

Equipe de referência e reabilitação psicossocial: um relato do trabalho interprofissional no CAPS Infantojuvenil Aquarela

Referral team and psychosocial rehabilitation: a report on interprofessional work at CAPS Infantojuvenil Aquarela

Roseane Rocha Araújo

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Estadual do Ceará, UECE, Fortaleza, CE; Bolsista Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, FUNCAP, CE, Brasil; Gerente do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Aquarela, CAPSi, Sobral, CE, Brasil;
E-mail: roseane.araujo@aluno.uece.br; ORCID: 0009-0007-9752-9806

Preciliana Barreto de Moraes

Doutora em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, CE; Professora Adjunta do Curso de Ciências Sociais, da Universidade Estadual do Ceará, UECE, Fortaleza, CE, Brasil;
E-mail: preciliana.morais@uece.br; ORCID: 0000-0002-8308-9789

Thinally Ribeiro Abreu

Especialista em Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, ESPVS, Sobral, CE, Brasil;
E-mail: thinallyr@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1961-6545

Francisco Natanael Lopes Ribeiro

Especialista em Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, ESPVS, Sobral, CE, Brasil;
E-mail: fnlribeiro@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2698-0732

Deborah Gomes Melo

Graduada em Geografia Bacharelado, Universidade Estadual Vale do Acaraú, UVA, Sobral, CE, Brasil;
E-mail: deborahgomes@gmail.com; ORCID: 0009-0005-4126-0604

Contribuição dos autores: RRA atuou como liderança na escrita, metodologia, investigação, coleta e análise de dados, revisão crítica do texto final e curadoria dos dados. PBM contribuiu na revisão crítica do conteúdo intelectual. TRA e FNLR contribuíram na análise de dados e escrita e revisão do conteúdo intelectual do trabalho. DGM atuou na elaboração de mapas temáticos. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 25/11/2024

Aprovado em: 23/06/2025

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Resumo: Desvelar as complexidades da produção do cuidado em saúde mental, voltado ao segmento infantojuvenil, requer um olhar atento à realidade social em que estes estão imersos. Deste modo, é necessário atrelar a avaliação do conjunto de sinais e sintomas, denominados de transtornos mentais, a dimensão da vida, fundamentada em processos históricos, numa ótica singular. Neste sentido, este estudo objetiva relatar a organização das práticas profissionais e o desenvolvimento de estratégias para articulação do Projeto Terapêutico Singular das crianças e adolescentes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Aquarela. Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, desenvolvido entre março e dezembro de 2023, envolvendo a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado especializado em saúde mental, no município de Sobral – Ceará. Assim, tal relato de experiência trata da construção e implementação do Comitê de Equipe de Referência. Além disso, apresenta, enquanto resultado da pesquisa, os impactos das ações desenvolvidas, a mobilidade do risco de saúde mental dos sujeitos acompanhados pelas equipes. Os dados consolidados, expressam que a mobilidade do risco dos usuários acompanhados é atravessada por questões de vulnerabilidades socioeconômicas e violações de direitos. Assim, tais indicativos incidem sobre a redução do risco e reabilitação psicossocial, a partir de suas interfaces com a violência e a pobreza.

Palavras-chave: Tecnologias em Saúde; Colaboração Intersetorial; Atenção Psicossocial; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Centros de Atenção Psicossocial; Assistência à Saúde Mental.

Abstract: Unveiling the complexities of mental health care for children and adolescents requires a close look at the social reality in which they are immersed. In this way, it is necessary to link the evaluation of the set of signs and symptoms, called mental disorders, to the dimension of life, based on historical processes, from a singular perspective. In this sense, this study aims to report on the organization of professional practices and the development of strategies to articulate the Singular Therapeutic Project for children and adolescents monitored at the Aquarela Child and Adolescent Psychosocial Care Centre. This is a descriptive study, in the form of an experience report, developed between february and december 2023, involving the multi-professional team responsible for specialized mental

health care, in the municipality of Sobral - Ceará. This experience report deals with the construction and implementation of the Reference Team Committee. It also presents, as a result of the research, the impacts of the actions developed, and the mobility of the mental health risk of the subjects monitored by the teams. The consolidated data shows that the mobility of the risk of the users being monitored is crossed by issues of socio-economic vulnerability and violations of rights. Thus, these indicators have an impact on risk reduction and psychosocial rehabilitation, based on their interfaces with violence and poverty.

Keywords: Health Technology; Intersectoral Collaboration; Psychosocial Care; Interdisciplinary Health Team; Mental Health Services; Mental Health Assistance.

INTRODUÇÃO

A reabilitação psicossocial trata-se de uma atitude política e estratégica que visa dedicar-se à produção do cuidado em meio às suas complexidades. Destaca-se, ainda, que pode significar, na construção dos planos terapêuticos, um 'tratado ético-estético' de enfrentamento às desigualdades sociais. Para tanto, deve ser aplicada ao campo das políticas públicas de saúde e não se limitar a um voluntariado imbuído de intencionalidades privadas¹.

