

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

MARINA LEANDRINI DE OLIVEIRA

Qual é a “SUAS”? A terapia ocupacional e o Sistema Único de  
Assistência Social

SÃO CARLOS -SP  
2020

MARINA LEANDRINI DE OLIVEIRA

Qual é a “SUAS”? A terapia ocupacional e o Sistema Único de Assistência Social

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos como um dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional

Linha de Pesquisa: Redes Sociais e Vulnerabilidades.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano.

São Carlos-SP  
2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Marina Leandrini de Oliveira, realizada em 19/02/2020:

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano  
UFSCar

PI Profa. Dra. Maria Carmelita Yazbek  
PUC-SP

PI Profa. Dra. Marta Carvalho de Almeida  
USP

Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes  
UFSCar

PI Profa. Dra. Samira Lima da Costa  
UFRJ

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Maria Carmelita Yazbek, Marta Carvalho de Almeida, Samira Lima da Costa e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano

*Às/aos terapeutas ocupacionais e  
demais atores da política de assistência social*

*Com admiração, respeito e gratidão*

## AGRADECIMENTOS

*Gratidão à vida e às oportunidades!* Considero a elaboração desta tese como uma das oportunidades mais marcantes em meu percurso profissional. Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram e tornaram possível a construção da pesquisa, pois sem dúvida ela é produto de um trabalho coletivo. Agradeço especialmente a vocês, que busquei nomear a seguir, por além de possível, terem tornado este processo cheio de afeto e de vida.

A Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano, que me orientou nesta travessia, agradeço pela confiança, acolhimento, presença e convivência, pelos direcionamentos sempre próximos, atentos e sensíveis, por tantos ensinamentos. Vejo as partilhas, orientações e cuidados como exemplos para seguir.

Agradeço a cada um(a) dos(as) terapeutas ocupacionais que dedicou seu tempo e dividiu suas histórias, colaborando com o estudo. Obrigada por fazerem deste projeto uma realização possível!

A Profa. Dra. Marta e a Profa. Dra. Roseli agradeço pela gentil disponibilidade nos consistentes apoios, em diferentes momentos no desenvolvimento da tese, em especial nos compartilhamentos de conhecimentos e experiências. Sou muito grata por ter contado com a presença de vocês como professoras, colegas de profissão e referências em meus estudos, reflexões e práticas.

Agradeço as professoras que compuseram a comissão avaliadora do exame de defesa, disponibilizando o tempo e cuidado para leitura do texto, Profa. Dra. Maria Carmelita, Profa. Dra. Marta, Profa. Dra. Roseli, Profa. Dra. Samira.

Agradeço a meus pais José Alexandre e Maria de Lourdes por tudo que posso ser, fazer e sonhar hoje. Obrigada pela dedicação desmedida em amor e pelas escolhas que fizeram para si e que me permitiram vivenciar os meus próprios caminhos. Tenho em vocês a base que precisei para concluir esta etapa e a necessária para querer sempre seguir.

A minha irmã Ana Lígia, por quem meu amor transborda, agradeço por se fazer presente e ser minha principal inspiração nesta caminhada. Sou muito grata pela paciência e generosidade como compartilha e me ensina outras formas de ver/estar no mundo. Obrigada pelos constantes apoios subjetivos e concretos, pelas leituras, conversas, ideias durante esta fase e tantas outras que recorri (e sempre recorrerei) a você em sua sensibilidade, dedicação e amor mais genuíno.

Agradeço ao Vô Zé (*in memoriam*), Vó Zilda (*in memoriam*) e tia Mazinha (*in memoriam*) por tanto. Pela memória que os fazem presentes em cada dia que penso e reaprendo com as histórias que vivemos. Este estudo fica ainda mais cheio de sentido quando compreendo de onde vêm minhas inspirações.

Ao Bruno, agradeço por ter sido meu companheiro e ter abraçado esta pesquisa e todo o universo que ela envolve, junto comigo. Agradeço muito por me acompanhar de perto neste percurso, o tornando mais bonito, leve e amoroso. Obrigada pela convivência, cuidado, paciência, pelas leituras, pelos contrapontos, planilhas, chocolates e todos os outros apoios incondicionais no decorrer da pesquisa.

Agradeço ao companheirismo e alegria da Tuca, Pingú e Johnny que fizeram toda a diferença para um processo de construção mais afetivo.

As amadas amigas Paula Cardoso, Grasielle Tavares, Beatriz Girão, Cláudia Monteiro e Luísa Loureiro, verdadeiros presentes que dão mais vida, sentido e presença para meus fazeres cotidianos como terapeuta ocupacional e como pessoa. Agradeço muito pelos sonhos, projetos, criações e histórias que vivemos juntas, que me nutriram para desejar esta tese e me fortalecem para todos os demais trabalhos que temos pela frente.

Aos amigos da nossa querida, afetiva e divertida linha três: Clô, Dani Dahdah, Jacque, Sofia, Rodrigo, Rafa, Vivi, Belle, Debora, Otávio, Ana, Claudinha e Lays. Agradeço por fazerem a mais deliciosa das experiências de pós-graduação que poderia imaginar. Com vocês, São Carlos se tornou morada no meu coração.

A Clô, agradeço especialmente pelo acolhimento amoroso em sua casa, desde o primeiro dia de aula no PPGTO, e pelo conforto em momentos delicados desta jornada. Também à Vivi, por compartilhar o amor pelas suculentas e pelas incansáveis e dedicadas traduções.

As queridas companheiras Roberta Justel, Giovana Morato, Marina Jorge e Lívia Pan, agradeço por poder contar com vocês durante todos estes anos, pela oportunidade de dividir momentos de escrita, estudo, conversas e cafés, sempre com muito afeto e leveza. Obrigada pela amizade que extrapola em muito os limites da vida acadêmica.

Agradeço as amigas da pós, companheiras em disciplinas e tantos outros espaços que possibilitaram reflexões, trocas e apoios tão importantes: Isa Cardinalli, Pamela Bianchi, Bia Rocha, Marina Pastore e Marina Batista.

Agradeço, com muito carinho à Raquel, Elis e Suzana, mulheres encantadoras que a trajetória são-carlense me trouxe. Sou grata pelo encontro mágico que nos fez rapidamente amigas, cheias de afinidades e estima. Obrigada pela disponibilidade e pelos cuidados de sempre com os meus processos na pós-graduação e na vida.

A Cecília agradeço pelas escutas, reflexões e suportes essenciais ao longo da tese.

Agradeço ao Antônio pela leitura atenciosa do texto, por se envolver, ajudando nas idas e vindas do meu “empoderamento” em relação ao trabalho.

As professoras do Departamento de Terapia Ocupacional e PPGTO/UFSCar agradeço imensamente pelos ensinamentos e particularmente pelo acolhimento nestes quatro anos do doutorado.

Institucionalmente, agradeço a UFTM, em especial ao Departamento de Terapia Ocupacional, que possibilitou minha dedicação para o doutoramento; ao PPGTO pelo esforço ímpar na produção de conhecimento em terapia ocupacional no país e a CAPES pelo apoio ao Programa.

*Sonhar não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação da forma histórico-social de estar sendo de mulheres e homens. Faz parte da natureza humana que, dentro da história, se acha em permanente processo de tornar-se. Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter no sonho também um motor da história. Não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança (Paulo Freire. Pedagogia da Esperança, 1997, p. 47).*

## RESUMO

A assistência social foi constituída na busca para evitar rupturas no tecido social, preservando a contraditória lógica capitalista, delineando uma história marcada pelo assistencialismo, filantropia e voluntarismo como orientações principais, em um longo processo até o seu reconhecimento como direito. Os caminhos do Brasil em relação à composição da assistência social como área pública de intervenção estatal culminaram com a recente organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005. Durante a sua implementação, por meio da Resolução nº. 17 de 2011, do Conselho Nacional de Assistência Social, oficializou-se a possibilidade de inserção do terapeuta ocupacional como parte da equipe e da gestão, realizando o reconhecimento de tais profissionais ali inseridos. Tendo em vista a recente formalização da categoria e a ausência de dados compilados nacionalmente sobre o ingresso profissional e atuação no setor, objetivou-se, por meio deste estudo, identificar, descrever e analisar as características da inserção profissional e as práticas desenvolvidas por terapeutas ocupacionais em unidades socioassistenciais que compõem a rede SUAS. Para tanto, organizou-se os procedimentos metodológicos em duas etapas: uma relacionada ao levantamento do número dos profissionais atuantes no SUAS e outra voltada à descrição e análise de sua inserção e práticas, com a segunda estruturada em três partes, a saber: 1) *Questionários online* – após a realização da Etapa I, quando foram identificados 1.323 terapeutas ocupacionais com vínculo na assistência social em 2016, houve o contato através de ligações telefônicas, com o intuito de fazer o convite a participar do estudo, respondendo ao questionário *online*. Obteve-se 242 preenchimentos. 2) *Entrevistas* – foram entrevistados dez dos colaboradores respondentes e as entrevistas foram gravadas e transcritas. 3) *Visitas* – foram feitas quatro visitas em unidades socioassistenciais (durante cinco dias em cada local), para observação das práticas de terapeutas ocupacionais, registrando-as em diários de campo. Os resultados oriundos das diferentes etapas forneceram o conjunto de informações acerca dos profissionais em relação à sua inserção (região do país, unidade, vínculo, função, carga horária, escolaridade e formação profissional) e práticas desenvolvidas (objetivos das intervenções, tipos de atendimentos/acompanhamentos, recursos e atividades utilizados, entre outros). Associando os dados àqueles disponibilizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social em 2017, constatou-se que os terapeutas ocupacionais na assistência social são predominantemente do gênero feminino (n=93%), estão na região Sudeste (n=60%), atuam em Centros Dia (n=53%), com vínculo empregatício celetista (n=50%) e com carga horária de trabalho de 30 horas/semana (n=30%). Sobre as informações de caráter qualitativo, observou-se que desenvolvem intervenções variadas, respeitando as particularidades das diferentes unidades, tais como: acolhimentos, grupos/oficinas, acompanhamentos individuais, familiares, visitas domiciliares e articulação em rede intersetorial. Identificou-se que tais atuações ocorrem no/com os cotidianos, voltadas à ampliação das redes sociais de suporte dos usuários, nos níveis primário e secundário, tecendo caminhos para contribuir com a proteção social. Assim, conclui-se que os terapeutas ocupacionais se inserem no SUAS como trabalhadores da política de assistência social e contribuem para responder às demandas do setor e às necessidades da população, no sentido de favorecer a promoção da proteção social.

**Palavras chave:** Terapia Ocupacional Social. Política Social. Prática Profissional. Sistema Único de Assistência Social.



## ABSTRACT

Social assistance was established as a field that sought to avoid disruption of the social fabric, thus preserving the contradictory capitalist logic, in addition to outlining a history marked by welfarism, philanthropy and volunteerism as main guidelines, in a long process until its recognition as a right. In Brazil, the paths towards the composition of social assistance as a public policy of State intervention culminated in the recent organization of the Unified Social Assistance System (SUAS) in 2005. During its implementation, which occurred by means of Resolution no. 17, 2011, of the National Council on Social Assistance, the possibility of insertion of occupational therapists as part of the team and management of SUAS was made official, and such professionals were recognized. In view of the recent officialization of this category and the absence of nationally compiled data on professional insertion and practice in the sector, this study aimed to identify, describe and analyze the characteristics of professional insertion and the practices developed by occupational therapists in the social assistance units that compose the SUAS network. To this end, the methodological procedures were organized in two stages: one associated with a survey of the number of professionals working in the SUAS and another focused on the description and analysis of their insertion and practices, with the latter structured in three parts, as follows: 1) *Online questionnaires* – after completion of Stage I, when 1323 occupational therapists linked to social assistance were identified in 2016, professionals were contacted by telephone and invited to participate in the study by responding to the online questionnaire, and 242 forms were obtained; 2) *Interviews* – ten of these respondents were interviewed, and the interviews were recorded and transcribed; 3) *Visits* – four 5-day visits were made to social assistance units to observe the practices of occupational therapists, which were recorded in field diaries. Results from the different stages provided a set of information on the professionals regarding their insertion (region of the country, social assistance unit, employment bond, function, workload, schooling, and professional training) and developed practices (objectives of the interventions, types of assistance/follow-up, resources and activities used, among others). Association of these data with those made available by the Brazilian Ministry of Social Development in 2017 revealed that occupational therapists working in social assistance are predominantly female (n=93%), practice in the Southeast region (n=60%), in outpatient clinics (n=53%), with official employment bond (n=50%), and a 30-hour weekly workload (n=30%). As for qualitative data, these professionals develop various interventions, according to the particularities of the different units, namely, reception, workshops, individual and family follow-ups, home visits, and intersectoral network articulation. It was identified that such practices occur according in/with everyday lives, and are aimed at expanding the social support networks of users at the primary and secondary levels, paving ways to contribute to social protection. In conclusion, occupational therapists are linked to the SUAS as practitioners within the social assistance policy, and contribute to meeting to the demands of the sector and the needs of the population, in order to foster promotion of social protection.

**Keywords:** Social Occupational Therapy; Social Policy; Professional Practice; Unified Social Assistance System

## RESUMEN

La asistencia social fue constituida como un campo que busco evitar rupturas del tejido social, preservando la contradictoria lógica capitalista, además delinea una historia marcada por el asistencialismo, la filantropía y el voluntarismo como orientaciones principales, en un largo proceso para su reconocimiento como derecho. Os caminos de Brasil para la composición de la asistencia social como un área pública de intervención estatal culminaron en la reciente organización del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) en el 2005. Durante el proceso de implementación del Sistema, por medio de la Resolución no. 17 de 2011, del Consejo Nacional de Asistencia Social, hubo el reconocimiento de los profesionales que estaban inseridos en el SUAS, el cual oficializo la posibilidad de inserción del terapeuta ocupacional como parte del equipo y de la gestión. Teniendo presente esta reciente formalización de la categoría profesional en el área y la ausencia de datos compilados nacionalmente sobre la inserción y las prácticas en el sector, el presente estudio tuvo como objetivo identificar, describir y analizar las características de la inserción y las prácticas desarrolladas por terapeutas ocupacionales en las unidades socio-asistenciales que componen la red SUAS. Para ello, se organizaron los procedimientos metodológicos en dos etapas: una relacionada con el levantamiento del número de profesionales actuantes en el SUAS y otra enfocada hacia la descripción y análisis de su inserción y prácticas. Esta segunda etapa se estructuró en tres partes para la recolección de los datos a saber: 1) *Cuestionarios Online* - después de la Etapa I, cuando identificaron 1.323 terapeutas ocupacionales con vínculo en la asistencia social en el 2016, fueron realizadas llamadas telefónicas buscando contactar los profesionales e invitarlos a participar del estudio respondiendo al cuestionario *online*. Se obtuvo 242 cuestionarios respondidos. 2) *Entrevistas* - fueron entrevistados diez de los colaboradores que respondieron el cuestionario. Esas entrevistas fueron grabadas y transcritas. 3) *Visitas* - fueron realizadas cuatro visitas en las unidades socio-asistenciales (durante cinco días en cada local), para la observación de las prácticas de terapeutas ocupacionales, registrándolas en diarios de campo. Los resultados oriundos de las diferentes etapas fornecieron un conjunto de informaciones acerca de los profesionales en relación a su inserción (región del país, unidad, vínculo, función, carga horaria, escolaridad, formación profesional) y prácticas desarrolladas (objetivos de las intervenciones, tipos de atendimientos/acompañamientos, recursos y actividades utilizadas, entre otros). Asociando los datos disponibilidades por el Ministerio de Desarrollo Social en el 2017, se constató que los terapeutas ocupacionales en la asistencia social son predominantemente de género femenino (n=93%), están en la región Sudeste (n=60%), actúan en los Centros día (n=53%), con un vínculo laboral pautado en la Consolidación de las Leyes de Trabajo brasileras (CLT) (n=50%) y con carga horaria de trabajo de 30 horas por semana (n=30%). Sobre las informaciones con característica cualitativa, se observó que los profesionales desarrollan intervenciones variadas, respetando las particularidades de las diferentes unidades tales como: Recibimiento, grupos/talleres, acompañamientos individuales, familiares, visitas domiciliarias, articulación en red intersectorial. Se identificó que las actuaciones profesionales se dan en el/ con el cotidiano, con mira a la ampliación de las redes sociales de soporte de los usuarios, en los niveles primario y secundario, tejiendo caminos para contribuir con la protección social. De esta forma, se concluye que los terapeutas ocupacionales se insieren en el SUAS como trabajadores de la política de la asistencia social y contribuyen para responder a las demandas del sector y a las necesidades de la población, en el sentido de favorecer la promoción de la protección social.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional. Política Social. Práctica Profesional. Sistema Único de Asistencia Social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Síntese de características da sociedade francesa que foram cenário para a organização da assistência social naquele contexto .....	57
Figura 2 – Linha do tempo de alguns dos marcos para o estudo da assistência social no Brasil até a constituição do SUAS .....	92
Figura 3 – Contextos e subáreas na terapia ocupacional .....	110
Figura 4 – Terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS, por município, de acordo com dados do Censo SUAS de 2017.....	134
Figura 5 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no CRAS.....	166
Figura 6 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no Centro de Convivência.....	172
Figura 7 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no CREAS.....	178
Figura 8 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no Centro Pop.....	184
Figura 9 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no Centro Dia.....	189
Figura 10 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos na Unidade de Acolhimento.....	197
Figura 11 – Organograma do CREAS visitado.....	233
Figura 12 – Organograma do Centro Pop visitado .....	239
Figura 13 – Organograma do CRAS visitado.....	245
Figura 14 – Organograma do Centro Dia visitado.....	251

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS por regiões do país, considerando as informações das unidades socioassistenciais disponíveis no Censo SUAS de cada ano, durante período considerado (2011-2017) .....	141
Gráfico 2 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no CRAS....	168
Gráfico 3 – Tipos de acompanhamento desenvolvidos pelas profissionais no Centro de Convivência .....	174
Gráfico 4 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no CREAS..	180
Gráfico 5 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no Centro Pop.....	185
Gráfico 6 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no Centro Dia .....	191
Gráfico 7 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais na Unidade de Acolhimento.....	200

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese sobre o nível de proteção, unidades e serviços de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais .....	101
Quadro 2 – Síntese dos procedimentos realizados no estudo .....	120
Quadro 3 – Caracterização dos terapeutas ocupacionais entrevistados .....	132
Quadro 4 – Indicação das terapeutas ocupacionais acompanhadas nas unidades .....	134
Quadro 5 – Instituição de Ensino Superior (IES) que as terapeutas ocupacionais colaboradoras se graduaram (questionários <i>online</i> ) .....	156
Quadro 6 – Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no CRAS.....	169
Quadro 7 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no CRAS.....	171
Quadro 8 – Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no Centro de Convivência.....	175
Quadro 9 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no Centro de Convivência.....	176
Quadro 10 – Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no CREAS.....	182
Quadro 11 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no CREAS.....	183
Quadro 12 – Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no Centro Pop.....	186
Quadro 13 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no Centro Pop.....	187
Quadro 14 – Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no Centro Dia.....	193
Quadro 15 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no Centro Dia.....	194
Quadro 16 – Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam na Unidade de Acolhimento.....	203
Quadro 17 – Seleção de relatos para ilustrar atuação na Unidade de Acolhimento.....	204
Quadro 18 – Caracterização das terapeutas ocupacionais entrevistadas, em relação à idade, unidade e região em que atuam.....	209
Quadro 19 – Caracterização das terapeutas ocupacionais entrevistadas em relação à	

carga horária, função no trabalho, vínculo empregatício, tempo de formação e tempo na unidade atual .....	209
Quadro 20 – Características de formação das terapeutas ocupacionais entrevistadas.....	210
Quadro 21 – Síntese do percurso profissional das entrevistadas até o ingresso na assistência social.....	217
Quadro 22 – Narrativas das colaboradoras entrevistadas em relação à sua inserção na assistência social.....	219
Quadro 23 – Atividades que compõem a rotina de trabalho das terapeutas ocupacionais entrevistadas.....	222
Quadro 24 – Relação dos locais visitados e os respectivos nomes fictícios adotados para as terapeutas ocupacionais colaboradoras.....	232
Quadro 25 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no CREAS.....	235
Quadro 26 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no Centro Pop.....	241
Quadro 27 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no CRAS.....	247
Quadro 28 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no Centro Dia.....	253
Quadro 29 – Descrição sobre as formas de acesso ao SUAS, de acordo com as unidades e serviços socioassistenciais. ....	277

