

## Desafios da Intersetorialidade na Saúde Mental Infantojuvenil: Percepções de Profissionais do Ceará

Beatriz Alves Viana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará, Itapipoca,  
CE, Brasil

Carla Renata Braga de Souza<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Centro Universitário Christus (Unichristus),  
Fortaleza, CE, Brasil

Karla Patrícia Holanda Martins<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,  
CE, Brasil

Vlândia Jamile dos Santos Jucá<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,  
CE, Brasil

Camilla Araújo Lopes Vieira<sup>4</sup>

<sup>4</sup>Universidade Federal do Ceará, Sobral,  
CE, Brasil

**Resumo:** Este trabalho investiga os desafios da intersectorialidade no cuidado em saúde mental infantojuvenil nas práticas de profissionais de onze municípios das cinco macrorregiões do Ceará. Foram realizadas rodas de conversa com os profissionais da rede de assistência e proteção em saúde mental infantojuvenil de cada município, buscando realizar uma análise crítica das falas colhidas. O artigo tem natureza qualitativa do tipo exploratória, utilizando como referencial textos do campo da psicanálise e das políticas públicas e, como ferramenta metodológica, a análise de conteúdo. Ao todo, 96 profissionais de diversas categorias participaram das rodas de conversa de todas as macrorregiões. Percebeu-se que, em sua maioria, os profissionais participantes compartilham de desafios muito semelhantes da prática intersectorial, com algumas exceções provenientes de aspectos específicos da realidade de cada cidade. Foi possível observar como principais desafios aspectos que envolvem: precarização das condições de trabalho e fragmentação do cuidado; compreensões imprecisas sobre a noção de rede intersectorial; e barreiras geográficas, conflitos territoriais, violências e estigmatização dos territórios. Conclui-se que os resultados deste trabalho possibilitam a criação de subsídios para formação de profissionais inseridos no campo da saúde mental infantojuvenil e a construção de ações vinculadas a essa política que estejam alinhadas aos contextos singulares nos quais se inserem as problemáticas apresentadas.

**Palavras-chave:** Intersetorialidade, Saúde Mental Infantojuvenil, Profissional da Saúde.

---

## Challenges of Intersectorality in Child and Youth Mental Health: Perceptions of Professionals in Ceará

**Abstract:** This work investigates the challenges of intersectorality in child and adolescent mental health care in professionals' practices from eleven municipalities in the five macro-regions of Ceará. Conversation circles were held with professionals from the child and youth mental health assistance and protection network in each municipality to critically analyze the statements collected. Of a qualitative, exploratory nature, the text uses texts from the field of psychoanalysis and public policies as a reference and content analysis as a methodological tool. In total, 96 professionals from different categories participated in the conversation circles from all macro-regions. Overall, the participating professionals share similar challenges in practicing

intersectorality, with some exceptions arising from specific aspects of the local reality of each city. Main challenges included aspects related to: precarious working conditions and fragmentation of care; inaccurate understandings of the notion of intersectoral network; geographic barriers, territorial conflicts, violence and stigmatized territories. In conclusion, the results of this work enable creating resources for training professionals in the field of child and adolescent mental health and constructing actions linked to this policy that are aligned with the unique context in which the presented problems are inserted.

**Keywords:** Intersectorality, Child and Adolescent Mental Health, Health Professional.

---

## Desafíos de la Intersectorialidad en Salud Mental Infantil y Juvenil: Percepciones de los Profesionales en Ceará

**Resumen:** Este trabajo investiga los desafíos de la intersectorialidad en la atención a la salud mental de niños y jóvenes en las prácticas de profesionales de once municipios de las cinco macrorregiones de Ceará (Brasil). Se realizaron círculos de conversación con profesionales de la red de atención y protección de la salud mental infantil y juvenil de cada municipio, con el fin de realizar un análisis crítico de los datos recolectados. Este artículo tiene un carácter cualitativo, exploratorio, mediante el uso de textos del campo del psicoanálisis y las políticas públicas como referencia y el análisis de contenido como herramienta metodológica. En total, en los círculos de conversación participaron 96 profesionales de diferentes categorías de todas las macrorregiones. Se observó que la mayoría de los profesionales participantes comparten desafíos muy similares en la práctica de la intersectorialidad, con algunas excepciones que surgen de aspectos específicos de la realidad de cada ciudad. Fue posible observar los principales desafíos como aspectos relacionados con condiciones de trabajo precarias y fragmentación de los cuidados; interpretaciones inexactas de la noción de red intersectorial; y barreras geográficas, conflictos territoriales, violencia y territorios estigmatizados. Se concluye que los resultados de este trabajo posibilitan crear subsidios para la formación de profesionales en el campo de la salud mental infanto-juvenil y la construcción de acciones vinculadas a esta política que se alineen con el contexto único en el que se presenta esta problemática.

**Palabras clave:** Intersectorialidad, Salud Mental Infantil y Juvenil, Profesional de la Salud.

### Introdução

Este artigo investiga os desafios da intersectorialidade no cuidado em saúde mental infantojuvenil nas práticas de profissionais de onze municípios das cinco macrorregiões<sup>1</sup> do estado do Ceará: Fortaleza, Itapipoca, Quixadá, Quixeramobim, Sobral, Granja, Limoeiro do Norte, Barbalha, Cariús, Iguatu e Juazeiro do Norte. Este trabalho é proveniente dos resultados da pesquisa “Cartografia das Práticas de Cuidados em Saúde Mental Infantojuvenil no Ceará” do “Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS): gestão compartilhada em Saúde/PPSUS” vinculada à Fundação

Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), que elaborou uma análise situacional dos desafios e das potencialidades das ações construídas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) direcionada a crianças e adolescentes no estado do Ceará.

Assim, este artigo buscou responder à seguinte pergunta de partida: quais os desafios encontrados na tecitura de práticas intersectoriais no cuidado em saúde mental infantojuvenil nos municípios supracitados? Para tanto, foram realizadas rodas de conversa com profissionais da rede de assistência e proteção

---

<sup>1</sup> Macro Fortaleza, Macro Sertão Central, Macro Norte, Macro Litoral Leste, Macro Cariri.

em saúde mental de crianças e adolescentes de cada município, buscando realizar uma análise crítica das falas colhidas.