Pode ser compreendida também como um recurso que propicia o exercício da cidadania, da autonomia e da inclusão social. Considera não apenas a produção de habilidades e adequação do sujeito ao meio, mas do meio ao sujeito, pois instiga a sociedade a respeitar as pessoas com necessidades especiais e enfrenta a invisibilidade dos seus desejos, sonhos e opiniões ². Neste entendimento, as "[...] práticas territoriais têm sido mais coerentes com os propósitos reabilitadores, articulando diferentes serviços comunitários [...]"^{1:22}. Amplia-se, assim, o compartilhamento de saberes científicos e populares, embasados na historicidade e na vida cotidiana.

Ainda sobre a importância do cuidado direcionado ao público infantojuvenil, uma estratégia indispensável a este processo, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que, em sua construção, integra a equipe, o usuário e sua família. A coordenação do cuidado poderá estar sob a responsabilidade do

próprio CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos³.



Assim, considerando as orientações legislativas e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, este trabalho se propõe a versar sobre a organização das práticas profissionais e o desenvolvimento de estratégias de articulação intersetorial do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Aquarela (CAPSi). Desde a implantação do CAPSi Aquarela, no município de Sobral, segue-se o direcionamento intersetorial na construção colaborativa do cuidado de base territorial, capaz de acolher crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, envolvidos na saúde mental ampliando o acesso ao cuidado.

A produção deste artigo se deu a partir do relato de experiência da implantação e do impacto das ações do Comitê de Equipe de Referência (CER), enquanto tecnologia leve-dura. Segundo nos aponta Merhy et al.⁴ o trabalho em saúde pode ser compreendido a partir das tecnologias em saúde, sendo elas do tipo leves, ou seja, das relações e vínculos estabelecidos, leve-duras, que se equiparam aos saberes estruturados desenvolvido pelos profissionais que atuam no sistema; e duras que diz respeito aos recursos materiais e tecnológicos. Com aportes teóricos na Atenção Psicossocial e na Reforma Psiquiátrica, estas ações foram desenvolvidas no ano de 2023.

Durante o período de construção do projeto técnico do equipamento para credenciamento junto ao Ministério da Saúde, foi idealizado que o acompanhamento dos usuários no CAPSi Aquarela seria orientado pelo cuidado em rede para articulação do cuidado compartilhado de modo intersetorial. Porém, somente após um ano e quatro meses de funcionamento deste equipamento de saúde foi possível instituir o CER, devido a questões estruturais da própria implantação deste equipamento. Adotou-se como método de trabalho com a formação de equipes de referência composta pelos profissionais do CAPSi Aquarela, de acordo com a macroárea de sua gestão dos casos, que poderão ser conferidos nas Figuras 1 e 2.

A pesquisa consistiu no processo de efetivação dos CER durante o ano 2023, relatando as ações e resultados alcançados a partir do monitoramento dos indicadores de processo e de impacto das atividades desenvolvidas pelos CER, tais como proporção dos casos acompanhados, mobilidade do risco e ações desenvolvidas por cada equipe de referência.

O COMITÊ DE EQUIPE DE REFERÊNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Apresentar um contexto histórico das ações dirigidas a crianças e adolescentes com transtorno mental e/ou sofrimento mental, à luz das diretrizes que norteiam o cuidado em saúde mental, é o fio condutor de nossa discussão sobre reabilitação psicossocial no contexto infantojuvenil em dispositivos de saúde mental. Conforme Couto e Delgado⁵, as políticas de saúde mental para esta faixa etária no Brasil aconteceram de modo tardio, a partir da ampliação das funções do Estado e de seu compromisso com a equidade e o bem-estar social, construídos no período da redemocratização do país e expressos.

Os caminhos para o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) no Brasil só foram propostos no início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais⁵.

O cuidado de crianças e adolescentes, com transtornos mentais, deve estar atento aos mesmos princípios descritos na Atenção Psicossocial. Contudo, é necessário ressaltar aquilo que orienta toda a clínica infantil e juvenil, no contexto da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶, deve compreendê-los como sujeitos psíquicos e de direitos, e não como objeto de intervenções tecnicistas. São sujeitos que carregam experiências humanas permeadas de particularidades. Outro entendimento refere-se a não reduzir a criança ao seu diagnóstico psiquiátrico. Haja vista a elaboração de uma hipótese diagnóstica, que contribui para a produção do acompanhamento, não deve tomar o lugar do respeito à singularidade e identidade de cada usuário.

