- mais freqüente: mais autônomo, quanto melhor lida com o social; a sociedade deve desenvolver mecanismos que facilitem a existência, criando recursos que o fazem menos dependente de um único laço social (*Ibid.*, p. 208).

Partindo da definição mais freqüente de *autonomia*, observamos que há uma diferença entre o que a Portaria 106 sugere e o que a maioria dos autores da Reforma aponta, isto é, o termo não deixa de querer dizer da liberdade do indivíduo, mas de uma liberdade atrelada a uma maior dependência.

Podemos entender que a *autonomia* tomada como equivalente à independência, livre-arbítrio, coincide com aquela do senso comum, que a define como a *faculdade de se governar por si mesmo, de se reger por suas próprias leis* (Ferreira, 1997, p. 49). Talvez possamos corresponder a essa idéia de *autonomia*, à compreensão de liberdade em Descartes, que supõe podermos ser essencialmente limitados e finitos, mas nosso livre-arbítrio é infinito e confina com a potência divina. Desse modo, explica-se porque podemos escolher, até mesmo, o Mal. Tanto mais autônomo será aquele capaz de conhecer melhor para poder usar seu livre-arbítrio da maneira mais

sábria e, portanto mais livre. Tanto melhor será aquele que menos depende dos outros para aplicar sua capacidade de leitura ao mundo diretamente.

Uma maior liberdade consiste, de fato, seja em uma maior facilidade de se determinar, seja em um maior uso dessa potência positiva que temos de seguir o pior, ainda que o vendo o melhor (DESCARTES, 1989, p. 552).

Opondo-se a isso, e correspondendo à segunda definição de *autonomia*, recortada por Leal, temos a definição de Tykanori (1996), segundo o qual, a direção do trabalho em saúde mental, que vise à promoção da *autonomia*, deve ter em vista o vínculo.

Ele define *autonomia* como a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as situações que enfrente. Não se trata de confundir *autonomia* com auto-suficiência ou com independência. A *autonomia* tem, nesse sentido, uma determinação externa, como é proposta na Portaria 106, mas uma determinação que inclui vinculação, laço social, que não se dá com qualquer um e de qualquer modo.

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia... Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (Tykanori, 1996,p. 57).

Em Tykanori, vemos, um reconhecimento de um funcionamento do “usuário”, no qual se verifica uma “excessiva dependência de poucas relações e coisas”, algo que aponta para o reconhecimento de uma limitação própria dessas pessoas, independentemente dos aspectos sociais envolvidos.

Podemos agora concluir que temos dois entendimentos de *autonomia* no campo da Reforma Psiquiátrica:

1. aquele que se refere à legislação de saúde mental, e a alguns autores da Reforma, que toma a *autonomia* como equivalente a livre- arbítrio, a liberdade;
2. aquele que se refere à maioria dos autores formadores de opinião da Reforma, delimitada por Tykanori, que entendem a *autonomia* articulada à liberdade, sendo esta uma liberdade determinada por vínculos, por capacidade de se vincular com mais pessoas e coisas.

Optamos por tomar essa última definição como a que permite alguma articulação com o campo psicanalítico. Como se vê no que segue.

Articulando as duas noções de *autonomia*, recortadas aqui, com as noções de liberdade em Descartes e Espinosa, verificamos que a segunda definição de *autonomia* parece pertencer a uma espécie de filiação a Espinosa, para quem a liberdade trata da capacidade de agir conforme a nossa natureza, essencialmente determinada. Seremos tanto mais potentes para viver, quanto mais seguirmos nossa capacidade de interagirmos com aquilo que nos aumenta a potência de ser e de sentir bem. Dessa forma, de certo modo, tanto mais livres seremos, quanto mais bons vínculos estabelecermos.