Sabe-se que a temática da saúde mental infantojuvenil foi inserida a passos lentos na agenda das políticas públicas brasileiras (Couto & Delgado, 2015), especialmente no que se refere ao reconhecimento da intersectorialidade como prática fundamental e necessária no cuidado a esse público. Na esteira dessa discussão, salienta-se que somente na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2010) foi possível vislumbrar um maior aprofundamento de discussões concretas sobre a intersectorialidade enquanto estratégia basilar na política de saúde mental e no âmbito da atenção psicossocial, ocasião em que ficou definido que a articulação e o diálogo entre os diversos setores seriam determinantes das práticas dos profissionais que trabalham com crianças e adolescentes.

Couto & Delgado (2010, p. 19) definem a intersectorialidade enquanto uma “exigência” no trabalho em saúde mental infantojuvenil, uma vez que a dimensão de cuidado com a criança e o adolescente implica, necessariamente, ultrapassar “os enquadramentos setoriais que nos vemos impelidos a partilhar”. O fato de intersectorialidade ser fundamental não implica que seu exercício seja de fácil realização. É bastante frequente encontrar em equipes e serviços o constante desafio em suas tentativas de articulação em rede intersectorial no fluxo do cuidado, principalmente no que se refere a impasses no âmbito da comunicação e das diferentes perspectivas de manejos e saberes referentes a um mesmo caso ou situação, o que pode gerar processos de descontinuidade e fragmentação no trabalho entre os diversos dispositivos (Torossian, 2019).

Romagnoli (2017) sinaliza que outros elementos que dificultam a intersectorialidade tratam-se da falta de formações para os profissionais direcionadas à capacitação destes para a prática intersectorial, além dos incipientes espaços reservados às articulações territoriais no cotidiano de trabalho.

Compreende-se que tal dificuldade na construção de práticas intersectoriais na rotina de trabalho dos profissionais da saúde mental infantojuvenil elucidam nitidamente as questões de precarização das políticas públicas, tendo em vista que tais desafios são, em sua maioria, fruto de um processo de descontinuidade e de uma estrutura organizacional de serviços que demonstram condições frágeis de trabalho (Couto & Delgado, 2010, 2015).

No que tange ao cenário cearense, foco deste artigo, é importante ressaltar que há uma fragilidade na implementação de uma rede de atenção à saúde para crianças e adolescentes de modo concretamente interdisciplinar e intersectorial (Soares, Martins, & Campos, 2018). No Ceará, há uma população de aproximadamente 9.240.580 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021). Desse total, segundo a última pesquisa do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (Ipece, 2022), em 2020, 69% das pessoas estavam em situação de vulnerabilidade social extrema. Em 2019, a maioria da população cearense era feminina, 72,5% declarava-se preta ou parda, e apenas 27,4% se autodeclaravam brancos (Ipece, 2022).

A partir desse contexto, entende-se que, quando nos referimos a uma pesquisa direcionada a conhecer práticas de profissionais da saúde mental infantojuvenil do estado do Ceará, situamos um contexto de trabalhadoras e trabalhadores que estão diretamente em contato com crianças e adolescentes, em sua maioria negras e pardas, em situação de vulnerabilidade social e sujeitas a muitas violações de direitos. Tal circunscrição torna-se importante ainda na introdução deste trabalho, pois, ao longo da análise das falas dos profissionais, o leitor poderá visualizar os diversos atravessamentos de como essa contextualização reverbera na prática dos participantes escutados pela pesquisa. Enfatiza-se que a escolha por tal contextualização se deve a um entendimento crucial, a saber: a construção do saber científico, o ato de fazer pesquisa e a escuta de determinados sujeitos não podem estar apartadas dos aspectos culturais e sociais nos quais as noções teóricas são produzidas (Souza, 2017; Surjus & Abreu, 2019).

Defende-se que o interesse em discutir sobre a temática surge do reconhecimento da contribuição da intersectorialidade para a atenção à saúde mental infantojuvenil desenvolvida no cenário estudado – o Ceará – com todas as características socioeconômicas singulares do público ao qual se destina a referida rede de cuidado. Com isso, a relevância deste trabalho diz respeito à possibilidade de criar subsídios para a formação de profissionais inseridos no campo da saúde mental infantojuvenil e à construção de ações vinculadas a essa política que estejam alinhadas ao contexto singular no qual se inserem as problemáticas apresentadas. Outrossim, busca-se refletir sobre possíveis direcionamentos que possam fortalecer as práticas de cuidado de crianças e adolescentes nos municípios participantes da pesquisa, em uma perspectiva

do cuidado sustentado por uma ética que autentique a singularidade desse público.

## Metodologia

### Tipo de estudo

Este artigo tem natureza qualitativa do tipo exploratória, utilizando como referencial textos do campo da psicanálise e das políticas públicas em saúde. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977/2016). O estudo foi realizado a partir dos pressupostos éticos da Resolução nº 466/2012 (*Resolução nº 466, 2012*) do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com número de parecer. O estudo não ofereceu riscos aos participantes.

### Participantes

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde oriundos de serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos onze municípios correspondentes a todas as macrorregiões do Ceará. Ao todo, 96 profissionais participaram das rodas de conversa, sendo 81 mulheres e 15 homens. Quanto à macrorregião, 18 profissionais participaram da roda de conversa na Macro Fortaleza, 11 na Macro Sertão Central, 27 na Macro Norte, sete na Macro Litoral Leste e 33 na Macro Cariri. Em relação às categorias profissionais presentes na pesquisa, contou-se com cinco enfermeiros, 31 psicólogos, seis psicopedagogos, 20 assistentes sociais, seis terapeutas ocupacionais, quatro fisioterapeutas, dois técnicos em enfermagem, um psiquiatra, um residente em psiquiatria, três nutricionistas, quatro fonoaudiólogos, um farmacêutico, três educadores físicos, quatro agentes de saúde e um assistente de serviços gerais. Como a pesquisa iniciou em um período pandêmico, houve grandes desafios quanto à participação, além de haver dificuldades no que tange à agenda superlotada dos profissionais.

### Cenário

Fizeram parte da pesquisa serviços de saúde dos 11 municípios já mencionados acima. Alguns dos dispositivos que fizeram parte da pesquisa foram: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades; centros de reabilitação (Associações

de Pais e Amigos dos Excepcionais [APAEs] e Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASFs]); Policlínicas; unidades hospitalares; gestões de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); secretarias de saúde e postos de saúde. Ademais, em um dos municípios de pequeno porte, também estiveram presentes profissionais do campo da assistência social e da educação.