Assim, o diagnóstico deve considerar os determinantes sociais da saúde, o contexto territorial, os modos de experienciar a vida, o histórico das relações familiares e comunitárias, o âmbito escolar, entre outras variáveis. Com isso, trata-se de ampliar o campo do possível no acompanhamento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, especialmente no que diz respeito à redução do sofrimento e do estigma, bem como ao fortalecimento dos laços sociais. Nesse sentido, destacam-se algumas estratégias utilizadas no cuidado em saúde mental infantil e juvenil, em que práticas voltadas à reabilitação psicossocial, como a imersão nas comunidades, se fazem necessárias por meio da territorialização, visto que se revela como um:

[...] elemento-chave para que os serviços sejam ofertados próximos à população, para que o território seja provido de recursos que melhorem as condições de vida da população e principalmente para que esse território pertença à cidade. Os sujeitos ao serem referenciados ganham dimensão de cidadãos, reconhecem a cidade como seu território, e o seu território como cidade e como país^{7:83}.

Este entendimento viabiliza a produção de intervenções participativas, interdisciplinares e interprofissionais que atentam para as condições sociais de saúde nos territórios e permitem a estruturar práticas e de serviços a partir das demandas dos usuários. Para garantir o processo de reabilitação psicossocial, os profissionais da saúde mental infantojuvenil buscam desenvolver habilidades de vinculação comunitária, pois suas atuações precisam ser traçadas com base nos recursos existentes no território. Pitta¹ afirma que se:

[...] existir uma técnica em Reabilitação Psicossocial ela teria que aproveitar todas as técnicas disponíveis para estabelecer melhor as negociações entre as “necessidades” dos pacientes e as “oportunidades/recursos” do contexto^{1:22}.

Essa abordagem nos permite relatar a dimensão clínica ao seu lugar de excelência e apontar as questões e impasses que surgem na prática clínica em rede com a criança e adolescente no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Aquarela. Compreendendo a importância no percurso de acompanhamento pelo CAPSi. Durante o período de implantação e elaboração do Projeto Técnico, a gestão do serviço de saúde empenhou-se em apresentar uma proposta de estratégia de cuidado, na qual a equipe

pudesse gerenciar o atendimento a um número de usuários, considerando o território de cada equipe de referência já definida para as ações de apoio matricial nos equipamentos da Atenção Primária à Saúde (APS).

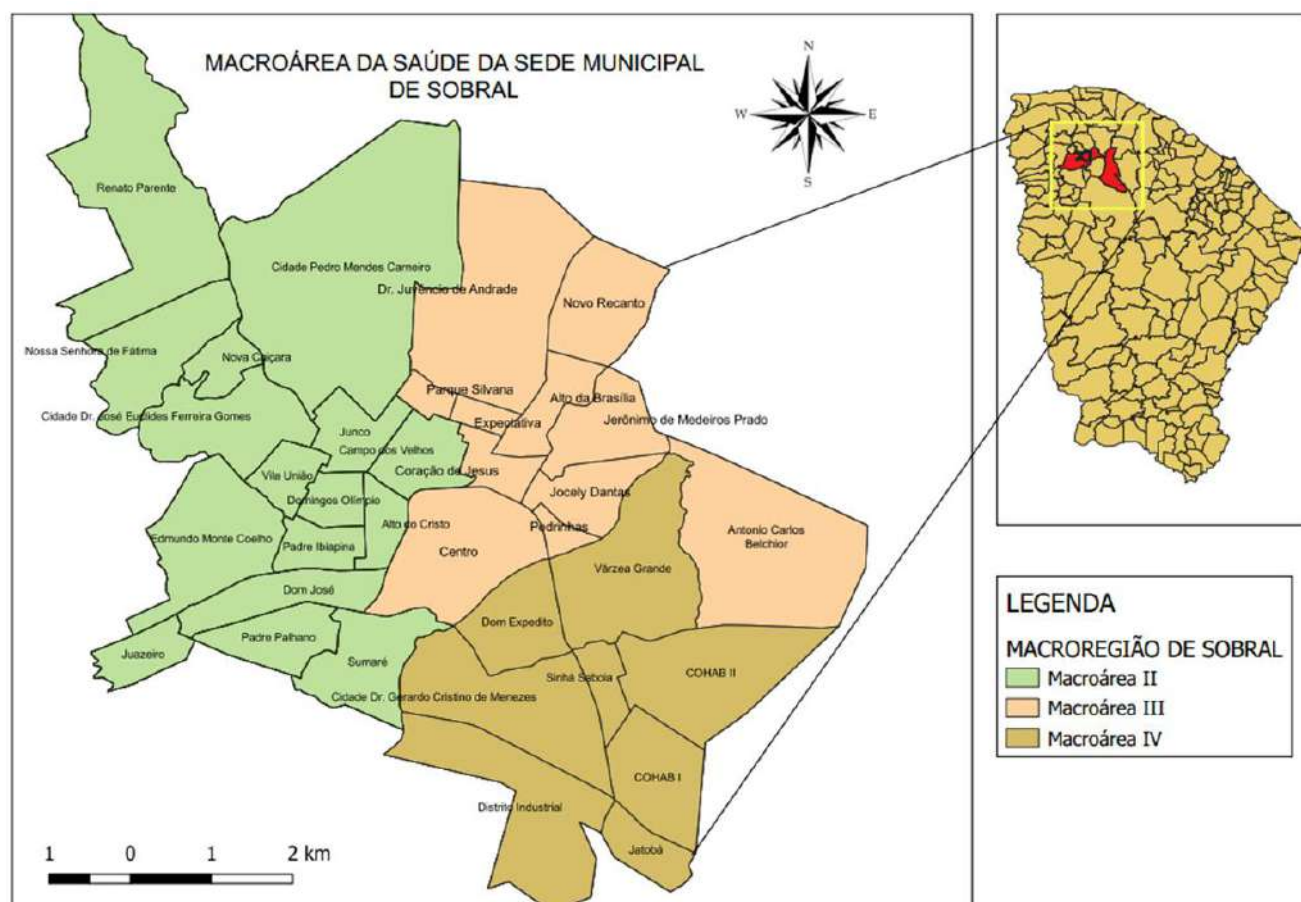
Neste sentido, integrar a construção e a avaliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem na reabilitação psicossocial um aparato técnico e político, requer estratégias de cuidado baseadas na divisão por equipe de referência. Essa proposta está pautada na importância da contratualidade no território como ferramenta para acompanhar os cenários reais vivenciados pelos usuários⁸.

