

Intersetorialidade e territorialidade na Saúde Mental: desafios na articulação entre assistência social, saúde e justiça

Intersectorality and territoriality in Mental Health: challenges in the articulation between social assistance, health and justice

Intersectorialidad y territorialidad en la salud mental: desafíos en la articulación entre asistencia social, salud y justicia

**Acileide Cristiane Fernandes Coelho¹
Olga Maria Pimentel Jacobina²
Juliana Sangoi³**

RESUMO

O artigo tem por objetivo apresentar um relato de experiência sobre a formação de profissionais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no Distrito Federal, com foco na intersectorialidade, na territorialidade e na interdisciplinaridade no campo da saúde mental. Nesse sentido, analisam-se alguns desafios da intersectorialidade no atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, com ênfase nas articulações entre as políticas de saúde, assistência social e justiça. A partir da reflexão teórica e das práticas desenvolvidas no âmbito da Política de Assistência Social, discute-se o papel da territorialidade e da atuação em rede na construção de respostas mais integrais às demandas de saúde mental. Destaca-se a relevância do SUAS na garantia das seguranças socioassistenciais, especialmente no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, fundamentais diante das desproteções relacionais que atravessam o sofrimento psíquico. Ressalta-se que a intersectorialidade não deve restringir-se à lógica de encaminhamentos entre serviços, mas constituir-se como prática colaborativa, horizontal e territorializada, orientada pela centralidade do sujeito e de suas redes de pertencimento. Conclui-se que os processos de educação permanente e o fortalecimento de redes interinstitucionais são fundamentais para qualificar o cuidado e ampliar a proteção social.

¹ Graduada em Psicologia pela UnB. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Psicodramatista Didata e supervisora. Especialista em Psicopatologia e Psicodiagnóstico (UCB/DF). Trabalhadora do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), psicóloga da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (GDF). Pesquisadora no âmbito da Política de Assistência Social.

² Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília- UCB. Mestra e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutorado pelo Centro de Adição e Saúde Mental da Universidade de Toronto, Canadá na área de uso e abuso de drogas. Tutora de campo e docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (FIOCRUZ-DF). Trabalhadora do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) — SEDES/GDF.

³ Psicóloga Clínica e Social, Consultora em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS), com experiência na atuação e construção de estratégias para respostas de saúde mental em situações de riscos, desastres e emergências com a população Migrante, Indígena e Saúde do Trabalhador SUS, SUAS. Membro Conselheira e Presidenta do Comitê de Orientação e Ética do CRP 01.

Palavras-chave: Assistência Social, Saúde Mental, Colaboração Intersetorial, Territorialidade, Política Pública.

ABSTRACT

The article aims to present an experience report on the training of professionals from the Unified Social Assistance System (SUAS) in the Federal District, with a focus on intersectorality, territoriality, and interdisciplinarity in the field of mental health. In this sense, some challenges of intersectorality in the care of people experiencing psychological distress are analyzed, with emphasis on the articulation among health, social assistance, and justice policies. Based on theoretical reflection and on practices developed within the scope of the Social Assistance Policy, the role of territoriality and network-based action in building more comprehensive responses to mental health demands is discussed. The relevance of SUAS in ensuring social assistance protections is highlighted, especially in strengthening family and community bonds, which are fundamental in the face of relational vulnerabilities that permeate psychological distress. It is emphasized that intersectorality should not be limited to the logic of referrals between services, but should be constituted as a collaborative, horizontal, and territorially grounded practice, guided by the centrality of the individual and their networks of belonging. It is concluded that ongoing education processes and the strengthening of interinstitutional networks are essential to qualify care and expand social protection.

Keywords: Social Work, Mental Health, Intersectoral Collaboration, Territoriality, Public Policy.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo presentar un relato de experiencia sobre la formación de profesionales del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) en el Distrito Federal, con enfoque en la intersectorialidad, la territorialidad y la interdisciplinaria en el campo de la salud mental. En este sentido, se analizan algunos desafíos de la intersectorialidad en la atención a personas en sufrimiento psíquico, con énfasis en las articulaciones entre las políticas de salud, asistencia social y justicia. A partir de la reflexión teórica y de las prácticas desarrolladas en el ámbito de la Política de Asistencia Social, se discute el papel de la territorialidad y del trabajo en red en la construcción de respuestas más integrales a las demandas de salud mental. Se destaca la relevancia del SUAS en la garantía de las protecciones socioasistenciales, especialmente en el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios, fundamentales frente a las desprotecciones relacionales que atraviesan el sufrimiento psíquico. Se resalta que la intersectorialidad no debe restringirse a la lógica de derivaciones entre servicios, sino constituirse como una práctica colaborativa, horizontal y territorializada, orientada por la centralidad del sujeto y de sus redes de pertenencia. Se concluye que los procesos de educación permanente y el fortalecimiento de redes interinstitucionales son fundamentales para cualificar la atención y ampliar la protección social.

Palabras clave: Trabajo Social, Salud Mental, Colaboración intersectorial, Territorialidad, Política Pública.

1 INTRODUÇÃO

Ao abordarmos o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e com uso problemático de álcool e outras drogas, a compreensão das lógicas de intersetorialidade e territorialidade torna-se fundamental para uma atuação complexa e articulada entre diferentes atores e instituições. Nesse sentido, o processo de reforma psiquiátrica, ao se definir como “um conjunto de transformações de práticas, de saberes, de valores culturais e sociais”, já exigia que tais mudanças ocorressem no palco dos conflitos e tensões da vida cotidiana de sujeitos, instituições e comunidades¹. Ou seja, desde seu início, a política anunciava os desafios a serem enfrentados. E, passadas duas décadas, ainda lidamos com cenas temidas em um cenário marcado por desmontes, fragilidades institucionais, desarticulações interssetoriais e impasses entre dispositivos comunitários sobre quem deve se responsabilizar pelo atendimento em saúde mental.