### Procedimento

As rodas de conversas foram realizadas entre os anos de 2020 e 2022, e a pesquisa foi finalizada em 2023. Após o levantamento dos serviços de cada município pelo CNES, foi feita a primeira convocatória dos profissionais para um primeiro momento de apresentação da pesquisa e o encontro posterior referente às rodas de conversa. Todas as discussões ocorreram presencialmente, com exceção de duas, que foram realizadas remotamente devido às condições de restrição impostas pela pandemia da covid-19.

O momento da roda de conversa era realizado a partir das seguintes etapas: inicialmente, os pesquisadores apresentavam brevemente a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após uma autoapresentação de todos os participantes, iniciava-se o diálogo a partir de uma “pergunta disparadora”, a saber: “Atualmente, o que vocês consideram como sendo os principais desafios vivenciados na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes?”. Os profissionais eram orientados a falar livremente, e o momento era conduzido de modo a tornar a dinâmica da conversa fluida, sendo intercalada por momentos de reflexões e tensionamentos. As rodas foram gravadas, para serem posteriormente transcritas e analisadas.

A proposta de realizar rodas de conversa com os profissionais que trabalhavam com demandas de saúde mental infantojuvenil deve-se à afirmação de Merhy et al. (2014) de que a partir da escuta dessas narrativas vivas pode-se ter acesso – de modo mais profundo e complexo – às singularidades e aos desafios de uma rede de saúde mental. Ou seja, a partir da aposta de escutar de maneira coletiva as falas das trabalhadoras e trabalhadores das redes de saúde mental infantojuvenil, buscou-se fazer uma análise crítica enquanto uma estratégia metodológica e ética. Tentou-se ter o cuidado ético de que as rodas fossem também um momento interventivo, no sentido de permitir que as falas desses sujeitos fossem atravessadas por questionamentos que trouxessem algumas

reflexões sobre suas práticas. Sobre isso, Merhy et al. (2014) sinalizam que uma pesquisa nesse âmbito não busca circunscrever julgamentos ou modos de fiscalização sobre os serviços de saúde e suas equipes, mas entender as dinâmicas vivas implícitas e explícitas nas narrativas elaboradas pelos trabalhadores, de modo a compreender o que os mobilizam e os constituem.

É importante ressaltar que todos os dados colhidos foram analisados, para uma posterior análise situacional da rede de saúde mental infantojuvenil do Estado, de modo a dar um retorno e contrapartida à Secretaria de Saúde do Ceará (SESA) e aos municípios participantes. Assim, ao final, foi realizado um evento de apresentação geral de devolutiva dos dados da pesquisa e dos produtos técnicos construídos, visando dialogar sobre os pontos a serem mais bem aprofundados.

### **Resultados e discussão: O que dizem os trabalhadores sobre a intersectorialidade?**

Conforme elementos extraídos das rodas de conversa, percebeu-se que os profissionais compartilham desafios muito semelhantes no que se refere à prática da intersectorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil, com algumas exceções provenientes de aspectos específicos da realidade de cada cidade.

É recorrente na fala dos profissionais que há uma demanda crescente de casos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sobretudo em cidades de pequeno porte com poucos equipamentos tidos como especializados nas demandas de saúde mental. Os trabalhadores, de modo geral, percebem a intersectorialidade como um ponto fundamental e importante no trabalho em saúde mental infantojuvenil, algo já confirmado e elaborado na literatura sobre o assunto e nas construções de políticas públicas voltadas a esse público (Couto & Delgado, 2010). Alguns relatos mencionados nas rodas atestam isso:

*É uma das coisas que a gente bate sempre, porque não dá para fazer saúde mental só dentro de um prédio, o CAPS tem que estar extramuros, ele tem que estar ali nas escolas, ele tem que estar em todos os equipamentos, né? Eu acho que como profissional a gente tem que parar de segmentar as pessoas . . . Tipo, é da saúde mental, joga para ali. Essa é da assistência, joga para ali . . . (Profissional 38).*

*O que a gente consegue buscar na rede? Nós discutimos muito isso na atenção básica, o trabalho que a gente vem tentando fazer sobre isso é a intersectorialidade. Entender que aquele paciente que está ali no centro de reabilitação, ele pode estar na escola, ele pode estar no projeto do CRAS, ele pode estar recebendo outras formas de cuidado que não é só em um serviço, porque só um serviço não dá conta, não suporta (Profissional 44).*

Foi possível observar que os profissionais reconhecem nitidamente as articulações intersectoriais enquanto responsáveis pela diminuição do nível de fragmentação do cuidado de crianças e adolescentes, pois convocam outros atores da rede a se responsabilizarem pela condução dos casos, além de permitir uma maior abrangência e circulação das ações (Couto & Delgado, 2010), pois, como ressaltou uma das profissionais, “*várias cabeças pensam melhor que uma só. Não se faz uma rede só com um cabeça*” (Profissional 3).

Embora fique muito claro, por meio das falas, o grau de importância que os profissionais dão à articulação em rede, eles também indicam as inúmeras fragilidades na tentativa de operacionalizá-la. Ou seja, consideram um grande desafio fazer circular uma lógica de “*corresponsabilização do cuidado*” (Braga & Surjus, 2022, p. 20) e o compartilhamento da atenção de forma intersectorial entre os diversos dispositivos existentes no território.

Ao longo da análise dos elementos colhidos nas rodas de conversa, encontraram-se desafios importantes para a tecitura da prática intersectorial em saúde mental. Chama-se atenção para três desafios específicos que mais se repetiram ao longo dos relatos dos profissionais, os quais foram divididos em três categorias de análise que atuam de maneira conjunta nas tentativas de colocar em prática o trabalho intersectorial no campo da saúde mental infantojuvenil: a) desafios em torno da precarização das condições de trabalho e da fragmentação do cuidado; b) desafios relacionados a compreensões imprecisas sobre a noção de rede intersectorial; e, por último, c) desafios referentes às barreiras geográficas, aos conflitos territoriais, às violências e aos territórios estigmatizados.

