

Do trauma à transição: psicanálise e desospitalização

Milena David Narchi

Resumo Este artigo reflete a experiência de um atendimento psicanalítico realizado durante três anos em uma Moradia Assistida em um hospital psiquiátrico público. Notam-se nesse inusitado *setting* os atravessamentos institucionais e as implicações de décadas de privações e exposição à violência vividas pelo paciente.

Palavras-chave clínica psicanalítica; moradia assistida; atendimento psicanalítico.

Milena David Narchi é psicóloga e psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, membro do grupo de Saúde Mental, suas Instituições e Interfaces, com especialização em Psicossomática pelo mesmo Instituto. Com Pós-graduação – Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos no Hospital Sírio Libanês. Coordenadora e Supervisora do serviço de Psicologia da Pediatria e da UTI Pediátrica do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Contexto e situação do caso atendido

A Moradia Assistida é uma das novas práticas de assistência em saúde mental, criada a partir do movimento da luta antimanicomial brasileira no processo mais amplo da reforma psiquiátrica¹. Uma das metas desse dispositivo é a desospitalização dos pacientes internados por longo período.

Realizei o presente trabalho² no período de três anos, numa Moradia Assistida em um hospital de saúde mental, no qual residiam 35 homens, com idade entre 45 e 60 anos. A equipe com que trabalhei era composta por psiquiatras, médicos clínicos, enfermeiras e auxiliares, além de psicólogas, assistentes sociais, fisioterapeutas e secretárias. A continuidade do trabalho de uma mesma equipe com o paciente era um dos elementos fundamentais para o restabelecimento dos moradores que, em sua grande maioria, vinham de outras instituições de pacientes crônicos. Muitos já estavam internados há mais de vinte anos. Por meio da experiência desse processo, busquei compreender a relação entre as vivências traumáticas e a transição para a desospitalização. Como é possível, a partir da hospitalização, propiciar um avanço gradativo na dinâmica psíquica do paciente para que se possa realizar uma transição para o restabelecimento do laço social?

1 Para os leitores que se interessem pela história da reforma psiquiátrica brasileira, consultar os documentos do Ministério da Saúde. Disponíveis em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021011-1cnsnsm.pdf>> e <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

2 Este texto se baseia no trabalho escrito para a apresentação pública no processo de admissão como Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, realizado no dia 19 de setembro de 2014.



em nossos contatos, Carlos começou a dar sinais de que me observava. Embora em silêncio, ele prestava atenção às minhas expressões e aos meus movimentos

O processo com Carlos

Minha primeira percepção, ao entrar naquele lugar, foi de sensações e sentimentos contraditórios, que oscilavam na forma e na intensidade. O ambiente era calmo e vivo por um lado, e, por outro, transmitia uma sensação de opacidade, de marasmo e de estagnação. As plantas coloriam o cenário nos dias de sol, embora os dias chuvosos parecessem remeter-nos à nostalgia de algo perdido ou ainda não constituído. No pátio, chamava-me a atenção uma árvore muito antiga, forte e com muitas ramificações, fazendo uma sombra enorme. Embaixo da árvore havia um banco de pedra em que os moradores se sentavam para escapar do intenso calor; um abrigo e ao mesmo tempo um lugar para falar do desamparo, da solidão e do vazio. Parece-me fundamental considerar os sentidos despertados em mim a partir da observação do ambiente, tais como: forte, fraco, tormenta, paz, sombra, aberto, vazio, cheio, amparo, desamparo, vivo, morto, estagnado, em movimento, com sentido, sem sentido, caótico e ordenado.

Carlos, naquela época com 55 anos, vivia há quatro na Moradia Assistida. Esta era composta por nove casas, e Carlos morava com Pedro e Caio. A história de internações de Carlos era longa e datava aproximadamente de seus 20 anos. Ele era alcoolista, e os motivos de suas internações foram as agitações constantes e as fortes desavenças. Carlos parecia não conseguir sustentar um laço social. Sua forma de comunicação e expressão era a de um sujeito com precária elaboração

dos afetos e capacidade simbólica pouco desenvolvida. Isso se relacionava a uma história de vida bastante difícil: a mãe de Carlos faleceu num hospital psiquiátrico, quando ele ainda era adolescente. Além disso, tinha um irmão e uma irmã com problemas mentais.