Embora seja instigante aprofundar os caminhos da contrarreforma psiquiátrica, conforme documentado por Oka e Costa², e realizar uma leitura crítica dos emaranhados que atravessam as redes interssetoriais, propomos aqui refletir sobre como o desenho da intersetorialidade nos territórios pode contribuir – ou não – para a superação de modelos que ainda individualizam a saúde mental, perpetuando uma lógica neoliberal. Além disso, interessa-nos evidenciar o papel da Política de Assistência Social no campo da saúde mental, considerando nossa trajetória de mais de dezessete anos de atuação nesse âmbito e, especialmente, o processo de aprendizado constante para compreender nosso lugar no atendimento ao sofrimento psíquico dentro dessa política pública. Discutir a atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na saúde mental exige, portanto, compreender a intersetorialidade não como mera via de encaminhamentos, mas como um processo de construção de ações concretas, voltadas ao atendimento integral e complementar dos sujeitos, em diálogo com suas realidades e com os territórios em que vivem.

Neste artigo, propomos algumas reflexões sobre intersetorialidade, territorialidade e as formas de atuação de uma rede de proteção e garantia de direitos, com ações integradas e sensíveis ao contexto. Para tanto, é essencial abordarmos o processo de Educação Permanente como ferramenta para compreender as tensões e os conflitos que emergem dos processos de desinstitucionalização da saúde mental, bem como da atuação e das potências e fragilidades das instituições, atores e territórios envolvidos. Assim, estruturamos seu desenvolvimento nos seguintes tópicos: intersetorialidade, territorialidade e atuação em rede na saúde mental; saúde

mental e insegurança socioassistencial; o papel do SUAS e sua articulação com a saúde; insegurança de convívio familiar e comunitário – atuação do SUAS no campo da saúde mental; educação permanente como caminho para a ampliação das seguranças de acolhida.

Por fim, seguindo a linha da Educação Permanente, como objetivo deste artigo, apresentamos um relato de experiência formativa com assistentes sociais e psicólogos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Distrito Federal, com o tema: “Interdisciplinaridade, interseccionalidade, intersetorialidade e territorialidade na saúde mental: desafios nas articulações entre assistência social, saúde e justiça”, onde buscamos compreender os conceitos de política social, intersetorialidade, interdisciplinaridade e territorialidade, aplicando-os ao contexto da saúde mental e à criação de redes de proteção de saúde e assistência social.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Territorialidade, intersetorialidade e atuações em rede na saúde mental

Considerando as vivências de intervenções comunitárias no âmbito da Política Nacional de Assistência Social, retomamos um conceito de território a partir dessa política:

O território representa muito mais do que o espaço geográfico. Assim, o município pode ser considerado um território, mas com múltiplos espaços intraurbanos que expressam diferentes arranjos e configurações socioterritoriais. Os territórios são espaços de vida, de relações, de trocas, de construção e desconstrução de vínculos cotidianos, de disputas, contradições e conflitos, de expectativas e de sonhos, que revelam os significados atribuídos pelos diferentes sujeitos³.

Essa concepção revela a multidimensionalidade do trabalho no território, ao compreender o espaço físico como materializado pelas relações sociais ali estabelecidas. No entanto, os territórios muitas vezes são delimitados por lógicas institucionais voltadas à cobertura de serviços, respondendo mais às demandas da gestão pública do que às necessidades da comunidade.

A escassez de equipamentos públicos em determinados territórios constitui um dos principais desafios à efetivação dessas concepções, especialmente no atendimento de pessoas em sofrimento mental. No Distrito Federal, destaca-se a insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo quanto à oferta de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴. Essa lacuna amplia a peregrinação por informações e atendimentos em diferentes instituições — entre elas, os equipamentos do SUAS —, que muitas vezes não reconhecem o sujeito em sofrimento mental como usuário legítimo da assistência social. Isso contribui para a

perpetuação da ideia de “sobrecarga” da assistência social e de seu papel de mero “encaminhador” diante da ausência de uma rede de saúde mental estruturada.

Nesse contexto, a noção de comunidade também deve ser compreendida de forma relacional e deveria ocupar centralidade nos debates sobre saúde mental e cidadania, com foco em intervenções voltadas à proteção relacional, incluindo atendimentos humanizados e acessíveis. Para Milanese⁵, a comunidade é um “sistema de redes que constroem e animam um território, que, por sua vez, é produto da atuação de diferentes atores sociais — pessoas, lideranças, organizações da sociedade civil, instituições”.

Considerando a lógica relacional nos conceitos de território e comunidade, compreendemos que a intersectorialidade também deveria ter como foco o vínculo e as relações dos serviços nesses contextos. Todavia, muitas vezes, as relações são atravessadas por papéis e encaminhamentos virtuais, destacando-se ações fragmentadas ou baseadas em lógicas burocráticas, lineares apenas de referência e contrarreferência de casos sem um espaço efetivo de trocas e diálogos entre os atores que compõem essa rede e sem um espaço de formação⁶. Pensando no campo social e de saúde, a ação intersectorial:

objetiva a integração de mecanismos de gestão desenvolvidos em territórios definidos, com capacidade financeira e técnica para articular diferentes setores que se complementam e reúnem atores sociais, saberes, poderes e vontades diversos em uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços por meio da confluência para enfrentar as desigualdades sociais e de saúde⁷.

Nesse sentido, na saúde mental, é preciso estabelecer relações intersectoriais duradouras e maior articulação horizontal para a implementação de políticas e programas intersectoriais⁷. A incorporação de diretrizes comuns entre diferentes políticas públicas amplia a capacidade de enfrentamento das iniquidades em saúde⁷, exigindo que cada setor compreenda seu papel no território e, sobretudo, que as ações sejam construídas coletivamente.

Para tornar mais concreta a discussão sobre território, comunidade e intersectorialidade, aproximando-a de uma abordagem horizontal de construção conjunta, baseada no vínculo entre pessoas⁸, trazemos o exemplo de algumas redes locais no Distrito Federal, que têm buscado se organizar por níveis como reconhecimento, conhecimento, colaboração e cooperação⁸. No Distrito Federal, existem mais de 19 Redes Sociais Locais, algumas atuando há mais de quinze anos⁹. Essas redes organizam-se de forma autônoma e reúnem profissionais da Assistência Social, Saúde, Segurança Pública, Educação, Conselho Tutelar, Justiça, Ministério Público e sociedade civil — como associações, lideranças e grupos comunitários —, entre outros atores. Essas redes são compreendidas como:

ambientes colaborativos, de interação, de mediação comunitária, suprapartidários, abertos à participação de todos, horizontais, independentes, autônomos, construtores de vínculos, afetos e solidariedade na busca da efetivação de políticas públicas integradas e garantia de direitos e cidadania; portanto, são espaços de transformação social e de natureza emancipatória¹⁰.