## **“Me sinto enxugando gelo”: Desafios em torno da precarização das condições de trabalho e a fragmentação do cuidado**

Dentro da discussão do cenário geral pesquisado, um dos aspectos mais apontados enquanto desafio na concretização da intersetorialidade trata-se da precarização das condições de trabalho no campo das políticas públicas de saúde, que implica diretamente nos processos de gestão, gerando uma fragmentação do cuidado e uma certa sensação de insegurança e impotência por parte dos profissionais, mencionadas por falas como “*A gente identifica o que precisa ser feito, mas nem tudo a gente pode*” (Profissional 56) ou “*A gente faz muito com muito pouco*” (Profissional 71). Esse sentimento exposto acima pode ser melhor visualizado nas seguintes falas: “*Não tem recurso suficiente. Enquanto eu não consigo uma vaga de atendimento para aquele paciente naquele dispositivo, aquilo me angustia, a família também*” (Profissional 23), “*É uma incógnita assim, né, de como fazer com que isso tudo caminhe intersetorialmente . . . realmente ainda é bem fragmentado, e aí é sempre nessa perspectiva de trabalho de formiguinha mesmo*” (Profissional 16). Ou ainda:

*Não é só existir a política intersetorial, precisa de um leque de estruturas que vão além da infraestrutura local. Não é só o público, não é só a esfera municipal, acho que mexe com tudo. É o que amarra mais o atendimento* (Profissional 14).

Sobre isso, é importante destacar que a precarização das condições de trabalho das equipes engloba vários aspectos, tais como: equipes com quantitativos reduzidos e agendas superlotadas; infraestruturas de trabalho frágeis, insuficientes e vulneráveis; e vínculos de contratos de trabalho instáveis, que geram uma alta rotatividade de profissionais, impactando diretamente a continuidade do cuidado. Apontamentos como “*o paciente acaba se perdendo nesse processo. Então a gente faz o trabalho intersetorial e não consegue dar continuidade*” ilustram nitidamente esse ponto de impasse. Percebe-se que os profissionais tentam, com muito esforço, produzir tais articulações, porém, estas frequentemente ficam restritas a intervenções por meio de ligações telefônicas, reuniões pontuais ou encaminhamentos por relatórios. Isso confirma os imensos desafios da concretização das ações compartilhadas; do acompanhamento horizontal e conjunto; da corresponsabilização no acompanhamento de

casos; da ampliação da rede – tanto no que se refere à criação de dispositivos institucionais quanto à contratação efetiva de profissionais de saúde mental com vínculos trabalhistas estáveis.

Entende-se que a descontinuidade nos cuidados direcionados às crianças e adolescentes nos serviços públicos, em diferentes setores, é uma característica apontada por Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius e Lesse (2009), quando afirmam que uma continuidade de trabalho efetivo e relevante se desdobra em uma facilitação ética das intervenções por meio da construção de vínculo terapêutico e “no desenvolvimento de relações fortes entre a equipe e os usuários, o que é muito desejável e pode ter um valor incalculável” (p. 410). Outro desafio apontado pelos profissionais foi a dificuldade de manter um trabalho intersetorial no retorno de crianças e adolescentes após um processo de internação psiquiátrica e/ou de tentativas de suicídio de casos atendidos em hospitais gerais.

Percebeu-se que todos esses aspectos discutidos fundam uma impossibilidade fundamental na organização de trabalho dos profissionais para que consigam realizar ações intersetoriais.

*Eu estava uma vez no território e houve uma mudança de um profissional que sempre estava presente no matriciamento . . . toda a equipe ficou angustiada, o profissional que saiu tinha mais vínculo com a equipe, já conhecia todo o processo, os casos* (Profissional 4).

*O outro desafio é essa questão dos vínculos mesmo dos profissionais. Como não são concursados, são seleções públicas, a cada dois anos precisa se submeter a uma nova seleção, e a uma política salarial extremamente frágil do ponto de vista da distância entre um teto hoje que é utilizado pelos conselhos de classe, digamos assim, das profissões* (Profissional 55).

Tal desafio está diretamente relacionado à gestão do trabalho coletivo. Segundo Miranda & Onocko-Campos (2010), a gestão deveria entender a importância clínica desse diálogo com os diferentes setores, inclusive enquanto um fator determinante na agenda dos profissionais, de modo que as equipes pudessem compartilhar continuamente a construção e a

discussão de casos intersetorialmente, alinhando-se em um processo comum nas ações traçadas.

Outro ponto de impasse refere-se a questões que envolvem recursos humanos, especialmente no que tange à falta de profissionais com vínculos de trabalho mais estáveis para que as práticas de saúde mental possam se dar com uma maior continuidade e horizontalidade. Os trabalhadores relatam que as equipes reduzidas acabam tendo que se responsabilizar por inúmeras funções tecnicistas que influenciam na qualidade do cuidado oferecido. Relatos como *“Às vezes a gente é engolido pelas demandas e pela burocracia e deixa de atender”* (Profissional 1) apresentam essa realidade.

Sabe-se que esse fenômeno se trata de algo que surge como desdobramento de um processo de desfinanciamento e investimentos insuficientes das políticas públicas de saúde, que, por sua vez, gera uma baixa capacidade de entrega dos recursos dos serviços. Isso impacta processos diversos de fragilização das condições de trabalho, o que gera nos usuários atendidos um sentimento de deslegitimação do processo de cuidado e nos profissionais uma sensação de angústia e falta de expectativa de uma articulação efetiva e permanente da rede intersetorial (Lourenço & Bertani, 2007).

Sobre esse assunto, os profissionais reconhecem que um cuidado mais efetivo só poderá ser produzido por meio de uma ação intersetorial compartilhada, produzida por forças de resistência em meio às burocracias na gestão dos serviços. No entanto, por outro lado, desacreditam que essas ações de tensionamentos possam ser realizadas sem uma mudança concreta nos processos de gestão que influenciam precarização das políticas públicas. Diante dessas reflexões apresentadas nas rodas, constantemente os trabalhadores são tomados por sensações de impotência e incerteza, provenientes de uma falta de expectativa de que haja modificações estruturais significativas nas gestões das políticas públicas que deem conta dessa problemática.