Além do acompanhamento por técnico de referência, a equipe de profissionais é dividida em equipes de referência compostas pelos profissionais que realizam Apoio Matricial e técnicos de referência dos territórios adscritos de cada macroárea. O serviço possui três equipes de referência, com um turno para a atividade nomeada por comitê de equipe de referência, que acompanham a lista de usuários sob sua competência vinculada e seus indicadores, número de usuários por risco, adesão ao PTS, mobilidade do PTS/risco em saúde mental, teia social, vínculo familiar e fatores psicossociais envolvidos no caso. Eles discutem, pactuam, executam e avaliam o impacto das propostas de cuidado na perspectiva da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial sob a lógica da territorialidade com base no PTS de cada usuário^{8:191}.

Dessa forma, os profissionais do CAPSi, de maneira interdisciplinar, assumem a função de Técnicos de Referência. A estruturação dessa prática baseia-se nas subdivisões das macroáreas de saúde. Com o intuito de aprimorar a compreensão espacial do território, foram elaborados mapas específicos, que serão apresentados a seguir.

Na Figura 1, observa-se a divisão das macroáreas da sede de Sobral, nas quais as equipes dos profissionais dos CAPS possuem a atribuição de referência para desenvolvimento do Apoio Matricial como para os Atendimentos de Referência no CAPSi Aquarela. Esses territórios também constituem a gestão territorial para o procedimento das Ações de Reabilitação Psicossocial, definidas na Portaria Ministerial nº 854/2012, como iniciativas de articulações intersetoriais que garantam o exercício de direitos da cidadania e possibilitem projeto de vida⁹.

Figura 1. Macroárea da saúde do município de Sobral.