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese dos contatos realizados com terapeutas ocupacionais .....	127
Tabela 2 – Síntese dos contatos realizados com terapeutas ocupacionais II .....	127
Tabela 3 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS por unidades socioassistenciais (2011-2017) .....	139
Tabela 4 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS por regiões do país (2011-2017) .....	140
Tabela 5 – Distribuição do número total de unidades vinculadas à assistência social por região do país (2016/2017) .....	141
Tabela 6 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS: proporção por unidades socioassistenciais (2016) .....	143
Tabela 7 – Terapeutas ocupacionais no SUAS por vínculo empregatício (2011 – 2017)...	147
Tabela 8 – Terapeutas ocupacionais no SUAS por função exercida (2011 – 2017) .....	150
Tabela 9 – Características das colaboradoras que responderam os questionários <i>online</i> ....	154
Tabela 10 – Sobre a formação graduada e pós-graduação das colaboradoras que responderam os questionários <i>online</i> .....	155
Tabela 11 – Formação para atuar no SUAS, durante e após a graduação das colaboradoras (questionários <i>online</i> ) .....	158
Tabela 12 – Inserção profissional no SUAS, de acordo com unidade, região e tempo de atuação das colaboradoras que responderam os questionários <i>online</i> .....	159
Tabela 13 – Inserção profissional no SUAS, de acordo com unidade, região e tempo de atuação das colaboradoras que responderam os questionários <i>online</i> .....	160
Tabela 14 – Percurso profissional das colaboradoras que responderam os questionários <i>online</i> .....	162
Tabela 15 – Interesse das colaboradoras que responderam o questionário <i>online</i> em atuar na assistência social.....	163

## **LISTA DE SIGLAS**

ABA – Applied Behavior Analysis

ABRATO – Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AMA – Associação de Amigos dos Autistas

AOTA – Associação Americana de Terapia Ocupacional

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ART – Atividades e Recursos Terapêuticos

AVD – Atividade de Vida Diária

AVP – Atividade de Vida Prática

BNH – Banco Nacional de Habitação

BPC – Benefício de Prestação Continuada

BSM – Brasil sem Miséria

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEME – Central de Medicamentos

CENTRO POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIEE – Centro de Integração Empresa e Escola

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNAS – Conselho Nacional da Assistência Social

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social



CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CRI – Centro de Referência do Idoso

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DGI - Diretor do Departamento de Gestão da Informação

ECA – Estatuto da Criança e adolescente

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FENAPAES – Federação Nacional das APAEs

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FUNABEM – Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

ILIP – Instituição de Longa Permanência para Idosos

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LA – Liberdade Assistida

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MDSA - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário

MIF – Medida de Independência Funcional

NOB – Norma Operacional Básica

NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONG – Organização Não Governamental

OSC – Organização da Sociedade Civil

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAEFI – Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PBF – Programa Bolsa Família

PCF – Programa Criança Feliz

PIA – Plano Individual de Atendimento

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAS – Política Nacional

PPGTO – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

PSB – Proteção Social Básica

PSC – Prestação de Serviços à Comunidade

PSE – Proteção Social Especial

PUC – Pontifícia Universidade Católica

RENETO – Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional

SAGI – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SECA – Secretaria da Criança e do Adolescente

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SESC – Serviço Social do Comércio

SESI – Serviço Social da Indústria

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Terapia Ocupacional

UFBP – Universidade Federal da Paraíba

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UnB – Universidade Federal de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade do Estado de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>23</b>
Para chegar aqui: fragmentos da trajetória .....	24
Contextualizando o estudo: apresentações e aproximações teóricas preliminares .....	26
Apresentando a estrutura que compõe o presente trabalho: como contarei sobre as apreensões deste processo .....	43
<b>1 A CONSTITUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A TERAPIA OCUPACIONAL</b>	<b>45</b>
1.1 CAMINHOS TEÓRICOS: OS APORTES ADOTADOS PARA COMPREENDER A PROTEÇÃO SOCIAL .....	46
1.1.1 As transformações e organizações da sociedade: os contextos que levaram à institucionalização da assistência social .....	46
1.1.2 Organização e institucionalização da assistência social: a constituição de um espaço de desafios e contradições .....	57
1.2 A CONSTITUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL .....	68
1.2.1 O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as bases organizacionais da assistência social no Brasil .....	95
1.2.2 Bases da estrutura organizacional do SUAS .....	98
1.3 O SUAS E A TERAPIA OCUPACIONAL .....	104
1.3.1 A Terapia Ocupacional Social .....	105
1.3.2 A terapia ocupacional na assistência social .....	110
<b>2 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>117</b>
2.1 DESENHO DO ESTUDO .....	118
2.2 PROCEDIMENTOS .....	119
2.2.1 Procedimentos para desenvolver a Etapa I .....	120
2.2.2 Procedimentos para desenvolver a Etapa II .....	122
2.3 OS QUESTIONÁRIOS <i>ONLINE</i> .....	123
2.3.1 Caminhos na identificação, contato e retorno dos questionários online de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS .....	125
2.3.1.1 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os CRAS .....	127
2.3.1.2 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os CREAS .....	128
2.3.1.3 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os Centros Pop .....	129
2.3.1.4 Os terapeutas ocupacionais e o contato com as Unidades de Acolhimento .....	129
2.3.1.5 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os Centros Dia .....	130
2.3.1.6 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os Centros de Convivência .....	130
2.4 AS ENTREVISTAS .....	131
2.5 AS VISITAS .....	132
<b>3 O CENÁRIO DA INSERÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: DADOS OFICIAIS .....</b>	<b>136</b>
3.1 INSERÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO SUAS: LEVANTAMENTO DE DADOS OFICIAIS .....	137
3.1.1 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com as regiões do país e unidades socioassistenciais .....	138
3.1.2 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com gênero dos profissionais .....	143
3.1.3 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com a escolaridade .....	145
3.1.4 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com o vínculo empregatício .....	145
3.1.5 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com a função exercida .....	149
3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS DADOS APRESENTADOS .....	151
<b>4 A INSERÇÃO E AS PRÁTICAS DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO SUAS: DADOS PROVENIENTES DOS QUESTIONÁRIOS ONLINE .....</b>	<b>152</b>
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PROFISSIONAIS E INSERÇÃO NO SUAS .....	153
4.1.1 Considerações gerais sobre as características profissionais e de inserção no SUAS das colaboradoras que responderam ao questionário online .....	163
4.2 ATUAÇÃO DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO SUAS .....	164

<b>4.2.1. A atuação das terapeutas ocupacionais no CRAS</b> .....	165
4.2.1.1 Sobre os objetivos no CRAS .....	165
4.2.1.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no CRAS .....	166
4.2.1.3 Sobre as ações e tipos de acompanhamentos no CRAS .....	167
4.2.1.4 Sobre um dia típico de trabalho no CRAS.....	168
4.2.1.5 Sobre as atividades e recursos utilizados no CRAS .....	168
4.2.1.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no CRAS.....	169
<b>4.2.2 Atuação das terapeutas ocupacionais no Centro de Convivência</b> .....	171
4.2.2.1 Sobre os objetivos no Centro de Convivência .....	171
4.2.2.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no Centro de Convivência .....	173
4.2.2.3 Sobre as ações e tipos de acompanhamento no Centro de Convivência.....	173
4.2.2.4 Sobre um dia típico de trabalho no Centro de Convivência.....	174
4.2.2.5 Sobre as atividades e recursos utilizados no Centro de Convivência .....	175
4.2.2.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no Centro de Convivência.....	175
<b>4.2.3 Atuação das terapeutas ocupacionais no CREAS</b> .....	176
4.2.3.1 Sobre os objetivos no CREAS .....	177
4.2.3.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no CREAS.....	178
4.2.3.3 Sobre as ações e tipos de atendimento no CREAS.....	179
4.2.3.4 Sobre um dia típico de trabalho no CREAS .....	180
4.2.3.5 Sobre as atividades e recursos utilizados no CREAS.....	181
4.2.3.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no CREAS.....	182
<b>4.2.4 Atuação das terapeutas ocupacionais no Centro Pop</b> .....	183
4.2.4.1 Sobre os objetivos no Centro Pop .....	183
4.2.4.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no Centro Pop .....	184
4.2.4.3 Sobre as ações e tipos de acompanhamento do Centro Pop.....	185
4.2.4.4 Sobre um dia típico de trabalho no Centro Pop .....	185
4.2.4.5 Sobre as atividades e os recursos utilizados no Centro Pop.....	186
4.2.4.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no Centro Pop.....	187
<b>4.2.5 Atuação das terapeutas ocupacionais no Centro Dia</b> .....	188
4.2.5.1 Sobre os objetivos no Centro Dia.....	188
4.2.5.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no Centro Dia.....	189
4.2.5.3 Sobre as ações e tipos de atendimento no Centro Dia .....	190
4.2.5.4 Sobre um dia típico de trabalho no Centro Dia.....	191
4.2.5.5 Sobre as atividades e recursos utilizados pelas profissionais no Centro Dia .....	192
4.2.5.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no Centro Dia.....	193
<b>4.2.6 Atuação das terapeutas ocupacionais na Unidade de Acolhimento</b> .....	194
4.2.6.1 Sobre os objetivos na Unidade de Acolhimento .....	195
4.2.6.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática na Unidade de Acolhimento .....	197
4.2.6.3 Sobre as ações na Unidade de Acolhimento .....	198
4.2.6.4 Sobre um dia típico de trabalho na Unidade de Acolhimento.....	200
4.2.6.5 Sobre as atividades e recursos utilizados na Unidade de Acolhimento .....	201
4.2.6.6 Sobre a importância da terapia ocupacional na Unidade de Acolhimento.....	203
<b>4.2.7 Considerações gerais acerca das características das práticas profissionais das colaboradoras que responderam aos questionários online</b> .....	204

## **5 NA APROXIMAÇÃO DAS PRÁTICAS: INFORMAÇÕES PROVENIENTES DAS ENTREVISTAS E DOS ACOMPANHAMENTOS REALIZADOS JUNTO ÀS PROFISSIONAIS .....**

<b>5.1 A TERAPIA OCUPACIONAL NO SUAS: AS ENTREVISTAS</b> .....	208
<b>5.1.1 Caracterização das terapeutas ocupacionais entrevistadas</b> .....	208
<b>5.1.2 Caracterização da formação profissional das terapeutas ocupacionais entrevistadas</b> .....	210
5.1.2.1 Formação profissional.....	210
5.1.2.2 Sugestões/recomendações para a formação profissional .....	215
5.1.2.3 Percurso profissional.....	216
<b>5.1.3 Atuação das terapeutas ocupacionais entrevistadas</b> .....	218
5.1.3.1 A assistência social como possibilidade para terapeutas ocupacionais: sobre as perspectivas de inserção.....	218
5.1.3.2 A assistência social como uma realidade para terapeutas ocupacionais: sobre as práticas das profissionais nas unidades socioassistenciais.....	220

5.1.3.2.1	<i>O acesso à terapia ocupacional no SUAS</i> .....	220
5.1.3.2.2	<i>Identificação de demandas dos usuários das unidades socioassistenciais</i> .....	221
5.1.3.2.3	<i>Rotina de trabalho das terapeutas ocupacionais entrevistadas</i> .....	222
5.1.3.2.4	<i>Atividades/recursos/materiais utilizados pelas terapeutas ocupacionais entrevistadas</i> .....	224
5.1.3.2.5	<i>Acompanhamento e avaliação das ações</i> .....	225
5.1.3.2.6	<i>Elementos que facilitam e que dificultam o trabalho</i> .....	226
5.1.3.3	A assistência social como um setor de práticas para a terapia ocupacional: sobre as especificidades e generalizações .....	228
5.1.4	<b>Considerações gerais sobre a inserção e prática das terapeutas ocupacionais entrevistadas</b> .....	231
5.2	<b>O TERAPEUTA OCUPACIONAL NO SUAS: AS VISITAS</b> .....	232
5.2.1	<b>Vivências junto à terapia ocupacional no CREAS</b> .....	232
5.2.1.1	Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade .....	232
5.2.1.2	Narrativas sobre a observação no CREAS .....	234
5.2.2	<b>Vivências junto à terapeuta ocupacional no Centro Pop</b> .....	238
5.2.2.1	Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade .....	238
5.2.2.2	Narrativas sobre o Centro Pop .....	240
5.2.3	<b>Vivências junto à terapeuta ocupacional no CRAS</b> .....	244
5.2.3.1	Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade .....	244
5.2.3.2	Narrativas sobre o CRAS .....	246
5.2.4	<b>Vivências junto à terapeuta ocupacional no Centro Dia</b> .....	250
5.2.4.1	Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade .....	250
5.2.4.2	Narrativas sobre o Centro Dia .....	252
5.2.5	<b>Considerações gerais acerca das observações das terapeutas ocupacionais</b> .....	256
<b>6</b>	<b>DISCUSSÕES E SÍNTESES ACERCA DA INSERÇÃO E PRÁTICAS DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO SUAS</b> .....	<b>257</b>
6.1	<b>A INSERÇÃO E AS PRÁTICAS DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL: DISCUTINDO AS ATUAÇÕES PROFISSIONAIS</b> .....	<b>258</b>
6.1.1	<b>Sobre a inserção de terapeutas ocupacionais no SUAS</b> .....	<b>259</b>
6.1.2	<b>Sobre o trabalho em ato: práticas de terapeutas ocupacionais na assistência social</b> .....	<b>274</b>
6.1.2.1	As práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS: O que fazem? Como fazem? .....	275
6.1.2.1.1	<i>Acessando a terapia ocupacional no SUAS</i> .....	275
6.1.2.1.2	<i>Primeiros passos: o reconhecimento de demandas dos sujeitos/coletivos/territórios no contexto do SUAS</i> .....	284
6.1.2.1.3	<i>Em ato: as práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS</i> .....	288
	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>303</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>310</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>324</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>347</b>

*Apresentação*

### **Para chegar aqui: fragmentos da trajetória**

Iniciarei o texto compartilhando algumas experiências que contribuíram e impulsionaram a proposição desta pesquisa. Parto do meu encontro com a terapia ocupacional, que foi iniciado quando ingressei na graduação<sup>1</sup> em 2002. Durante o período de formação graduada, por um interesse que emergiu particularmente nos estágios, aproximei-me de estudos e práticas junto à população idosa, com predileção para os processos relacionados à velhice na vida comunitária, especialmente nas ações localizadas nos espaços territoriais<sup>2</sup>. Como continuidade, neste âmbito, busquei desenvolver os estudos em pós-graduação *strictu sensu*, o mestrado, e as práticas profissionais concernentes aos processos da velhice em contexto comunitário.

Desenvolvi o mestrado no Programa Saúde na Comunidade, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP, entre os anos 2008 a 2010, período que considero relevante para o fortalecimento dos meus estudos relacionados à proteção social pública, no que tange à estruturação das políticas sociais no Brasil, especificamente relativas à saúde coletiva. Atuando concomitantemente como terapeuta ocupacional, junto à população idosa em um Centro Integrado de Reabilitação vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), pude vivenciar como profissional algumas das potencialidades e fragilidades do Sistema de Saúde, entendendo como legítimas as lutas e os esforços cotidianos em defesa da sua efetivação e consolidação.

A academia se manteve presente no meu percurso profissional após a formação graduada e se tornou meu próprio espaço de trabalho em 2010, quando ingressei como docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, em regime de dedicação exclusiva. Desde meu ingresso na UFTM as disciplinas pelas quais fui responsável foram relacionadas às intervenções em terapia ocupacional na fase adulta e na velhice (disciplina teórica) e estágios profissionalizantes na mesma área. Destaco que as atividades que me demandavam maior carga horária e conseqüentemente um grande envolvimento profissional eram as práticas/supervisão de estágio, as quais sempre estiveram implicadas com os questionamentos que se transformaram em projetos de pesquisa e extensão. Embora parte do meu percurso

---

<sup>1</sup> Graduação (2002-2007) pelo Centro Universitário Claretiano em Batatais – SP.

<sup>2</sup> Espaços territoriais são aqui referidos como locais onde as pessoas vivem e circulam cotidianamente, composto pelos domicílios, praças, parques, entre outros, em consonância ao conceito de: “delimitação geográfica de uma dada região, ocupada por uma comunidade, incluindo em seu conceito, necessariamente, a constituição histórica local e as relações socioeconômicas e culturais ali desenvolvidas. Nesse espaço, observam-se diferentes formas de vida, de realização de trocas sociais” (LOPES, et al., 2014, p. 602).



profissional tenha sido trilhado por caminhos que me aproximaram de áreas relacionadas à saúde coletiva em contexto territorial; desde 2014, por meio das disciplinas práticas que ministrava na Universidade, desenvolvi ações na área da assistência social, em unidades socioassistenciais, especificamente em Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop e articulações com o Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS.

Estar naqueles espaços de práticas, a partir do envolvimento com a formação de estudantes de terapia ocupacional, despertou em mim a necessidade de retomar o meu próprio processo de formação. A busca por uma contribuição consistente no ensino em terapia ocupacional e as inquietações relacionadas à atuação da categoria profissional na assistência social se materializaram em questões como: quais as práticas que os terapeutas ocupacionais têm realizado no âmbito da assistência social? Onde estão atuando os profissionais inseridos na assistência social? Quais os objetivos almejados por eles? Como tem se constituído seu trabalho? A quais referenciais teóricos os profissionais que estão atuando nesta área recorrem? Assim, o interesse nas discussões da terapia ocupacional na assistência social emergiu como um desejo orientado pela prática docente, bem como pela perspectiva da necessidade de ampliação das reflexões nas Instituições de Ensino Superior (IES), particularmente na UFTM, a qual estou profissionalmente vinculada.

Estes desejos e inquietações sustentaram a procura pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos (PPGTO/UFSCar), com o início efetivo das atividades do doutorado em 2016. Cheguei a São Carlos, naquele período, carregando as questões de pesquisa mencionadas que se desdobraram, a partir da fundamental presença e orientação da Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano, nos objetivos gerais do presente estudo, que são: identificar, descrever e analisar as características da inserção profissional e práticas de terapeutas ocupacionais em unidades socioassistenciais que compõem a rede de serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Ressalto que desde o momento do ingresso no doutorado, até a estruturação do presente texto, fui tecendo a construção de um universo material e imaterial que julgo pertinente mencionar. As experimentações<sup>3</sup> proporcionadas pelo Programa e pela orientação

---

<sup>3</sup> Pautando-se nas reflexões de Jorge Larrosa Bondía, compõe o saber da experiência aquele que “se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece”. “Não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece” (BONDÍA, 2002, p 27). Segundo o autor, “é experiência aquilo que ‘nos passa’, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma” (p. 21).

deste trabalho, pelas leituras e estudos, pelo contato com os terapeutas ocupacionais colaboradores com a pesquisa, pelos colegas docentes/discentes e pela cidade de São Carlos, e o que ela proporcionou, se constituíram em um processo (intenso e bonito) de formação profissional que ressignificou meus caminhos para pesquisar, estudar e fazer terapia ocupacional. Posto isto, trago aqui a construção deste texto como síntese e fruto destes atravessamentos, experiências e relações que se revelaram valorosas para mim. Para tanto, darei continuidade a esta apresentação por meio da contextualização das problemáticas de interesses do estudo.

### **Contextualizando o estudo: apresentações e aproximações teóricas preliminares**

Antes mesmo de me dedicar às questões relacionadas especificamente à assistência social e à terapia ocupacional (discussão apresentada no primeiro capítulo), vejo como primordial contextualizar, nos contornos breves que uma apresentação permite, os elementos fundantes para a proposta deste trabalho, que se referem às configurações do Estado na organização da sociedade capitalista, suas expressões diante da questão social e os mecanismos para seu enfrentamento, amplamente realizado por meio das políticas sociais, entre elas, a de assistência social.

O início das políticas sociais<sup>4</sup> não é precisado com exatidão na literatura, contudo, entende-se que foram gestadas no âmbito dos movimentos de ascensão do capitalismo, das lutas de classe e do desenvolvimento de intervenção do Estado<sup>5</sup> (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Behring e Boschetti (2011, p. 47) indicaram que ações filantrópicas, a caridade privada,

---

<sup>4</sup> Segundo Hofling (2001, p. 31) as políticas sociais se referem a “ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”. As políticas públicas são compreendidas pela autora “como ‘Estado em ação’ (GOBERT, MULLER, 1987 *apud* HOFLING, 2001, p. 31); é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas e de ações voltadas para setores específicos da sociedade”.