Carlos mostrava-se atravessado por uma história da qual ele não tinha registros claros, embora sofresse seus ecos. Parecia reviver situações familiares traumáticas, falando sobre elas de forma fragmentada. Também comunicava sensações de desamparo, dor e tristeza, referindo-se à falta de notícias da família, sendo que a lembrança do desaparecimento de uma irmã tocava-o visivelmente.

Em nossos contatos, Carlos começou a dar sinais de que me observava. Embora em silêncio, ele prestava atenção às minhas expressões e aos meus movimentos. Em algumas situações, ele foi aceitando gradualmente a minha presença e ajuda, notando que a colaboração trazia algum resultado. Certa vez, vendo a sua dificuldade em segurar uma bandeja, devido ao seu tremor, aproximei-me e ajudei-o, impedindo que o suco que estava sobre ela caísse. Carlos ficou tranquilo e sorridente com essa experiência. Nesse momento, aceitou minha entrada como analista na sua vida. Estabeleceu-se ali um vínculo de confiança e um laço lúdico começou a emergir. “Será que o suco vai cair?”, “Cai ou não cai?”. Em função do suporte do suco, que não caiu, pensei em uma sustentação no ambiente, vivenciada comigo, e que eu utilizaria como manejo terapêutico. Tecer um ambiente em que ele pudesse ser contido em suas necessidades e experimentasse segurança era fundamental em nosso percurso. Observei que, a partir dessa brincadeira, a relação analítica foi se constituindo em meio a experiências pré-simbólicas e simbólicas.

Aos poucos, sua condição psíquica tornava-se mais integrada a partir de suas rotinas diárias. Ele me observava, acompanhava os meus gestos, assim buscando a comunicação e participação com seu entorno. Sua agressividade diminuiu. Escutava quieto, parecendo estar dividido em dois

mundos: um ambiente ruim, que o atacava, destruindo o que já vivera, e outro bom, ambos sendo construídos no trabalho, nos momentos de descobertas e surpresas. Esboçava-se um movimento de integração entre o bom e o ruim, o amar e o odiar, fazendo parte da nossa relação.

Assim foi possível tecer o reflexo de passagens evolutivas. Num primeiro momento, Carlos estava distante, não se aproximava das atividades e atacava os outros com suas agressões verbais, permanecendo em sua casa na maior parte do tempo. Com o andamento do tratamento, começou a se relacionar mais, embora hesitasse no contato em algumas situações. Ele se aproximava das tarefas da sua rotina, saindo um pouco mais de casa. Aos poucos ampliou a sua comunicação, demonstrando maior independência nas atividades e a possibilidade de aumentar as suas saídas da moradia.

Começava um período importante, pois me solicitava menos, era mais independente nas tarefas, inaugurando um momento relevante para uma possível transição do hospital para o mundo. Assim, propus a Carlos uma conversa sobre suas próximas saídas do hospital. No início, a sua resistência era enorme. Eu conversava com ele sobre seus desejos. Um dia, viu o tênis de um funcionário e disse que queria ter um igual e ser independente. Eu lhe propus que construíssemos as condições para isso e ele aceitou. Aos poucos, houve uma mudança de posição em relação a assumir um pouco mais os seus próprios desejos, sugerindo a confiança no outro e a possibilidade de aceitação de seu gesto.

As nossas saídas começaram com o objetivo de irmos ao INSS para conseguir um benefício. Ele se interessava pela explicação do caminho que fazíamos e pelo ônibus que íamos tomar na ida e na volta. Dizia que tinha medo de que eu não soubesse o caminho e me perdesse. Um dia, quando o ônibus se atrasou, ele começou a suar e a tremer, quase entrando em pânico. Gritou: “Se não voltarmos logo, as minhas coisas vão sumir!”. Estaria ele falando de uma possível fragmentação do eu, que poderia não suportar e então se

»
*um momento muito emocionante
ocorreu quando ele viu as pessoas
com muletas e em cadeiras de rodas
no INSS: “Eles precisam mais
do dinheiro. Estão mais doentes
do que eu!”*

desorganizar? Naquele instante, agarrou a minha mão e lhe falei num tom muito baixo e com muita calma que estava tudo bem, que eu estava lá e não estávamos perdidos. E, embora ele estivesse frente a uma situação extremamente difícil, de desamparo, sentindo-se sem nenhum controle da realidade interna e externa, era possível suportar a angústia estando comigo. Também expliquei a ele que os atrasos aconteciam devido ao trânsito, que era uma situação que fugia do nosso controle, mas nada de terrível iria acontecer com ele. Ao retornar à Moradia, conversamos sobre o que vivenciamos juntos e, ao mesmo tempo, sobre o que, até ali, não poderia ser dito: o medo do abandono por sua família. Ele foi se organizando um pouco mais, a partir do sentido de sua vivência de desamparo. Aconteceram mais conversas, interação e indagação acerca de suas vivências primordiais com afetos tão aterrorizantes.