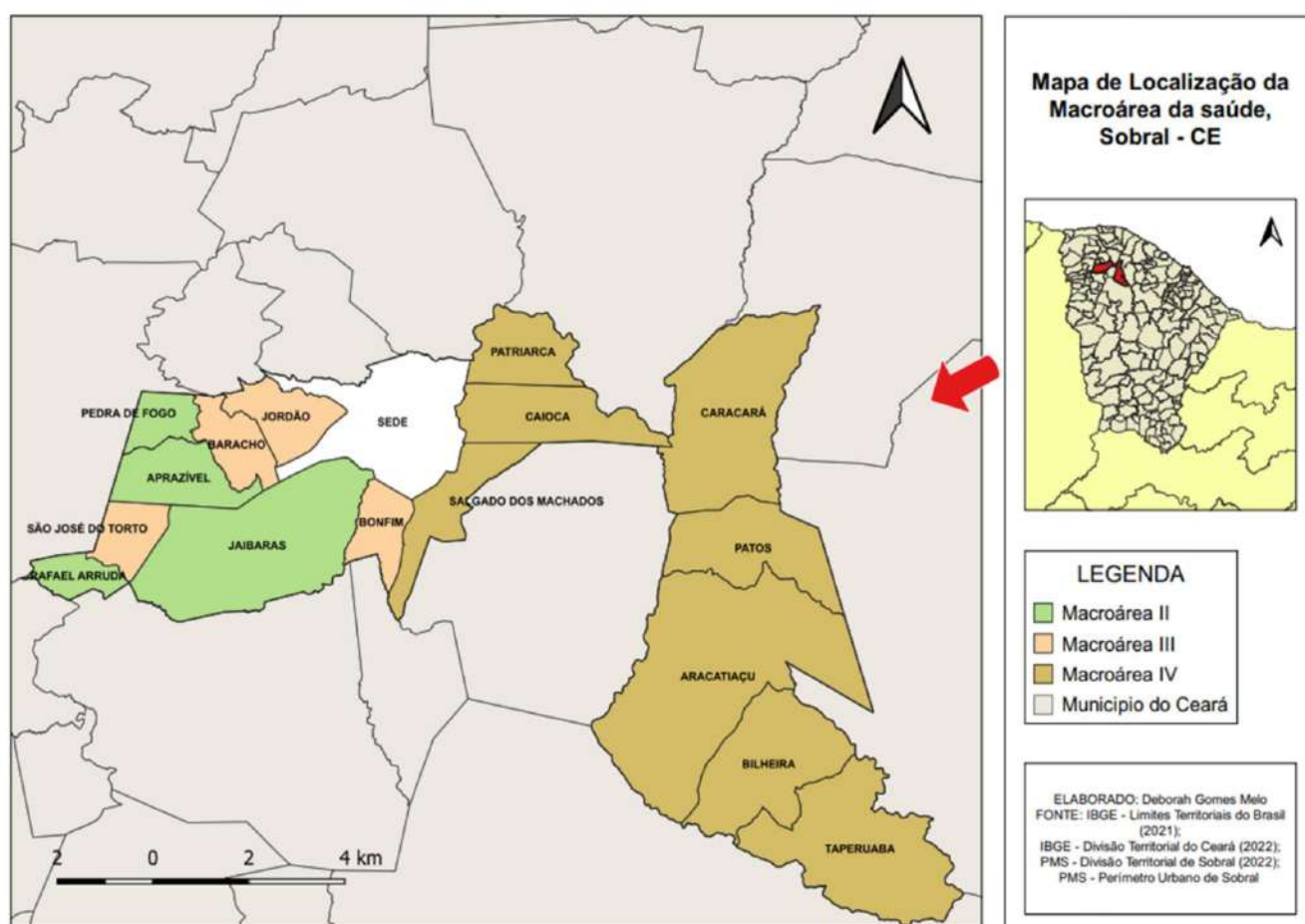
Fonte: Própria dos autores, 2024.

Em Sobral, os territórios podem apresentar uma rede de dispositivos e serviços indispensáveis ao cuidado em saúde mental, tais como as Academias da Saúde, as Estações da Juventude, as Bibliotecas Comunitárias, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Saúde da Família, as escolas, as praças ao ar livre, os espaços culturais, de esporte e lazer, dentre outros equipamentos. Entretanto, algumas áreas, sobretudo na zona rural, não dispõem de determinados dispositivos ou estão localizadas a distâncias que comprometem o acesso regular.

Outro fator a ser considerado refere-se às dinâmicas de configuração territorial, que desencadeiam a produção de espaços nos quais grupos sociais antagônicos, embora geograficamente próximos, mantêm-se separados por tecnologias de segurança e tendem a não compartilhar os mesmos domínios⁷. Tais desigualdades são observadas em Sobral, onde um mesmo bairro pode apresentar contrastes significativos em suas características sociais, econômicas e culturais. É nesse contexto que se constituem as microáreas, como ocorre nos bairros Centro, Pedrinhas, Junco e Campo dos Velhos.

Diante dessas heterogeneidades territoriais e da necessidade de assegurar um cuidado mais equitativo, tornou-se necessário ajustar a distribuição interna das responsabilidades entre as equipes. Assim, para melhorar a prestação da assistência e garantir maior equilíbrio entre as demandas acompanhadas pelos técnicos de referência, optou-se por redistribuir os distritos da sede entre as macroáreas, conforme a Figura 2. Essa reorganização considera fatores como densidade populacional, configuração socioespacial, disponibilidade de serviços e acessibilidade, permitindo que cada macroárea concentre territórios com características mais homogêneas e manejáveis. Com isso, fortalece-se a presença das equipes nos territórios e aprimora-se o acompanhamento das famílias e usuários, garantindo um cuidado em saúde mental mais próximo, contínuo e efetivo.

Figura 2. Localização da Macroárea da saúde do município de Sobral.