<sup>5</sup> Segundo Bobbio (2007, p. 74) há perspectivas variadas a respeito do termo Estado e sua origem. Um destes pontos de vista considera o Estado como um “ordenamento político de uma comunidade”, oriundo da dissolução de uma organização social primitiva fundada sobre os laços de parentesco e da formação de comunidades para proteção e sustento. Para alguns historiadores, o Estado marca o início da era moderna. Uma outra variante das teses sobre o Estado é do antropólogo Charles Morgan, incorporada por Engels, que compreendeu o Estado como instrumento de dominação de classe. Engels caminha na interpretação sobre a origem do Estado em uma perspectiva econômica, fazendo uma leitura que recupera Rousseau, em que “a sociedade civil surgiu do ato daquele que antes dos demais cercou seus terrenos e disse ‘Isto é meu’, ou seja, da instituição da propriedade privada”. Nas palavras de Bobbio (2007, p. 94): o “Estado tem sido definido através de três elementos constitutivos: o povo, o território e a soberania (conceito jurídico por excelência, elaborado por legistas e universalmente aceito pelos escritores de direito público)”. Resgatando uma definição comum (MORTATI, 1969, p. 23 *apud* BOBBIO, 2007, p. 94) considera-se o Estado “um ordenamento jurídico destinado a exercer o poder soberano sobre um dado território, ao qual estão necessariamente subordinados os sujeitos a ele pertencentes”.

entre outras iniciativas pontuais de caráter assistencial podem ser identificadas como “protoformas de políticas sociais” e são exemplificadas historicamente pelas legislações inglesas<sup>6</sup> desenvolvidas no período que antecedeu a Revolução Industrial. Destaca-se que, na conjuntura pré-capitalista, as forças do mercado não eram centralmente privilegiadas e no âmbito destas protoformas de políticas sociais, a sociedade assumia algumas atribuições sociais com o objetivo de manter a ordem e inibir a “vagabundagem”. Neste sentido, observa-se que as legislações sociais pré-capitalistas tinham posturas “punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência social e o trabalho forçado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51).

No desenvolvimento desta estrutura de proteção social, uma nova Lei dos Pobres<sup>7</sup>, em 1834, na Inglaterra, contextualizada na Revolução Industrial, propôs liberar a mão de obra necessária para instituir a sociedade de mercado, indicando a obrigatoriedade do trabalho a quem tinha condição para o fazer. O papel das ações assistenciais era de atuar na manutenção do indivíduo no seu trabalho, utilizando para isso critérios fortemente restritivos e seletivos. Verifica-se que a introdução das relações capitalistas (marcada pela produção de valores de troca para acumulação de capital, pela exploração da mais-valia), durante o desenvolvimento da Revolução Industrial, acarretou na modificação do sentido do trabalho e sua vinculação ao capital, provocando movimentos na sociedade que levaram grande parcela da população ao pauperismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, o desenvolvimento de medidas de proteção social e as políticas sociais podem ser consideradas desdobramentos para enfrentar e responder às múltiplas expressões da questão social no capitalismo, cujo “fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51). Desta forma, considera-se que a gênese das políticas sociais se localiza na maneira como os indivíduos se organizaram para conduzir estas demandas em determinado momento histórico.

Entende-se, no presente estudo, a questão social como “uma aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua

---

<sup>6</sup> Lei dos Pobres (Poor Law), promulgada em 1601, na Inglaterra (MONTAÑO, 2012). “Durante os dois séculos de vigência dessa legislação, a Inglaterra cuidou do pauperismo através da “beneficência pelo caminho burocrático”. No final do século XVIII, diante “do terrível aumento do pauperismo”, o Parlamento inglês considerou imperativo reformar a legislação (DUAYER; MEDEIROS, 2003, p. 241).

<sup>7</sup> A Lei dos Pobres vigente até 1984 passa a ser vista como motivação para a pobreza. A ação filantrópica estaria, na visão do Parlamento inglês, reforçando o pauperismo, pois aquele que recebesse a assistência poderia acomodar-se e conformar-se com a situação, reproduzindo a sua condição de pobreza. Desta forma, a nova lei dos pobres passou a reprimir e castigar a pobreza, sendo a beneficência substituída pela reclusão e repressão dos pobres (MONTAÑO, 2012).

fratura” (CASTEL, 2015, p. 30), em outras palavras, seria “uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão social de uma sociedade. A ameaça de ruptura é apresentada por grupos cuja existência abala a coesão do conjunto” (CASTEL, 2015, p. 41). Partindo desta perspectiva de Castel (2017; DUARTE, 2016) a questão social surgiu com o pauperismo, decorrente da estrutura de desigualdades imbricadas no modo de produção capitalista, na relação dos indivíduos que detêm os meios de produção e daqueles que possuem somente a força de seu trabalho para vender em troca de sua sobrevivência. Opta-se por adotar as concepções deste autor, Robert Castel, sobre a questão social e seus desdobramentos para embasar teoricamente a pesquisa desenvolvida, sem desconsiderar que há diferentes perspectivas teóricas que abordam distintos caminhos/direções, como se delineia a seguir.

Dito isto, compreende-se que o conceito *questão social* não é homogêneo quanto ao seu entendimento, usos e referencial teórico-metodológico que o fundamenta, portanto ponderar o lugar de onde parte a leitura sobre o termo é primordial para o debate (MOTA, 2010). Mota (2010, p. 37), por exemplo, com base em Marx, sustentou que a questão social é “um problema real, a partir do qual pode ser transformada num objeto de conhecimento e intervenção, se decifrada com os aportes da teoria do valor-trabalho, pedra angular da dinâmica da acumulação capitalista”. Para a autora há, de forma geral, duas perspectivas gerais para o enfrentamento da questão social:

A rigor, não existem – do ponto de vista histórico, político e teórico – muitas alternativas para pensar a natureza do enfrentamento da questão social. Pode-se, de fato, falar apenas de duas tendências gerais: *sua administração no interior da ordem burguesa* – demarcada pela implementação de reformas sociais e morais, tanto mais “eficientes” quanto mais ancoradas tecnicamente – ou a sua *superação* como uma prática que transforma não a questão social em si, mas a ordem social que a determina. É evidente que tais tendências gerais se constituem e se explicitam no âmbito da política e da economia, sob condições históricas muito precisas. Contudo, implicam em escolhas ético-políticas e em uma direção ideológica referenciada por um *projeto político de classe* (MOTA, 2010, p. 49, destaques da autora).

Behring e Boschetti (2011) corroboraram a existência de variados debates sobre a questão social e citaram que, no serviço social, por exemplo, há um consenso sobre a não existência de uma “nova questão social”, posição que difere de autores como Castel e Rosanvallon<sup>8</sup>. O debate sobre a “nova questão social” para Montañó (2002a) possui um claro

---

<sup>8</sup> Castel admitia a existência de uma nova questão social, entretanto “diferentemente de Rosanvallon, trabalhou com outra referência teórico-metodológica, afirmando a centralidade do trabalho na formação da sociabilidade” (MOTA, 2010, p. 43), assim, concebeu “uma forte correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho

objetivo de justificar novas formas de lidar com a questão social.

Se há uma nova ‘questão social’, seria justo pensar na necessidade de uma nova forma de intervir nela, supostamente mais adequada às questões atuais. Na verdade, a “questão social” – que expressa a contradição capital-trabalho, as lutas de classe, a desigual participação na distribuição de riqueza social – continua inalterada; o que se verifica é o surgimento e alteração, na contemporaneidade, de suas refrações e expressões. O que há são novas manifestações da velha “questão social. (MONTAÑO, 2002a, p. 2).

Behring e Boschetti (2011, p. 52), observando as diferentes perspectivas teóricas no âmbito do serviço social, destacaram que “poder-se-ia argumentar que, a rigor, a categoria questão social não pertence ao quadro conceitual da teoria crítica, diga-se, da tradição marxista”. No entanto, as autoras fizeram ponderações em relação a esta argumentação, resgatando trabalhos teóricos de Marx e Engels, em que revelaram proposições sobre a origem da desigualdade social, em um movimento explicativo da questão social, e formas de instrumentalização de sujeitos políticos para sua superação, tendo o movimento operário à frente deste processo.

Esse processo – a configuração da desigualdade, que tem relação com a exploração dos trabalhadores, e as respostas engendradas pelas classes sociais e seus segmentos, a exemplo das políticas sociais – se expressa na realidade de forma multifacetada através da questão social. Deste ponto de vista, é correto afirmar que a tradição marxista empreende, desde Marx e Engels até os dias de hoje, um esforço explicativo acerca da questão social, já que o que está subjacente às suas manifestações concretas é o processo de acumulação do capital, produzido e reproduzido com a operação da lei do valor, cuja contraface é a subsunção do trabalho pelo capital – acrescida da desigualdade social e do crescimento relativo da pauperização. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 52).

Retomando *O capital* (MARX, 1988), Behring e Boschetti (2011) utilizaram o capítulo sobre jornada de trabalho para interpretar a relação entre a questão social e a política social. Entendendo o trabalho como fonte de valor para o capital, apontaram que os movimentos acerca da jornada de trabalho foram fundamentais para revelar a luta de classes, dar luz à questão social e fomentar respostas para o enfrentamento, que se constituíram, inicialmente, pelas regulamentações da relação entre trabalho e capital. As autoras compreenderam a “legislação fabril” como precursora do papel que o Estado iria desempenhar na relação entre as classes sociais e seus direitos, no século XX (BEHRING;

---

e a participação social nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção que cobrem um indivíduo diante dos acasos da existência”(CASTEL, 2015, p. 24; MOTA, 2010).

BOSCHETTI, 2011, p. 53).

Hofling (2001, p. 32) apontou que a tradição marxista se desdobrou em um amplo espectro de tendências e teorias. Nas perspectivas mais clássicas, por exemplo, o Estado e suas ações funcionariam para “garantir a produção e reprodução de condições favoráveis à acumulação do capital e ao desenvolvimento do capitalismo”; e, em outra perspectiva, ainda na tradição marxista, estaria colocada a necessidade de análise da “complexa questão da autonomia e possibilidade de ação do Estado capitalista frente às reivindicações e demandas dos trabalhadores e dos setores não beneficiados pelo desenvolvimento capitalista” (HOFLING, 2001, p. 32).

Segundo Siqueira (2013, p. 177), de forma geral, a leitura do marxismo sobre a sociedade capitalista relaciona-se à acumulação do capital, assumindo como referência de análise a “teoria do valor-trabalho, o materialismo histórico-dialético e a perspectiva de revolução, partindo do pressuposto que a história é resultante das relações sociais”. Marx, considerando o desenvolvimento do capitalismo, entendia que a história se dá por meio da luta de classes e suas contradições, assim a assistência social e a caridade seriam “placebos irremediáveis” para o pauperismo.

Em relação aos papéis do Estado e das políticas sociais, na sociedade capitalista, destaca-se que de meados do século XIX até a terceira década do século XX houve o predomínio do liberalismo e de suas consequências na organização da sociedade. Nesta perspectiva, o mercado passava a ser o regulador central das relações sociais que se dão na ausência de uma intervenção do Estado. Ainda buscando compreensões sobre o processo de constituição da política social, realiza-se aqui uma breve retomada da constituição do Estado que precedeu à organização liberal. Nos séculos XVI e XVII, em um período de decadência da sociedade feudal e da hierarquia política pautada em uma lei divina, desenvolveram-se debates sobre o papel do Estado, por pensadores como Nicolau Maquiavel, Jean Bodin, Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau. Neste ínterim, entende-se que, desde as considerações de Maquiavel, defensor do Estado Absolutista, apontava-se para uma lógica racional ao exercício do poder político mediado pelo Estado. Maquiavel, particularmente em *O Príncipe* (1513), introduz, para a história do pensamento político, aspectos relativos à classificação do Estado, utilizando o termo para referir-se ao que “os gregos tinham chamado de pólis, os romanos de república e que um pensador político, o francês Jean Bodin, meio século depois de Maquiavel, chamou de *république*” (BOBBIO, 1981, p. 83).

Thomas Hobbes compreendia que o *estado de natureza* do ser humano se constituía

como “uma situação de guerra de todos contra todos” e que para se salvarem os indivíduos se submetiam “a um poder comum suficiente para impedir o emprego da força particular”. Assim, a partir de um contrato social, o Estado emergia para Hobbes como um pacto que os indivíduos assumiam com o objetivo de obter a segurança da própria vida por meio da sujeição comum a um único poder soberano (Estado Absolutista) (BOBBIO, 1981, p. 111). A frase “*o homem é o lobo do homem*”, presente na sua obra *Leviathan* (1651), expressa seu entendimento sobre a natureza humana que demandaria regras e normas, configuradas pelo contrato social, para evitar a barbárie.

John Locke, embora concordasse com algumas das concepções de Hobbes sobre a necessidade dos indivíduos de se defenderem da guerra de todos contra todos, entendia que a monarquia absolutista não era compatível ao governo civil (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Em sua obra *O Segundo tratado sobre o governo*, o autor desenvolve suas teorias sobre a origem, abrangência e objetivo do governo civil, indicando uma perspectiva de oposição à teoria aristotélica, de que a sociedade precede ao indivíduo, afirmando a primazia da existência individual em relação à sociedade e ao Estado. Para ele, em sua concepção individualista, o estado de natureza dos seres humanos era a vida em um estado pré-social e pré-político, em igualdade e liberdade. Além de também fazer a defesa da razão individual e da propriedade, como um direito natural que não poderia ser violado pelo Estado (MELLO, 2011).

Com Locke a propriedade converte-se num verdadeiro direito natural, pois nasce do esforço pessoal no estado de natureza antes da constituição do poder político, e como tal deve ter o seu livre exercício garantido pela lei do Estado (que é a lei do povo). Através de Locke a inviolabilidade da propriedade, que compreende todos os outros direitos individuais naturais, como a liberdade e a vida, e indica a existência de uma esfera do indivíduo singular autônoma com respeito à esfera sobre a qual se estende o poder público, torna-se um dos eixos da concepção liberal do Estado, que nesse contexto pode então ser redefinida como a mais consciente, coerente e historicamente relevante teoria do primado do privado sobre o público. (BOBBIO, 2007, p. 23)

Por meio da obra de Locke, compreende-se que “a natureza institucional do Estado moderno e do poder político por ele exercido emerge da sociedade e, todavia, está a ela submetida”. Dessa forma, identifica-se que desde a criação do Estado moderno, abriga-se contradições entre o público e o privado em diferentes dimensões da vida humana, especialmente no interior do próprio Estado (SILVA, 2007, p. 15), temática que será mais

discutida no Capítulo 1, na perspectiva da assistência social.

Diferente de Locke, Rousseau em sua obra *Do contrato social*, de 1762, apresentou o entendimento de que o pacto social envolvia o conjunto da sociedade em democracia, e não apenas os proprietários. Assim, para Rousseau apenas “um Estado de Direito, fundado nas leis definidas pela vontade geral, seria capaz de limitar os extremos de pobreza e riqueza presentes na sociedade civil e promover a educação pública para todos” (BEHRING, 2006). A perspectiva de liberdade do indivíduo e de suas propriedades como superior aos interesses e autoridades coletivas de Locke integram a corrente do pensamento liberal que representavam, à época, o enfrentamento do absolutismo e misticismo vigente. Alguns autores são considerados clássicos para a compreensão desta doutrina, como o próprio Locke (1632-1704), além de “Montesquieu (1689-1755), Kant (1774-1804), Adam Smith (1723-1790), David Ricardo (1772-1823), Humboldt (1767-1835), Benjamin Constant (1767-1823), Alexis de Tocqueville (1805-1859) e John Stuart Mill (1806-1873)” (SIQUEIRA, 2013, p. 32).

É bom que se diga que nos primórdios do liberalismo, nos oitocentos, existia um claro componente transformador nessa maneira de pensar a economia e a sociedade: tratava-se de romper com as amarras parasitárias da aristocracia e do clero, do Estado absoluto, com seu poder discricionário. (...) É evidente que esta dimensão se esgota na medida em que o capital se torna hegemônico e os trabalhadores começam a formular seu projeto autônomo e desconfiar dos limites da burguesia a partir das lutas de 1848. (BEHRING, 2006, p. 4).

No século XVIII, Adam Smith se tornou um dos principais teóricos do liberalismo econômico, baseando-se no pressuposto de defesa à liberdade econômica para que a iniciativa privada se desenvolvesse sem a intervenção do Estado. Naquele contexto, as ideias de Smith se contrapunham à política econômica mercantilista realizadas pelos reis absolutistas, como também rejeitavam o regime de direitos feudais que ainda existiam em regiões da Europa (SIQUEIRA, 2013).

Alguns dos postulados de Smith e do liberalismo eram: o Estado mínimo, o livre mercado<sup>9</sup>, acumulação de capital, individualismo, predomínio da liberdade e competitividade, naturalização da miséria, predomínio da lei da necessidade<sup>10</sup>, além da defesa do pensamento

---

<sup>9</sup> Smith utilizava a metáfora da *mão invisível* para o mercado que agiria como um operador social e que por sua natureza se autorregularia (SIQUEIRA, 2013).

<sup>10</sup> “Baseados nas teses malthusianas, os liberais entendem que as necessidades humanas básicas não devem ser totalmente satisfeitas, pois sua manutenção é um instrumento eficaz de controle do crescimento populacional e do consequente controle da miséria” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 62)



de que as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício e assim teriam um enfoque puramente paliativo diante de situações de miséria insolúvel de indivíduos como idosos, crianças e deficientes (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; SIQUEIRA, 2013). Para Smith, a busca pelos ganhos e bens materiais seria guiada por um senso moral e de dever pessoal que asseguraria a ausência da guerra de todos contra todos e, dessa maneira, a coesão social emergiria na sociedade civil, por meio da *mão invisível* do mercado e da base ética dos sentimentos morais dos indivíduos.

Para Smith, não há, portanto, contradição entre acumulação de riqueza e coesão social. Ao lado da ética do trabalho, esse raciocínio torna-se amplamente hegemônico, à medida que a sociedade burguesa se consolida. Trata-se de uma sociedade fundada no mérito de cada um em potencializar suas capacidades supostamente naturais. O liberalismo, neste sentido, combina-se a um forte darwinismo social, em que a inserção social dos indivíduos se define por mecanismos de seleção natural. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 60).

A pobreza na ótica liberal de Smith se relaciona àqueles que não conseguem produzir o mínimo para promover sua subsistência ou os incapazes de produzir mais do que necessitam e não podem acumular riquezas. A proposição do caminho para eliminar a pobreza estaria no desenvolvimento econômico, do capitalismo dinâmico, da concorrência livre e, diante das problemáticas sociais, aponta tarefas mínimas para o governo: proteção contra a violência externa; “proteger internamente os membros da sociedade de injustiça e opressão dos demais; e erigir e manter as instituições públicas e as obras públicas as quais são de tal natureza que não seriam lucrativas individualmente, porém representam grande vantagem social”. Considera-se que as possíveis ações do governo seriam: a segurança pública, a assistência social e o financiamento das ações de proteção social via impostos (SIQUEIRA, 2013, p. 48).

Destaca-se que a assistência social no entendimento liberal clássico atravessa a concepção de que os cidadãos não são de responsabilidade ou obrigação natural da sociedade e do Estado; e o direito à educação e à saúde do indivíduo, por exemplo, “é responsabilidade natural dos que o colocaram no mundo, seus pais. Por isso, a família é uma instituição primordial”. Nessa perspectiva, a solidariedade é considerada o liame que garante a sobrevivência e desenvolvimento da sociedade, sendo entendida como a solução para as desigualdades de direito e falta de liberdade. Tal lógica faz da filantropia um conceito “tão original, tão imanente e essencial ao liberalismo quanto sua defesa da liberdade e da propriedade” (SIQUEIRA, 2013, p. 48).

Os orfanatos, os asilos de velhos, as Santas Casas, as Casas de Saúde, as Associações Benéficas em geral, religiosas ou civis, os fundos particulares para a Educação destinados aos pobres e necessitados, são instituições inerentes ao Liberalismo e, se desaparecem ou se enfraquecem, com elas infalível e seguramente desaparece também o regime liberal. (SIQUEIRA, 2013, p. 48).