Essas redes realizam encontros mensais nos territórios, nos quais discutem vulnerabilidades, potencialidades e estratégias para garantir direitos e acesso aos serviços locais. Nesses espaços, também são analisados casos concretos, com mobilização interinstitucional para pensar soluções conjuntas. Nos últimos anos, a saúde mental tem sido um dos principais temas debatidos, com encontros formativos e mobilizações em torno do sucateamento da RAPS e da fragilidade da rede de cuidado. Ainda que revelem potências, esses encontros mostram, por vezes, a persistência de lógicas individualizantes, nas quais profissionais se veem convocados a resolver dificuldades pela análise caso a caso, enquanto estratégias coletivas permanecem abafadas por um sistema que avança lentamente diante das demandas dos territórios.

Este tópico não tem como finalidade apresentar uma conclusão, pois seguimos em meio a ações horizontais com potencial relacional que constrói um espaço de compreensão e acolhida das dificuldades do território. Estamos inseridos em uma lógica neoliberal que individualiza e judicializa a vida – e transforma cada situação em um “caso a caso” –, remamos contra a maré da escassez de equipamentos e da precariedade de recursos humanos nas diversas frentes de atuação, seja na saúde ou na assistência social. Ainda assim, os espaços de rede têm se mostrado fundamentais para compreender as tensões e os desafios da desinstitucionalização e as necessidades práticas que se impõem nos territórios. Enquanto isso – como veremos no próximo tópico – seguimos tentando entender como também somos parte desse corpo coletivo que precisa funcionar em sua integralidade, em constante construção e articulação.

2.2 Saúde mental e inseguranças socioassistenciais: o papel do SUAS e a articulação com a saúde

Ao abordar o contexto da desproteção nas atuações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pautamo-nos em ações programáticas voltadas à garantia de cinco seguranças sociais¹¹: 1) segurança de renda – garantia de acesso à renda mínima, independentemente de limitações para o trabalho ou desemprego; 2) segurança de sobrevivência – apoio em situações de risco circunstancial; 3) segurança de autonomia – promoção de protagonismo, participação e acesso a direitos; 4) segurança de acolhida – oferta pública de espaços e

serviços de proteção social, com acesso qualificado e escuta profissional das relações e sofrimentos gerados pelas inseguranças citadas; e 5) segurança de convívio – promoção de relações de sociabilidade, reconhecimento social, troca e vivência, na família e na comunidade, além da prevenção de situações de desproteção relacional.

Ao analisar essas seguranças, poderíamos, de forma superficial, concluir que muitas pessoas em sofrimento psíquico necessitam da Política de Assistência Social devido às dificuldades de inserção no mercado de trabalho e à conseqüente insegurança de renda, o que intensifica também a insegurança de autonomia, considerando a própria condição de saúde mental. No entanto, pensar o paciente da RAPS como um potencial usuário do SUAS não deve seguir uma lógica linear ou de causa e efeito. Como afirmam Costa e Faria¹²:

(...) pensar a saúde mental é, antes de tudo, questionar a sociabilidade que a produz e é conformada por ela. Significa compreendê-la se constituindo associadamente a outras expressões da QS [Questão Social], como a desigualdade social, a pobreza, o desemprego estrutural etc., por meio de mediações, determinações reflexivas entre si, ao invés de ser pensada como manifestação meramente individual, física e/ou psicológica. (p. 6)

Nesse sentido, estamos tratando de pessoas que, muitas vezes, já são atendidas pelo SUAS e que, em meio a um contexto de exclusões e lógicas de sociabilidades subalternizantes, tornam-se sujeitos que vivenciam sofrimentos psíquicos, bem como sofrimentos ético-políticos oriundos de injustiças sociais, experiências de desvalorização, humilhação e subalternidade¹³. Essas questões sociais se agravam ainda mais quando observamos as interseccionalidades de classe, raça, gênero e demais marcadores e as dinâmicas de discriminação e preconceito. Mais uma vez, é importante destacar os perigos de análises simplistas e lineares. O sofrimento psíquico, ou o que se convencionou chamar de transtornos mentais, não tem origem exclusiva nas questões sociais; trata-se de fenômenos com raízes multidimensionais, como apontam diversos estudiosos. Todavia, o sofrimento mental é, sobretudo, relacional – ele afeta diretamente a dimensão da convivência. Como destaca Martín-Baró¹⁴, a saúde mental é uma dimensão das relações interpessoais, “ainda que essa dimensão se enraíze de maneira diferente no organismo de cada um dos indivíduos envolvidos nas relações” (p.253-254). Costa e Faria¹² reforçam que não se trata de negar os aspectos biológicos e psicológicos, mas sim de correlacionar as diversas dimensões e as “incongruências entre a potência do ser humano e sua sociabilidade” (p. 7).

A Resolução CNAS/MDS nº 166/2024 dispõe sobre os parâmetros nacionais para a atuação da Política de Assistência Social no atendimento a pessoas em sofrimento e/ou com transtornos mentais, em processo de desinstitucionalização e que necessitam de cuidados

intensivos em saúde. Na prática, formaliza ações que o SUAS já realiza cotidianamente: oferta de serviços, programas, projetos e benefícios, além do fortalecimento de vínculos e da convivência familiar e comunitária, isto é, da efetivação das seguranças socioassistenciais já mencionadas. Também orienta as equipes do SUAS a acionar imediatamente os serviços de saúde em situações de crise e define limites de atuação, como não assumir o papel dos serviços substitutivos da saúde, não utilizar recursos da assistência para custear ações de saúde e não encaminhar ao acolhimento socioassistencial casos cuja demanda principal seja o tratamento em saúde.

A resolução é relevante por explicitar tanto o que compete ao SUAS quanto o que não lhe compete. Ainda que essa divisão entre o “tratamento da saúde mental” e os serviços socioassistenciais nem sempre seja simples na prática, ela se mostra importante, especialmente no campo do acolhimento. Entretanto, no cotidiano marcado por vínculos rompidos e fragilidade relacional, a saúde mental e a necessidade de acolhida no SUAS caminham lado a lado.