Todo o esforço da Ética foi romper o vínculo tradicional entre liberdade e vontade. Jamais a liberdade é propriedade da vontade, à vontade pode ser nomeada causa livre ; ela é sempre um modo que é determinado por outra causa. Deus é livre porque tudo decorre de sua própria essência. O que define a liberdade é um interior”, e um “si mesmo” da necessidade. Nunca fomos livres em virtude da nossa vontade e daquilo por que ela se regula, mas em virtude da nossa essência e daquilo que dela decorre. O homem não nasce livre, torna-se livre ou liberta-se. ‘O homem, o mais potente dos modos finitos, é livre quando entra na posse da sua potência de agir, ou seja, quando seu connatus é determinado pelas idéias adequadas de onde decorrem afetos ativos, que se explicam por sua própria essência. A liberdade está sempre ligada à essência e ao que dela decorre, e não à vontade e ao que a regula (Deleuze, 2002, p. 90).

Nesse sentido (da *autonomia* articulada ao vínculo) é possível estabelecer uma relação entre os termos *autonomia* e *vínculo*, a outros, psicanalíticos, tais como *sujeito, transferência, endereçamento*.

É preciso apenas nos desembaraçarmos da idéia - muito do senso comum e nada lacaniana - de que a psicanálise é feita para propiciar o livre arbítrio. Nesse sentido, a

psicanálise serviria para propiciar a liberdade como algo indeterminado, independente de tudo, inclusive das relações. Essa concepção não nos remete à noção lacaniana de sujeito, descrita anteriormente. A noção espinosista de liberdade nos permite pensar psicanaliticamente no que nos determina. Seguindo a lógica espinosista, seremos mais livres quanto melhor seguirmos nossa natureza. Segundo Vieira (2001), *a psicanálise demonstra que esta natureza é o desejo (Ibid, p.127)*.

Segundo este mesmo autor, *com Espinosa, Lacan pôde circunscrever e formalizar em Freud relações impossíveis de serem visualizadas pelas lentes cartesianas (Ibid, p. 126)*. Com essa ajuda, a ética psicanalítica incide sobre as relações e não sobre a natureza dos objetos.

A Ética espinosista supõe um determinismo muito mais fundamental que o cartesiano, pois ele se estende à própria escolha. Com Descartes, a vontade depende da infinita possibilidade de escolha. Liberdade e vontade estão ligadas. Com Espinosa, a vontade independe da liberdade de escolha. É verdade que o livre-arbítrio desaparece; por outro lado, entretanto, o sujeito é liberto do peso das más escolhas, cabendo a ele confrontar-se com o que é de sua natureza e fazê-la valer como causa de suas ações. (Ibid, p. 127)

A noção de *autonomia*, mais próxima de Espinosa (que é a do campo da Reforma Psiquiátrica) em que mais vínculo supõe mais liberdade, mantém relação estreita com a noção de sujeito lacaniano e não com a de ego. Isto porque a *autonomia* supõe um determinismo para além do que o sujeito sabe de si, para além da consciência, mas sobre a qual o sujeito tem responsabilidade.

3 Sobre o tratamento

A noção de *autonomia* como máximo de vínculos leva Tykanori a propor o tratamento no sentido de uma prática que visa restabelecer o poder contratual do usuário, através do que ele chama de “processo de restituição de poder contratual”. Trata-se, de um modo geral, de o profissional de saúde mental oferecer-se como alguém que está no social de outro modo que o doente mental e, através do acompanhamento do doente na vida, esse “empréstimo de contratualidade” fosse

ajudando o doente a reestabelecer relações sociais perdidas. As questões que surgem são: “Como emprestar esse poder?” e “Isso é possível?”

Para tanto, não basta somente acabar com os manicômios; algo mais deve ser feito por parte dos profissionais para que isso ocorra. Ele sugere que vai depender da relação que os profissionais estabelecem com o usuário. Assim, dentro dessa concepção, a questão do laço social é trazida à tona de modo fundamental.

Esse “algo mais” referido ao papel dos profissionais mostra que esse trabalho não se dá naturalmente, e que também só é possível em decorrência de algo que está fora do sujeito, que se constitui como um meio através do qual, ele pode se articular de forma mais autônoma no social, ou seja, podendo estabelecer mais trocas. Essa concepção rompe com a idéia do senso comum que equivale *autonomia* a livre arbítrio, à independência. Assim mesmo, destaca a *autonomia* como uma conquista, consequência de um trabalho - trabalho subjetivo, que inclui laço social, laços diferenciados. É justamente nesse “algo mais” e nos laços diferenciados que a psicanálise vem à tona.