Um momento muito emocionante ocorreu quando ele viu as pessoas com muletas e em cadeiras de rodas no INSS: “Eles precisam mais do dinheiro. Estão mais doentes do que eu!”. Naquele momento, foi importante vê-lo reconhecer o outro em seu sofrimento. Fomos caminhando na diferenciação do mundo interno e externo, na diferenciação do eu e do outro e de uma maior aceitação da realidade.

Nos meses seguintes, ele teve o convite para frequentar uma escola e aceitou prontamente. Esse período foi interessante, porque ele solicitava ajuda com os números e as contas, mostrando-se ansioso em aprender como lidar com o dinheiro para comprar o que desejasse. Não



*um momento
muito importante aconteceu
quando Carlos assistiu a um programa
de televisão em que um pai
abraçava um filho*

cheguei a acompanhá-lo às aulas porque ocorriam no período noturno. No dia em que chegou a carta do INSS, informando-lhe que o benefício havia sido concedido, ele ficou muito feliz.

Outras situações significativas emergiram durante o trabalho. Um momento muito importante aconteceu quando Carlos assistiu a um programa de televisão em que um pai abraçava um filho, lembrando que ele não poderia mais abraçar o seu próprio pai, devido ao afastamento causado por uma briga, durante a qual ele atirou uma cadeira no pai. Após essa ação violenta, Carlos foi abandonado pela família, e essa lembrança veio carregada de afetos angustiantes. Esclareceu-se, então, a história que Carlos vinha gradualmente me contando. Anos atrás, após a briga com seu pai, um membro da família pediu-lhe para buscar alimentos num sítio distante, como era costumeiro em seu dia a dia. No entanto, ao voltar para casa, ela estava trancada e lá não havia mais ninguém. Deixaram-lhe, apenas, uma muda de roupa numa sacola do lado de fora da porta.

Nesse meio tempo, o pai teve um AVC e foi hospitalizado. Carlos não soube do ocorrido, pois, na ocasião, havia sido expulso de casa pela família. Esse fato marcou sua história. O trauma do abandono e do desamparo o acompanhava por anos. Conforme Searles menciona, a violência familiar extrema é originária de uma família *caótica e ambígua*, em que não há papéis e lugares definidos. Observam-se oscilações e ambiguidades imprevisíveis dos pais, que não permitem ao sujeito a construção de experiências e a confiança no mundo. E, ainda, acontecem respostas

emocionais enigmáticas, inacessíveis e instáveis de outros membros da família, o que torna mais difícil a interação com essa realidade³.

Carlos relatou ter morado na rua, apanhado, passado fome, tendo sido, também, internado em vários hospitais. Um dia, recordou-se de uma pedra atirada por um menino em sua cabeça, que o fez sangrar muito, e de não ter sido cuidado pela mãe. Os seus olhos se encheram de lágrimas. Nesse momento, evoco as ideias clássicas de Ferenczi a respeito do campo traumático e de suas subjetivações:

Se essa benevolência vier a faltar, a criança se vê sozinha e abandonada na mais profunda aflição, isto é, justamente na mesma situação insuportável que, num certo momento, a conduziu à clivagem psíquica e, por fim, à doença. Não surpreende que o paciente não possa fazer outra coisa senão repetir exatamente, como quando da instalação da doença, a formação dos sintomas desencadeados por comoção psíquica⁴.

O único parente que Carlos podia contatar era um primo, que foi localizado depois de anos por uma auxiliar da Moradia Assistida. Após essa localização, Carlos foi levado à casa do primo, porém este o recebeu friamente, demonstrando certo receio, pois sabia da sua agressividade. Carlos queria notícias da família que o abandonara e tinha expectativas de reencontrar o pai perdido, mas acabou tendo uma enorme decepção com o novo afastamento do parente. Carlos pedia à equipe para entrar em contato com o primo, marcando o dia da visita nos finais de semana e esse não comparecia. Carlos arrumava a casa, limpava, fazia café e acabava por se decepcionar. Em quatro anos, ele recebeu apenas duas visitas do primo, que produziram melhoras momentâneas.

