

## **ALÉM DOS MUROS**

Essa é a história de uma pessoa que teve a vida atravessada por dificuldades, violência como marca que o levou a anos de institucionalização e um único papel social possível, de agressivo, incapaz, e sem possibilidade de viver fora do hospital psiquiátrico.

Esse trabalho fala sobre a construção de um novo projeto de vida tecido em rede a várias mãos que se inicia a partir do processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico onde N. permaneceu por mais de uma década.

N. nasceu com uma síndrome genética e deficiência intelectual. Viveu com a família até os seus 35 anos quando foi institucionalizado sem perspectiva de retorno para o convívio familiar pelo histórico de intensa agressividade. Durante os 15 anos em que esteve internado, não apresentou evolução positiva no comportamento agressivo, que se manifestava diariamente pelas mais diversas situações e agravadas pelo desejo de voltar para casa e impossibilidade de sair da instituição. Foram feitas algumas tentativas de alta, seja para o retorno com a família, seja para duas residências terapêuticas, sem sucesso. Os outros moradores foram saindo do hospital e N permanecendo, foi um dos últimos a deixar a instituição.

A chegada à residência terapêutica em 2020, no contexto da pandemia de COVID-19, ainda em isolamento social, provocou sentimentos contraditórios, entre a alegria de deixar o hospital, a possibilidade de viver em liberdade e a frustração de não poder voltar para aquela que era a sua referência de lar. A mudança de ambiente, de rotina, de pessoas de referência sem vínculo construído ainda, trouxeram insegurança, instabilidade e conseqüentemente episódios de agitação e agressividade mais intensos e frequentes. Esse comportamento, muitas vezes repentino, impulsivo, imprevisível e extremamente violento, fez com que esse processo de desinstitucionalização se tornasse ainda mais desafiador para todos os profissionais da rede envolvidos, assim como a equipe da casa e os outros moradores.

A residência terapêutica é vinculada a um CAPS II, o que deixava a equipe da casa sem suporte técnico no período noturno, finais de semana e feriados, configurando-se como momentos de maior vulnerabilidade e dificuldade de manejo. Inicialmente outros dois CAPS III do território foram sendo acionados como retaguarda para os momentos de crise, o que acarretou maior insegurança, desorganização e instabilidade para N. que

dependendo de sua condição, se mais tranquilo ou mais agitado era acolhido em um dos serviços. Foi ficando claro que N era muito sensível a qualquer tipo de mudança, seja de rotina ou pessoas, tinha baixo limiar de frustrações, mesmo que mínimas, como uma mudança de clima, perder no dominó, acabar o desodorante e etc., assim como apresentava comportamento infantilizado, impulsivo e imprevisível. Desconfortos físicos ou emocionais eram gatilhos certos para manifestação de comportamento agressivo, aprendido como forma de lidar com as imprevisibilidades da vida. As inúmeras situações de violência foram deixando os profissionais envolvidos no cuidado muito inseguros, as estratégias de manejo não estavam dando resultado, e o recurso farmacológico também produzia poucos efeitos nesse sentido. Foi ficando cada vez mais claro, que para sustentar o cuidado em liberdade de um processo tão complexo seriam necessários muitos atores, um coletivo que assumisse essa responsabilidade compartilhada a partir de um projeto terapêutico construído e redefinido a cada momento que outras questões se apresentassem. Foram realizadas dezenas de reuniões de rede, incluindo profissionais da RT, Hospital Psiquiátrico de origem, três CAPS do território, além do CAPS de referência anterior, CECCO, UBS, CER, Coordenadoria e Supervisão de saúde, AT, além de supervisão clínica e institucional.

Entendendo a importância de garantir o mínimo de estabilidade, estruturação da rotina e vínculos mais fortalecidos, reconfigurando as referências territoriais pré-estabelecidas, N. passa a ser referenciado a um dos CAPS III da região, centralizando o cuidado em saúde mental em apenas um dos serviços do território. Além da presença de profissionais da RT nas reuniões clínicas do CAPS, profissionais dos dois CAPS de referência passaram a participar da reunião de equipe da RT, ações que foram determinantes no início de uma mudança no ciclo de violência. As inúmeras discussões e reflexões, trocas, alinhamentos e melhor comunicação entre todos os envolvidos, assim como a possibilidade de uma equipe de referência, oferecendo apoio, suporte e retaguarda de prontidão integralmente, foram fundamentais na sustentação de N. fora dos muros do hospital. O acolhimento integral sempre que avaliado como necessário, foi por muito tempo a principal estratégia de cuidado, sendo que a equipe da RT esteve presente cotidianamente nesse acompanhamento, garantindo o vínculo com a moradia e participando ativamente do processo de desinstitucionalização do próprio CAPS, que passou a ser o lugar seguro para estar, que dava contornos institucionais ainda necessários naquele momento. Inicialmente, N. passava longos períodos em acolhimento integral e aos poucos a permanência na casa foi se tornando mais possível, de modo que os acolhimentos no CAPS transformaram-se em eventos pontuais, e segue assim até hoje.