Tendo em vista o predomínio dos princípios assumidos pelos liberais e pelo Estado capitalista, constata-se que as respostas dadas à questão social, no final do século XIX, tiveram caráter pontual com tímidas melhorias nas condições de vida dos trabalhadores, mas sem alcançar o cerne da questão social. Neste sentido, considera-se que as primeiras iniciativas de políticas sociais caminham para uma relação de continuidade entre “Estado liberal e Estado social”, ou seja, um processo sem rupturas radicais entre o Estado liberal dominante no século XIX e o Estado social capitalista no século XX. Esse trajeto de mudanças esteve mais relacionado à perspectiva do Estado em amenizar os princípios liberais, incorporando inspirações social-democratas. Reforça-se que a “mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no período de transição dos séculos XIX e XX” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 63).

A fragilização dos argumentos liberais naquele momento foi resultado de processos políticos e econômicos, como o crescimento operário, a monopolização do capital e a crise de 1929 a 1932, conhecida como a Grande Depressão. Este processo representou a maior crise econômica mundial do capitalismo até a época, fazendo com que parte da elite política reconhecesse os limites do mercado no desenvolvimento de seus movimentos naturais, despertando a desconfiança sobre as potencialidades dos pressupostos do capitalismo. A partir de processos complexos em espaços de disputas econômicos, territoriais e ideológicos, acontece a contestação do liberalismo ortodoxo, por parte da burguesia, na chamada “revolução Keynesiana” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Este termo, cunhado para o questionamento dos pressupostos colocados pelo capitalismo, decorre dos pensamentos de John Maynard Keynes (1983), que expressou em sua *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda*, de 1936, sua percepção sobre a insuficiência da lei do mercado, colocando em questão “o conceito de equilíbrio econômico, segundo o qual a economia capitalista é autorregulável” (BEHRING, 2006, p. 8). Anos antes, em 1926, Keynes publicou um artigo intitulado *The end of laissez-faire*, desenvolvendo críticas ao Estado capitalista de inspiração liberal. O autor apresentou contradições entre o autointeresse, de perspectiva individualista, e o que seria do interesse público, bem como as divergências

entre o interesse particular e o social. Keynes apontava que se deve preservar o interesse público global acima e para além dos interesses pessoais isolados, sendo que “o Estado tem que defender o capital de si mesmo” (LOPES, 1999, p. 39). Dessa forma, Keynes defendeu a mediação pública com a finalidade de ativar a produção, de forma que o Estado tivesse maior intervenção na economia, rompendo parcialmente com os princípios do liberalismo. Junto às ideias de Beveridge, Keynes teve grande influência para a conformação do fenômeno do *Welfare State* (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Para Wilensky (1975, p. 30 *apud* FLEURY, 1994, p. 110) "a essência do *Welfare State* é a proteção governamental mínima, em níveis básicos de renda, nutrição, saúde, habitação e educação, assegurados a cada cidadão como um direito, não como caridade". Offe (1984) indicou algumas das heterogeneidades do *Welfare State*, reafirmando que ele foi engendrado em consonância ao Estado capitalista.

O *Welfare State* é definido, habitualmente, como um conjunto de habilitações legais dos cidadãos para transferir pagamentos dos esquemas de seguro social compulsório para serviços organizados do Estado (como saúde e educação), em uma grande variedade de casos definidos de necessidades e contingências. (...) Suas origens ideológicas são muito misturadas e heterogêneas, indo desde fontes socialistas até fontes católicas conservadoras. (...) Embora a função primária do *Welfare State* seja cobrir aqueles riscos e incertezas aos quais estão expostos os trabalhadores assalariados e suas famílias na sociedade capitalista, existem alguns efeitos indiretos que também servem à classe capitalista. (OFFE, 1984, p. 374).

De forma sintética, compreende-se que as ideias de Keynes se fortaleceram no contexto de grande crise do capital, seguida das consequências da Segunda Guerra, consolidando a proposição sobre a necessidade da interferência estatal no enfrentamento das condições sociais. Denominou-se “consenso do pós-guerra” o desenvolvimento de alianças entre classes e partidos, materializado pela ascensão dos partidos social democratas que pautaram demandas por políticas mais abrangentes baseadas na cidadania e aumento de recursos para a expansão de benefícios sociais. Neste sentido, Offe (1984) ressaltou que as compatibilidades entre o capitalismo e a democracia, inconcebível sob os pontos de vista do liberalismo e marxismo clássicos, deu-se historicamente devido ao aparecimento de princípios mediadores, identificados pelo autor como o *Welfare State* keynesiano e os partidos políticos

de massa e a competição partidária. Enfatiza-se que o keynesianismo aliou-se ao fordismo<sup>11</sup>, na lógica da produção e consumo de massa e dos acordos com os trabalhadores do setor monopolista em relação aos ganhos e produtividade. No âmbito da classe operária e no que concerne ao trabalho, o *Welfare State* desempenhou funções no sentido de

remover algumas das necessidades da classe operária da arena da luta de classes e do conflito industrial, prover os meios de atender a essas necessidades de forma mais coletiva e, portanto, com maior eficiência, tornando a produção mais regular e previsível ao aliviá-la de temas e conflitos importantes, e fornecendo um aditamento, um estabilizador embutido na economia através da desconexão entre mudanças na demanda efetiva e mudanças no emprego. (OFFE, 1984, p. 374).

Destaca-se que entre as décadas de 1940 e 1960 o *Welfare State* atinge o auge do seu desenvolvimento e, mesmo diante de desigualdades, conviviam os “Estados de Bem-Estar, mercado, democracia representativa e direitos sociais”. Observa-se que embora não houvesse grandes possibilidades de expressões políticas contra os princípios do *Welfare State*, naquele momento, as bases teóricas da contraposição a eles foram desenvolvidas a partir de meados da década de 1940, sob liderança de Friedrich Hayek, Milton Friedman e Karl Popper, que denunciavam o pensamento social-democrata como “um empecilho à liberdade dos cidadãos, à necessária desigualdade - que deveria premiar os mais aptos - e à vitalidade da concorrência, fundamental para a prosperidade de todos” (SILVA, 2007, p. 19). Estes autores, que se opunham ao Estado de Bem-Estar, afirmaram-se em nível mundial, a partir de 1980, com a proposição de uma alternativa para aquele Estado pelo neoliberalismo<sup>12</sup> (LOPES, 1999).

Para Montaño (2002a, p. 3), parcela importante das respostas à questão social contidos no neoliberalismo são baseadas nas privatizações ou transferências dos serviços/ações ao mercado, sociedade civil ou terceiro setor. Desta forma, “em contraposição à incondicionalidade, unicidade e universalidade da resposta estatal típica do contexto

<sup>11</sup> Fordismo nas palavras de Behring e Boschetti (2011, p. 86) “foi bem mais que uma mudança técnica, com a introdução de linha de montagem e da eletricidade: foi também uma forma de regulação das relações sociais, em condições políticas determinadas”.

<sup>12</sup> O neoliberalismo nas palavras de Montaño (2002a, p. 2) visaria “a reconstituição do mercado, reduzindo ou até eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades. É o que já caracterizamos como a passagem do fundamento da legitimação sistêmica das lógicas democráticas – particularmente no âmbito estatal – para as lógicas da sociedade civil e do mercado. Desta forma, a desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas e a reestruturação produtiva vão da mão da reforma do Estado, sobretudo na sua desresponsabilização da intervenção na resposta às sequelas da ‘questão social’. Agora o mercado será a instância por excelência, de regulação e legitimação social. O ‘igualitarismo’ promovido pelo Estado intervencionista deve ser, na ótica neoliberal, combatido. No seu lugar, a desigualdade e a concorrência são concebidas como motores do estímulo e desenvolvimento social”.

keynesiano, o novo trato à questão social”, que integra o projeto neoliberal, engloba três tipos de respostas coexistentes: a precarização, a focalização e a descentralização das políticas sociais estatais, somados também aos movimentos de privatização, que comumente seguem dois caminhos a re-mercantilização e a re-filantropização.

Ainda no que concerne à proposição keynesiana, enfatiza-se a incorporação de direitos de cidadania, “no sentido social (segurança, educação, saúde, transporte, habitação e outros)” como um aspecto relevante na constituição dos Estados de Bem-Estar (LOPES, 1999, p. 43). De acordo com Behring e Boschetti (2011), desde o ensaio intitulado *Cidadania, classe social e status*, escrito por Marshall e publicado em 1949 (em 1967, no Brasil), os direitos assegurados pelas políticas sociais, após a Segunda Guerra, foram considerados como elementos centrais e indissociável da cidadania<sup>13</sup>.

Para Marshall, a cidadania é “um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*”. Segundo o autor, não existiria um princípio que padronizasse estes direitos e obrigações, no entanto, as sociedades teriam perspectivas de uma cidadania ideal às quais deveriam dirigir suas inspirações (MARSHALL, 1967, p. 76). Nas palavras de Lopes (1999, p. 43), Marshall entendia a cidadania como “o conteúdo da pertença igualitária de uma dada comunidade política sendo medida pelos direitos e deveres que a constituem e pelo conjunto de instituições que é compatível com a eficácia social e política desses direitos e deveres comuns”.

Para Marshall, não é suficiente apenas que direitos e deveres da cidadania constem formalmente do ideário jurídico do Estado ou sejam reconhecidos como pertença igualitária; é necessário também que encontrem expressão através da estrutura do conjunto de instituições políticas constituído. Este conceito é adequado ao nosso contexto porque as definições que adotamos, relativas a Estado, dominação de classes, políticas estatais e sociais referem-se a qualidades estruturais do conjunto de instituições políticas e caracterizações funcionais; é o caso desta postulação de Marshall, em que os elementos constitutivos da cidadania terão que ser colocados em correspondência com as instituições políticas que os validam. (LOPES, 1999, p. 43).

Os elementos que compõem a cidadania, segundo o autor, são os civis, políticos e

---

<sup>13</sup> Behring e Boschetti (2011, p. 103) consideram a questão da cidadania e sua relação com a política social como polêmica, apontando que Barbalet (1989) ressalta a “importância da contribuição de Marshall, mas chama a atenção para a inexistência de uma teoria da cidadania, embora reconheça que esse trabalho clássico é uma passagem obrigatória para o estudo da temática”.

sociais. O elemento *civil* seria o direito necessário a exercer a “liberdade individual, a liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça”. As instituições mais associadas aos *direitos civis* são os tribunais de justiça (MARSHALL, 1967, p. 63). Já o elemento *político*, o direito de “participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo”. As instituições associadas ao direito político são parlamento e os conselhos (MARSHALL, 1967, p. 63).

Os direitos políticos foram gestados mais tardiamente em relação aos civis, sendo inicialmente vinculados aos direitos econômicos e entendidos como uma extensão da cidadania civil. Com a inclusão progressiva na economia de mercado de parcelas significativas da população durante o século XIX, o que “era visto como um prolongamento da cidadania civil, restrito apenas aos indivíduos inseridos no mercado, passou a ganhar caráter universal, transformando-se num novo elemento de cidadania, isto é, transformando a cidadania em um conceito mais amplo”. Assim, apenas próximo ao século XX, com distinção entre os diferentes países, a cidadania absorveu os eixos civil e político, no sentido de se expressar por direitos e deveres, bem como por instituições políticas dos Estados capitalistas (LOPES, 1999, p. 44).

No que tange ao elemento *social* da cidadania, trata-se de “tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar por completo na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade”. As instituições mais ligadas ao direito social são os serviços educacionais e os serviços sociais (MARSHALL, 1967, p. 63). Segundo Lopes (1999, p. 45) a gênese do que se constituiria como “*cidadania social* se dá com a constituição dos Estados capitalistas democráticos, no início do século XX, e a partir dos marcos do pensamento liberal, que nessa época dominava a cena política”.

Neste âmbito, Fleury (1994; 2004) entende que, desde os estudos de Marshall, a proteção social é apreendida simultaneamente em suas dimensões política e institucional. Pautando-se nos diferentes modelos de organização que informam os elementos da “engenharia social” (a assistência social, seguro social e seguridade social), elaboram-se diferentes estruturas de articulação do Estado com a sociedade, destacando as condições chamadas de *Cidadania Invertida* (no modelo de assistência social), *Cidadania Regulada* (no modelo de seguro social) e *Cidadania Universal* (no modelo de seguridade social) (FLEURY, 1994, p. 107).

A compreensão da autora sobre o modelo de proteção social, com centralidade na assistência social, localiza-se em contextos socioeconômicos com ênfase no mercado como meio para atender às demandas sociais, em que as necessidades são satisfeitas por meio de interesses individuais e pela “capacidade de aquisição de bens e serviços” (FLEURY, 1994, p. 108). A igualdade social, colocada neste sentido, refere-se à igualdade de oportunidades que gera condições para competição no mercado, com caráter compensatório e discriminador de grupos sociais que não se colocaram de forma considerada como adequada.

O fato de receber benefícios assistenciais não torna o indivíduo detentor de um direito social, pois a concessão está relacionada ao poder de seleção de um funcionário. A partir dessa compreensão, “a assistência social tem caráter mais propriamente preventivo e punitivo que uma garantia dos direitos de cidadania”, tanto pela desqualificação das práticas assistenciais, quanto pelo fato de que a concessão do benefício pode acompanhar a perda de outros direitos de cidadania. Assim, essa relação social foi denominada como *Cidadania Invertida*, uma vez que as pessoas ou grupos passam a ser objeto da política “como consequência de seu próprio fracasso social” (FLEURY, 1994, p. 109).

O modelo relacionado ao seguro social teria características voltadas à cobertura social de grupos por relação contratual relacionada a contribuições feitas anteriormente pelos trabalhadores segurados. Com inspiração no seguro privado, mas executado pelo Estado, o seguro social se baseia na solidariedade, que emerge no industrialismo, e possui valores meritocráticos, sendo a relação entre benefício e contribuição proporcionais. A fragmentação das instituições sociais apresenta os benefícios do seguro como privilégios da categoria dos trabalhadores, “sendo este o princípio do mérito sob o qual a cidadania é requerida; e esta é a razão pela qual tal relação foi denominada *Cidadania Regulada*” (FLEURY, 1994, p. 109; SANTOS, 1979).

Por *cidadania regulada* entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece. A implicação imediata

deste ponto é clara: seriam pré-cidadãos todos os trabalhadores da área rural, que fazem parte ativa do processo produtivo e, não obstante, desempenham ocupações difusas, para efeito legal; assim como seriam pré-cidadãos os trabalhadores urbanos em igual condição, isto é, cujas ocupações não tenham sido reguladas por lei. (SANTOS, 1979, p. 75).

O modelo de seguridade social busca oferecer a todos os cidadãos “um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços, voltado para um ideal de justiça social” e se constitui como um conjunto de políticas que são desenvolvidas pela ação do governo de forma centralizada e unificada, sendo o Estado responsável pela administração e financiamento” (FLEURY, 1994, p. 110). Para Fleury (1994, p. 110) este modelo de política social tem potencialidade para estabelecer uma relação de cidadania universal, pois “os benefícios são concedidos de acordo com as necessidades, como direitos universalizados em base a um piso mínimo, o que asseguraria um eficiente mecanismo de redistribuição da riqueza social e correção das desigualdades de mercado”.

A partir da apreensão sobre esses diferentes modelos e formas de relações com as cidadanias possíveis a cada um deles, configuram-se os caminhos da lógica de proteção social na sociedade liberal e neoliberal. Considera-se que esta breve explanação anterior favorece a compreensão sobre a existência de diferentes perspectivas para entender a proteção social, sendo que a dimensão da assistência social foi atravessada e influenciada, entre outros fatores, pelas organizações da sociedade, seu sistema socioeconômico e pela concepção do papel do Estado e suas expressões por meio das políticas públicas.

Na busca por considerar a relevância de diferentes abordagens e teóricos que apresentam distintas leituras sobre a sociedade e suas formulações para enfrentar/superar a questão social, verificou-se que o trabalho de Siqueira (2013, p. 72) desvelou heterogêneas concepções teóricas sobre o fenômeno da pobreza, desenvolvendo o debate crítico sobre a “tradição liberal, marxista e da racionalidade pós-moderna”, além de outras diferentes abordagens utilizadas para esta problemática. Dentro de uma racionalidade que chamou de pós-moderna<sup>14</sup>, a autora aponta que a pobreza é vista, pelos pensadores desta corrente de

---

<sup>14</sup> Neste debate apresentado por Siqueira (2013, p. 83) a definição de pós-modernidade apresenta características conceituais diversas, com diferenças internas entre seus representantes. De forma geral, pode ser identificada por ser uma “corrente de pensamento crítica aos valores e à racionalidade até então consolidados, apresentando a proposta de uma nova maneira de pensar a sociedade, numa tentativa de ‘abrandar’ e, em alguns casos, romper com valores da modernidade, objetivando dar espaço a conceitos mais abstratos e menos rígidos”. Enfatiza-se que a racionalidade pós-moderna não é homogênea, havendo vertentes conservadoras, como Lyotard e vertentes de esquerda, como Boaventura Sousa Santos. Destaca que o sociólogo polonês Zygmund Bauman, que foi um dos utilizadores do termo pós-modernidade, passou a utilizar posteriormente a expressão “modernidade líquida”, na qual a realidade seria ambígua e multiforme (p. 82). Para maior detalhamento ver Siqueira (2013), Capítulo 2.



pensamento, como um “fenômeno multidimensional, que igualmente apresenta dimensões culturais e subjetivas” e não como um processo pautado apenas nas contradições entre trabalho-capital e, conseqüentemente, não como uma expressão da questão social e seus efeitos (SIQUEIRA, 2013, p. 91). Desta forma, as alternativas para o enfrentamento das situações de pobreza, nesta perspectiva, não se pautam na ação do Estado, mas sim em elementos como o envolvimento e participação da sociedade civil em diferentes arranjos e iniciativas. Boaventura Sousa Santos, por exemplo, desenvolve trabalhos com proposições que denominou como a “reinvenção da emancipação social”, que se daria por meio de uma série de ações, como a democracia participativa, sistemas alternativos de produção, multiculturalismo emancipatório, entre outros (SANTOS, 2007; SIQUEIRA, 2013).

Entre as outras abordagens para compreender e enfrentar a pobreza (além da tradição liberal, marxista e pós-moderna, já brevemente mencionadas), Siqueira (2013) explicita perspectivas como: o manifesto do Vaticano publicado pelo Papa Leão XIII, em 1891, a Encíclica *Rerum Novarum* em uma clara oposição e resposta ao *Manifesto Comunista* de Marx e Engels; os debates do Banco Mundial e a política de alívio da pobreza; o neodesenvolvimentismo, o microcrédito e o empoderamento na perspectiva do economista indiano Amartya Sen; as avaliações participativas sobre a pobreza de Deepa Narayan; o modelo de desenvolvimento que se sobrepõe aos formulados pela esquerda e direita para a solução dos problemas criados pelo capitalismo, chamado Terceira Via, proposto por Giddens; e as elaborações teóricas do sociólogo francês Robert Castel, “um autor de relevância no debate acadêmico, de enorme repercussão ao pensar as novidades da questão social no contexto de crise capitalista e fim da experiência soviética” (SIQUEIRA, 2013, p. 153).

Ressalta-se que, diante dos diferentes e importantes referenciais para o debate da proteção social, as proposições de Castel<sup>15</sup> apoiam autores que pensam e se debruçam sobre a política de assistência social brasileira, sendo um teórico utilizado amplamente para as discussões neste âmbito. Duarte (2016, p. 18) aponta que Castel influenciou o debate nacional sobre a questão social, particularmente nas discussões de terapeutas ocupacionais, “visto que as reflexões realizadas em relação à sociedade francesa, podem oferecer parâmetros para se pensar aspectos que se adéquem à realidade no nosso país”. Assim, observando a pertinência

---

<sup>15</sup> Faz-se relevante mencionar, que embora seja um autor de grande “calibre teórico” e caracterizado por Mota (2010) como um “cuidadoso e pesquisador acadêmico”, há algumas formulações críticas ao seu pensamento, no que se refere particularmente às suas análises como: uma não aposta nas rupturas com a ordem social vigente; a referência de que Castel descreveu a crise capitalista sem considerar as classes como uma problemática de todos (o que não envolveria a crise do projeto de sociabilidade do capital, colocado pela hegemonia da classe dominante); e o apontamento de que as reformas no Estado social seria para Castel uma possibilidade de resposta para a questão social (MOTA, 2010, p. 43).

da sua obra na atualidade, considera-se para o presente estudo a fundamentação teórica pautada neste autor, na leitura dos fenômenos sociais no que diz respeito à proteção social brasileira, especificamente à assistência social e a atuação do terapeuta ocupacional neste contexto de prática.