Chegamos à idéia que nos parece a mais interessante para estabelecermos esse diálogo, aquela que se mostra como forma mais presente no campo da Reforma: a idéia da *autonomia* articulada ao vínculo. Com Tykanori, avançamos na concepção de que essa conquista da *autonomia* não se faz sem que algo externo esteja ajudando para que o sujeito se enlace nas coisas e pessoas, se ancore em lugares reais e subjetivos.

Assim, vamos partir da idéia de que, para pensar em *autonomia* será preciso articulá-la ao vínculo, transferência, endereçamento, ou laço. Podemos também chamar de ancoragem, ou forma de se enlaçar. Nesse sentido, é preciso se manter numa posição que não tome o laço ou o vínculo em suas diferentes formas como boas ou más. Suspendemos a urgência por categorização, na tentativa de dar lugar ao que surge a cada caso.

4 **Vínculo e laço social**

Com Freud (1924), podemos dizer que o vínculo com pessoas e coisas estabelece-se através de vínculo libidinal ou erótico, e que o narcisismo é uma forma que o parafrênico (proposta de Freud para nomear o esquizofrênico ou demente precoce, da época) tem de lidar com o problema da retirada de investimento libidinal de pessoas e coisas, intrínseco à sua realidade psíquica. O narcisismo é o nome que se dá para o investimento da libido no Eu, tomado como objeto. Para suprir esse problema com as coisas e pessoas, o parafrênico vai ter que, em sua fantasia, substituir o mundo exterior por outro – o que depois vai ser reescrito como o delírio: tentativa de cura. Em Freud ainda, numa carta a Jung a propósito da psicose, ele afirma que o anacoreta no deserto parece estar livre de todos os laços, mas que ele pode perfeitamente ter uma colocação normal da libido, obtendo uma relação de objeto consistente (Soler, in: Miller, 1997, p.123). Em *Introdução ao Narcisismo* (1924), Freud, se refere a isso, respondendo à crítica de Jung quanto à sua teoria da libido, e sua aplicação aos casos de demência precoce:

Mas Jung não vai muito além no exame dessa possibilidade. Algumas linhas adiante ele a põe de lado com a observação de que essa determinante 'resultaria na psicologia de um anacoreta ascético, não em demência precoce'....fica claro que um anacoreta dessa espécie, que 'tenta erradicar todos os traços de interesse sexual' (mas só no sentido popular da palavra 'sexual'), nem sequer necessariamente exhibe qualquer localização patogênica da libido. Ele pode ter desviado inteiramente seu interesse sexual dos seres humanos... pode tê-lo sublimado num interesse elevado pelo divino, pela natureza.... sem que sua libido tenha sofrido introversão até suas fantasias ou retorno a seu ego (Freud, 1924, p. 97).

Com isso, podemos concluir que mesmo em casos em que vemos certa errância, certa precariedade nas relações com o mundo externo, há, de qualquer forma, um modo particular de o sujeito se enlaçar a pessoas e coisas, através de seus investimentos libidinais.

Isso se mostra importante na medida em que inclui a dimensão da realidade psíquica no contexto de um trabalho em saúde mental, onde há uma relação intrínseca entre o modo como um sujeito se relaciona com o mundo externo e sua subjetividade. Daí falarmos em defesa do “caso a caso”. Assim, é importante ressaltar que, quando estivermos falando de vínculo, estamos lidando com seu aspecto qualitativo.

5

Autonomia e psicose – “Vocês é que sabem...Eu não decido nada...”