Mas, afinal, onde queremos chegar com essas reflexões? Além dos aspectos materiais – ligados às seguranças de renda e sobrevivência –, é preciso discutir as dimensões relacionais da saúde mental: as relações entre serviço e usuário, familiares e comunidade. Essa segurança socioassistencial ainda é pouco debatida no SUAS. Com quem as pessoas contam? Qual política pública enfrenta diretamente essas dimensões? Cabe ao SUAS ofertar a segurança de convivência, prevenindo desproteções relacionais e promovendo o fortalecimento de vínculos. Esse é um dos grandes desafios da saúde mental. Temos estrutura, formação e compreensão para executar essa tarefa? São questões que deixamos para seguir refletindo sobre o papel do SUAS.

2.3 Insegurança de convívio familiar e comunitário: atuação do SUAS no campo da saúde mental

As desproteções relacionais estão diretamente ligadas à fragilidade dos vínculos e à insegurança na convivência familiar e comunitária. Essa fragilidade deve ser compreendida em suas múltiplas dimensões: multicultural, intergeracional, interterritorial e intersubjetiva¹⁵. Ao tratarmos das desproteções relacionais, estamos nos referindo a situações vividas no ambiente familiar ou comunitário, marcadas por violências, conflitos que ampliam sentimentos de subalternidade a partir de relações de poder, discriminações, intolerâncias e preconceitos, bem como por situações de isolamento e exclusão¹⁶.

As desproteções relacionais evidenciam diferenças que são vivenciadas como desigualdades, o que reduz capacidades humanas, fragiliza vínculos e amplia a necessidade de proteção social. Essa dimensão relacional da vulnerabilidade pode se expressar por meio de diferentes formas: conflitos, abandono, isolamento, confinamento, exclusão, discriminação/preconceito e violências¹⁷.

No campo da saúde mental, é frequente o atendimento a situações de conflitos e violências intrafamiliares relacionadas a pessoas em sofrimento psíquico grave e/ou com uso problemático de álcool e outras drogas. Muitos desses casos têm como porta de entrada os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)¹⁸ e, posteriormente, chegam aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)¹⁹, muitas vezes por demandas oriundas da Justiça. Esses casos geralmente envolvem isolamento, conflitos comunitários e violências no âmbito familiar. Também são frequentes os encaminhamentos realizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), evidenciando o entrelaçamento dos serviços no território.

Em diversos momentos, não nos damos conta da complexidade do trabalho que temos diante das inseguranças de convivência. Muitos dos casos envolvendo sofrimento psíquico grave já se encontram em situação de isolamento social, passaram por múltiplas internações psiquiátricas, enfrentam conflitos relacionais crônicos e convivem com situações recorrentes de violência familiar e comunitária. É preciso falar da dinâmica familiar, das sobrecargas daqueles que cuidam e são curadoras/es em casos de sofrimento psíquico grave que compromete a segurança de autonomia das pessoas com transtorno mental.

Na proteção social básica, algumas dessas inseguranças são acolhidas por meio da escuta dos relatos de conflitos e da busca por estratégias de fortalecimento de vínculos e prevenção do agravamento das situações. Contudo, a ausência dessa escuta, motivada pela alta demanda, pelas dificuldades de atendimento e pela falta de qualificação profissional – como demonstram Coelho et al.²⁰ –, constitui uma barreira importante ao reconhecimento das desproteções relacionais que atravessam a atuação em saúde mental. Na média complexidade, muitos casos são encaminhados pela Justiça, pela Saúde e por outros setores de forma pouco clara. Nesses contextos, busca-se, com frequência, um atendimento voltado à resolução imediata de situações identificadas como problemas, conflitos ou violências envolvendo pessoas em sofrimento psíquico. Em muitos casos, procura-se uma “porta de saída”, isto é, um encaminhamento para o desligamento, em vez de se reconhecer a necessidade de vínculos contínuos e referenciados nos serviços, fundamentais para ampliar as seguranças de convivência nesses contextos. A lógica sucateada dos serviços, sobrecarregados pela demanda

e sem tempo para uma escuta qualificada, tem relegado o trabalho preventivo a segundo plano, priorizando ações pontuais para “apagar incêndios” e abrindo espaço para convocar o próximo da fila. Como aponta Sposati²¹:

É frequente nos marcos neoliberais exigir que atenções sociais tenham “portas de saída”. Permanece a compreensão de que não podem gerar vínculos duradouros, mas sim rápida passagem, para não se transformarem em expressões de tutela.

Nesse sentido, a política de assistência social configura-se como o lócus privilegiado para a construção de ações que garantam a segurança de convívio, considerando tratar-se de uma política de proteção social de natureza relacional²¹. Refletir sobre as relações e sobre as redes de apoio das quais as pessoas atendidas pelo SUAS podem se valer, com foco nas narrativas de convivência familiar e comunitária, implica abrir-se à escuta qualificada dessas relações²⁰. O ponto de partida deve ser sempre o sujeito, suas relações e sua comunidade – e não, necessariamente, qual serviço é mais ou menos responsável por ele naquele momento. Em uma lógica intersetorial e de horizontalidade entre as políticas públicas, seja na saúde mental, seja na assistência social ou justiça, importa, sobretudo, escutar para compreender as demandas e, junto daquele que fala, construir estratégias de cuidado que contemplem não apenas o indivíduo, mas também sua rede de pertencimento. Dessa forma, é possível trabalhar a partir de uma perspectiva em que o sofrimento psíquico é reconhecido como parte da experiência humana, podendo ser vivido por qualquer pessoa, a qualquer tempo. Assim, independentemente da porta em que se busque ajuda, a pessoa será acolhida, e suas questões, cuidadas não por um único serviço, mas por uma rede articulada de cuidados.

2.4 Educação permanente como caminho para a ampliação de seguranças de acolhida

Para atuar nas diversas dimensões do campo da saúde mental no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é fundamental compreender a centralidade da segurança de acolhida e de convívio. Nesse processo, entendemos como crucial acolher, reconhecer e ouvir as vivências das pessoas, atentando-se às suas redes de relações e aos contextos familiares e territoriais nos quais estão inseridas²².