*A gente criou até uma estratégia de fazer estudo de caso e aí a gente tinha a equipe, os profissionais da saúde, e os outros dispositivos, o CRAS, o CREAS, a escola regular, centro de referência da mulher, conselho tutelar . . . a gente acha que isso é super importante, mas nem sempre conseguimos todos os dispositivos pra tá lá, por conta da agenda deles, da sobrecarga de trabalho, da burocracia grande* (Profissional 7).

Desabafos como *“falta sala pra fazer atendimento”* ou *“eu não tenho nenhum material para atender uma criança lá no serviço”* são sempre expressos em tom de revolta e desmotivação. Tais falas problematizam, de modo bastante veemente, que a precarização impacta os serviços não apenas a nível estrutural, mas subjetivo.

Outra particularidade percebida é que, em municípios de pequeno porte – em que a rede de saúde mental é ainda bastante precária no que se refere ao quantitativo de serviços – observou-se que, na pandemia, as escolas se tornaram um espaço de assistência e proteção social muito presente enquanto articuladora intersetorial.

Ainda sobre os aspectos que revelam as dificuldades no trabalho com a intersetorialidade, os profissionais tendem a variar entre uma postura de militância, insistência e esperança em relação a seu trabalho e um posicionamento de impotência e apatia. Sobre isso, destaca-se que a expressão *“enxugando gelo”* – como um modo de definir uma dificuldade dos trabalhadores de reconhecerem um efeito concreto em suas práticas, entendendo que estão apenas realizando ações paliativas – apareceu em diversas regiões do estado, em vários momentos. Tal expressão sempre estava atrelada a relatos sobre insatisfações, cansaço e desmotivação diante dos impasses impostos pela precarização do trabalho.

*Me sinto enxugando gelo. Eu estou altamente insatisfeita porque eu sei que eu não vou dar conta da demanda, porque a demanda sempre vai ser maior do que a oferta de serviço, e a gente está remando contra a maré* (Profissional 43).

Mendonça, Martins, Giovanella e Escorel (2010) apontam que os impasses impostos pelas burocracias atravessadas no contexto de trabalho em saúde, muitas vezes, esgarçam as forças dos profissionais até produzir-lhes uma falta de disponibilidade para se reinventar e produzir novas estratégias de atenção e cuidado que resistam às práticas engessadas. As autoras consideram que uma estratégia de resistência diante de uma gestão hierarquizada seria buscar formas criativas e inovadoras de romper com os padrões institucionais burocratizados. Alguns trabalhadores sugeriram que uma maneira de minimizar essas descontinuidades que interferem na tecitura das práticas intersetoriais é a estruturação de fluxos

e/ou protocolos intersetoriais que possam passar de uma gestão para outra, de modo a assegurar que, nas mudanças de coordenações dos serviços, o trabalho realizado anteriormente não se perca.

### **“É como se cada serviço trabalhasse na sua caixinha”: Desafios relacionados a compreensões imprecisas sobre a noção de rede intersetorial**

De acordo com a Política de Saúde Mental Infantojuvenil (Ministério da Saúde, 2005), a noção de intersetorialidade está relacionada à articulação de vários setores ou campos de atuação que se entrelaçam no cuidado. No entanto, é importante destacar que, para um exercício efetivo da prática intersetorial, tal articulação pressupõe mais do que a agregação de vários setores como estratégia de intervenção, mas, sobremaneira, a compreensão de que a dimensão da intersetorialidade deve estar relacionada aos vários aspectos territoriais que tocam as vivências do público ao que se destina o cuidado. Ou seja, a noção de articulação intersetorial não pode estar fundamentada apenas na integração de serviços organizados e institucionalizados pelas políticas públicas, mas nas redes informais pelas quais a escuta nos diversos territórios pode conduzir, como espaços comunitários de um bairro vinculados a ações de arte, cultura, lazer, entre outros “pontos que compõem o universo subjetivante e estruturante de crianças e adolescentes” e suas famílias (Torossian, 2019, p. 201).

Sobre essa discussão, percebeu-se que, de modo geral, em todos os municípios, os profissionais compreendem e definem a prática intersetorial como algo reduzido ao campo da articulação entre serviços institucionalizados e especializados. Ou seja, percebem-na quase que exclusivamente relacionada ao diálogo de serviços do campo da saúde, da educação e da assistência, apontando desconhecimento e imprecisão sobre dispositivos do campo da cultura, do lazer, da geração de renda, das ações comunitárias, da cultura territorial e outros recursos que possam estar em contextos não institucionalizados. Falas como “*mas eu vejo o maior desafio é essa ‘não interação’ em rede, né? Não ter um equipamento específico*” (Profissional 8) demonstram uma certa circunscrição de entendimento da rede intersetorial ligada apenas aos dispositivos formais e institucionalizados, tidos como “especializados”. Vejamos alguns outros fragmentos que demonstram um pouco dos impasses em torno

da compreensão imprecisa do trabalho intersetorial: “*É como se cada serviço trabalhasse na sua caixinha . . . falta esse diálogo de fato*” (Profissional 17).

*Entre a saúde a gente consegue dar uma resposta boa . . . . Aos outros serviços a gente tem esse contato mais indireto, mas quando a gente parte assim para ver com a rede, geralmente é com assistência social. Com educação já fica uma coisa mais distante, apesar até da cidade ser um pouco menor* (Profissional 84).

A partir das falas apresentadas, podemos elencar alguns desafios referentes a uma compreensão imprecisa da prática intersetorial, a saber: a dificuldade na identificação e no reconhecimento de possíveis recursos do território ou espaços comunitários que possam ser convocados enquanto parceiros no trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes; e impasses em operacionalizar um cuidado em uma perspectiva de corresponsabilização para além do tratamento em serviços tidos como especializados.

*Às vezes parece que estamos trabalhando sozinhos, a assistência trabalhando em alguma coisa, a educação em outra e, enfim, ficamos fragmentados. A gente não consegue compactuar nossas ideias e números, e fica cada um com os meios diferentes, sendo muitas vezes os mesmos adolescentes e famílias. A gente tem dificuldade de se encontrar como equipe. E aí essa dificuldade se estende ainda mais de equipe com outras equipes, de forma intersetorial* (Profissional 1).

*Infelizmente, se não for perfil válido, a gente vai voltar, sabe por quê? Hoje nós já atendemos mais de sete mil pessoas. O paciente pertence à instituição: ‘é do CAPS’, ‘é do CREAS’ e não considerado como um paciente de toda uma rede intersetorial* (Profissional 66).