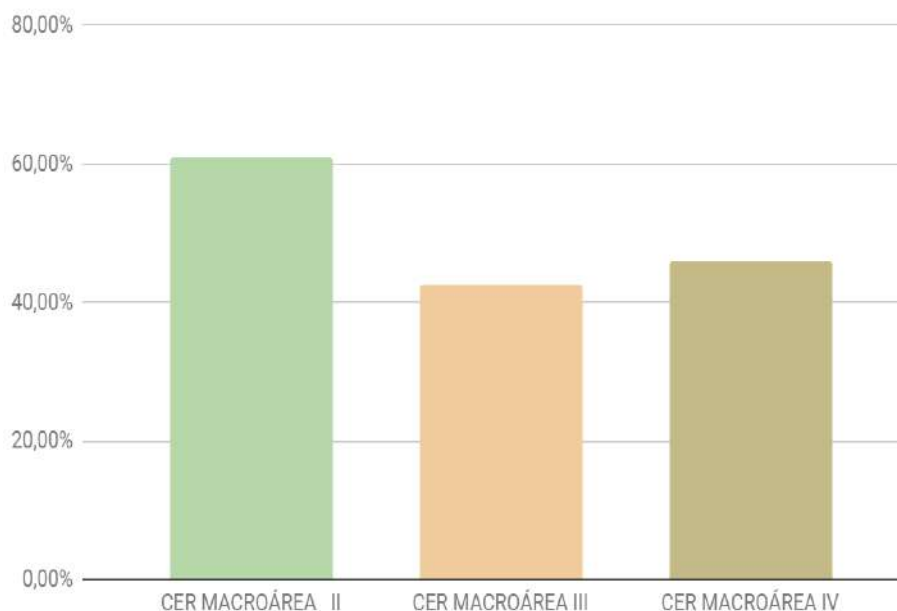
Fonte: Própria dos autores, 2024.

É indispensável analisar estes aspectos enquanto determinantes que “[...] ocultam/revelam o lugar social que ocupam na teia constitutiva das relações sociais”^{7:70} sendo condicionantes para as experiências de sofrimentos psíquicos. Portanto, são aspectos imprescindíveis para as estratégias de reabilitação psicossocial. Assim, os Comitês de Equipe de Referência (CER) implementados no CAPSi Aquarela viabilizam a intervenções interdisciplinares sensíveis às condições sociais de saúde e territoriais.

As atividades dos Centros de Equipe de Referência (CER) foram iniciadas em fevereiro de 2023. Cabe à equipe o gerenciamento do cuidado dos usuários com base nos territórios de cada macroárea, orientando-se pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) e pelas metas previamente acordadas para a construção compartilhada do cuidado intersetorial. Em dezembro de 2023, o CAPSi Aquarela registrou uma média de 248 prontuários ativos, dos quais 181 (73%) foram discutidos e articulados no âmbito do comitê intersetorial.

Considerando o acompanhamento por cada CER, foi possível mensurar o número de casos e correlacionar com o quantitativo de usuários ativos, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1. Proporção dos casos acompanhados por Comitê de Equipe de Referência.



Fonte: Própria dos autores, 2024.

Cada Centro de Equipe de Referência (CER) apresentou resultados distintos no indicador de desempenho relacionado à proporção de casos atendidos por macroárea, conforme ilustrado no gráfico anterior. O CER da Macroárea

II obteve a maior taxa de acompanhamento: 60% dos usuários ativos foram acompanhados, com 35 discussões iniciais de PTS e 50 reavaliações realizadas. Já os CER das Macroáreas III e IV alcançaram percentuais menores, 42,45% e 46,09%, respectivamente. No entanto, destacaram-se pelo maior número absoluto de reavaliações. No caso da Macroárea III, foram realizadas 4 discussões iniciais de PTS e 69 reavaliações; já na Macroárea IV, houve 12 discussões iniciais e 101 reavaliações. Diante desses dados, é possível inferir que, embora as Macroáreas III e IV apresentem proporções menores de casos acompanhados, o volume de reavaliações foi superior ao da Macroárea II, o que pode indicar maior continuidade no acompanhamento dos casos.

Para o desenvolvimento do acompanhamento pelos Centros de Referência, destaca-se a relevância da articulação intersetorial na construção e efetivação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Além disso, é fundamental considerar as percepções dos sujeitos sobre essa articulação e os impactos positivos que ela pode gerar em suas trajetórias de vida.

(...) o horizonte da intersectorialidade das políticas públicas consubstancia-se na melhora das condições de vida da população, na otimização e utilização dos recursos (financeiros, materiais e humanos) e nos ganhos de escala e de resultados. Mas é preciso esclarecer que a intersectorialidade não pode ser vista como iniciativa individual de profissionais ou equipes, requer decisões institucionais e políticas nos níveis de planejamento e de execução que rompam com a cultura política da setorização^{10:9}.