Ao promover ações de acolhida e convivência que gerem proteção, são oferecidas oportunidades existenciais tanto materiais quanto imateriais, sustentadas em vínculos afetivos positivos²³. Essas ações fortalecem o sentimento de cidadania, inclusive na relação com o próprio serviço, ao ampliarem "o sentimento de autorrespeito, decorrente da sensação de se sentir tratado em condição de igualdade nos serviços públicos"²⁴.

A garantia da segurança de acolhida, enquanto oferta pública de espaços e serviços voltados à proteção social, exige de profissionais do SUAS uma atuação protetiva, que proporcione a escuta das relações e dos sofrimentos advindos das inseguranças de convívio e demais desproteções sociais. Como aponta Torres²⁵, a ausência dessa escuta qualificada – do ouvir com interesse, construir soluções, oferecer segurança e valorizar a narrativa do sujeito – compromete a própria lógica protetiva da política de assistência social.

Diante da relevância das práticas de acolhida e da promoção de espaços de convivência protetivos, avaliamos imprescindível qualificar o trabalho profissional, capacitando o trabalhador para identificar situações de desproteção, desenvolver metodologias apropriadas e avaliar os resultados de sua atuação²⁶. Para tanto, a educação permanente desponta como elemento essencial nesse processo. O processo de educação permanente deve estar orientado pelos resultados que a política pública se propõe a oferecer aos cidadãos, centrando-se na proteção relacional, que se inicia com a acolhida e a escuta atenta sobre a convivência. Além de fortalecer as capacidades técnicas, é necessário que a educação permanente promova um olhar sobre a potência do trabalho profissional²⁶.

Por fim, destacamos que a educação permanente, para ser efetiva, deve ser articulada ao cuidado com o bem-estar e com as condições de trabalho de profissionais do SUAS²⁷. Cuidar de quem cuida é condição imprescindível para que a proteção social possa, de fato, se concretizar no cotidiano dos serviços. É preciso, portanto, criar espaços de escuta e de construção de saberes de forma coletiva como veremos a seguir em uma experiência formativa com trabalhadores do SUAS.

3 MÉTODO

Neste artigo, analisamos um breve relato de experiências que ilustra as reflexões apresentadas até aqui. Trata-se da construção e desenvolvimento de uma oficina formativa para trabalhadoras e trabalhadores do SUAS com foco na intersetorialidade, na territorialidade e na interdisciplinaridade no campo da saúde mental. Os relatos de experiência são formas de expressão escrita que traduzem vivências consideradas significativas, capazes de contribuir para a produção de conhecimento em determinada temática²⁸. Este relato segue as diretrizes da Resolução nº 510/2016, por tratar-se de um trabalho voltado ao aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, sem a exposição de dados que permitam a identificação dos sujeitos envolvidos.

Entre novembro e dezembro de 2024, foram realizados encontros de formação com carga horária de 24 horas, promovido pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSSaúde) do Departamento de Serviço Social (SER/UnB), em parceria com os Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia do Distrito Federal (CRESS/DF e CRP/DF), e a Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES), para psicólogas/os e assistentes sociais do SUAS/DF. Participaram do encontro cerca de 40 profissionais (psicólogas/os e assistentes sociais).

A facilitação e construção de um dos encontros, cujo tema era “Categorias fundantes da política social: intersetorialidade, interdisciplinaridade, territorialidade” com carga horária de 3h, ficou a cargo da Comissão Especial de Psicologia na Assistência Social do CRP/DF. Seu objetivo foi compreender os conceitos de política social, intersetorialidade, interdisciplinaridade e territorialidade, aplicando-os ao contexto da saúde mental e à criação de redes de proteção de saúde e assistência social.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Oficina sobre intersetorialidade e atuação no campo da saúde mental com trabalhadores do SUAS – relato de experiência

Dentre os objetivos do processo formativo de trabalhadores do SUAS, estava sensibilizar as/os trabalhadoras/es da Assistência Social e proporcionar um espaço reflexivo no cuidado em saúde mental com práticas inovadoras, interdisciplinares e intersetoriais, acerca da necessidade de acolhimento nos serviços socioassistenciais das pessoas que viessem a ser desinstitucionalizadas dos serviços de saúde/prisional, conforme resolução Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Frente à rede precária de serviços da RAPS no Distrito Federal, era evidente a desconfiança das/dos profissionais do SUAS diante dessa (não tão) nova demanda que se apresentava para os serviços do SUAS.

Nesse sentido, o percurso metodológico para alcançar o objetivo acima proposto foi o desenho de uma oficina formativa com metodologia ativa de participação, baseada na pedagogia psicodramática²⁹ que possibilitasse aos participantes uma escuta de si, de seu contexto de atuação, das potencialidades e fragilidades cotidianas. Ademais, construímos caminhos intersetoriais possíveis e levantamos aspectos importantes a serem ampliados e melhorados para o atendimento de pessoas com sofrimento mental e em processo de desinstitucionalização.

O método seguiu as etapas da pedagogia psicodramática que tem como enfoque a construção do conhecimento pelo próprio grupo: 1- aquecimento para o tema trabalhado; 2- foco no tema protagônico/principal por meio da ação, dramatização ou coconstrução pelo grupo a partir de métodos que criem vínculo entre a vivência dos participantes e a teoria; 3- compartilhamento sobre o momento vivido pelo grupo; 4- um processamento entre a teoria e a prática (Romaña, 1987). O Quadro 1 apresenta de forma sucinta o caminho metodológico da oficina sobre intersectorialidade e atuação com foco na saúde mental com trabalhadores do SUAS.