Acompanhei-o ao longo de três anos. Durante o período em que estivemos juntos percebi que ele trancava a porta da sua casa, deixando seus companheiros (Pedro e Caio) fechados, obrigando-os a saírem pela janela e restringindo os espaços e a liberdade de ir e vir daqueles e de outros colegas da Moradia. Carlos andava com



uma chave amarrada ao pescoço o tempo todo e entrava em pânico quando a perdia. O ato e o controle compulsivos de trancar a porta ao sair aconteciam inúmeras vezes durante o dia, deixando fechados não só os colegas, mas também a equipe. Poderia ser um modo de representar, por meio dessa encenação, a situação vivida anos antes, na época em que a família o trancara e o abandonara do lado de fora da casa.

O traumático, ao retornar, reaparece na cena associado ao controle onipotente de deter a chave, protegendo-se do ataque de ter sido expulso; ao sair com a chave, tem a ilusão de controle absoluto da situação. Na iminência de perdê-la, Carlos retorna à cena traumática. Freud deixou claro que o paciente atua, mas não sabe o que está repetindo. “Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação”⁵.

Toda essa situação era contrabalançada com uma maior atenção e cuidados da equipe dispensados aos outros moradores, sobretudo para Pedro, que apresentava um quadro clínico descompensado com bastante frequência. Durante uma internação de Pedro, devido a um infarto, foi notada uma melhora de Carlos, que não queria visitar o amigo, nem perguntava nada a seu respeito. Penso que, se perguntasse por ele, Carlos acabaria por ser remetido a uma intensa angústia de não saber o que tinha acontecido com o próprio pai.

Winnicott afirma que o medo do colapso decorre de algo que já aconteceu, e isso tem proporções e consequências fundamentais na compreensão desses acontecimentos. Diz ainda que “precisamos usar a palavra ‘colapso’ para descrever o impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva”⁶.

Assim, levanto a hipótese de que o ato compulsivo de trancar a porta poderia servir de proteção contra sua explosão interna. A situação física

*o surto psicótico de Carlos
ocorreu depois de certa
estabilidade das nossas idas
ao INSS, à escola e às compras,
tendo o seu início quando
soube da morte do pai*

de seu amigo Pedro agravou-se, e Carlos passou a necessitar de atenção o tempo todo. Apesar dos esforços e de inúmeras conversas, Carlos continuou atuando sobre os membros da equipe: ele praguejava, batia as portas e urinava na casa toda. No entanto, a entrada de um auxiliar do sexo masculino, que impunha limites e não se sentia agredido nessas situações, manteve durante meses a dinâmica da casa mais estável.

Searles nos demonstrou como o paciente se relaciona com a doença, e, dessa forma, como se apresenta ao mundo. Ele considera que certos pacientes, frente à dor e ao sofrimento, atuam inconscientemente o ódio para se defender de sua angústia. Observa-se, desse modo, a “aderência tenaz do paciente a sua doença”⁷. É importante que o analista e a equipe suportem o ódio e os seus efeitos para que a elaboração do sentido possa vir a ocorrer.

O surto

O surto psicótico de Carlos ocorreu depois de certa estabilidade das nossas idas ao INSS, à escola e às compras, tendo o seu início quando soube da morte do pai. Em relação a mim, ele ficou agressivo, paranoico e com raiva. Outras vezes, mostrava-se triste e agradecido, oscilando entre os momentos esquizoparanoide e depressivo. No dia seguinte à notícia da morte do seu pai, ele comentou acerca das vozes que escutava, dizendo que o pai não havia morrido e que o vento pedia para que ele fizesse coisas ruins. Nesse período, foi acompanhado constantemente

3 H. Searles, “O esquizofrênico e sua experiência no mundo”, p. 8.
4 S. Ferenczi, “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”, p. 115.
5 S. Freud, “Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)”, p. 196.
6 D. W. Winnicott, “O medo do colapso (Breakdown)”, p. 71.
7 H. Searles, *op. cit.*, p. 15.



