Relato de Experiência

**Tecendo redes de cuidados: desafios intra e intersetorial**

A articulação entre equipes de saúde dos serviços do Estado (Departamento Regional de Saúde -DRS VI-; Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei –EAP-; Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e Drogas ; e os serviços do município de Itatinga (Unidade Básica de Saúde e Diretoria de Assistência Social ) se tornam essenciais para garantir a continuidade do cuidado no território para o paciente egresso do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP de Franco da Rocha . Estes sujeitos frequentemente apresentam histórico de transtornos mentais e dificuldades de reinserção social, necessitando de acompanhamento constante para minimizar riscos de reincidência e promover uma adaptação saudável à comunidade.

Em nossa experiência recente, trabalhamos com um sujeito que, ao sair do HCTP, apresentava desafios significativos nos campos social, emocional e ocupacional. Ele não possuía vínculos familiares fortes, estava sem suporte financeiro e carregando o estigma implícito pela própria condição que o fez circular entre o sistema da saúde e o judiciário. Foi preciso ressignificar e trabalhar com a rede (saúde e assistência social do município) alguns pontos sobre o adoecimento psíquico, a medicalização da vida e a necessidade do cuidado ampliado para a manutenção da estabilização do quadro.

 Nesse contexto, o trabalho conjunto entre as equipes de saúde e assistência foi fundamental para desenvolver um Projeto Terapêutico Singular (PTS) adaptado às necessidades individuais do paciente e integrado à rede de serviços disponível em seu território.

**Estruturação da Rede de Apoio e Fluxo de Atendimento**

Inicialmente, o paciente foi acolhido pelo CAPS II AD em situação de crise, bastante desorganizado após situação de grande stress no território. Realizado intervenções pontuais (escuta livre), introduzido medicação antipsicótica e discussão do caso com profissionais do território. Após estabilização, foi definido que o CAPS II AD seria o serviço de referência para o cuidado na saúde mental bem como o matriciador junto a rede de cuidado que estaria sendo constituída.

A equipe estadual participou ativamente do planejamento e da construção do PTS, auxiliando no mapeamento de riscos e fornecendo orientações baseadas no histórico psiquiátrico e comportamental do paciente. Esse diálogo constante entre o nível estadual e municipal permitiu a definição de um plano de cuidado que abrangeu a atenção psicossocial, a inserção social e o acompanhamento clínico.

**Resultados e Desafios**

Entre os resultados observados, destacamos a maior adesão do paciente ao tratamento e o fortalecimento de uma rede de apoio que contempla tanto o atendimento psicológico quanto as necessidades sociais. Contudo, enfrentamos desafios como a escassez de vagas em programas de reinserção laboral, mesmo dentro do próprio município, o paciente conseguiu por meios próprios a reinserção no mercado de trabalho informal (ajudante de pedreiro), e ainda há os desafios implícitos atribuídos a “si próprio” pelos atores envolvidos no processo do cuidado (“não sei atender saúde mental / ele é problema da saúde, etc.), mantendo assim o sujeito sem uma rede estruturada para acolhe-lo em situações de crise e/ou vulnerabilidade.

Os encontros online favoreceram que o paciente seja inserido no serviço de saúde mental adequada ao contexto em que se encontra (abstinente do uso de substancias há 6 anos, portanto sem demandas para serviço especializado em tratar dependência química, porem com demandas que justifique o olhar do CAPS II ) , houve também uma leitura ampliada do processo de vida e de adoecimento , as limitações oriundas pela pobreza cultural sendo agravadas pelo uso de substancias, a invisibilidade pelos dispositivos que deveriam cuidar da infância/adolescência assegurando os direitos do sujeito em desenvolvimento.

Outro ponto de aprimoramento é a necessidade de protocolos mais ágeis para encaminhamentos e acompanhamento de pacientes egressos de custódia, uma vez que o retorno à comunidade exige um suporte intensivo, principalmente nas fases iniciais de adaptação.

**Conclusão**

A experiência ressaltou a importância de uma atuação integrada entre os serviços de saúde do estado e do município para garantir um cuidado continuado e efetivo. A colaboração entre as equipes viabiliza a troca de informações, a articulação de recursos e uma melhor gestão dos casos, assegurando que o paciente tenha suporte adequado em seu retorno ao convívio social. A continuidade do diálogo intersetorial e a adaptação dos serviços às demandas dos pacientes egressos são fundamentais para promover a saúde e reduzir as chances de retorno ao sistema de custódia.