Sabe-se que a articulação não apenas com as políticas públicas institucionalizadas, mas com os recursos informais dos territórios, traz uma dimensão potente e criativa ao cuidado que facilita a construção de vínculo com as crianças e adolescentes acompanhados (Couto & Delgado, 2015). Sobre isso, Amarante (2007, p. 86) afirma que “os serviços de atenção

psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes”. Essa dificuldade de articulação parece se dar por diversos fatores que envolvem uma visão fragmentada dos profissionais sobre o cuidado do paciente, que acabam por vislumbrar o tratamento de modo não integral.

Os profissionais identificam, ademais, uma dificuldade no cuidado compartilhado e intersetorial entre os equipamentos: *“Eu trabalhei, tipo, muitos anos na educação e eu sempre vi a gente afastado dessa rede. E o público infantojuvenil está na educação”* (Profissional 2).

*Até a qualidade dos encaminhamentos muitas vezes deixa muito a desejar. Não deixa claro que foi feita uma escuta ou que foi feita uma tentativa pelo menos de um cuidado... é uma dificuldade deles se sentirem parte dessa rede.* (Profissional 55).

As falas destacadas chamam atenção para um ponto importante a ser salientado, que se trata da recorrente observação, em todos os municípios, sobre um desconhecimento dos profissionais acerca do fluxo da rede intersetorial da própria cidade. Observou-se diversas falas que destacam o papel primordial da articulação com as escolas, apontando a dificuldade de agenda para compor esse diálogo de forma contínua e permanente. Diz um dos técnicos: *“Eu acho que tenho que ver também a escola como parte integrante desse processo de se movimentar”*. Tal apontamento torna-se importante à medida que “O deslocamento do objeto de intervenção, da doença para a vida do sujeito da atenção, implica uma compreensão de saúde como processo peculiar e sujeito a variabilidades” (Lima, 2004, p. 70).

Outro aspecto importante trata-se do grande desconhecimento e da compreensão equivocada de alguns municípios específicos acerca da operacionalização do matriciamento, da construção de Projeto Terapêutico Singular e da Educação Permanente em Saúde, instrumentos considerados fundamentais na política brasileira de saúde mental infantojuvenil. O matriciamento, por exemplo, acaba sendo confundido com a organização dos fluxos de encaminhamentos burocratizados para outros serviços. Observou-se que nas cidades com campus universitário mais estabelecido – em que a Universidade se configura enquanto parceira da rede de saúde – ou que sediam Escolas

de Saúde e Programas de Residência, os profissionais tendem a ter um maior suporte teórico, reflexivo e problematizador, em detrimento de municípios que não contam com esse tipo de apoio. Sobre isso, salienta-se que Teixeira, Couto & Delgado (2017, p. 1938) afirmam que “o protagonismo efetivo dos serviços de saúde mental na construção da rede ampliada de saúde mental de criança e adolescente depende fortemente de uma direção pública clara e afirmada pelas instâncias de gestão locais”. Com base nisso, pôde-se apreender que os dados colhidos apontam que ainda há uma grande fragilidade das gestões públicas locais no que se refere ao oferecimento de uma estrutura que permita um efetivo exercício da dimensão intersetorial com as demandas do campo da saúde mental infantojuvenil e uma formação profissional consistente sobre essa temática.

### **“O pior é a falta de liberdade que a gente tem pra circular”: Desafios referentes às barreiras geográficas, conflitos territoriais, violências e territórios estigmatizados**

No cenário estudado, também foi possível observar pontos de impasses nas relações intersetoriais devido, principalmente, a dois aspectos específicos: a) barreiras geográficas entre os serviços – ou distâncias geográficas entre localidades afastadas das instituições tidas como referências; e b) conflitos territoriais, violências e territórios estigmatizados.

O primeiro ponto foi identificado principalmente em localidades com existência de distritos municipais circunvizinhos à sede (onde se encontram os principais dispositivos tidos como “especializados”). Tais obstáculos, segundo relato dos profissionais, são considerados desafios que impossibilitam a concretização de um cuidado intersetorial, uma vez que dificultam diálogos e articulações entre os diversos atores responsáveis pelos casos. Segundo as falas de algumas das trabalhadoras: *“Embora a gente saiba da problemática do CAPS da sede, mas pelo menos existe o CAPS aqui na sede, existem os serviços escola de atendimento psicológico das Universidades. E no distrito? Não tem! O que fazer?”* (Profissional 64).

*Segundo a última territorialização, os distritos têm tido números de sofrimento infantojuvenil muito maior do que o pessoal da sede. E aí, tem a questão de deslocamento, questão financeira,*

*realmente. Você tem como ir? Não. Então é uma dificuldade que a gente precisa repensar isso. De verdade!* (Profissional 61).

Falas como essas são demonstradas com um certo sentimento de desamparo por parte dos profissionais que ficam esgotados nas localidades mais afastadas, que reafirmam com veemência as dificuldades diárias de efetuar um cuidado quando se deparam com barreiras geográficas, considerando que o trabalho intersetorial se torna frágil e pouco eficaz. Os profissionais apontaram para a necessidade de responsabilização de todas as equipes de saúde, de modo a dar suporte nesses territórios mais afastados, bem como indicam a importância do fortalecimento das relações com as equipes da atenção básica em saúde. Apreendeu-se que a situação de pobreza extrema das famílias que vivem nos distritos acentua o isolamento e o sentimento de desamparo social vivenciado por elas.

Em relação ao segundo ponto de impasse, os trabalhadores abordaram questões que envolvem a grande complexidade que enfrentam em territórios marcados por índices altos de vulnerabilidade social, de violências e exclusão de todos os direitos aos quais deveriam ter acesso, além de serem muito atravessados por conflitos entre facções. Eis algumas falas que ilustram bem essa problemática: “*Então não é cena de filme . . . alguém chegar armado no CAPS pra matar alguém . . . isso pode acontecer e é fácil de acontecer, né? A gente tem medo, que a gente não tem segurança*” (Profissional 13), “*Pra mim, a violência e os territórios faccionados e violentos é uma das maiores dificuldades atualmente. Muitas vezes eu tenho medo de fazer visitas*” (Profissional 8), “*A questão das facções é muito, muito mais complexa que a rede de saúde. Me parece que ela continua sendo negligenciada . . . o SUS é totalmente territorial, só que a lógica do SUS territorial às vezes não cabe para a gente*”. (Profissional 89).