Enfatiza-se a pertinência desta contextualização realizada para a terapia ocupacional, destacando que as políticas públicas e a cidadania, desde a Constituição Federal Brasileira de 1988 (influenciada tardiamente pelo *Welfare State*), passaram a integrar as possibilidades de discursos e vivências da sociedade civil e conseqüentemente repercutiram amplamente nas ações/reflexões de terapeutas ocupacionais que passam a atuar primordialmente nas políticas sociais no país, dedicando-se à criação e construção das novas ofertas requeridas para os serviços e assistência. Neste sentido, verifica-se que, desde os anos 1980, as produções de alguns terapeutas ocupacionais tangenciaram debates acerca da questão social, indicando um entendimento de que, ao longo do tempo, a profissão se preocupou progressivamente com problemáticas econômicas, políticas e sociais (DUARTE, 2016, p. 60).

Em um estudo teórico sobre as aproximações da terapia ocupacional e a questão social, Duarte (2016) indicou que ao tratar da temática os profissionais buscam:

intervir nas redes sociais fragilizadas dos indivíduos podendo ser realizada de diferentes maneiras, suscitando na construção e defesa das políticas públicas que possam favorecer essas pessoas, bem como ações que possibilitem que sejam protagonistas de sua própria história. Conclui-se que a terapia ocupacional aparece com grande destaque quando o assunto é a população em situação de vulnerabilidade ou desfiliação e aposta em atividades potencializadoras de vínculos, convivências e aprendizados como respostas. (DUARTE, 2016, p. 58).

Dessa forma, os terapeutas ocupacionais têm se inserido regulamentadamente em espaços assistenciais, contextualizados nas políticas sociais, considerando e buscando compreender as conseqüências latentes da questão social no cotidiano, como é o caso da atuação profissional na assistência social.

Com esta apresentação e contextualização inicial da temática a ser abordada ao longo do texto, delineia-se a seguir como o trabalho foi organizado em sua estrutura, a fim de explicitar as escolhas e os caminhos percorridos.

### **Apresentando a estrutura que compõe o presente trabalho: como contarei sobre as apreensões deste processo**

Considerando este panorama e a fundamentação teórica adotada, apresentamos o material resultante desta pesquisa, composto por um texto de seis capítulos. Estes, abarcam os referenciais teóricos utilizados, os objetivos do estudo, os percursos metodológicos adotados, a descrição dos resultados proveniente das etapas percorridas e, por fim, a discussão dos dados e a elaboração de sínteses sobre a tese.

No primeiro capítulo discorremos sobre o referencial teórico utilizado para fundamentar a compreensão sobre a constituição e a institucionalização da assistência social como locus de intervenção. A partir de tal compreensão, delineamos a inserção do terapeuta ocupacional neste contexto de prática. Nos pautamos pelas contribuições do sociólogo Robert Castel sobre as trajetórias da questão social para resgatar a origem das proteções sociais, seguindo o autor, no contexto da França. Considerando as influências da organização francesa no modelo socioassistencial implementado no Brasil, posteriormente descrevemos a organização da assistência social no Brasil até a estruturação das políticas públicas atuais, especificamente a regulamentação do SUAS. Em sequência, após contextualizar a assistência social como um área de inserção dos terapeutas ocupacionais, apresenta-se uma síntese sobre os caminhos da profissão no contexto social, o surgimento e a afirmação da subárea de Terapia Ocupacional Social e a recente formalização da inserção profissional no SUAS.

No segundo capítulo são descritos os percursos metodológicos utilizados na realização deste estudo, organizados em duas etapas, sendo elas: Etapa I, o levantamento sobre o número de profissionais atuantes no SUAS e a busca de seus respectivos contatos; e a Etapa II, constituída por questionários, entrevistas e visitas ao campo de trabalho de terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS.

No terceiro capítulo é apresentado o cenário de inserção e caracterização dos terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS, em âmbito nacional, no período compreendido entre os anos 2011 a 2017. As informações que compõem este capítulo são decorrentes dos resultados referentes aos procedimentos apontados na Etapa I do percurso metodológico e também do banco de dados oficial do país, denominado Censo SUAS.

No quarto capítulo, realizamos a descrição dos dados sobre as características da inserção e das práticas dos terapeutas ocupacionais, desenvolvidas no âmbito do SUAS. Os resultados deste capítulo decorrem das respostas obtidas por meio dos questionários

disponibilizados *online* e apresentam de forma descritiva as respostas dos colaboradores com a presente pesquisa.

O quinto capítulo também descreve características da inserção profissional e práticas dos terapeutas ocupacionais colaboradores com o estudo, no entanto, trata-se de uma descrição mais aproximada dos espaços de prática. Neste capítulo os dados foram obtidos por meio de entrevistas e de visitas nos espaços de trabalho de terapeutas ocupacionais que atuam em unidades socioassistenciais que integram o SUAS.

O sexto e último capítulo é composto pela discussão e sínteses das informações encontrados nos três capítulos anteriores, apresentando análises à luz do referencial adotado e perspectivas que dialogaram com o estudo. Para desenvolver a discussão, diante da riqueza de dados, foi necessário delinear um contorno sobre as características que se sobressaíram relacionadas à inserção e às práticas, enfatizando o desvelar sobre “o que e como” os terapeutas ocupacionais tem desenvolvido suas atuações.

Por fim, a Conclusão apresenta as sínteses sobre a tese defendida de que os terapeutas ocupacionais se inserem no SUAS como trabalhadores da política de assistência social e, por meio das características e particularidades de sua atuação, contribuem para responder às demandas do setor e às necessidades da população, no sentido de favorecer a promoção da proteção social.

# Capítulo 1

---

*A constituição da assistência social e a  
terapia ocupacional*

## 1.1 CAMINHOS TEÓRICOS: OS APORTES ADOTADOS PARA COMPREENDER A PROTEÇÃO SOCIAL

A organização dos sistemas de proteção e de assistência social, em diferentes países, pode ser considerada uma história permeada por processos de rupturas e de marginalização que não caminharam necessariamente ao lado de movimentos que procuraram alcançar a integração social de toda a população. As proteções sociais revelaram-se como proposições que buscaram evitar grandes rupturas no tecido social, preservando a contraditória lógica do capital (EIDT, 2018) e delineando uma história marcada pelo assistencialismo, filantropia e voluntarismo como sua orientação principal (MESTRINER, 2001).

Partindo desta concepção, a construção deste capítulo objetivou apresentar inicialmente a área de assistência social, tema de centralidade nesta pesquisa, em sua origem, buscando compreender os elementos contextuais que permearam sua organização, institucionalização e como se constituiu um espaço público de atuação. Desta forma, o texto descreve, a partir de apontamentos acerca do processo histórico, as transformações das sociedades ocidentais e a inserção das iniciativas de proteção social, caminhando até as tentativas de alterar sua lógica assistencialista.

Para apresentar os processos sobre a organização e a institucionalização da assistência social, optou-se por recorrer majoritariamente às contribuições do sociólogo Robert Castel, publicadas no livro “*Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*” (12ª edição, de 2015). Na obra mencionada, Castel delineou as trajetórias da questão social ao longo do tempo e descreveu a origem das proteções sociais na Europa, particularmente na França.

Destaca-se a relevância e a pertinência das obras deste autor para fundamentar o debate em questão, identificando usos de seus conceitos em produções científicas recentes, particularmente no que se refere a temas como: vulnerabilidade, proteção e questão social, políticas sociais, trabalho, precariedade, entre outros assuntos intimamente relacionados à assistência social. Para corroborar este dado, foi realizada uma revisão de literatura, a qual é detalhada no Apêndice A, apresentando a listagem de artigos encontrados que têm utilizado Robert Castel como uma das referências para este debate.

### **1.1.1 As transformações e organizações da sociedade: os contextos que levaram à institucionalização da assistência social**

Para apresentar os processos que levaram à estruturação e institucionalização das

proteções sociais, torna-se relevante contextualizar a sociedade ocidental e as suas formas de organização presentes nos diferentes momentos históricos. Castel (2015), referindo-se à conjuntura europeia, particularmente a francesa, considerou que a estruturação das proteções sociais como responsabilidade pública, de organização e financiamento de todos que compõem o tecido social, foi fruto das respostas e arranjos às tensões para a manutenção da coesão social. Tais tensionamentos são advindos da questão social que, por sua vez, teve e tem como centralidade o trabalho no mundo capitalista e a crescente massa marginalizada de vulneráveis e desfiliaados.

Desta forma, cabe aqui apresentar, anteriormente à introdução desta contextualização proposta, a perspectiva de Castel sob a coesão das sociedades.

Castel, em uma narrativa histórica sobre a sociedade europeia desde o feudalismo, detalhou os elementos envolvidos no mundo do trabalho e nas redes de sociabilidade, propondo pensar o conceito de coesão social como espaços sociais em que as pessoas transitam entre zonas de maior, menor ou nenhuma integração à sociedade. O tipo de inscrição e não inscrição social tem como base os pilares sociais/familiares e de trabalho. Assim, a coesão social foi analisada por Castel (1994, 2015) a partir da manutenção ou do rompimento com o tecido social em que se vive em um determinado tempo histórico. O autor considera que há diferenças nas formas de participação na sociedade, que foram nomeadas de zonas de maior ou menor integração social, caracterizadas por um lugar não fixo e pré-determinado, ou seja, por características de porosidade e de maleabilidade entre elas.

Nesta perspectiva, os eixos trabalho e inserção relacional são dinâmicos e delimitam as zonas no espaço social, de acordo com a coesão social que contêm. O eixo do trabalho pode variar, por exemplo, entre: preservação de um emprego estável, formas precárias, intermitentes e sazonais de ocupação, até a ausência completa de trabalho. Já o eixo de inserção relacional compreende desde uma integração em redes sólidas de sociabilidade até o “isolamento social total” (CASTEL, 1994, p. 30).

No entrecruzamento dos eixos redes relacionais e trabalho configuram-se as seguintes zonas: *zona de integração*, que constitui um espaço com garantias de trabalho permanente e com possibilidade de suportes relacionais consistentes; *zona de vulnerabilidade*, que integra um trabalho precário e a fragilidade relacional; *zona de desfiliação*, que associa tanto a falta de trabalho como o isolamento social e a *zona de assistência*, que seria o tratamento dispensado historicamente aos indigentes que não têm condições para trabalhar (indigência inválida) (CASTEL, 1994; CASTEL, 1997).

Dessa maneira, o aumento do número de pessoas vulneráveis e desfiliações produzem fraturas sociais que potencialmente tensionam a manutenção da unidade e da coesão social. Assim, as respostas sociais a estes desequilíbrios consideram um esquema de “compensação” entre os eixos mencionados anteriormente. Por exemplo, uma situação de não trabalho pode ser “compensada” se associada a uma forte inserção social (CASTEL, 1994).

Este tipo de caso descreve uma das possibilidades de contribuição da zona da assistência, que representa um espaço de “dependência segurada e integrada” que não se situa na zona de integração autônoma por meio do trabalho e nem na zona de desfiliação pelo não trabalho e não inserção relacional (CASTEL, 1994, p. 31). Neste espaço social estão as iniciativas de assistência, no sentido de ofertar intervenções sociais ou de conjurar/controlar o perigo que eles representariam para a manutenção da coesão social. A zona de assistência não significa, no entanto, o mesmo que assistência social.

Para introduzir o debate sobre a organização das sociedades, Castel estabeleceu inicialmente diferenciações entre os termos social e societal, salientando que poderia haver sociedades sem social. O termo social relaciona-se às sociedades que precisariam desenvolver práticas específicas de organização social, como os manejos e intervenções relacionadas à proteção. Já o termo societal, associado às sociedades sem social, possuía características de coletividades que mantinham certa coesão e que não demandavam intervenções sociais para integrar a maior parte dos seus indivíduos.

Um exemplo ilustrativo dado pelo autor sobre o conceito da “sociedade sem social” seria uma organização baseada na sociabilidade primária, ou seja, em princípios regulamentadores que vinculam os membros de uma comunidade pelo pertencimento de redes próximas, como família, trabalho e vizinhos, construindo relações de interdependência que não demandam a mediação de instituições. Esta organização societal, na medida que tecia redes mais constantes e de certa forma imutáveis, devido particularmente às condições de nascimento, favorecia a estabilidade dos papéis familiares, da divisão do trabalho e da possibilidade de transmitir aprendizagens e a continuidade da existência social (CASTEL, 2015).

Durante o período feudal esta organização societal foi predominante e se caracterizou pela valorização do passado, da linhagem, dos laços de sangue e das relações imutáveis de dependência e interdependência no contexto de comunidades restritas territorialmente. Naquelas sociedades, já havia desafios para a integração primária das pessoas, como exemplo, a situação de um órfão ao romper a rede da assistência familiar, uma enfermidade ou um



acidente que poderia inviabilizar a manutenção do indivíduo no sistema de trabalho. Quando bem estruturadas, as comunidades conseguiam se articular para minimizar os prejuízos das rupturas na sociabilidade primária, agregando os indivíduos, oferecendo uma família ampliada ao órfão e estendendo outras ações de solidariedade natural entre os membros (CASTEL, 2015).

Na idade média, no contexto feudal, foi usado o termo “família-providência”, representando a comunidade territorial que assegurava coletivamente algumas proteções, na ausência de instituições especializadas. Essas ações “generosas” induziam a uma redistribuição dos bens e eram consequências do lugar ocupado no sistema de interdependência social e, portanto, se tornava obrigatória (CASTEL, 2015, p. 53). Assim, voluntariamente algumas pessoas pediam para se tornar dependentes de um senhor, pois se obtinha maior proteção por meio da consolidação das relações feitas sob um juramento de fidelidade. Segundo Castel, este marco “representou um primeiro tipo de proteção eficaz contra os riscos sociais” (CASTEL, 2015, p. 54).

Este arranjo social envolvia uma estabilidade que permitia a existência da pobreza em grande escala sem gerar uma questão social, sendo que apenas com a decomposição da sociedade feudal foi que emergiu a problematização do social (CASTEL, 2015).

A organização da sociedade feudal e da prevalente sociabilidade primária foi fragilizada por intensas mudanças sociais que tensionaram fortemente a coesão social em um período denominado de “desconversão da sociedade feudal” (CASTEL, 2015, p. 109). Particularmente na segunda metade do século XIV, a desconversão esteve relacionada a mortes, guerras, condições precárias de vida, das relações de trabalho e carregou em si o paradoxo de proporcionar maior possibilidade de empregos, em decorrência da condição demográfica e um aumento da mendicância ao mesmo período, ou seja, “salários e demandas de trabalho aumentam e o número de rejeitados cresce igualmente” (CASTEL, 2015, p. 116).

O caminho da desconversão da sociedade feudal se associou intensamente às transformações das relações familiares e de sociabilidade uma vez que a comunidade camponesa foi se restringindo em núcleos menores e mais frágeis, fazendo da sociabilidade primária um exercício mais pontual e aleatório. Houve um enrijecimento da estratificação social, acentuando o antagonismo dos interesses dos subgrupos e o rompimento de numerosas redes de solidariedade, após as drásticas alterações sociodemográficas do período. O equilíbrio social anterior que controlava e amenizava os processos de desfiliação foi ameaçado ou abolido (CASTEL, 2015).

Considerando o aparecimento de laços sociais mais frouxos e/ou uma estrutura social mais complexa, desvelaram-se os primeiros tipos de intervenção social organizada institucionalmente voltada para o atendimento aos ditos carentes, como práticas especializadas em hospitais, orfanatos e pela estruturação de unidades para a distribuição de esmolas. Constituiu-se assim a sociabilidade secundária, que deslocou os sistemas de proteção próxima entre familiares e vizinhos para instituições especializadas com características técnicas específicas. Esta esfera assistencial, análoga à sociabilidade primária, visava suprir as fragilidades em um novo cenário social (CASTEL, 2015).

Os conceitos de sociabilidade primária e secundária se caracterizaram como alternativas para manter e promover um equilíbrio social e se relacionaram diretamente à proposição de coesão social, como entendida por Castel. Havendo os suportes oferecidos pelas sociabilidades primárias e secundárias a sociedade tentava driblar as rupturas sociais. Neste contexto, havia crescido a população de indivíduos desterritorializados, ou seja, sem endereço fixo, e sem lugar na organização tradicional de trabalho, para qual a liberdade foi sinônimo de uma maldição, pois o cenário apresentava a obrigação de trabalhar e a impossibilidade de fazê-lo nas normas vigentes. A organização das práticas sociais, no século XVI, por exemplo, eram regidas por critérios associados ao atendimento daqueles que não teriam capacidade para o trabalho e que possuíam endereço de residência (indigentes inválidos). Já os indigentes denominados válidos, considerados com condição para o trabalho, eram mantidos excluídos das ajudas duplamente, sendo enquadrados, nas palavras de Castel, como “vagabundos” (CASTEL, 2015).

Os “vagabundos” eram caracterizados particularmente pela ausência de trabalho (ociosidade associada à falta de recursos) e a não fixação territorial (sem pertencimento). Até o século XVI, o termo vagabundo associava-se a adjetivos como: mendigo, velhaco, ocioso, biltre, luxurioso, tratante, indolente; a profissões de má reputação: malabaristas, cantores, exibidores de curiosidades, arrancadores de dentes, e a ocupações condenadas: jogadores de dados e prostitutas (CASTEL, 2015).

Tais adjetivos atribuídos certamente criaram uma estigmatização do seu papel social, pois eram considerados como fonte de insegurança na cidade e no campo. Os “vagabundos” rompiam o pacto social (trabalho, família, moralidade e religião, que os tornavam os inimigos da ordem pública) e se encontravam no limite do processo de desfiliação, alimentado pela precariedade na relação com o trabalho e pela fragilidade das redes de sociabilidade, constituindo uma parcela numérica significativa do povo (CASTEL, 2015).

Neste debate não foi pretendido inocentar ou romantizar os “vagabundos”, pois isso seria ingênuo, como alerta Castel. No entanto, considera-se que tal fenômeno foi parte de uma construção social para tratar a vagabundagem como associal e perigosa. Segundo o autor (CASTEL, 2015), este paradigma negativo foi claramente um discurso de poder cultivado e que influenciou na constituição de um imaginário social presente até os dias de hoje.

A medida geral adotada para lidar com o “vagabundo” à época foi a repressão, a tentativa de banimento por meio da criminalização e a condenações como a pena de morte. A questão social despontada pela indignação válida e móvel foi tratada como caso de polícia. Neste sentido, a política repressiva e “a condenação do vagabundo era o caminho mais curto entre a impossibilidade de suportar uma situação e a impossibilidade de transformá-la profundamente” (CASTEL, 2015, p. 136).

A estigmatização tinha o papel de garantir e justificar o manejo dado aos vagabundos. Nas sociedades pré-industriais, considerar os vagabundos como “pobres coitados levados a tal situação pela miséria e pelo isolamento social, pela falta de trabalho e pela ausência de suportes relacionais” não levaria à nenhuma política social concreta. No entanto, estigmatizar os vagabundos tanto quanto fosse possível possibilitava formas regulamentares e policiais para encarar as desordens pontuais “provocadas pela reduzida proporção de vagabundos realmente perigosos” (CASTEL, 2015, p. 139).

Frente a isso, levanta-se o questionamento se seria possível entender tais medidas e políticas concernentes aos vagabundos como *sociais*. Em resposta a este questionamento há mais de um ponto de vista. Por uma perspectiva, segundo o autor, acreditava-se que sim, as medidas eram sociais, por buscar assegurar a ordem pública. Por outro lado, entende-se que não, pois tratavam de práticas que ocultavam e deslocavam para uma margem extrema da sociedade uma parcela da população fazendo dela uma questão de polícia (CASTEL, 2015).

Tratar os vagabundos como caso de polícia evidentemente não considerava a questão social central envolvida nos processos originários do problema. Castel entende que quando a coesão social é rompida, e alguns membros são expulsos da sociedade, se faz necessário examinar o que há no centro deste processo que incita esta dinâmica, porque “o cerne da problemática da exclusão não está onde estão os excluídos” (CASTEL, 2015, p. 143).