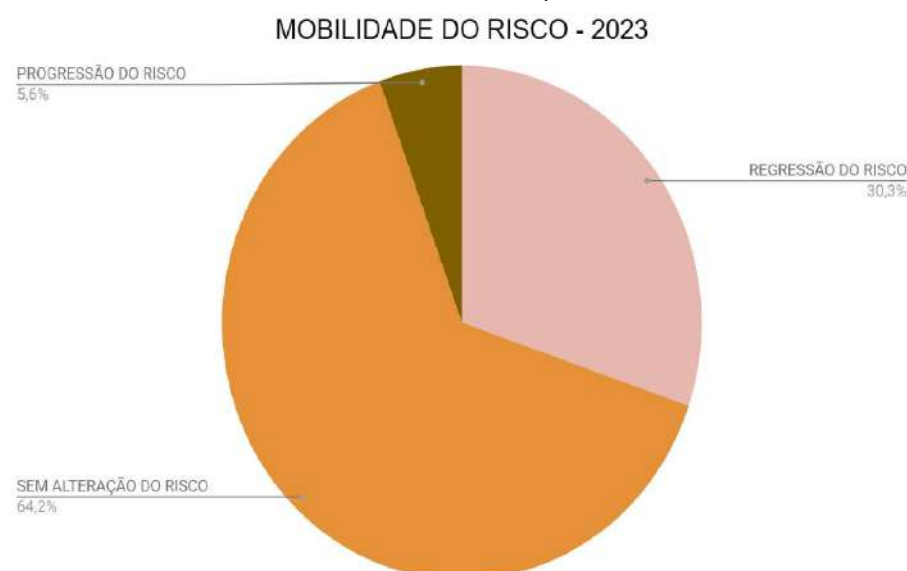
As autoras apontam a necessidade de estratégias voltadas à construção de uma nova cultura organizacional e à garantia do atendimento integral das demandas, por meio da implantação de fluxos de comunicação, planejamento e definições de ações. Essa proposta se contrapõe à lógica neoliberal de mercado e à acumulação de capital, que impactam diretamente as políticas sociais.

Neste contexto, ressaltamos a relevância da interprofissionalidade e da intersectorialidade no cuidado em saúde mental e no processo de reabilitação psicossocial. Tais estratégias possibilitam a articulação entre a clínica ampliada e as políticas sociais, indo além da abordagem multiprofissional baseada exclusivamente em atendimentos individuais — que, muitas vezes, não são suficientes para responder à complexidade das demandas. Isso

evidencia a necessidade de garantir espaços efetivos de articulação para o acompanhamento compartilhado dos casos. No âmbito dos CERs, observamos que as principais articulações envolveram o compartilhamento do cuidado com as políticas municipais de educação e de assistência social.

Compreendendo a importância do acompanhamento longitudinal dos usuários, especialmente diante da mobilidade do risco em saúde mental, a prática de reavaliação contínua do PTS revela-se essencial para a efetividade do cuidado e contribuindo para lograr a redução do risco¹¹. Conforme o Gráfico 2, no ano de 2023, os dados do CAPSi Aquarela indicaram resultados positivos, com 30,3% dos usuários apresentando regressão do risco, evidenciando a efetividade das estratégias adotadas.

Gráfico 2. Mobilidade do risco dos usuários acompanhados em 2023.



Fonte: Própria dos autores, 2024.

Os dados apresentados ao longo deste trabalho evidenciam que a mobilidade do risco entre os usuários acompanhados é fortemente atravessada por vulnerabilidades socioeconômicas, como pobreza e violência, que dificultam tanto a redução do risco quanto o processo de reabilitação psicossocial. Mesmo com importantes iniciativas desenvolvidas pela equipe do CAPSi, persistem desafios estruturais que dificultam a efetivação do cuidado em saúde mental, como o racismo, o machismo e o fenômeno das facções. Essas condições, atravessadas por marcadores sociais da diferença, impõem limites à promoção da saúde e à reabilitação psicossocial. Nesse contexto, autores como Alves e Rodrigues¹² (2010) ressaltam que os determinantes sociais e econômicos da saúde mental

impactam diretamente os processos de promoção e produção do cuidado. Eles indicam que as relações intersetoriais são fundamentais para o compartilhamento de ações mais efetivas e integrais às necessidades dos indivíduos, com vistas à melhoria das condições de vida.

Dessa forma, compreende-se que, mesmo com iniciativas desenvolvidas pela equipe do CAPSi, persistem questões estruturais que desafiam a produção do cuidado em saúde mental, tais como o racismo, o machismo e o fenômeno das facções. Nesse sentido, Oliveira et al.¹³ (2022) apontam que os determinantes sociais e econômicos da saúde mental são marcadores que impactam no processo de promoção e produção de saúde, evidenciando a necessidade das relações intersetoriais para o desenvolvimento de ações mais efetivas e integrais às necessidades dos indivíduos, com vista à melhoria das condições de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a implantação dos CERs do CAPSi Aquarela como tecnologia leve-dura, aplicada na seara da saúde mental, é lançar mão das diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica, sob a ótica da clínica ampliada. Trata-se de processo de ampliação do campo de possibilidades na construção do Projeto Terapêutico Singular. Nesse sentido, a efetivação do CERs se consolida como um recurso fundamental, para tecer linhas interdisciplinares de cuidado e romper com a lógica imediatista da prática queixa-conduta da clínica tradicional. Essa abordagem é relevante para superar um modelo de atenção estruturado, segundo uma 'linha de montagem' mecanicista e compartimentada de trabalho em equipe, que reduz os espaços coletivos de articulação e reflexão crítica.