Quadro 1: Caminho metodológico da oficina sobre intersectorialidade e atuação com foco na saúde mental com trabalhadores do SUAS

Etapas	Objetivos	Descrição da etapa
Aquecimento inespecífico	Preparar os/as participantes para a convivência e a coconstrução grupal.	Realização de uma atividade corporal e meditação guiada.
Aquecimento específico	Sensibilizar o grupo para o tema central, especialmente sobre o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico grave em processo de desinstitucionalização.	Por meio do aplicativo digital <i>Padlet</i> (Monteiro, 2020), os/as participantes elencaram aspectos dos “usuários que identifico nos serviços em que atuo”. Utilizamos uma consigna em que os/as trabalhadores/as deveriam categorizar os usuários como “fáceis” ou “difíceis”, com base no texto “ <i>Categorizando Usuários ‘Fáceis’ e ‘Difíceis’: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais</i> ”, de Lotta e Pires (2020).
Ação Grupal	Refletir sobre os preconceitos associados às categorizações atribuídas às pessoas atendidas na assistência social. Levantar contribuições do trabalho intersectorial e interdisciplinar para romper barreiras no atendimento a pessoas em sofrimento mental. Construir pontes entre a rede social existente e aquela que consideramos possível para atender, com qualidade, as demandas relacionadas ao	Ação 1 Em subgrupos, os/as participantes trabalharam com trechos do texto de Lotta e Pires (2020). A partir disso, foi construído um painel com a seguinte reflexão: 1. Quais fatores levam profissionais do SUAS a reproduzir as categorizações “fáceis” e “difíceis”? 2- Como a intersectorialidade e interdisciplinariedade podem nos ajudar a romper essas categorizações e atuar na complexidade dos atendimentos Ação 2: Após uma reflexão sobre intersectorialidade e interdisciplinariedade no atendimento às demandas de saúde mental, cada subgrupo recebeu duas folhas de <i>flipchart</i> para desenhar:

	contexto de saúde mental.	- Uma “Rede territorial que temos” e - Uma “Rede ideal para o atendimento com qualidade às demandas de saúde mental”. Após essa etapa, entregamos um trecho de um artigo sobre os emaranhados da rede de Coelho e Conceição (2022) e solicitamos que construísem uma ponte, destacando fatores considerados fundamentais para tornar a rede um espaço que facilite os atendimentos no território e promova vínculos entre os diversos atores, de forma intersetorial e interdisciplinar.
Compartilhamento	Promover a escuta do grupo a partir das experiências vividas e das identificações com o tema.	Realização de uma roda de conversa sobre a construção conjunta e os relatos da experiência vivida.
Processamento	Vincular o aprendizado à experiência vivida	Realização de uma breve síntese, articulando o que foi vivenciado com reflexões teóricas.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026

4.2 Conexões teóricas e práticas realizadas pelas facilitadoras

Ao adentrarmos no campo da análise da experiência vivida neste contexto formativo, tornou-se fundamental realizar uma leitura cuidadosa do território e dos cenários pré-existentes antes da formação. Havia, previamente, uma compreensão de que as assistentes sociais e psicólogas do SUAS estariam, em certa medida, “resistentes” a acolher o público demandante de cuidados em saúde mental, especialmente aqueles vinculados aos processos de desinstitucionalização, uma vez que, em tese, não os reconhecem como pertencentes a esta política.

No entanto, cabe destacar que a Comissão Especial de Psicologia na Assistência Social do CRP/DF é composta também por trabalhadoras do próprio SUAS, que, ao longo da construção da matriz formativa, puderam compartilhar os desafios, as inquietações e os anseios profissionais no que se refere ao atendimento dessa “nova” demanda. Além disso, contribuíram ativamente para a elaboração da matriz e da proposta metodológica, que buscou, sobretudo, sensibilizar essas/esses profissionais para sua participação no processo de desinstitucionalização de sujeitos historicamente marginalizados pelas políticas públicas.

Trazer esse contexto de construção da matriz é essencial, pois ela, em si, possui um caráter formativo, na medida em que possibilita o ajuste de (des)entendimentos entre aquilo que a academia concebe sobre os serviços e o que, de fato, as/os profissionais executam na

prática cotidiana – no chamado “chão de fábrica”, ou, como define Cavalcanti et al³⁰, na “burocracia de nível de rua”.

O primeiro ponto que se mostrou fundamental trabalhar é que, na prática cotidiana, as pessoas em processo de desinstitucionalização já são, em alguma medida, atendidas pelo SUAS. Isso se dá porque vivenciam situações de isolamento, conflitos familiares e comunitários, frequentemente atravessados por violências, discriminações e preconceitos – conforme discutido anteriormente ao tratarmos das desproteções relacionais³².

Difícilmente um trabalhador do SUAS não tenha, em algum momento, atendido pessoas com transtornos mentais e/ou com histórico de passagem pelo sistema prisional. A questão central, no entanto, reside na razão pela qual essas pessoas são atendidas: se o atendimento se dá em função de situações de vulnerabilidade social, não resta dúvida de que seu lugar é no SUAS. Contudo, quando o “carimbo” de “transtorno mental” ou de “uso de substâncias” antecede e se sobrepõe ao de “vulnerabilidade social”, tornam-se evidentes as barreiras de acesso, que se ampliam significativamente para esses sujeitos.

Muitas questões podem estar subjacentes a esse “jogo de empurra-empurra”, no qual pessoas são deslocadas de uma política pública para outra. Uma delas diz respeito ao receio, por parte dos trabalhadores que atuam no atendimento às chamadas vulnerabilidades sociais, de também terem que lidar com os transtornos mentais, o sofrimento psíquico e suas questões associadas. O que essas profissionais e esses profissionais talvez não percebam é que, em alguma medida, já lidam diariamente com essas pessoas, porém sem a formação, os recursos e, muitas vezes, a compreensão necessária para enxergá-las em sua integralidade. Essa integralidade pressupõe reconhecer que as vulnerabilidades sociais, as desproteções relacionais³², o sofrimento psíquico e, em alguns casos, o envolvimento com atos infracionais não são dimensões separadas, mas, sim, faces de uma mesma moeda, atravessadas por processos de exclusão, estigmatização e negligência das políticas públicas. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de olhar de forma mais ampla e complexa para as inseguranças socioassistenciais e como elas atravessam e são atravessadas pelas questões de saúde mental. Ademais, esse (des)caminho das demandas em uma lógica intersetorial fragilizada, nos aponta a necessidade de processos de educação permanente que abordem a integralidade das pessoas que atendemos nas políticas sociais.