Segundo Souza (1999), o conceito de psicose é recente, datando de menos de um século. Deve-se a Freud a transformação do termo “psicose” em conceito. O termo é anterior a Freud. Há quase meio século, foi empregado pela primeira vez por Von Feuchtersleben (em 1845) como sinônimo de ‘loucura alienada’. Psicose possuía uma amplitude grande, dando conta de inúmeras entidades clínicas. A distinção da psicose da neurose se deu em 1924, quando Freud escreve *Neurose e Psicose e A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose*. Até então, neurose e psicose compunham uma só entidade: as psiconeuroses. A passagem de termo a conceito deve-se a Freud quando, nos artigos acima referidos, propõe que a psicose seja entendida como uma entidade clínica oposta à neurose. Para tanto, o conceito de defesa foi crucial. Se a defesa fosse contra fragmento do *Id*, o destino do sujeito seria uma neurose, ao passo que, se fosse uma defesa contra fragmento da realidade, o destino seria uma psicose (*Ibid*, p. 2).

A psicose de que estamos tratando é aquela situada no campo psicanalítico, desde Freud. Mais adiante, retomaremos questões específicas dessa clínica, mas é preciso situá-la desde já para avançarmos um pouco mais, a fim de delimitar o campo clínico onde nos situamos. Nossa idéia é poder traçar um percurso que permita estabelecer uma relação entre o campo da Reforma Psiquiátrica e a psicanálise, tomando o termo *autonomia* como guia.³

Acompanhando o processo de implantação da primeira Residência Terapêutica do município de Niterói, bem como a supervisão nas discussões clínicas do Programa de Moradias do Instituto Nise da Silveira, pude identificar que a *autonomia* surge no discurso da maioria como uma categoria que orienta o trabalho.

Sabemos que o termo *autonomia* está presente como uma meta terapêutica em se tratando de um campo que visa à reinserção social. Aquelas pessoas que estão há muito tempo isoladas da sociedade, morando em hospitais, muitas vezes ainda sob um modelo asilar, precisam de um trabalho de recuperação de certas competências perdidas pelos anos de abandono, pela falta de exigência mesmo de certas

³ Sobre a especificidade do laço na psicose, ver Hanna, 2000.

habilidades. Os quadros psiquiátricos graves causam, no social, uma desistência de investimento por parte de familiares, amigos, sociedade em geral, fazendo com que o hospital seja o lugar que acolhe essa diferença. A resposta dada há anos para esse problema - a resposta asilar - trouxe conseqüências terríveis para essas pessoas. A proposta aqui é tentar responder questões que se impõem neste momento, em que encontramos pacientes atingidos por respostas asilares para suas loucuras, como também por respostas já atravessadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Esse trabalho não tem sido simples. É necessário que diversos, vários, muitos saberes circulem no meio da atenção psicossocial para responder às questões vindas da clínica. Recortar o termo *autonomia* desse campo significa situá-lo em algum lugar. Escolher uma forma de entendê-lo dentro do campo da saúde mental nos será útil para delinear o objeto de estudo, segundo o campo em que ele se situa, onde foi fundado como categoria.

Trabalhando no campo da saúde mental, estamos em contato com uma clínica muito especial em que o laço é um problema (como veremos conceitualmente no próximo capítulo). Trabalhar diariamente com pacientes psiquiátricos não é algo simples ou fácil, causando, muitas vezes, desistência, recuo. Com isso, o que se apresenta para nós é a questão de como atuar a partir dessa dificuldade. Que elementos temos para pensar nessa tarefa de reinserção social diante das questões que os pacientes nos colocam? Trago duas situações (chamarei os pacientes de Silas e Antônio):

Silas mora no HPJ há 10 anos. Tem 59 anos e estava incluído no projeto da primeira Residência Terapêutica do município de Niterói. Foi “escolhido” para ir para a RT pois estava “estabilizado, sem apresentar crises e por possuir relativo grau de *autonomia*”⁴. As atividades de adaptação para a nova moradia incluíam visitas à casa e uma reunião como os outros seis possíveis moradores. Após uma dessas visitas, ele dá sinais de que a aposta em sua *autonomia* não garantia a sua saída do hospital: “É psiquiatria também? Eu prefiro estar aqui porque posso andar pelos corredores. Tenho medo de lá, de ficar sozinho. Não conheço ninguém, não sei falar direito, sou um bobo.”