Destarte, a análise dos indicadores permite compreender a potência dos Comitês na redução do risco psicossocial dos usuários acompanhados. Vislumbra-se, ainda, a materialização do cuidado em rede sob uma perspectiva intersetorial. Tais ações tornam-se primordiais, considerando que os casos acompanhados, em grande medida, são atravessados por questões de vulnerabilidades socioeconômicas, pobreza, violência, dentre outras violações de direitos, que ressoam nas dimensões da vida cotidiana. Portanto, a interação destes fatores compromete a atenuação do risco psicossocial de crianças e adolescentes, acompanhados pelo serviço. Logo,

para produzir impacto na redução do risco psicossocial, as equipes realizam um mapeamento territorial, na macroárea de saúde, para identificar aspectos protetivos e estressores que possam conter, frente a uma teia complexa de relações sociais, historicamente constituídas.

A consolidação dos dados, elucida a importância desta prática como um trabalho voltado à crianças e adolescentes que seja submetido aos princípios éticos e políticos, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Tais usuários são compreendidos como sujeitos singulares e únicos, mas também inseridos em coletividades permeadas por similitudes em relação a especificidades territoriais, escolares, socioeconômicas, situações de bullying, preconceito, dentre outras violências. Além dos impactos das redes sociais e de outras mídias, preferências musicais, literárias e de outras artes. Preferências por atividades físicas e esportes diversos. Aspectos afetivos, relações familiares e interpessoais. Prejuízo dos processos de aprendizagem, psicomotor e de autoimagem, dentre outras particularidades, que devem ser identificadas e consideradas. Portanto, esse processo não deve se submeter a um reducionismo prescritivista, sustentado por um cientificismo hierárquico e por uma lógica de modelagem de comportamentos considerados “normais”, conformes às normas capitalistas.

O acompanhamento supracitado, visa à ampliação dos laços sociais e à redução do sofrimento, e não à adaptação implacável da criança a um padrão predefinido de “normalidade”, do cuidado no território geográfico e emocional do usuário e da ação em rede intra e intersetorial. Se constitui, a partir do envolvimento de vários equipamentos sociais, tanto clínicos quanto não clínicos. Permite um manejo mais efetivo dos casos pelos quais somos responsáveis.

Cabe salientar a necessidade de amadurecimento das práticas profissionais que possibilitem o trabalho interprofissional e intersetorial, em consonância com as diretrizes da atenção psicossocial, a fim de oportunizar um cuidado humanizado e longitudinal, que considere as singularidades dos casos e compreenda o sofrimento/adoecimento mental como um processo dinâmico e mutável. Repensar as práticas profissionais é um processo que demanda construção contínua, tensionamento e implicação para que não haja um engessamento do cuidado na lógica da clínica multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Pitta AMF. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? Em: Pitta AMF, (org.). Reabilitação Psicossocial. Hucitec; 1996. p. 19-26.
2. Campos FAAC, et al. Reabilitação psicossocial: o relato de um caso na Amazônia. Saude Redes. 2021;7(2):133-50.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saude Debate. 2020;43(spe6):70-83.
5. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psicol Clin. 2015;27(1):17-40.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília; outubro de 2015 [acesso 13 ago. 2024].
7. Couto BR, et al. A política Nacional de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. Em: Couto BR, et al., (Orgs.). O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. 5ª Ed. São Paulo: Cortez; 2017.
8. Araújo RR, Santos BKV, Costa MAS, Oliveira MIS, Moraes PB, Furtado LAR. Ampliação da Rede de Cuidados em Saúde Mental: implantação do CAPS Infantojuvenil de Sobral. Em: Martins KPH, Jucá VJS, Viana BA, de Souza CRB, Maia Jr RP (Org.). Saúde Mental da Criança e do Adolescente em Contextos Institucionais Públicos. 1ª Ed. Fortaleza - CE: Expressão Gráfica e Editora; 2023. p. 9-207.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. 2012 [acesso 12 jan. 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html
10. Wanderley MB, Martinelli ML, da Paz RDO. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. Serv Social Soc. 2020;(137):7-13. FapUNIFESP (SciELO). doi:10.1590/0101-6628.198.
11. Espasandin AC, et al. Projeto Terapêutico Singular: relato de experiência da construção da prática da ESF no ensino da medicina. Saude Redes. 2024;10(1):4342.
12. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. Rev Portug Saude Publica. 2010;28(2):127-31.
13. de Oliveira WA, et al. Percepção de profissionais sobre os determinantes sociais da saúde mental infanto-juvenil. Quad Psicol. 2022;24(1):e1645.