*Freud nos ensinou
que o paranoico cria
um novo mundo subjetivo
com os seus delírios que também
são uma tentativa de cura*

pela equipe. A propósito, Ferenczi pensou em uma dinâmica psíquica impressionante desse tipo de experiência:

Se os choques se sucedem no decorrer do desenvolvimento, o número e a variedade de fragmentos clivados aumentam, e torna-se rapidamente difícil, sem cair na confusão, manter contato com esses fragmentos, que se comportam todos como personalidades distintas que não se conhecem umas às outras⁸.

Carlos contava que as vozes diziam que ele não podia assistir à televisão em casa, porque o seu colega o ameaçava com uma faca. Sua expressão e o tom eram de pânico e terror por alguns instantes. Passado aquele momento, mais calmo, contou-me que outro colega dera-lhe um soco e tinha-lhe apontado uma faca. Ele saiu da casa agitado, apontando o dedo para alguns moradores e acusando um deles de ter roubado o seu isqueiro. As vozes também repetiam que o colega iria matá-lo com a faca. Intercalado a isso, Carlos trazia referências esparsas ao pai. Nesse sentido, é possível referir a vivência de uma fragmentação psíquica aludida à cena traumática de agressão vivida com o pai, que retornava com as alucinações, ou seja, as vozes que ouvia eram ditas para expressar o que ele não suportava. Freud afirmou que na paranoia ocorre a projeção como forma de defesa. Nesse processo, o conteúdo da percepção interna sofre uma deformação e retorna à consciência na forma de percepção externa⁹.

Em outro momento, devido ao conserto dos telhados das casas da Moradia, encontrei Carlos

com os pés inchados, sujos, andando no meio de telhas que estavam jogadas no chão. Andava mais rígido do que de costume, mancando e com o braço paralisado, como se tivesse tido um derrame. O quadro clínico manifestado levou a médica a solicitar uma tomografia e exames, que não diagnosticaram nada de natureza orgânica.

A sua aparência física era deplorável: os olhos arregalados e fundos, a expressão de raiva e angústia misturadas; pedia ajuda, sem, contudo, poder recebê-la. É possível pensar que se tratava da repetição do trauma que foi vivido com o pai, quando atirou a cadeira nele, revelando uma identificação com o lado paralisado e impotente do pai que, então, tinha a mesma idade que ele naquele momento.

O telhado quebrado poderia ser uma analogia com o estilhaçamento do psiquismo, que não suportou o mal-estar, criando a fantasia de ter matado o próprio pai? Seriam a agressão e a briga com a equipe e os colegas uma tentativa de cura, elaboração e não fragmentação?

Houve outra ocasião em que a casa estava toda suja e molhada, com os azulejos pretos e bitucas de cigarros espalhadas pelo chão. Então, ele entrou no quarto onde seu colega dormia, sentou-se na cama e falou: “Eu perdi o isqueiro, mas por magia eles acharam... vocês não acreditam em magia?”. Seus olhos vermelhos, esbugalhados, piscavam, e as sobrancelhas levantavam de forma assustadora; além disso, a língua fazia movimentos circulares repetitivos. A auxiliar encontrou o isqueiro na calça de Carlos e entregou-lhe. Os seus olhos abriram com mais vivacidade e, de repente, toda aquela raiva veio à tona: “Meu pai não morreu! Ele está lá na casa! Na casa está também um saco cheio de moedas, tudo roubado”.

Freud nos ensinou que o paranoico cria um novo mundo subjetivo com os seus delírios que também são uma tentativa de cura. Na experiência paranoica, “o fim do mundo é a projeção dessa catástrofe interna; seu mundo subjetivo chegou ao fim”¹⁰.

A necessidade de sobreviver aos ataques internos e externos e à violência acabou por projetar o

mal-estar de modo a provocar o medo no outro, pois o terror que ele sentia de ser destruído havia sido instaurado. Sair da casa, a fim de ser internado na enfermaria, representava a repetição traumática de se sentir expulso mais uma vez, e ser lançado na desesperança.

Também aconteciam oscilações entre expressões violentas de ataque e projeção e outras depressivas, em que ele chorava e lembrava-se de situações de perdas.

A equipe decidiu pela internação de Carlos na enfermaria. Ele insistia que seu colega queria matá-lo, mas o médico acalmou-o e ele me perguntou se o pai o esperava em casa. A situação significativa, provavelmente, convocava o deslizamento da cena na fantasia de acreditar ter matado o pai e de ser morto pelo amigo. O delírio era apresentado de modo a deixar o pai vivo, portanto, de modo a não tê-lo matado. Dessa forma, são notórios os mecanismos de defesa para lidar com a culpa. Ainda no que se refere ao delírio, Searles menciona que “os delírios dos paranoicos com conteúdo [...] podem ser considerados como um grande esforço de organizar, em alguma ordem, a experiência perceptiva caótica”¹¹.