⁴ Isso era o que se costumava dizer de Silas na equipe do Albergue do HPJ.

Antônio estava internado, só no HPJ, há 20 anos. Tinha 50 anos em 2004 e também fez parte desse grupo. Na reunião, realizada no hospital, sobre a possibilidade de mudança, Antônio disse: “Só me sinto seguro na minha casa. Aqui não é a minha casa, não posso fazer o que quero, tem hora pra tudo.” Sentia-se seguro no hospital quando escrevia: “Eu tenho que escrever pra baixar aquilo tudo e poder mudar de posição, fazer outra coisa.” Seus pedidos para voltar pra casa eram constantes. Queria voltar para a casa onde morou com sua mãe (falecida após ser internada no mesmo hospital) em Itaipu. Essa casa não existe mais; no entanto, para ele, existia e parecia representar tudo aquilo que não era o hospital. Diante da possibilidade de ir para a Residência Terapêutica, ele começou, à época, a questionar como sua mãe iria encontrá-lo, se ele saísse do hospital. Chegou a uma solução, dizendo que poderia deixar seu endereço novo na portaria. Outras vezes, recuava, afirmando: “Vocês é que sabem. Eu não decido nada...” “Como pode não querer ser internado e quando pode sair, não querer?”

Essa questão de Antônio ilustra muitas similares, que encontrei no trabalho com esses pacientes moradores do HPJ. É comum encontrarmos no discurso daqueles que estão no hospital o pedido pra voltar pra casa. Que casa é essa, a que eles se referem? É comum supormos que seja a casa deles, a casa perdida, à qual não podem voltar naquele momento. A Residência Terapêutica surge, muitas vezes, no imaginário de quem trabalha no campo como uma resposta intermediária: “Não dá pra ir pra casa, mas tem uma outra casa, um outro lar, onde podem morar dignamente etc.” Isso foi posto, inicialmente, como um problema, pois não encontramos essa correspondência. Esperava-se certo entusiasmo, já que parecia ser o que a maioria dos pacientes pedia. Ao longo do processo, porém, o que surge é o contrário: a casa aparece como ameaça, desproteção, solidão, invasão, abandono... A questão naquele momento era, então, como mostrar-lhes que a casa podia ganhar outros significados.

À ocasião, realizaram-se algumas atividades para que essa “promoção” da casa acontecesse. Aos poucos – com o aparecimento de falas como as de Silas e de Antônio, e mesmo com a piora do quadro clínico de outros casos – a equipe percebe que um caminho em grupo não bastava. Era preciso individualizar. Ver como cada

um estava vivenciando a mudança e se, de fato, as categorias que usávamos para avaliar a indicação dos casos para a Residência estavam nos servindo.

Em uma outra instituição de saúde mental, no INS, no Rio de Janeiro, encontramos uma situação em que a *autonomia*, tomada como chave para determinar a direção do tratamento de um paciente, também se mostrou falha:

Trata-se do caso de um morador de uma enfermaria, a qual está passando por transformações para se tornar uma espécie de casa dentro do hospital. Chamaremos de “Mario” a esse paciente-morador, que é tido por todos como um dos mais autônomos e ao mesmo tempo, aquele que causa mais medo e ameaça. Mais autônomo porque consegue “se virar sozinho”, cuida de suas coisas, consegue cuidar de seu dinheiro e, até, de outro paciente/morador. Essa maneira de Mario circular na instituição leva a equipe a questionar sobre seu lugar. “Será que ele tem que continuar ali? Por que ele não sai de alta?”. Quando isso é colocado, ele “enlouquece”, isto é, mostra-se incapaz de exercer-se no social – fora da instituição psiquiátrica da mesma forma e isso de forma convincente para os técnicos, sem que se possa tachar sua loucura de simples manipulação. Ocorre-nos logo uma contradição: como ele pode ser mais autônomo, capaz de se cuidar sozinho e de outrem e, ao mesmo tempo, se mostrar tão desestruturado quando o convidam a sair da instituição? Para ele, sair do hospital não parece ser o mesmo que para a equipe. Sair de alta, neste caso, é uma ameaça.