Os episódios de crise de N. no CAPS ou na casa sempre foram muito desafiadores por tratarem-se de manifestações agressivas, seja direcionadas a objetos ou pessoas. Na casa, os demais moradores apresentam condições bastante frágeis diante de tais manifestações, o que demanda muito suporte para garantir a integridade de todos. Considerando tamanha vulnerabilidade, foi cogitado em determinado momento pela rede a transferência de N. para outra residência. No CAPS, com uma equipe e espaço físico maiores, era mais possível dar continência às crises. Inicialmente, N. solicitava contenção física e outras intervenções invasivas e protocolares, como medicação injetável diante dos episódios de agitação. Nas diversas tentativas de manejo, foi observado pouca efetividade nas práticas de contenção, e atribuição de consequência negativa ao seu ato. Observa-se que N. tem capacidade de auto regulação quando acolhido, respeitado seu tempo de elaboração, e quando auxiliamos a nomear seus sentimentos.

Além disso, foi de extrema relevância a compreensão das particularidades de sua síndrome e cuidados clínicos que requeriam condutas específicas, como questões cardiológicas, respiratórias e do trato vesico intestinal. Identificar gatilhos auxiliou as equipes a anteciparem crises, intervindo precocemente assim que fosse observado algum sinal de desconforto clínico, juntamente com a equipe da UBS.

A relação de N. com sua família também tem sido ressignificada. Quando institucionalizado, houve afrouxamento importante dos laços familiares, recebia visitas regulares de sua mãe, porém um tanto protocolares e conturbadas, com pedidos insistentes em retornar para casa e muita frustração diante das negativas. Durante o processo de desinstitucionalização, as visitas têm se transformado, N. convida sua mãe para festas, para compartilhar vivências cotidianas, e pôde inclusive voltar a frequentar a casa da mãe, com apoio da equipe. Seus irmãos também têm se reaproximado.

Poder vivenciar as mais diversas situações, sejam de socialização, lazer e outras experimentações, assim como lidar com sentimentos de raiva e frustrações nesse ambiente institucional intermediário entre o hospital e a moradia, foram contribuindo na aquisição de um novo repertório que foi sendo possível reproduzir gradualmente nessa nova casa, aos poucos constituída e ressignificada como seu novo lar, um lugar afetivo em que era possível desejar estar e permanecer, experimentar se relacionar de outras formas, começar a se constituir como um sujeito desejante, querido, capaz e único.

Adquirir documentos pessoais e benefícios ainda não acessados, possibilitaram a construção de um outro lugar social, de direito a outros tipos de trocas, de possibilidade de escolhas, de expressão da sua singularidade.

O papel das referências técnicas, tanto do CAPS como da RT, têm sido fundamentais no fortalecimento dos vínculos e sustentação dos projetos. Fazer esse caminho de dentro para fora nas suas mais diversas dimensões da vida é parte essencial desse trabalho de construção de uma identidade para além da incapacidade e impossibilidade. O exercício de desempenhar tantos outros papéis de uma vida, recomeçada aos 48 anos, tem sido um enorme aprendizado de descobertas diárias que surpreendem e emocionam. Ainda que dificuldades existam e muitos desafios ainda se apresentem, há a certeza de que é possível superá-los. Tem sido um processo desafiador, com intenso e constante investimento da rede nos últimos quatro anos, cujo trabalho vem demonstrando resultados potentes e transformadores que nos mostram que cuidado em liberdade é possível, transforma vidas, cria novas identidades, constrói sentidos, realiza sonhos, resgata direitos e é parte fundamental na construção de uma sociedade mais inclusiva e justa onde todas as subjetividades são respeitadas.

O muro concreto do manicômio pode facilmente ser reproduzido de outras formas nas práticas institucionais, assim como se manter vivo simbolicamente, enquanto concepção de cuidado, relações de poder e tutela, ausência de possibilidade de escolhas e liberdade cerceada. Com o compromisso de evitar a reprodução do modelo manicomial nas práticas cotidianas do SRT, esse trabalho em rede se propõe a garantir o cuidado em liberdade na sua essência, oferecendo o suporte necessário para que barreiras sejam rompidas, diferenças respeitadas, validadas e sustentadas em um tempo próprio, muito processual, mas contínuo, onde potências são mais relevantes que limites, ambos redefinidos a cada momento. É a partir do vínculo, na construção, implementação e sustentação dos projetos terapêuticos, que esses aspectos vão se delineando, redefinindo, e possibilitando o surgimento de novas histórias possíveis fora de todos os muros, concretos e simbólicos.