Podemos, portanto, considerar que essa “resistência” manifestada pelas/os profissionais podem ser, em grande medida, compreendida como uma desconfiança relacionada à precarização dos serviços, sejam eles da saúde ou da assistência social, destinados ao atendimento da população em situação de maior vulnerabilidade. Nos relatos, a

percepção acerca da precarização da rede de atendimento – tanto no âmbito do SUAS quanto da RAPS – é constante e recorrente. Além disso, há ainda um adoecimento de diversas/os profissionais diante da falta de condições plenas de atendimento e de espaços de escuta e qualificação³³. Nessa perspectiva, instrumentos normativos, como a Resolução CNAS/MDS nº 166, de 2024, surgem, muitas vezes, como tentativas de “proteger” uma política da outra, deslocando o foco do debate. Assim, o problema parece recair sobre as pessoas que acessam os serviços – como se fossem elas a origem do impasse –, quando, na realidade, o que está na base dessa tensão é a desigualdade social estrutural, que compromete profundamente as possibilidades de existência humana com dignidade e o pleno acesso aos direitos.

No entanto, ao refletirmos e construirmos possibilidades de articulação entre as redes de atendimento, o que se observa é que a tomada de consciência acerca das condições e dos desafios enfrentados por cada setor pode se tornar uma ponte para o fortalecimento dos vínculos e para a efetivação da proteção social. É verdade que é necessário cautela para que um setor não assuma o papel do outro, nem caia no “canto da sereia”, como alertam Amorim e Teixeira³⁴, que seduz pela superficialidade e impede uma visão crítica sobre os efeitos do projeto neoliberal de desmonte do Estado e de desmantelamento das políticas públicas.

Contudo, quando a centralidade do cuidado está na comunidade e no sujeito, os limites institucionais entre as políticas tendem a se tornar menos rígidos, favorecendo, assim, uma atuação em rede que seja, de fato, articulada, corresponsável e comprometida com a garantia de direitos.

Daí emerge a necessidade desta formação – não no sentido de apresentar uma novidade às psicólogas e assistentes sociais do SUAS em relação ao tema, mas, sobretudo, de reconhecer aquilo que já é realizado com os recursos disponíveis e de refletir sobre o que ainda precisamos aprender para qualificar nossa prática. Trata-se de uma formação que não se limita à dimensão técnica ou à ação imediata no atendimento às pessoas, mas que se orienta, principalmente, pela compreensão do que constitui o cerne da Política de Assistência Social: a promoção da convivência, o fortalecimento de vínculos, a construção de redes, a garantia de direitos e o acolhimento – pilares fundamentais na construção da tão almejada Proteção Social.

Não se trata apenas de apresentar conceitos, mas, sobretudo, de construir metodologias capazes de garantir que os objetivos de qualquer processo formativo, no campo das políticas públicas voltadas ao atendimento da população em situação de vulnerabilidade e/ou em sofrimento psíquico, incorporem “pitadas de insurgências nesse processo antinômico”, resistindo ao conformismo. Que sejam, portanto, capazes de transformar as políticas sociais –

enquanto arenas de disputa entre projetos societários – em espaços que, como resultado dessas controvérsias, promovam mudanças concretas no reconhecimento e na garantia da cidadania. Assim, essas políticas se tornam pontes reais, capazes de viabilizar a construção de um novo projeto social coletivo e de uma sociedade, de fato, igualitária³⁵. Nesse sentido, o percurso metodológico adotado para alcançar o objetivo proposto partiu do entendimento de que a oficina deveria ocorrer em formato vivencial, conforme descrito na Tabela 1, possibilitando que as trocas se estabelecessem de forma horizontal, e não a partir de uma lógica verticalizada, na qual alguém se posiciona no lugar de quem detém o saber para dizer aos outros o que deve ser feito.

A partir dessas trocas, as/os participantes apresentaram a perspectiva da rede real da qual fazem parte, caracterizando-a como: fragmentada; centrada na responsabilização do indivíduo; com oferta limitada de serviços e, portanto, sobrecarregada; marcada por jogos de “empurra-empurra”; atravessada por questões sociopolíticas; restrita, sem a participação efetiva de todas as instituições relevantes do território; e afetada por alta rotatividade de profissionais, o que compromete a formação de vínculos. Nota-se que os desafios apontados não são atribuíveis a uma política específica, mas refletem os efeitos de um projeto neoliberal de sociedade, que fragiliza os investimentos nas redes de serviços e nas instituições públicas – justamente aquelas cuja função precípua deveria ser a garantia dos direitos da população em situação de vulnerabilidade, seja em razão da pobreza, seja em decorrência do sofrimento mental³⁵.

Mas nem só de desafios vivem as/os trabalhadoras/es – há também sonhos e perspectivas de transformação. A oficina evidenciou a necessidade de construção de uma rede caracterizada por: oferta adequada de serviços tipificados; participação efetiva de trabalhadores, usuários e comunidade; cuidado compartilhado, com foco na qualidade e não na quantidade; práticas emancipatórias; integração entre serviços; rede equipada, com infraestrutura e profissionais suficientes para atender às demandas; formação técnica para os diferentes níveis de gestão; comprometimento permanente das gestões; vínculos consolidados entre profissionais e usuários; reconhecimento do sujeito em sua integralidade; e fortalecimento do usuário, para que este desenvolva todo o seu potencial. Por fim – e não menos importante –, apontou-se como fundamental a existência de um CAPS funcionando com equipe completa, articulado a uma retaguarda de residências terapêuticas em todas as regiões administrativas da cidade. Uma rede que, quando bem estruturada e sustentada por práticas colaborativas e construções horizontais, amplia, de forma significativa, as possibilidades de enfrentamento das iniquidades em saúde⁷.

5 CONCLUSÃO

Algumas percepções sobre a intersectorialidade e o atendimento a pessoas em sofrimento mental, compartilhadas na oficina formativa, revelam que um processo formativo não deve se restringir à mera aquisição de conhecimentos técnicos, mas precisa, fundamentalmente, promover uma tomada de consciência crítica sobre uma realidade marcada pela precarização, pelas desigualdades e pelas iniquidades. Assim como em um bom processo terapêutico, é necessário, antes de tudo, reconhecer a dureza dessa realidade para que qualquer possibilidade de mudança possa, de fato, ser construída. Nesse sentido, a proposta formativa que aqui apresentamos constitui, simultaneamente, um espaço de formação, de acolhimento e de construção de novas perspectivas, sustentada pelo compromisso ético-político com uma sociedade mais justa, na qual todas as pessoas tenham o direito de existir e de viver com dignidade.