Mario adota outro paciente, bastante empobrecido, como seu protegido e não permite o acesso da equipe a ele. A oferta de mais independência, inclusive a possibilidade de fechar-se em seu próprio quarto, não apontou, no caso de Mario, para um gradual aumento de *autonomia* ou de uma vida mais independente. Pelo contrário, Mario recriou a atmosfera do “paciente-xerife” da enfermaria, tantas vezes, experimentada no passado.

Quando se fala de Mario, vê-se que ele não endereça nada a ninguém, cuida de outro paciente de forma zelosa, mas superproterora, monopolizadora, não permitindo a “entrada” a nenhum terceiro. A situação de Mario é bastante estável, não há sintoma aparente. Na presente configuração não existe vínculo nem endereçamento. Mario não apresenta demandas e não dá sinais de angústia. Quando seu lugar de “xerife” é

ameaçado, ele agride, intimida as pessoas, cria histórias quase verídicas sobre os profissionais que trabalham na enfermaria.

Com base nesses fragmentos clínicos do HPJ e do INS, podemos concluir que é preciso aparelhar melhor a nossa noção de *autonomia*. Talvez a estejamos usando no sentido cartesiano, isto é, que supõe uma relação da liberdade independente das relações, do social em que está inserido o paciente. A nosso ver, a noção de Tykanori nos ajuda a restabelecer a questão. Deixamos de nos perguntar se vão sair de um hospital os mais autônomos, e passamos a querer saber do que dependem para sair. Com Freud e Lacan buscaremos o instrumental necessário para avançar nessa questão.

6 **Uma nova dimensão**

A situação de Mario foi tratada no contexto de uma discussão de caso clínico. Incluir uma dimensão específica talvez seja necessário, quando estamos trabalhando num contexto em que se procura dar ênfase à atenção psicossocial. Trata-se da dimensão subjetiva, que também vemos presente na fala de Antônio, quando ele situa a mãe como ponto fixo, em torno do qual pode circular. No caso dele, é preciso que sua mãe saiba onde ele está para ele se localizar, ter outro endereço.

Vimos também que, nas situações relatadas, a falha num sistema que se baseia na *autonomia* para se pensar na direção do tratamento, nos dirige a uma aproximação dos casos de forma mais individualizada. Podemos acrescentar a isso a idéia de que, quando incluímos a individualidade, estamos preocupados em mostrar as falas do sujeito, da forma como ele nos dirige, com o intuito de preservar aquilo que de fato está se apresentando, sem que sejamos tomados por suposições imaginárias, por compreensões antecipadas.

No caso Mario, vimos que a direção do tratamento seguiu no sentido de que algo no esquema fechado dele fosse questionado. A presença de um terceiro nesse trabalho foi fundamental; no entanto, colocar em cena um “furo” no esquema dele também poderia desestabilizar. No caso, o que estava estabilizado se mostrava

despropositado pois assumia um lugar ambíguo e estranho. A presença de um terceiro não é de qualquer um.

É nesse contexto que a *autonomia* se revela como um termo-chave neste trabalho. Trata-se de uma designação, que se mostra falha na medida em que – tomada como a capacidade do indivíduo de criar normas para sua própria vida, ser independente – não oferece uma correspondência entre ser autônomo e poder sair do hospital. Algo mais é preciso ser acrescentado a isso. O que aparece então é que não basta o paciente ser autônomo, ou seja, que circule bem minimamente no social: que se cuide, que possa mesmo cuidar de outros, estabeleça compromissos, possa trabalhar, incluir-se na comunidade, pertencer a um território etc. Na prática, vimos que isso, só, não bastava. A surpresa se deu porque alguns dos considerados mais autônomos recuaram de forma impressionante diante da possibilidade de saída. Daí surge a questão: “Será que temos que abandonar a *autonomia* como uma categoria-chave no trabalho de reinserção social ou podemos revê-la, tomá-la de algum outro modo?”