Desde a sua internação, na enfermaria, orientei a equipe a conversar com ele a respeito de sua importância naquela casa, nas atividades, que os seus pertences estavam todos lá e que ninguém mexera neles. Então, foi decidido que ele poderia ir para casa e lá permanecer um tempo. Depois, ele retornaria à enfermaria para tomar as medicações, fazer as refeições e dormir. Essa ação da equipe foi muito importante, pois possibilitou a Carlos verificar que não havia sido expulso, que suas coisas ali permaneciam e a casa ainda era dele. Assim, sua vivência foi menos traumática. Como dizia Winnicott, a realidade era menos terrível que a fantasia.

No primeiro dia, ao voltar para a casa, ele se deitou imóvel na cama com a roupa do hospital.

8 S. Ferenczi, *op. cit.*, p. 120.

9 S. Freud, “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoide)”, p. 89.

10 S. Freud, *op. cit.*, p. 93-94.

11 H. Searles, *op. cit.*, p. 12.

»
*desde a sua internação,
na enfermaria, orientei a equipe
a conversar com ele a respeito
de sua importância
naquela casa*

Parecia catatônico: seu rosto não tinha expressão nem brilho, e olhava para a bituca de cigarro na mão de Caio, seu colega de casa. Permaneci ao seu lado. A auxiliar perguntou a Carlos qual era o meu nome e, prontamente, ele respondeu: “Milena!”. Carlos vivenciou algo novo: ao retornar para a Moradia Assistida, voltava para um lugar de onde não fora expulso. Tal situação se colocava no sentido oposto ao que ele vivera no passado. Na Moradia, os seus pertences ainda estavam lá, não tinham sido postos para fora numa sacola e nem trancados, além de sua “família” também estar lá.

No outro dia, ao entrar na enfermaria, ele apertou minha mão fortemente, virou-se e caminhou ao meu lado. A sensação que tive naquele aperto de mão ao longo do corredor foi de uma confirmação quanto a termos atravessado um longo caminho juntos.

Um momento difícil para mim foi quando comuniquei a Carlos a minha saída da instituição. Eu estava preocupada com sua reação, e em que medida seria possível preservar nossa história. Disse-lhe sobre a melhora da comunicação entre nós, com a equipe, e da sua maior independência na realização dos próprios desejos. Até aquele momento, ele me olhava atento e se emocionou, balançando a cabeça, confirmando o que eu dizia. Ele viveu uma situação que o angustiou e se mostrava muito aterrorizante: não saber sobre o destino do pai. E, ali na Moradia, no momento mais difícil, quando soube disso, não esteve tão só para enfrentar a situação. Nessa hora, as suas lágrimas escorreram. Assim, a importância de nomear os afetos e dar um sentido simbólico aos



ao longo do nosso trabalho desenvolvido no hospital foi possível constatar uma mudança significativa em relação à comunicação e ao sentido da sua experiência

seus atos foi fundamental. Ele tinha construído a confiança em mim e na equipe. O adoecimento dele e o surto que o levou para a enfermaria eram tentativas de cura.

Ele reconheceu que minha saída não era por sua causa ou porque ele me fizera mal. Eu ainda lhe disse que o trabalho tinha sido muito importante, um trabalho de crescimento, e que todos iriam cuidar dele. Ele chorou e tive a impressão de que estava aliviado. Carlos levantou o braço dizendo: “Eu sou forte!”. Percebi ali uma manifestação de força e, ao mesmo tempo, um modo de defesa para lidar com a separação.

Considerações finais

A experiência do trabalho psicanalítico na Moradia Assistida implica uma clínica complexa, com alguns aspectos a serem considerados: a transferência em pacientes asilados, o trauma vivido pelo paciente e a questão da desospitalização. O tempo de internação de Carlos – vinte anos – influenciou diretamente na evolução do tratamento, uma vez que a cronificação estava presente, produzindo seus efeitos. Esses efeitos foram verificados na dificuldade de fazer a transição para a desospitalização, havendo também uma influência complicadora da própria Moradia Assistida que, por se situar dentro do hospital, resultava numa menor circulação do morador na cidade. É fundamental resgataremos a história do movimento da psiquiatria no campo social a partir de políticas públicas

e institucionais, para compreendermos as suas complexidades e impactos profundos na determinação da cronificação.