Ainda hoje, de forma geral, os mecanismos sociais usados para os indigentes válidos da contemporaneidade são mais repressivos e de culpabilização individual do que de análise de sua origem e de tentativa de transformação social. Também sob uma perspectiva histórica,

Donzelot (1980) aborda tais fenômenos como a “polícia da família”.

Segundo Castel (2015), as origens das perturbações que afetavam o equilíbrio social estavam no processo de vulnerabilização dos pobres e, desta forma, com o desenvolvimento histórico da configuração da sociedade ocidental, a questão do trabalhador, especificamente da condição do assalariado, é colocada em primeiro plano para se discutir as origens dos desequilíbrios sociais. Pela relevância que a figura do assalariado e suas condições ganharam, o autor discorreu sobre as origens e transformações relacionadas ao salário. Desta forma, os apontamentos sequenciais colocam as condições sociais do assalariado como um dos pilares para o entendimento sobre a questão social e conseqüentemente informam sobre tensionamento na coesão social que tais condições implicam. Ressalta-se ainda que identificar e entender os desequilíbrios e a fragilidade do tecido social é também vislumbrar os processos que demandaram os primeiros socorros para atenuar e/ou controlar as conseqüências da questão social e, assim, compreender como a assistência social nasce para buscar responder a tais necessidades latentes.

No início das transações salariais, o artesanato se destacou como um prolongamento da economia doméstica. As sociedades artesanais, por meio das comunidades de ofícios, não foram caracterizadas como organizações totalmente assalariadas, mas se configuraram como a matriz do assalariamento (CASTEL, 2015). As unidades que conformavam a produção das comunidades artesanais eram: mestres artesãos (proprietários de suas ferramentas), um ou dois empregados e um ou dois aprendizes. O funcionamento destas comunidades era dinâmico sendo que a condição de assalariado era transitória, pois os aprendizes se tornariam mestres. Estas comunidades tinham como objetivos garantir o monopólio do trabalho nas cidades de modo a abolir a concorrência externa e impedir a concorrência interna entre seus membros. Desta forma, a organização do trabalho não permitia a concorrência e não comportava também o desenvolvimento de acumulação capitalista (CASTEL, 2015).

Nos séculos XII e XIII, essa estrutura social teve seu ápice. O poder real administrava este arranjo por meio dos ofícios jurados e desenvolvia as regulamentações das profissões, não apenas no âmbito técnico para a manutenção da qualidade e da organização da produção, mas também para impedir a existência de mercado (não havia concorrência e liberdade para aumentar a produção). Uma comunidade de ofício tinha tanto se constituído pelo lugar de exclusão daqueles que estavam fora dela como pela inclusão das prerrogativas positivas garantida a seus membros. Este sistema corporativista apresentava o paradoxo de que, mesmo cercado pela dinâmica nascente do capitalismo, continuava a evitar o livre mercado da mão de

obra e de uma condição salarial consistente (CASTEL, 2015).

As comunidades de ofício entraram em crise no século XIV e as oportunidades para se tornar mestre diminuíram, ficando restritas aos filhos dos mestres. Além disso, frente às regulamentações mais restritas, houve a origem de duas categorias de trabalhadores que não acessavam a maestria: os assalariados vitalícios e aqueles que se estabeleceram por conta própria, os *Chanbrelans*, vistos como clandestinos (CASTEL, 2015).

Destaca-se que, mesmo tendo acontecido grandes transformações sociais e econômicas desde a Idade Média, as relações de trabalho se mantinham dominadas por um modelo que contradiz às demandas de liberdade que já se manifestavam, como de circular, trocar, empreender e produzir. As principais modalidades de organização do trabalho, anteriores à Revolução Industrial, se estabeleciam como exercícios de coerção: trabalho regulado e forçado. As ocupações que se localizavam fora das regulações dos ofícios estavam no setor da polícia dos pobres, aplicada para o dever do trabalho, ou seja, todos eram forçados a trabalhar (CASTEL, 2015).

Mesmo estas sociedades pré-industriais tendo conhecido e desenvolvido variadas formas de situações salariais, não permitiram a constituição da sociedade salarial. Castel propôs um inventário de 11 situações salariais distintas com o objetivo de mostrar a extraordinária heterogeneidade das situações presentes à época (CASTEL, 2015).

De acordo com o autor, o modelo de corveia também se apresentou como uma das origens do assalariamento, sendo retomada em nova roupagem após a revolução industrial. A corveia era uma forma não remunerada de trabalho, marcada pela dependência pessoal de servidão, que sucedeu a escravidão, constituída por o que um arrendatário devia a seu senhor, colocando-o à disposição um certo número de dias para trabalhar na exploração senhorial. Castel sugere que a condição moderna de assalariamento nasceu da tutela e não da liberdade, embora o mercado implicasse na figura de duas pessoas juridicamente independentes para estabelecer trocas.

Junto do “movimento de libertação da mão de obra servil, com o desenvolvimento da economia monetária a partir do século XVII, a corveia é resgatada com frequência cada vez maior: de prestação obrigatória em trabalho, torna-se a prestação obrigatória em dinheiro” (CASTEL, 2015, p. 199). O arrendatário tinha liberdade para organizar o seu trabalho, mas o produto de sua lavoura podia ser insuficiente para cumprir suas obrigações e então usava parte do seu tempo, mediante remuneração, para ficar à disposição do senhor ou agricultor mais

rico. Esta organização, segundo Castel, parece ser a origem da condição de assalariado no âmbito rural. A corveia e este tipo de assalariamento coexistiram na mesma época.

Já naquele momento, referir-se às condições de assalariados significava um conjunto de características que tinham em comum certa indignidade, pressupondo estados importantes de dependência que transpunham a miséria material e as situações de pobreza, abrangendo ainda uma espécie de subcidadania ou infracidadania (CASTEL, 2015).

No contexto da modernidade liberal na França, nos séculos XVII e XVIII, destacam-se alguns marcos que evidenciaram o lugar ocupado pelos grupos mais desfavorecidos: a tomada de consciência da vulnerabilidade de massa e a transformação da concepção do trabalho (CASTEL, 2015).

No fim do século XVII, houve a tomada de consciência sobre a vulnerabilidade de massa que atingia a maioria das pessoas nas cidades e no campo, ampliando a percepção de que a questão social se tratava de uma problemática de grande parte da população e não apenas localizada em suas franjas estigmatizadas. Embora o grande número de indigentes não constituísse em si uma novidade, eles foram considerados atípicos, por muito tempo, designando pessoas fora do regime comum, na marginalidade. Ao mesmo tempo que aconteceu a conscientização da vulnerabilidade como um fenômeno de massa, houve a transformação da concepção do trabalho que passa a ser reconhecido como fonte da riqueza social.

O trabalho manteve a associação com a riqueza em um cenário que os ricos trabalhavam menos ou nada e os pobres, que ganhavam pouco, eram reduzidos à necessidade de trabalhar para sobreviver. O mercantilismo marcou uma etapa nesta nova concepção sobre o trabalho quando aliava a visão religiosa e moral à necessidade de trabalhar. Estes dois marcos provocaram o descrédito das organizações existentes até então de distribuição dos auxílios, pois estas apenas poderiam atuar sobre as margens da questão social e porque a miséria e a vulnerabilidade de massa ocorriam em grande parte pela organização profundamente defeituosa do trabalho, sendo que, naquele princípio, somente a reorganização do trabalho poderia reformular a problemática (CASTEL, 2015).

O antigo sistema de regulação assistencial, no contexto do antigo regime francês, não considerava que a indigência envolvia um problema de não acesso a direitos, atentava para a caridade aos pobres, mas não validava os direitos do pobre na sociedade (CASTEL, 2015). Na dimensão dos direitos sociais, um princípio suscitou a substituição dos procedimentos

realizados, permitindo reconstituir a base da distribuição dos socorros e organização do trabalho nos tempos modernos (século XX). Este princípio foi referente ao entendimento do direito à subsistência e à vida, como prerrogativas essenciais da humanidade, de tal forma que nenhuma sociedade deveria transgredi-lo. Se houvesse pessoas sem condições de subsistência, e, portanto, com violação dos seus direitos de humanidade, o “equilíbrio social” estaria rompido (CASTEL, 2015, p. 243).

As transformações ocorridas no século XVIII sobre a concepção do trabalho, que se torna a fonte de toda a riqueza, é acompanhada da perspectiva de que ele é necessário para a pessoa ser útil. Essa lógica vem acompanhada da ideologia liberal em que a “liberdade de trabalho deve libertar também a iniciativa privada, o gosto pelo risco e pelo esforço, o sentido da competição” (CASTEL, 2015, p. 234).

No fim do século XVIII, na Europa, mudanças sociais fomentaram o acesso ao trabalho, mas não na promoção da condição salarial. A relação de trabalho que passou a ser contratualizada não amenizou a indignidade da condição de assalariado. O processo de industrialização (manufatura e indústria) produziu o pauperismo, a nova pobreza, que representou uma ameaça à ordem política e social pois, mais uma vez, abrangia grande parte da sociedade.

Tal processo teve duas características importantes, a de abrigar uma indigência que não decorria da ausência de trabalho, mas da nova organização do trabalho; e apresentar uma degradação do povo, não só material, mas também moral, uma espécie de nova barbárie (CASTEL, 2015). Os julgamentos atribuídos a este fenômeno eram sustentados pelas descrições das formas de vidas das famílias operárias (fim do século XVIII e século XIX), amontoadas nos subúrbios das cidades industriais europeias.

O pauperismo na Europa podia ser entendido como um ponto de solidificação da questão social, pois nele se manifestava o risco de uma desfiliação em massa inserida no próprio processo de produção de riqueza. Esta situação retratava a condição degradada dos trabalhadores em que populações inteiras estavam à margem da integração. A consciência de luta de classes emergia, na França, no início dos anos de 1830, frente a um risco iminente de desagregação social, pelo proletariado industrial (CASTEL, 2015).

Destaca-se que com o advento do liberalismo, no século XVIII (CASTEL, 2015), houve a recusa em fazer da assistência uma questão de direito pautada nas relações que deveriam ser estabelecidas a partir de então e que romperiam com uniformidade da lógica de

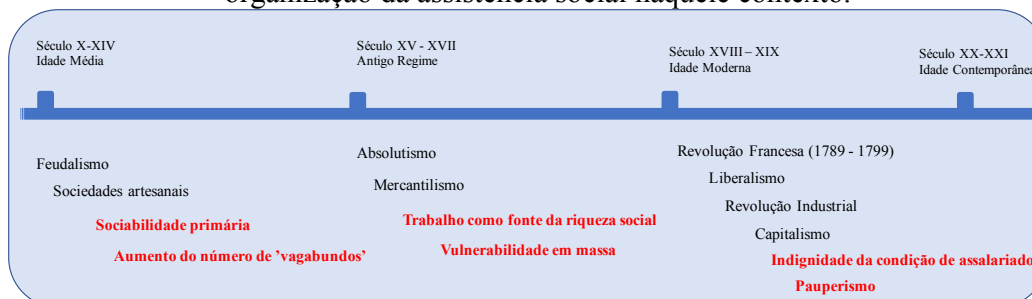
desigualdade. Uma vez que o direito seria uma forma de buscar a garantia das relações de reciprocidade entre pessoas responsáveis e iguais na troca, diferia-se das práticas de assistência que se davam em um contexto de desigualdade, pois o indigente solicitava ajuda, mas não podia dar uma contrapartida análoga ao que recebia.

Embora o liberalismo tenha passado por mudanças, no século XIX, prevaleceram suas características conservadoras, como o papel de restaurador da ordem social, buscando enfrentar os riscos de desintegração social e mantendo o avanço social para os proprietários e a liberdade para o mercado. Na tentativa de introduzir correções aos efeitos perversos do desenvolvimento econômico, mas sem alterar sua estrutura, emergiram, naquele momento, as primeiras versões modernas das políticas sociais, com o intuito de intervir sobre a miséria do mundo capitalista (CASTEL, 2015).

Como pôde ser verificado nesta síntese, a organização da sociedade foi se constituindo ao longo dos anos sob a formação de contratos sociais que mantiveram e até reforçaram a desigualdade, a vulnerabilidade e a desfiliação social. Eventos como a vulnerabilidade em massa e o pauperismo levaram a sociedade para a constituição de dispositivos de socorros sociais que apoiassem a coesão social, mas sem alterar a lógica do sistema pautado no capitalismo de lógica liberal.

Com base neste breve apontamento histórico, pretendeu-se contextualizar a inscrição de sistemas institucionalizados de proteção social. Assim, tendo em vista a questão social e suas particularidades nos contextos mencionados, serão descritos a seguir os percursos trilhados na constituição da assistência social como área institucionalizada na dinâmica social.

Figura 1 – Síntese de características da sociedade francesa que foram cenário para a organização da assistência social naquele contexto.



Fonte: Elaboração própria.



### **1.1.2 Organização e institucionalização da assistência social: a constituição de um espaço de desafios e contradições**

A partir da contextualização histórica apresentada, tendo como referência a descrição da sociedade francesa, segundo o estudo de Castel, objetiva-se aqui descrever como foram estruturadas as primeiras iniciativas de assistência às pessoas marginalizadas, bem como se institucionalizaram na forma de assistência social como dispositivos para a intervenção social, especificamente no contexto europeu.

Desvela-se neste processo de estruturação das proteções sociais algumas tentativas de integração social por vias sinuosas, em que marcadamente sobressaíram os interesses de determinadas classes sociais em detrimento de outras menos favorecidas, e com nítido cuidado aos interesses do mercado, na lógica da obrigatoriedade do trabalho e da criminalização do não trabalho, daquele que estava marginalizado. No entanto, pode-se dizer que as proteções estatais, cumprindo o papel de ofertar os mínimos sociais estabelecidos, contribuíram, de certa forma, para a manutenção e/ou construção da coesão social.

Assim, serão apresentadas a seguir trajetórias que levaram à estruturação da proteção social, norteadas pela busca da coesão, diante das “metamorfoses da questão social” (CASTEL, 2015). A elaboração deste resgate buscou traduzir o entendimento de que as proteções sociais e suas dimensões, sendo a assistência social uma delas, são produtos de uma construção sócio-histórica (CARRO, 2008).

Na Europa, o cristianismo medieval teve um papel relevante no início da estruturação das proteções sociais (sociabilidade secundária, conforme mencionado anteriormente), pois influenciou a assistência de forma marcante com seus conceitos próprios. Naquele contexto, a caridade era entendida como virtude e o desprendimento material e a pobreza valorizados (CASTEL, 2015).

Como contextualizado anteriormente, nem todos os pobres eram dignos da caridade, havia modos específicos de gerir a pobreza, sendo que, para receber a assistência, o indivíduo deveria ser inapto para o trabalho devido a uma incapacidade física, doença, velhice, infância sem tutoria ou ausência de domicílio fixo. Ou seja, havia uma classificação de quem era apto à assistência, por motivos considerados justos para o despendimento de recursos para aquelas pessoas (CASTEL, 2015).

Na França, a passagem das instituições assistenciais religiosas para laicas se deu progressivamente (mais em termos de colaborações e encaminhamentos do que rupturas e de

transferência brusca), o que não excluiu tensões e resistências entre as orientações, tendo em vista o papel fundador do cristianismo no âmbito assistencial, na Idade Média. O monopólio clerical se dissolveu antes do século XVI e a assistência passou a ter base territorial e ser responsabilidade dos poderes locais, no entanto, ainda com uma forte tutela da igreja católica. No âmbito da religiosidade, evidencia-se que a caridade não se vinculou unicamente ao cristianismo, embora a sociedade estivesse majoritariamente tomada por ele, sendo que a mensagem de amor ao próximo esteve relacionada com um sentido religioso mais amplo e poderia incitar a caridade de diferentes povos e crenças (CASTEL, 2015).

No início do século XVI, na França, uma conjuntura de crise econômica e social suscitou a estruturação de uma nova política social. Este processo foi a sistematização do movimento que já vinha acontecendo anteriormente acerca de medidas para estruturar a assistência. A organização dos auxílios em base municipal e o crescente intervencionismo real diante da mendicância marcaram a estruturação socioassistencial (CASTEL, 2015).

O conjunto de práticas assistenciais neste período continuou sendo caracterizado por dois eixos que se interconectaram: a proximidade entre os que assistem e os que são assistidos e o critério de inaptidão para o trabalho. O primeiro aspecto envolve a perspectiva de que o indigente tem mais oportunidades de receber auxílio quando é conhecido e reconhecido em sua comunidade, expressando pertencimento. Neste sentido, confirma-se o caráter da assistência em analogia à sociabilidade primária. O segundo aspecto é a inaptidão para o trabalho como critério para ser assistido. A assistência era ofertada para aqueles que não podiam suprir suas necessidades por serem incapazes de trabalhar, ou seja, o critério da desvantagem, entendida como a velhice, a infância abandonada, as deficiências físicas ou psíquicas e as doenças, caracterizando-se como justificativas para receber assistência, as quais compõem a categoria denominada por Castel de mendigos inválidos para o trabalho (CASTEL, 2015).

Este processo remonta a história das primeiras iniciativas em regular a assistência aos pobres e desenvolver políticas socioassistenciais. Emergiram os traços das motivações para a criação dos modos de assistência, evidenciando a gestão da pobreza também como ferramenta de controle social. Um exemplo deste controle foi a reclusão em massa, que ocorreu durante o século XVII, em toda Europa, como uma estratégia para tentar reestabelecer o pertencimento comunitário e manejar a população apta a receber assistência (mendigos domiciliados). A grande reclusão contava com a disciplina do hospital geral, conforme a lógica pontuada por Goffman (1974).

No fim do século XVIII, a Revolução Francesa impactou os postulados sobre as estruturas sociais e políticas do antigo regime, mas não gerou proposições marcantes no âmbito da universalidade da distribuição dos auxílios. A partir de tal fato histórico, foi proclamado o dever de assistência da coletividade, como expressão geral da solidariedade, entendida como uma dívida social. Salienta-se, neste cenário, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, que sintetizou 17 artigos dos ideais libertários e liberais da primeira fase da Revolução Francesa e denotou direitos que estariam desvinculados das concepções religiosas (CARRO, 2008).

Nota-se que algumas mudanças de conceito operadas durante a Revolução Francesa fortaleceram a assistência social para que ela constituísse seus próprios princípios, distinguindo-a da ação caritativa, particularmente pela articulação com o âmbito dos direitos. A partir de então a nação constituiu a base para garantia do direito ao socorro, mas a condição para ser apto a receber a assistência continuava: ser incapaz de trabalhar e ser domiciliado (CARRO, 2008). A assistência tornava-se uma prerrogativa da cidadania, ou seja, do lugar de cidadão no sentido grego, do pertencimento político a uma comunidade (ARISTÓTELES, 1991). Por outro lado, os indigentes válidos deveriam ser ajudados (ou ajustados) por meio do trabalho, buscando oferecer maior facilidade da possibilidade de trabalhar.

Posterior a este momento, na França, a Revolução Industrial também produziu efeitos que se opunham à composição de uma sociedade de iguais. Os efeitos do capitalismo liberal apontavam novas e urgentes demandas de atenuar as consequências desse processo de industrialização (CARRO, 2008).

A organização dos sistemas públicos de auxílios, particularmente na primeira metade do século XIX, caracterizava-se em duas frentes: o sistema de hospitais e hospícios (direcionados aos indigentes inválidos) e a vertente extra hospitalar, representada por postos de beneficência (CASTEL, 2015). Com as condições de pobreza do sistema público, foi necessário recorrer à assistência privada, às instituições religiosas e também à mobilização das elites sociais, que desenvolveram um poder tutelar em relação aos pobres, assumindo uma beneficência que poupava a intervenção do Estado (desta forma, as práticas particulares da beneficência eram recomendadas por parte do governo). A beneficência se inscrevia na esfera dos deveres morais que abrangia desde relações privadas até as relações com os pobres, ou seja, as denominadas classes inferiores (CASTEL, 2015).

Extrema pobreza do sistema público ou parapúblico de socorros, portanto, o que contrasta com a amplitude da “caridade legal” tal como existiu na Inglaterra. Entretanto, esse sistema está muito longe de assegurar a totalidade do atendimento às situações de indigência social. Evidentemente, é necessário acrescentar-lhe a nebulosa assistência privada confessional, nas instituições religiosas até as obras de caridade paroquiais. Mas também se elabora uma concepção nova e original da mobilização das elites sociais para desenvolver um poder tutelar em relação aos desafortunados e assumir uma função de beneficência que poupa a intervenção do Estado. Assim, a quase proibição apresentada na França contra o desenvolvimento da “caridade legal” tem, como contrapartida, estratégias complexas baseadas na busca de respostas não estatais para a questão social. (CASTEL, 2015, p. 302).