Percebe-se, muito nitidamente, nas entonações das falas dos profissionais, a sensação de angústia quando se deparam com suas insuficiências em lidar com problemas que estão para além de suas possibilidades e fazem parte de um processo estrutural. Os trabalhadores se percebem cotidianamente na tentativa de “resgatar” ou “salvar” – para utilizar termos colocados por eles – crianças e adolescentes que circulam nesses espaços de segregação, para que estes

possam compartilhar, de forma mais ampla, os recursos sociais, culturais, econômicos e políticos. Eis uma das falas mais emblemáticas sobre esse problema:

*Essas situações são tão difíceis, que a gente tem que trabalhar internamente a equipe para não perder a esperança com todas essas dificuldades territoriais. Porque se perder, como é que você vai cuidar do usuário que está buscando um pouco de esperança? Eu fico muito triste quando os profissionais não querem ficar nesses territórios, mas entendo que o medo tem se alastrado por todos nós O pior é a falta de liberdade que a gente tem pra circular e pra fazer as coisas acontecerem* (Profissional 2).

Como retratado na fala exposta, há um ponto de dificuldade do acesso e da articulação entre os setores que perpassa os obstáculos em torno do território. A relação com as facções tem sido um ponto a se discutir quando se reflete sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu funcionamento, vista a realidade que permeia as comunidades e suas divisões.

No viés dessa discussão, Amarante (2007) compreende que a prática intersetorial seria uma saída para intervir de forma democrática e alinhada às questões sociais de uma determinada comunidade, podendo apontar uma visão mais ampla e integral dos problemas de uma população, rompendo com a fragmentação das políticas. Ou, dito de outra forma, para fazer avançar a dimensão intersetorial, é necessário ter a ideia de uma “interdependência generosa em que a intersetorialidade não é apenas a instalação de arranjos multissetoriais, mas a decisão ético-política deliberada de que o Estado e sua gestão e políticas servem ao interesse comum” (Akerman, Franco de Sá, Moyses, Rezende, & Rocha, 2014, p. 4298).

Nota-se que fatores como o alto índice de violência e vulnerabilidade de alguns territórios, atrelados à pouca cobertura de proteção social por parte das políticas públicas, acabam sendo obstáculos determinantes na efetivação de ações de caráter intersetorial, além de tornarem-se um motivo de agravantes de sofrimento da população atendida e dos próprios profissionais, que se sentem frequentemente ameaçados e inseguros em relação ao seu trabalho. Diversos relatos nas rodas narraram reivindicações relacionadas a uma maior responsabilização do Estado pela proteção desse público e dos próprios trabalhadores.

Sobre isso, Akerman et al. (2014) refletem que um trabalho que se diga verdadeiramente realizado em rede intersetorial deve ir além dos limites normativos instituídos, mas estar em constante diálogo com o que se constrói nos territórios mediante a interação entre gestores, o público atendido e os trabalhadores, adentrando nas teias dos espaços que constituem as comunidades atendidas. No entanto, para que isso possa ser concretizado, é necessário oferecer ferramentas que garantam a segurança e o suporte dos profissionais.

Com todas as elaborações colocadas, conseguiu-se captar nas rodas de conversa, que os profissionais enfrentam diversos impasses no que se refere à tentativa de avançar barreiras territoriais e geográficas, principalmente em bairros tidos como periféricos e violentos ou em distritos distantes da sede.

### **Considerações finais**

Ao longo deste artigo, por meio da representatividade de profissionais da saúde mental infantojuvenil do estado do Ceará participantes da pesquisa, pôde-se apreender os principais desafios na tecitura da prática intersetorial nesse contexto. Defende-se que as reflexões aqui traçadas a nível local e estadual são de suma relevância para dar visibilidade aos arranjos intersetoriais e aos fluxos assistenciais que têm sido realizados nesse cenário no âmbito da atenção à saúde mental infantojuvenil.

Este trabalho permitiu afirmar que a falta de comunicação entre os contextos municipais e estaduais no que se refere às demandas de saúde mental infantojuvenil dificulta ainda mais a efetivação e concretização de uma política intersetorial consistente, com serviços estruturados de maneira adequada, além de recursos e profissionais suficientes para atender à demanda, com uma formação capaz de instrumentalizá-los para os desafios encontrados cotidianamente.

Ficou nítido nas falas dos participantes escutados que, a nível estadual e municipal, são necessárias e urgentes mais formações e ações educacionais permanentes direcionadas a essa temática, com foco em oferecer subsídios para uma melhor assistência a crianças e adolescentes e suas famílias, conforme preconiza as próprias diretrizes da política de saúde mental infantojuvenil.

Apesar de todos os desafios narrados pelas trabalhadoras(es) participantes das rodas de conversa, considera-se bastante esperançoso identificar evidências marcantes da visibilidade que os profissionais têm dado à discussão em torno da prática intersetorial. Entende-se que os desafios de uma prática só podem ser circunscritos e verbalizados de maneira lúcida quando é possível se deparar cotidianamente com a diversidade de obstáculos que podem atravessar uma prática. Ou seja, se os profissionais conseguem narrar de maneira tão objetiva e consistente as barreiras no processo de concretização das práticas intersetoriais, isso já é um indicativo de que um trabalho de resistência, engajamento e compromisso tem sido realizado nesse contexto.

É animador identificar que, de modo geral, os profissionais entendem que as práticas intersetoriais no trabalho com crianças e adolescentes contribuem para uma maior resolutividade das ações e para a diminuição da sobrecarga de trabalho nos serviços devido à corresponsabilização do cuidado, além de serem capaz de romper com a lógica burocrática do puro encaminhamento sem continuidade. Apesar dessa compreensão, é possível notar o desafio em operacionalizar concretamente essa prática em seus cotidianos de trabalho. Em relação aos aspectos que precisam ser melhor trabalhados nessas práticas mencionadas, foi possível identificar, a partir dos resultados da pesquisa, algumas possíveis recomendações aos municípios e ao estado do Ceará que facilitariam esse processo: um maior investimento em formações permanentes para os trabalhadores e gestores – que dialoguem com suas realidades; fortalecimento dos vínculos de trabalho dos profissionais, com rompimento das precarizações, e criação de comitês intersetoriais nos municípios para acompanhar as práticas de saúde mental infantojuvenil. Este artigo não pretendeu esgotar as discussões sobre o assunto. Pelo contrário, considera-se que abriu brechas para novas perguntas de pesquisa, além de sinalizar a necessidade de mais estudos que investiguem a efetivação das práticas intersetoriais em uma dimensão mais ampla, escutando atores de outros espaços envolvidos com crianças e adolescentes, para além do campo da saúde. Aponta-se, ademais, que as questões aqui elencadas também revelam outras realidades a nível nacional.