As regras institucionais e a redução do campo de atuação no ambiente hospitalar acabavam por dificultar a desospitalização e o trânsito pelas redes comunitárias. Na história do processo psicanalítico de Carlos, a falta de continuidade do trabalho dos membros de uma mesma equipe e as rupturas do ambiente foram impactantes. Os trajetos da casa para a rua, da rua para a enfermaria, da enfermaria para a Moradia Assistida, e desta para a enfermaria marcaram a forma de Carlos reagir ao ambiente. Carlos foi encontrado nesse movimento de inconstância, de perda de referências, de pobreza e de violência.

Ao longo do nosso trabalho desenvolvido no hospital foi possível constatar uma mudança significativa em relação à comunicação e ao sentido da sua experiência. Penso que isso só foi possível a partir da criação de um espaço intermediário em que Carlos pôde manifestar suas dores, angústias e ataques. A função terapêutica de ego auxiliar serviu para que houvesse uma operação de paraexcitação e, posteriormente, uma nomeação de vivências.

No início do acompanhamento, Carlos não se relacionava bem com a equipe e com os outros moradores, não conseguindo se comunicar de outro modo que não fosse aos gritos. Entretanto, recordo-me de que no momento do nosso primeiro encontro, meu interesse por ele foi despertado, bem como a possibilidade de sonhá-lo. Porém, o sonhar Carlos somente da minha parte não era suficiente. O trabalho com a equipe era constante e diário. Havia uma grande dificuldade em dar significados às manifestações de Carlos. Nesse percurso, efeitos importantes foram observados. Agora, com a minha partida era preciso sensibilizar a equipe para continuar a sonhá-lo.

A reconstrução de sua história, o saber sobre si, a sua verdade, os seus gestos no mundo, numa relação transferencial estabelecida com a psicanalista e a equipe, permitiram trilhar as possíveis

gradações rumo à desospitalização. Gradações essas que vão desde a dependência absoluta rumo à independência¹², levando o sujeito a entrar em contato com a realidade e com as suas limitações. Assim, pode-se pensar que Carlos alcançou alguma dependência relativa.

Impõe-se a questão: é possível fazer a transição da Moradia Assistida para o campo social? Os elementos a serem fortemente considerados são a capacidade simbólica, a natureza das atuações, a discriminação entre mundo interno e externo e um ambiente de suporte.

A diversificação dos espaços de convívio e a ampliação das redes permitem que muitas vivências, desejos e até sonhos possam emergir de situações e encontros que ocorreram antes da internação. A dureza, a aspereza, a falta de sonho e a possibilidade de existir no mundo sem ter o gesto acolhido com um sentido acabam por provocar a dor, o vazio existencial, cronificação e congelamento.

»
*o trabalho clínico
no hospital possibilitou
algumas construções de
sentido e o estabelecimento
de uma relação
de confiança*

Em sua história, Carlos foi destituído de importantes experiências subjetivantes. Seus atos não foram recebidos e convertidos em gestos por um ambiente acolhedor.

O trabalho clínico no hospital possibilitou algumas construções de sentido e o estabelecimento de uma relação de confiança apostando numa maior capacidade de Carlos em sustentar e suportar lugares de exclusão, violência e desamparo.

12 D. W. Winnicott, "Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo".

Referências bibliográficas

- Ferenczi S. (1932/2011). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In *Obras completas. Psicanálise IV*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud S. (1911/1969). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.12.
- _____. (1914/1969). Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.12.
- Searles H. (2000). O esquizofrênico e sua experiência no mundo. *Percurso*, ano XIII n. 24, São Paulo, p. 5-18.
- Winnicott D.W. (1963/1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- _____. (1963/1994). O medo do colapso (Breakdown). In *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.

Endereços eletrônicos consultados

- <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210111cnsn.pdf>>
- <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_ivc-nsmi_cns.pdf>

**From trauma to transition:
Psychoanalysis and de-hospitalization**

Abstract This article presents the experience of a therapeutical follow-up held in an asylum during three years in a public psychiatric hospital. It is noted, in that unusual setting, the institutional crossings, decades of violence and deprivation experienced by the patient.

Keywords psychoanalytical practice; asylum; therapeutic follow-up.

Texto recebido: 06/2015

Aprovado: 05/2017