No final do século XIX, com o predomínio da ideologia liberal assumida pelo Estado capitalista, as respostas dadas à questão social foram tímidas e repressivas, retornando na forma de leis apenas algumas das demandas da classe trabalhadora e propondo pequenas modificações que ficavam longe de atingir o cerne da questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 63).

Demonstra-se que a organização e mobilização da classe trabalhadora foi determinante para a mudança da natureza do Estado liberal ao final do século XIX e início do século XX. Ela conseguiu garantir avanços significativos na esfera dos direitos políticos, por exemplo, mas as conquistas ainda contavam com restrição destes direitos assegurados que eram voltados predominantemente aos proprietários (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

A generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tensionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX. (...) Os autores são unânimes em situar o final do século XIX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

No que tange à organização institucional e legal da assistência social, durante o período da terceira república francesa, mais precisamente em 1888, foi criada a Direção de Assistência e Higiene e se instalou um Conselho Superior de Assistência Pública, do mesmo ano até 1893, sendo este o momento no qual a assistência pública tomou a forma de leis (CARRO, 2008).

As populações contempladas com a assistência ainda eram bem delimitadas, abrangendo principalmente aqueles que estavam fora do trabalho. A política de socorros

buscava colaborar para a integração social dos indigentes embora não alterasse substancialmente o equilíbrio social. Por outro lado, a vulnerabilidade era a condição da maior parte dos assalariados e, mesmo iniciada no pauperismo, mantinha-se por meio da instabilidade e insegurança no emprego, baixos salários e miséria (CASTEL, 2015).

Quando se reconheceu que a miséria estava também localizada nos processos relacionados ao trabalho, foi desenvolvido um profundo debate se os auxílios estariam relacionados à assistência ou ao seguro. As reflexões passavam pelas alternativas: aumentar a assistência para tentar garantir recursos aos miseráveis ou impor a obrigação do seguro àqueles que não poderiam se suprir em casos de eventuais acidentes e doenças. Havia o entendimento de que era necessário reconhecer os limites, tanto da assistência (já experimentada há algum tempo, sendo necessário estender sua abrangência e financiamento) e do seguro (diferente e suscetível da necessidade de novas ações e recursos) (CASTEL, 2015).

O seguro da aposentadoria como um direito neste contexto francês foi estabelecido em uma lei de 1894, em que seria financiada pelas cotas operárias e patronais com caráter de obrigação legal para empregadores e empregados. Assim, antes do fim do século XIX, a estrutura dos seguros sociais foi implantada (CASTEL, 2015).

Com o seguro, evidenciou-se uma distinção da população operária pelo critério moral, pois iriam para a assistência aqueles que não respondiam às tentativas de recuperação social. A assistência seria para os incapazes e já o direito para os homens responsáveis, em outras palavras, a esfera pública do âmbito da assistência só assumiu os casos limites em relação à condição trabalhadora (CASTEL, 2015). Se, por um lado, a assistência envolvia a condição moralizante de “dever fazer o bem” e uma política de controle das populações, por outro havia os seguros sociais, em que o indivíduo era um portador de um direito relacionado ao trabalho e tinha nos mecanismos de solidariedade o acesso para adquirir uma igualdade de direitos e status. As práticas socioassistenciais definiam quadros de intervenções, condições de direito e condicionavam o acesso dos beneficiários a pertença a um território, enquanto os seguros vinculavam a pertença profissional (CARRO, 2008, p. 45).

Assim, as tecnologias dos seguros perfaziam um modo de intervenção social que desenvolvia um modelo de solidariedade, mesmo que os participantes não tivessem consciência disso. A cobertura abrangente para inúmeras situações era um recurso inovador que permitia a segurança ao trabalhador e em princípio não dependia da natureza do risco coberto (CASTEL, 2015).

No entanto, destaca-se o paradoxo de que as aplicações do seguro foram inicialmente limitadas às categorias ameaçadas de degradação social, que se encontravam sob o risco de passar de uma situação vulnerável para miserável, como se o seguro funcionasse em analogia com a assistência, obrigando a assegurar aquele que teria o risco de ser assistido (CASTEL, 2015).

Os debates sobre a aplicabilidade do seguro nestas situações particulares suscitaram a reflexão sobre as novas relações estabelecidas no início do século XX entre trabalho, seguridade e propriedade. Os trabalhadores que se beneficiaram do seguro tinham unicamente o seu trabalho como forma de subsistência e, dessa forma, assegurar este grupo representava despertar mudanças nas relações com esses três elementos (CASTEL, 2015).

O par trabalho-propriedade direcionou a questão social à problemática das proteções para aqueles que possuíam apenas a força de trabalho e não tinham a segurança de ter uma propriedade privada. A redefinição dessa questão não consistiu em abolir tal relação, mas em reformular e justapor a propriedade privada a outro tipo de propriedade (propriedade social), propondo a seguridade àqueles que estavam fora da propriedade privada (CASTEL, 2015). A propriedade social pode ser definida como algo comparável à propriedade privada, que suscita segurança, caracterizando-se como algo que não se pode comprar e que depende de um sistema de obrigações e direitos, como a aposentadoria (NARDI, 2003).

A propriedade social estava no cerne do desenvolvimento dos serviços públicos, implicando na existência de bens coletivos, favorecendo a redução das desigualdades. Entretanto, a propriedade social permaneceu uma propriedade coletiva e impessoal, que não contemplava geralmente as necessidades pessoais. Retomou-se o seguro como o patrimônio atribuível não privado, que tem suas regras organizadas socialmente, mas podia funcionar como um bem privado. O seguro ratificou o caráter estratificável da sociedade, fundada na divisão de trabalho e não apenas na propriedade (CASTEL, 2015).

A mutação da concepção da propriedade permitiu alterá-la ao conceito de propriedade de transferência, ou seja, o pagamento das cotizações era uma obrigação que dava um direito. Esta propriedade não era uma mercadoria vendável, mas regulada por obrigações jurídicas e agências públicas que buscava preservar a classe operária da total destituição (CASTEL, 2015).

No início do século XX, o seguro apareceu como um mecanismo complexo de regulações que dependia do equilíbrio entre interesses divergentes e correspondia a uma

condição para o desenvolvimento mais pacífico da sociedade. Naquele momento, as principais partes interessadas nesse jogo eram os assalariados, os empregadores, os defensores do bem privado e os representantes do Estado (CASTEL, 2015).

A centralidade do trabalho na sociedade localizou, no âmbito das relações salariais, importantes marcos na construção dos direitos sociais. Considera-se então relevante resgatar aqui algumas particularidades que Castel descreveu sobre as passagens entre as condições proletária, operária e salarial, particularmente no que se refere aos direitos sociais.

A *condição proletária* foi uma situação que estava no limite da exclusão social. Em linhas gerais, as principais características da relação salarial, do início da industrialização, correspondente à condição proletária eram: remuneração próxima de uma renda mínima que não permitia investimento no consumo, ausência de garantias legais na situação de trabalho e instabilidade na relação do trabalhador com a empresa. As transformações da relação salarial no começo da industrialização reuniram as seguintes principais características: distinção entre os inativos e os que trabalhavam efetiva e regularmente, a fixação do trabalhador no posto de trabalho e a racionalização do processo de trabalho, o acesso a novas formas de consumo, à propriedade social e aos serviços públicos, direito do trabalhador em ser reconhecido como membro de um coletivo dotado de um estatuto social, além da dimensão individual do contrato de trabalho (CASTEL, 2015).

Já a *condição operária* teve, no ano de 1936, na França, marcas decisivas no seu reconhecimento como força social e obtenção de avanços dos direitos sociais. Uma das conquistas foi a redução do tempo de trabalho para 40 horas semanais. As férias remuneradas, sancionadas naquele período, tiveram uma importância ímpar, pois carregavam o significado simbólico de possibilitar ao operário a liberdade de existir para si mesmo, de humanizar o trabalhador, de aproximar dois modos de vida separados: a vida operária e a burguesa. Usufruindo das férias, o operário e burguês teriam alguns dias no ano de condições relativamente similares. A condição do operário distinguia-se da condição proletária do começo da industrialização, pois não se localizava na “quase” exclusão social. Ela foi caracterizada, durante a década de 1930, por uma relação de integração relativa na subordinação devido a fatores de pertencimento, como direito ao trabalho, seguro social, participação na propriedade social e lazer e acesso ao consumo de massa (CASTEL, 2015).

A polaridade entre burgueses e operários evidenciou as diferenças do acesso à cultura e aos bens, dos quais os operários não se aproximariam. O consumo que a classe operária teve acesso foi o de massa, a habitação era a popular e o ensino era restrito, sendo que apenas em

1950 a democratização seria alcançada. Estas conjunturas poderiam resultar no “prosseguimento das conquistas sociais, corroendo progressivamente a distância entre ‘eles’ e ‘nós’, ou então tomada do poder pela classe operária organizada”. A geração de 1936 resistiu formando o núcleo de uma atitude de classe combativa (CASTEL, 2015, p. 448).

Nestes caminhos, o desenvolvimento do sistema de seguridade social não seguia junto ao da assistência social, que foi considerada retrógrada em um cenário de inserção no trabalho e afiliação às proteções advindas dele. Entre os anos 1945 e 1946, foram elaboradas as principais regulamentações que instauraram o sistema de seguridade social, construído sob o princípio da contribuição. O modelo francês de proteção social definiu como meta a cobertura universal para toda a população, mas ao mesmo tempo conservou a fundamentação na inserção no trabalho. A fraternidade e a solidariedade foram os eixos da política de proteção social que teve como pilar três lógicas: seguridade social, previdência social e assistência social (CARRO, 2008).

Evidencia-se, neste contexto, as reformas do ano de 1953, quando as ações e as leis referentes à assistência pública passaram a ser denominadas de “assistência social”, ficando legitimada no sistema jurídico francês. Nos anos posteriores a esta reforma houve a expansão da assistência social, sendo incorporadas a ela categorias e benefícios (CARRO, 2008).

Nos anos de 1950 e 1960, a alternativa revolucionária francesa se dissolveu e a clivagem entre burgueses e proletariados deixava de incitar um movimento de mudança radical. O balanço entre revolução e reforma teve em 1968 a cristalização da consciência de que a classe operária se contentou com os ganhos reformistas. Neste sentido é possível dizer que a classe operária estava dividida entre uma orientação moderada, que apoiava as reformas, e uma tendência revolucionária, que acreditava na luta de classes e que as mudanças sociais apenas seriam possíveis por meio da revolução e destituição do modo de produção capitalista (CASTEL, 2015).

A *condição salarial*, portanto, não foi um triunfo da condição operária. Foi marcada pelo acúmulo de bens, ampliação de direitos, das seguridades e proteções, criação de novas oportunidades e, ao mesmo tempo, pela tomada de consciência de uma grande fragilidade (CASTEL, 2015). Com a condição salarial emergiu a figura de um perfil de pessoa dinâmica e eficaz, trabalhadora e consumidora, composta por diferentes categorias de assalariados como professores, publicitários, comunicadores e, em uma camada mais inferior, profissionais da saúde, educadores, entre outros (CASTEL, 2015).



A propriedade e o trabalho passaram a ter relações mais complexas do que tinham no início da industrialização, pois a primeira permitiu o acesso a posições salariais mais altas por meio dos diplomas e, ao mesmo tempo, os maiores salários puderam facilitar o acesso a ela. Assim, em uma sociedade salarial, coexistem uma organização de profissionais independentes com patrimônio, os operários, empregados e os trabalhadores periféricos, com ocupações instáveis, sazonais e intermitentes (CASTEL, 2015).

Na França, houve um aprofundamento da linha divisória entre os grupos de vulneráveis e a população com acesso aos benefícios do progresso econômico e social. O chamado “quarto mundo” europeu caracterizava uma parcela da população que nunca pôde entrar nas estruturas modernas e estava nas periferias das cidades, vivendo de auxílios e aparentemente não respondendo aos esforços “bem-intencionados” para moralizar e normalizá-los. Colocavam-se como se não servissem para ser assalariados (CASTEL, 2015).

Os assalariados, que constituíam grande parte dessa sociedade, aglutinavam-se e eram segregados pela característica comum em sua identidade social, o assalariamento, pois eram julgados e classificados pela situação de emprego e apenas existiam socialmente a partir deste lugar (CASTEL, 2015).

A sociedade salarial integrou elementos aparentemente dicotômicos: a propriedade privada e a propriedade social, o desenvolvimento econômico e a conquista dos direitos sociais, o mercado e o Estado. Castel (2015) chamou de “Estado de crescimento” a associação do crescimento econômico ao crescimento do Estado Social<sup>16</sup>. A articulação entre a sociedade salarial e o Estado Social resultou em garantia de uma proteção social generalizada. Assim, ele foi o ator central pensado para conduzir estratégias, reafirmar e zelar pelo respeito aos objetivos e compromissos, conduzindo o progresso. Neste sentido, o conceito de Estado Social como social democracia e força motriz para melhorar progressivamente a condição de todos parecia utópico (CASTEL, 2015).

O emprego se revela como problemática que afetou a sociedade francesa no início dos anos de 1970. No entanto, o desemprego foi uma forma de manifestação visível de algo mais

---

<sup>16</sup> Castel preferiu utilizar o termo “Estado Social para designar o modelo francês, fugindo tanto da conotação ‘Estado providencial’ quanto a importação do termo *Welfare State*”. Desta forma, no texto é mantido o termo assim como utilizado originalmente por Castel (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 98). Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 97) “é importante reconhecer que o termo *Welfare State* se origina na Inglaterra e é comumente utilizado na literatura anglo-saxônica. Mas há outras designações, que nem sempre se referem ao mesmo fenômeno e não podem ser tratadas como sinônimo de *Welfare State*. É o caso do termo *Etat-Providence* (Estado-providência), que tem origem no Estado social na França e o designa, enquanto na Alemanha o termo utilizado é *Sozialstaat*, cuja tradução literal é Estado social”.

profundo na conjuntura do emprego. O contrato de trabalho por tempo indeterminado perdeu seu papel e a precarização do trabalho apontava para o aumento da vulnerabilidade social, desemprego e desfiliação. Estes processos de desemprego e precarização do trabalho começaram a fazer parte da dinâmica da modernização, como consequências necessárias da organização do emprego a favor da competitividade. Na condição salarial, a vinculação das competências do trabalhador em longo prazo contrastou com a crise que o reduziu a tarefas pontuais e tornaram as conquistas sociais obstáculos para a máxima competitividade (CASTEL, 2015).

Neste cenário, a empresa, como fonte de riqueza, eficácia e competitividade funcionava como máquina de excluir e vulnerabilizar, que falhava em sua função integradora e arruinava a possibilidade de contratação dos não qualificados e o emprego dos qualificados. Naturalmente, a empresa expressava a lógica do mercado e a coesão social parecia incompatível a estes termos (CASTEL, 2015).

Verificou-se mudanças do papel do Estado e de suas intervenções em uma conjuntura paradoxal entre a promoção da empresa e as ações do Estado, emergindo particularmente neste íterim a execução de ações como as políticas de integração e de inserção, que foram posteriormente incorporadas à assistência social (CASTEL, 2015).

As políticas de integração são aquelas que procuram favorecer o equilíbrio pela homogeneidade da sociedade. Por exemplo, as tentativas para promover o acesso universal aos serviços públicos, a redução das desigualdades sociais, a otimização da divisão das oportunidades, a consolidação da condição salarial e o desenvolvimento das proteções (CASTEL, 2015). Já as políticas de inserção possuem o ideário de discriminação positiva, ou seja, delineiam a população e os espaços sociais a que são direcionadas, desenvolvendo estratégias específicas para eles.

Os grupos ou regiões de enfoque dessas políticas recebiam maior atenção e cuidados, pois havia sido constatado que possuíam menos e estavam em situação mais deficitária. Este público possuía uma problemática de integração, como por exemplo: os moradores de bairros periféricos, as famílias com fragilidade na socialização, jovens não empregáveis ou mal-empregados, os desempregados de longa data, entre outros. Assim, estas políticas de inserção buscaram o reequilíbrio para diminuir a distância em relação a uma integração completa. O que se colocava como suspeita era que, embora esforços tenham sido realizados, essas populações poderiam ser, apesar de tudo, não integráveis (CASTEL, 2015).

O início dos anos 1980, na França, foi considerado o período do nascimento das políticas de inserção em que contemplavam determinadas categorias da população, especialmente os jovens. Enfatiza-se que a política social direcionada aos excluídos arriscou ser um processo à margem, que faria o mínimo para tentar impedir os desajustes grotescos e visíveis (CASTEL, 2015). As políticas de inserção podem ser consideradas dentre as políticas transversais da assistência social e se articularam “em três eixos: emprego, abrigo-moradia e igualdade de chances” (CARRO, 2008, p. 68).

Entre as políticas sociais desenvolvidas no contexto francês, Castel destaca a Renda Mínima de Inserção (RMI), uma política considerada para a inserção social (CASTEL, 1994; 2015). Segundo o autor, a RMI pode ser considerada como um processo inovador frente às políticas sociais existentes até a sua criação, na Europa. Refere-se a uma renda mensal que todo cidadão francês teria direito. Pela primeira vez não era adotada a separação entre as pessoas aptas e não aptas para o trabalho. Além disto, a RMI não seria apenas um direito à assistência como também um meio de inserção. Esse recurso representou uma tentativa de romper com a concepção do “mau pobre” e transformar a visão do assistido, como “beneficiário passivo” (CASTEL, 2015, p. 553). Tal processo foi decisivo na tomada de consciência sobre a não responsabilização ou culpabilização pelo não trabalho. O benefício contempla uma noção de inserção que envolve “construir um projeto que engaje a dupla responsabilidade de quem recebe a subvenção e da comunidade, e desembocar na reinscrição do beneficiário no regime comum” (CASTEL, 2015, p. 554). Em 1988 a RMI incorporou-se à assistência social, como um recurso diferenciado tanto em sua concepção quanto em sua organização (CARRO, 2008).

Após alguns anos de aplicação da RMI, constatou-se que ela não teria o papel que foi suposto, de um subsídio transitório que permitiria a pessoa prosseguir posteriormente sem o auxílio, mas assumiu o lugar de uma melhora na situação atual do indivíduo, em um “estado transitório-durável” (CASTEL, 2015, p. 556). Assim, Castel usou o termo “associal-sociabilidade” para designar configurações relacionais parcialmente efêmeras que não se inscrevem ou o fazem fragilmente em ‘instituições’ que colocam em “situação de não ser um peso”, o que evidencia a fragilidade das políticas públicas para realizar a integração social (CASTEL, 2015, p. 557).

De forma geral, o autor apontou que, na França, as políticas de inserção aparentemente não cumpriram com seu objetivo primeiro de realizar a transição de seu público alvo para a zona de integração. Entretanto, as políticas de inserção parecem ter contribuído para evitar

situações mais radicais, como descreveu Castel: “[as políticas de inserção] têm contribuído para evitar o pior, se pelo menos se pensa que a passagem ao ato de violência e a revolta são o pior a evitar” (CASTEL, 2015, p. 558).

Com estes elementos, infere-se que as fragilidades na resolubilidade das políticas sociais no âmbito da assistência social evidenciam também as dimensões da questão social e o lugar oscilante do poder público que, segundo Castel, seria a instância capaz de construir pontes para fora do individualismo e ofertar um mínimo de coesão à sociedade (CASTEL, 2015). As trajetórias da assistência, enquanto conformação de uma área e as políticas a ela associadas, sob o contexto do capitalismo liberal, demonstram ao longo do tempo papéis paliativos nos aspectos relacionados às transformações sociais das realidades sociais concretas.

Em síntese, como descrito ao longo do item, a origem e a composição da assistência social como um bem público de intervenção, foi constantemente atravessada por lógicas variadas de restrição, discriminação, controle e tentativas de integração, sendo permeada por desigualdades sociais que historicamente foram marcadas pelas relações com o universo do trabalho. Evidencia-se que as contradições próprias da área não anulam alguns esforços na busca de direitos sociais, redução de desigualdades e fomento da inserção social. As políticas de inserção e integração, por exemplo, constituem-se movimentos importantes neste caminho. Na sociedade capitalista, diante da questão social colocada, destaca-se a manutenção das desigualdades, tensionando-as por meio de lutas sociais que buscam condições mais equânimes de vida, com o entendimento de que ações e políticas de proteção social são ferramentas válidas para percorrer este caminho em direção a uma sociedade que busque menores patamares de desigualdade social.