## Referências

- Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeSI. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Fiocruz.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Braga, F. J. L., & Surjus, L. T. L. S. (2022). Gestão da política de saúde mental no cotidiano: Contribuições da análise da rede de Santos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(39), 107129. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80470>
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2010). Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial. In E. Lauridsen-Ribeiro, & O. Y. Tanaka. (Org.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 217-279). Hucitec.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com Data de Referências em 1º de julho de 2021*. [https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2021/estimativa\\_dou\\_2021.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf).
- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. (2022). *Relatório ODS - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as Ações do Governo do Ceará: ODS 1 - Erradicação da Pobreza. Nº 01/2022. 2022*. [https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2022/04/Relatorio\\_de\\_Acoes\\_CearaODS\\_01\\_2022.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2022/04/Relatorio_de_Acoes_CearaODS_01_2022.pdf).
- Lima, E. A. (2004). Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In C. M. Costa, A. C. Figueiredo. (Org.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeitos, produção e cidadania*. (pp. 59-81). Contracapa.
- Lourenço, E. Â. de S., & Bertani, Í. F. (2007). Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115), 121-134. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572007000100011>
- Mendonça, M. H. M., Martins, M. I. C., Giovanella, L., & Escorel, S. (2010). Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 23552365. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In L. C. M. Feuerwerker, D. C. Bertussi, & E. E. Merhy. (Org.), *Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 31-42). Hexis.
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05\\_0887\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf)
- Ministério da Saúde. (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Conselho Nacional de Saúde. [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)
- Miranda, L., & Onocko-Campos, R. T. (2010). Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1153-1162. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009>.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. (2012, 12 de dezembro). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Ministério da Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466>.
- Romagnoli, R. C. (2017). Transversalizando as políticas públicas: quando a intersetorialidade se torna rizomática. *Psicologia Em Estudo*, 22(3), 421-432. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i3.35843>.
- Soares, M. F., Martins, K. P. H., & Campos, R. C. (2018). A criança e o adolescente em sofrimento psíquico grave: estudo sobre o perfil do público em atendimento. *Extensão em Ação*, 2(16), 102-116. <https://doi.org/10.32356/exta.v2.n16.33556>
- Souza, J. (2017). *A elite do atraso: da escravidão à Lava-Jato*. LeYa.


- Surjus, L. T. de L. S., & Abreu, D. (2019). Redução de danos: clínica aberta para a desinstitucionalização das relações entre pessoas e drogas. In B. F. Emerich, & R. T. Onocko-Campos. (Org.), *Saúde Loucura 10 – Tessituras da Clínica: Itinerários da Reforma Psiquiátrica*. Hucitec.
- Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1933-1942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>
- Torossian, S. D. (2019). Entre Histórias, Espelhos e Desigualdades, uma clínica que se desenha. In Emerich, B. F., & Onocko-Campos, R. T. (Org.). *Saúde Loucura 10 – Tessituras da Clínica: Itinerários da Reforma Psiquiátrica* (pp. 186-206). Hucitec.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373, 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6).

---

*Beatriz Alves Viana*

Professora adjunta do curso de pedagogia da Faculdade de Educação de Itapipoca da Universidade Estadual do Ceará (FACEDI/UECE), Itapipoca – CE. Brasil.


E-mail: [beatrizalves.viana@uece.br](mailto:beatrizalves.viana@uece.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-8758-8913>

*Karla Patrícia Holanda Martins*

Professora associada do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – CE. Brasil.


E-mail: [karlamartins@ufc.br](mailto:karlamartins@ufc.br)

 <http://orcid.org/0000-0003-3242-6287>

*Carla Renata Braga de Souza*

Professora do curso de psicologia do Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, CE, Brasil.


E-mail: [carlarenatabs@gmail.com](mailto:carlarenatabs@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-2592-4547>

*Vlândia Jamile dos Santos Jucá*

Professora associada do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – CE. Brasil.


E-mail: [vladiajuca@ufc.br](mailto:vladiajuca@ufc.br)

 <https://orcid.org/0000-0003-2416-7342>

*Camilla Araújo Lopes Vieira*

Professora do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral – CE. Brasil.

E-mail: [camillapsicol@ufc.br](mailto:camillapsicol@ufc.br)

 <https://orcid.org/0000-0003-1706-3772>

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Estadual do Ceará. Av. Dr. Silas Munguba, 1700. CEP: 60714-903. Itaperi, Fortaleza – CE. Brasil.

*Recebido* 03/06/2024

*Aceito* 05/06/2025

*Received* 06/03/2024

*Approved* 06/05/2025

*Recibido* 03/06/2024

*Aceptado* 05/06/2025

Disponibilidade de dados: os dados da pesquisa estão disponíveis no corpo do artigo.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003287268>

Editores responsáveis: Miriam Cristiane Alves e Rafael Wolski de Oliveira.

*Como citar:* Viana, B. A., Martins, K. P. H., Souza, C. R. B., Jucá, V. J. S., & Vieira, C. A. L. (2026). Desafios da Intersetorialidade na Saúde Mental Infantojuvenil: Percepções de Profissionais do Ceará. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e287268. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003287268>

*How to cite:* Viana, B. A., Martins, K. P. H., Souza, C. R. B., Jucá, V. J. S., & Vieira, C. A. L. (2026). Challenges of Intersectorality in Child and Youth Mental Health: Perceptions of Professionals in Ceará. *Ciência e Profissão*, 46, e287268. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003287268>

*Cómo citar:* Viana, B. A., Martins, K. P. H., Souza, C. R. B., Jucá, V. J. S., & Vieira, C. A. L. (2026). Desafios de la Intersetorialidad en Salud Mental Infantil y Juvenil: Percepciones de los Profesionales en Ceará. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 46, e287268. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003287268>