Nessa perspectiva, avaliamos, ainda, que foi fundamental compreender como a temática se vincula às seguranças socioassistenciais garantidas pelo SUAS e à necessidade de um processo contínuo de educação permanente, como condição indispensável para assegurar o acolhimento qualificado e a ampliação de vivências e convivências protetivas. Reafirmamos, portanto, a centralidade do trabalho social na construção de redes efetivas de cuidado, capazes de enfrentar as vulnerabilidades e fortalecer os vínculos, contribuindo para a efetivação da proteção social como direito e como prática cotidiana.

Ao final desse percurso, compreendemos que a formação não se limita a instrumentalizar tecnicamente profissionais, mas busca, sobretudo, fortalecer vínculos, fomentar práticas colaborativas e ampliar o olhar para a integralidade dos sujeitos. As reflexões construídas mostram que a atuação em rede – quando sustentada pela horizontalidade, pelo cuidado compartilhado e pela corresponsabilidade – se apresenta como caminho possível para o enfrentamento das desigualdades e para a efetivação da proteção social. Portanto, mais do que um processo de formação, entendemos este percurso como uma aposta na potência coletiva, na construção de redes vivas e na defesa intransigente dos direitos, como resistência ao projeto neoliberal que tenta, cotidianamente, inviabilizar a vida de quem historicamente já se encontra à margem.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, Talila Arrais; TEIXEIRA, Solange Maria. A gestão em redes no contexto neoliberal: o exemplo da política de assistência social brasileira. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 21, n. 1, p. 21–39, 2017. <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v21n1p21-39>. Acesso em: 19 abr. 2025.
2. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social. Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos. 2017. http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf
3. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Secretaria Nacional de Assistência Social. 2004. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 13, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
6. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CapacitaSuas SUAS: configurando os eixos de mudança. v. 1. Brasília: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.
7. CAVALCANTI, Sérgio; LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. In: PIRES, Roberto Rocha Coelho; LOTTA, Gabriela Spanghero; OLIVEIRA, Vanessa Elias de (orgs.). Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas. Brasília: Ipea; Enap, 2018. p. 227–246.
8. COELHO, Acileide Cristiane Fernandes; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A rede de proteção de crianças e suas famílias: identificando emaranhados e tecendo possibilidades de atuação. In: Luciana Martins Quixadá, Jaileila de Araújo Menez. (Org.). Infância em territórios de (in)segurança: narrativas compartilhadas com criança. 1ed. Fortaleza - CE: Editora da UE, 2022, v. 1, p. 34-53.
9. COELHO, Acileide Cristiane Fernandes; BRITO, Daiana Silva; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. Desproteções relacionais: percepções e atuações de profissionais do SUAS com foco em convivências protetivas. *Boletim de Conjuntura*, v. 17, p. 499-528. 2024. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10595259>
10. COELHO, Acileide Cristiane Fernandes. ConViver: grupos de convivência protetiva para crianças, adolescentes e suas famílias [Tese de doutorado]. Universidade de Brasília, 2024.
11. CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. RESOLUÇÃO CNAS/MDS Nº 166, DE 18 DE SETEMBRO DE 2024. <https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-cnas-mds-n-166-de-18-de-setembro-de-2024>
12. COSTA, Pedro Henrique Antunes; FARIA, Nicole Costa. “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4), e310412. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>

13. FLEURY, Sônia. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração em Diálogo*, v. 7. N. 1. 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/671>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
14. GUIMARÃES, Ana Paula Dias, OLIVEIRA, Helian.; SILVA, Jandira Maciel da (2020). Violência relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador: sofrimento anunciado no Sistema Único de Assistência Social. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 30(2), e300224. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300224>
15. LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Categorizando Usuários “Fáceis” e “Difíceis”: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais. *Dados*, 63(4), e20190112. 2020. <https://doi.org/10.1590/dados.2020.63.4.219>
16. MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. In: LACERDA JÚNIOR, F. (Org.). *Crítica e libertação na Psicologia: Estudos psicossociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 2017. p. 251-270.
17. MARTINS, José Lucas; LOPES, Luís Fernando. Pedagogia psicodramática: humanismo e inovação no ensino e na aprendizagem. *Dialogia*, [S. l.], n. 48, p. e23926, 2024. DOI: 10.5585/48.2024.23926. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/dialogia/article/view/23926>. Acesso em: 29 abr. 2025.
18. MILANESE, Elisabete. *Tratamento comunitário: manual de trabalho, conceitos e práticas*. 2. ed. São Paulo: Instituto Empodera, 2012.
19. MONTEIRO, J. C. S. PADLET: um novo modelo de organização de conteúdo hipertextual. *Revista Encantar*, v. 2, p. 01-11, 17, 2020. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/encantar/article/view/9077>.
20. MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; & ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77. 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.
21. NOVAIS, Tatiana Novais; LOPES, Everardo Aguiar de; JESUS, Marcelo Souza de; SILVA, Waldir Campelo da; CARLOS, Ludymilla Anderson Santiago. Co-criando métodos colaborativos para construção de ambientes sociais mais autônomos e horizontais. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 188–197, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41853>. Acesso em: 15 jul. 2021.
22. OKA BARRETO, Clara Parente; COSTA, Pedro Henrique Antunes. Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 14, n. 40, p. 01–29, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>. Acesso em: 19 abr. 2025.
23. PRADO, Níli Maria B.L., AQUINO, Rosana, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo., SANTOS, Hebert Luan P. C dos., MEDINA, Maria Guadalupe. (2022). Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: um ensaio teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 593-602.
24. ROMAÑA, M. A. *Psicodrama pedagógico: método educacional psicodramático*. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 1987.
25. ROVERE, Mario Roberto. *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.
26. SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. Sawaia (Ed.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Vozes, 1999.
27. SPOSATI, Aldaiza. Suas e trabalho profissional: Frágeis gritos e muitos sussurros. *Textos & Contextos*, 20(1), e39301. 2021. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.39301>
28. TORRES, Abigail Silvestre. *Convívio, convivência e proteção social: entre relações, reconhecimentos e políticas públicas*. 2016. Ed. Veras.

29. TORRES, Abigail Silvestre; FERREIRA Stela da Silva. Trabalho Profissional: Responsabilidade de Proteção Nos Serviços Socioassistenciais. 2019. O Social em Questão
<https://www.redalyc.org/journal/5522/552264344013/html/>