Pretendeu-se, por meio deste apanhado sobre o processo de organização da assistência social, especificamente na França, retratar elementos significativos para a compreensão da área nos dias atuais, com importantes repercussões ao modelo brasileiro de assistência social. A constituição da assistência social em outros contextos, como no Brasil, assemelha-se em processos de contradições e caminhos não lineares para sua institucionalização.

## 1.2 A CONSTITUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Dada a contextualização sobre a origem da assistência social na França, ressalta-se que há aspectos de convergências nas configurações dos sistemas de proteção social, particularmente no que diz respeito aos desafios enfrentados por diferentes sociedades frente à

exposição da população a condições que beiram ao rompimento da coesão social. Além disso, infere-se que a organização socioassistencial estruturada na França propiciou elementos para a construção do modelo implementado no Brasil, considerando as particularidades e características do contexto brasileiro, especificamente no bojo das heranças sócio-históricas da colonização do país. Assim, é possível fazer paralelos entre a realidade apresentada anteriormente e o contexto brasileiro, para alimentar a discussão sobre a configuração da assistência ante às ameaças de desintegração social.

Atenta-se, no entanto, à não viabilidade em traçar paralelos lineares cronologicamente acerca desta construção, tendo em vista a falta de sincronicidade entre o tempo histórico brasileiro e os acontecimentos internacionais em torno do desenvolvimento das políticas sociais e conseqüentemente para a condição do assalariado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), fato advindo de nosso histórico de colonização e exploração pelo mundo europeu.

Identifica-se que o processo de colonização do Brasil, que se seguiu durante os séculos XVI a XVIII, foi marcado por características sociais particulares de uma colônia escravocrata e de exploração, influenciando na constituição do tecido social do país. O Brasil, enquanto colônia e após a independência administrativa de Portugal, resultou em um vasto território com heranças linguísticas e religiosas, com características socioeconômicas latifundiária, monocultora, escravocrata, com uma população analfabeta e um Estado absolutista. O latifúndio e a escravidão, particularmente, não eram características que favoreceriam ao desenvolvimento da cidadania (CARVALHO, 2002).

A base produtiva brasileira foi alicerçada no trabalho escravo até 1888, ano da abolição. Nota-se, entretanto, que a situação de vida não foi alterada consistentemente por este importante fato histórico, não contribuindo para a mudança social, mantendo as características das relações sociais e de trabalho quase intactas. Outro profundo empecilho eram as grandes propriedades, nas quais as leis eram impostas pelos coronéis que estabeleciam os mesmos padrões das relações de poder baseadas na submissão e compadrio, banindo os caminhos para a liberdade e a cidadania, em seus termos civis, políticos e sociais<sup>17</sup> (COUTO, 2010).

Os quatro primeiros séculos de história brasileira, do XVI ao XIX, período do país caracterizado como colônia e império (quando ocorreram os ciclos do pau-brasil, cana de açúcar, mineração, café e borracha), foram permeados por relações de dependência. Os

---

<sup>17</sup> Como proposto por Marshall (1967) e explicitado na apresentação deste trabalho.

movimentos sociais, no Brasil colonial, restringiam-se ao debate sobre a dependência econômica da Coroa e sobre os pesados tributos. Os vários movimentos que culminaram na independência do Brasil, em 1822, reuniram representantes que passaram a defender a eleição de uma Assembleia Constituinte, que resultou na Constituição de 1824 (COUTO, 2010). Aquela Constituição propunha garantir liberdade individual, econômica e de iniciativa, direito à propriedade e educação primária gratuita. No entanto, a Constituição excluía dos direitos políticos determinadas classes: trabalhadores, escravos, criados, mulheres e, para ter direito ao voto, fixava uma renda mínima (100 mil réis), o que restringia a cidadania política a uma pequena minoria da população (VIOTTI DA COSTA, 2001). O sistema era indireto e as eleições eram “tumultuadas e violentas”, com todo tipo de trapaças, fraudes, ameaças, presença de capangas eleitorais, entre outros (CARVALHO, 2002, p. 33).

Diante de tamanha precariedade dos direitos civis e políticos, os direitos sociais não ficariam em melhores condições. Registros históricos apontam que não havia preocupação com a área social e as poucas iniciativas de assistência eram prestadas por associações particulares e irmandades religiosas, muitas de base cristã europeia, não havendo legislação ou proposições do governo para o estabelecimento de padrões de uma proteção social (CARVALHO, 2002; COUTO 2010).

Neste sentido, Behring e Boschetti (2011, p. 73) descrevem que “uma marca da nossa formação social é a heteronomia, a dependência”, compreendendo que, com a independência, o liberalismo foi apreendido pelas elites nativas por uma perspectiva singular:

a equidade configurou-se como emancipação das classes dominantes e realização de um certo *status* desfrutados por elas, ou seja, sem incorporação das massas; na visão de soberania, supõe-se que há uma interdependência vantajosa entre as nações, numa perspectiva passiva e complacente na relação com o capital internacional; o Estado é visto como meio de internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites nativas dominantes, numa forte confusão entre público e privado. Essas são, claramente, características perenes da nossa formação social! Então se o liberalismo trouxe, nos primórdios da formação do Estado nacional brasileiro, dividendos positivos, tais como uma mudança no horizonte cultural das elites ou a organização moderna dos poderes, não conseguiu dinamizar em toda a profundidade construção de uma ordem nacional autônoma. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 73).

Assim, no momento em que o Brasil iniciava uma vida política independente, a pobreza fazia parte da sociedade. A imagem de um povo degradado foi delineada desde o passado escravagista, sendo destituída de quase todos acontecimentos com significação

positiva. Para a cidade, também havia um peso da característica da desordem urbana, a imagem de espaços insalubres, inseguros e perigosos onde coexistiam dois mundos regidos pelas forças do atraso e do progresso. A noção de questão social não era facilmente assimilada devido a argumentos relativos à abundância dos bens naturais e, quando se admitia a necessidade da ação do Estado, esta se dava por meio de ações paternalistas<sup>18</sup> e assistencialistas<sup>19</sup> (TELLES, 1999).

Ainda, destaca-se aqui que pode ser falacioso equacionar os aspectos que buscariam atribuir características que estariam intrínsecas aos “genes” dos brasileiros. Há uma combinação bastante complexa, diversa e que se renova, relacionada ao estilo patrimonialista e paternalista de “favor e dádiva” no Brasil urbano-capitalista, que ultrapassa as essências unidirecionais de um passado remoto que estaria impregnado nas raízes da população brasileira (KOWARICK, 2002, p. 27).

No Brasil, a influência religiosa marcou a constituição das ações socioassistenciais, assim como na Europa, tendo em vista se tratar de uma forte herança da colonização. No século XVI os padres jesuítas radicados no país já organizavam colégios destinados aos índios que perdiam suas famílias. Ao longo dos anos a caridade passou a ser entendida pelos brasileiros religiosos como uma forma de “salvação da alma” e, particularmente na elite, desperta então uma preocupação em realizar atos caritativos para as pessoas “necessitadas”, como crianças em situação de abandono (TORRES, 2006).

Uma das categorias de instituições que representou esta vinculação assistencial e religiosa foram as Santas Casas de Misericórdia, amplamente difundidas pelas cidades brasileiras, com motivação de caráter católico, desenvolvendo ações sociais junto aos carentes. A Santa Casa foi instalada inicialmente na cidade de São Paulo desenvolvendo serviços ambulatoriais e hospitalares, ampliando gradativamente suas ações, criando serviços como o

---

<sup>18</sup> Segundo o dicionário Michaelis *online* (disponível em <https://michaelis.uol.com.br>, acesso em 10 de setembro de 2019), o termo paternalismo se refere à “tendência a aplicar as formas de autoridade e proteção características de um pai na família convencional às relações políticas, trabalhistas etc”.

<sup>19</sup> O termo assistencialismo é definido no site eletrônico do Conselho Federal de Serviço Social (disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes>, acesso em 10 de setembro de 2019), como: forma de oferta de um serviço por meio de uma doação, favor, boa vontade ou interesse de alguém e não como um direito. Neste mesmo endereço eletrônico, além de assistencialismo, diferencia-se os termos: serviço social, assistente social e assistência social. Segundo as informações: “O Serviço social é entendido como a profissão de nível superior regulamentada pela Lei 8.662/1993. O assistente social é o profissional com graduação em Serviço Social (em curso reconhecido pelo MEC) e registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do estado em que trabalha; e oferta da assistência social é organizada por meio de uma política pública prevista na Constituição Federal e direito de cidadãos e cidadãs, assim como a saúde, a educação, a previdência social etc. É regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)”, constituindo-se como uma das áreas de trabalho de assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais.

hospital para hansenianos, asilo para inválidos e assistência a presos e alienados (MESTRINER, 2001).

Nos séculos XVII a XIX, a comunidade católica desenvolveu uma forma de assistência infantil nomeada Casa da Roda dos Expostos, que buscava garantir a sobrevivência de bebês abandonados pelos pais e preservar a identidade da pessoa que o abandonou. As rodas constituem um dos exemplos de como a assistência e a religiosidade estiveram também imbricadas no Brasil. A primeira Roda foi criada em Salvador, em 1726, com os recursos doados por um rico comerciante baiano e a segunda no Rio de Janeiro, em 1738 (TORRES, 2006). Segundo a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a prática se conservou até 1950, quando a última Roda foi fechada, na cidade de São Paulo, sendo que a instituição continuou a receber crianças até dezembro de 1960 (ISCMSP, s/data). Mestriner (2001), no entanto, aponta que este sistema foi formalmente encerrado antes, vigorando até 1927, quando foi extinto em decorrência do estabelecimento de uma lei específica para a população infantil em situação de abandono, o Código de Menores.

As rodas, como estratégias social-religiosa de auxílio às famílias, ilustram uma das marcas morais da assistência social no país, na medida em que se relacionava principalmente ao abandono de filhos ilegítimos de homens da alta burguesia. Com a intenção de poupar a exposição de pecados em uma visão cristã, evitar escândalos e oferecer uma alternativa ao infanticídio. A questão moral foi um fator importante associado às rodas, pois constituíam-se como alternativas ao constrangimento social frente ao reconhecimento público de um filho bastardo, ou representavam alternativas à condenação moral patriarcal nos casos de gravidez de mulheres solteiras e brancas que, por este motivo, podiam até ser mortas junto com o filho pelos pais e irmãos (TORRES, 2006).

Constatar as influências morais e religiosas na constituição de uma das primeiras instituições que prestavam assistência no país permite inferir sobre a predominância moral e o não favorecimento das ações cidadãs na lógica socioassistencial em sua gênese. Este viés moral sinaliza, por exemplo, as polaridades e as contradições presentes na sociedade sobre o abandono e a invisibilidade infantil, o manejo das relações extraconjugais e suas consequências, o papel da igreja e o lugar da caridade.

Com estas marcas morais, as ações e instituições religiosas, com foco na caridade e benemerência, foram se ampliando e buscavam abrigar os necessitados, independentemente de suas demandas, mesclando as concepções entre assistência e repressão. Em consequência, a superlotação dos espaços institucionais levou à necessidade de reorganização dos locais



assistenciais, que se tornaram a base para uma lógica higienista durante a segunda metade do século XIX. Visando proteger a sociedade da contaminação por doenças foram desenvolvidas regras que associaram a assistência à prevenção de enfermidades, racionalizaram a localização espacial das instituições, classificaram indivíduos, normatizaram hábitos e comportamentos (MESTRINER, 2001).

Neste período, o Brasil teve os grandes centros urbanos marcados pela emergência do modo de produção de mercadorias, provocando mudanças econômicas e um consequente aumento da população urbana e o desenvolvimento comercial da cidade (CARRO, 2008). Esse movimento colocou o trabalho assalariado livre como elemento a favor da lógica liberal, o que contraditoriamente contribuiu para exacerbar o incômodo social pela presença dos indigentes nas ruas (órfãos, vagabundos, delinquentes, escravos e migrantes). Assim, foram realizadas ações e técnicas para controle dos desviantes, como por exemplo: sanções centradas no encarceramento penal e técnicas de reeducação aos criminosos, sendo aos doentes mentais delegado o asilamento associado ao saber psiquiátrico e aos abandonados a internação, práticas pedagógicas e preocupação com a prevenção da delinquência. Começam também, naquele período, a ser fundadas as sociedades de socorros mútuos, com finalidade médico-beneficente e de amparo social (MESTRINER, 2001). Observa-se que a aposta da reclusão tinha a centralidade no controle, no caráter higienista e uma híbrida ação assistencial e médica, sem iniciativas para entender e defrontar a questão social colocada.

A oferta de mão de obra estrangeira era tão grande que os salários eram vantajosos apenas para os proprietários e os imigrantes se tornaram expropriados socialmente, vivendo em situação de pauperismo. Os imigrantes eram vistos como suspeitos pela medicina higienista e uma inspeção passou a ser feita na Hospedaria do Imigrante, em 1888, instituição que abrigava o recém-chegado, adotava medidas de higiene e vacinação (CARRO, 2008; MESTRINER, 2001).

Naquele mesmo ano, 1888, a Lei 3.397 foi a primeira com conteúdos previdenciários, a partir da qual se “criou a Caixa de Socorros para os trabalhadores das estradas de ferro de propriedade do Estado”, acompanhada posteriormente de normas e seguros sociais obrigatórios de classes bastante específicas de trabalhadores (CARRO, 2008, p. 142).

Cabe mencionar que em relação aos primeiros benefícios estabelecidos para os trabalhadores, o direito a férias compôs algumas das tímidas medidas adotadas após a assinatura pelo Brasil do Tratado de Versalhes, em 1919, e da entrada do país na Organização Internacional do Trabalho (OIT). Em 1926, foi regulamentado por lei o direito a férias, no

entanto, assim como outras ações no esfera social à época, ficaram sem implementação e concretude, sendo uma lei “apenas para inglês ver” (CARVALHO, 2002, p. 63). O que houve de mais relevante foi a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão para os ferroviários, em 1923, constituindo-se como a primeira lei efetivamente executada na esfera relacionada à assistência social no país. Apenas entre os anos 1933 e 1934 foi regulamentado o direito de férias de maneira efetiva aos comerciários, bancários e industriais (CARVALHO, 2002).

A passagem da década de 1910 para 1920 representou um momento de grandes greves nas principais cidades do país, sendo que o movimento operário se fortaleceu e reivindicou melhores condições de vida e de trabalho. Estes movimentos tiveram como resposta a repressão policial. Evidencia-se que emergiram, no cenário político nacional, os debates acerca da questão social e formas para enfrentá-la, a exemplo do que acontecia em âmbito internacional. Buscou-se nas correntes filosóficas europeias posicionamentos que seriam transpostos para o país, embora a questão social aqui não fosse associada à natureza econômica ou social, pela maior parte dos políticos, mas como questão de moral e higiene (CARRO, 2008).

Em 1923 a aprovação da lei Eloy Chaves instituiu a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para determinadas categorias de trabalhadores, como ferroviários e marítimos (relacionadas ao processo de produção/circulação de mercadorias da época, a monocultura cafeeira voltada para a exportação). As CAPs, junto com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados na década de 1930, foram as estruturas institucionais iniciais do que seria posteriormente a previdência social brasileira. Em 1927 foi aprovado o Código de Menores, “de conteúdo claramente punitivo da chamada delinquência juvenil, orientação que só veio a se modificar substantivamente em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 80).

No sentido da responsabilização pública pelas políticas sociais brasileiras, prosseguiu-se até a década de 1930 como um momento de alterações significativas no direitos sociais (CARVALHO, 2002). Na sequência desta observação, cabe mencionar, entretanto, que a lógica de construção destas conquistas se deu muito mais de forma populista no governo do que por lutas que reconheceram e buscaram pelos direitos da classe trabalhadora, como descreve Carvalho (2002).

O período de 1930 a 1945 foi o grande momento da legislação social. Mas foi uma legislação introduzida em ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência dos direitos civis. Este pecado de origem e a

maneira como foram distribuídos os benefícios sociais tornaram duvidosa sua definição como conquista democrática e comprometeram em parte sua contribuição para o desenvolvimento de uma cidadania ativa. (CARVALHO, 2002, p. 110).

Destaca-se que a criação dos direitos sociais no Brasil esteve permeada pela correlação de forças predominantes que, de um lado, colocava como pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora “os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários” e, por outro, representaram a busca por legitimidade das classes dominantes e promoveram um ambiente de restrição de direitos políticos e civis. As expressões destas perspectivas mencionadas podem ser observadas, por exemplo, no período da ditadura militar, em que se instituíram as políticas sociais como tutela e como favor, além da figura anterior de Getúlio Vargas como “pai dos pobres”, na década de 1930 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 79).

O país foi governado por Getúlio Vargas no período compreendido entre os anos 1930 e 1937, assumindo o poder após o rompimento de acordos oligárquicos (COUTO, 2010). Este foi um período de grandes mudanças no âmbito social para o país, marcados pela criação do Ministério do Trabalho, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criação do salário mínimo, entre outras medidas, em grande parte, ainda de cunho controlador e paternalista (YAZBEK, 2008). No âmbito dos direitos civis, a Constituição de 1934 propunha a igualdade perante à lei, mas mantinha a maior parte da população afastada dos direitos políticos e sociais (COUTO, 2010).

A filantropia disciplinadora dos anos 30 trouxe a marca do enquadramento físico, moral e social do pobre (adulto ou criança e adolescente, homem ou mulher), visando eliminar sua “vadiagem”, tornando-o um trabalhador produtivo e disciplinado, harmonizado com os interesses patronais, ampliando assim, o exército de mão-de-obra adequado às possibilidades de trabalho que se abria. (MESTRINER, 2001, p. 292).

Sobre os direitos sociais, a Constituição de 1934 destacou o lugar da responsabilidade de amparo estatal à família e introduziu recursos de proteção relativos ao trabalho. Este pode ser considerado um instrumento significativo na evolução histórico-constitucional do país, estabelecendo os amplos limites da proteção social e o modelo tripartite de financiamento do sistema de previdência. Os conteúdos da Constituição também incluíam os interesses da Igreja Católica no que tange à garantia de institucionalização de princípios religiosos e de seus aparelhos próprios (CARRO, 2008).

Particularmente em relação à assistência social, pode-se dizer que a década de 1930 marcou o início da regulamentação estatal da área. Naquele período, Getúlio Vargas instituiu ações como: a “contribuição da caridade”, em que revertia taxas cobradas sobre importação de bebidas alcoólicas a organizações sociais, selecionadas por critérios e preferências próprias; criou a Caixa de Subvenções, em 1931, e em 1938 criou o Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS (MESTRINER, 2001).

O CNSS foi instituído como espaço institucionalizado para gerenciar a assistência social, constituindo a primeira forma institucional de presença da assistência social no Estado, ainda que atuando no setor privado, sem relação específica com a população assistida. Sobressaem-se alguns fatos relevantes sobre o processo de desenvolvimento do CNSS: antes da criação do Conselho, Ataulpho Nápoles de Paiva, representante do Brasil no Congresso Internacional de Assistência Pública e Privada, que aconteceu na França, em 1889, tentou criar a lei da assistência social como ato inaugural da Primeira República, defendendo a formalização da assistência pública no país. No entanto, Ataulpho apenas teve espaço para colocar suas ideias em 1938, na Segunda República, quando foi instalado oficialmente o CNSS (MESTRINER, 2001).

O CNSS foi criado como uma das instâncias de cooperação entre o Ministério de Educação e Saúde, sendo constituído por pessoas consideradas ilustres da sociedade cultural e filantrópica da sociedade, com experiência pública e na assistência, selando as relações entre Estado e elite. Segundo Mestriner (2001), em termos da primeira ata do Conselho, a expressão amparo social é utilizada como concepção de assistência social, com conotação de benemerência. O CNSS desenvolveu o papel de avaliador de pedidos de subvenções particularmente junto aos Ministérios de Educação e Saúde (MESTRINER, 2001).

Percebe-se assim que historicamente a assistência social no Brasil foi se estruturando nas relações com parte da sociedade civil e no interior do Estado. Neste sentido, o aparato da assistência social brasileiro, ao longo dos anos, teve uma forte influência dos interesses da igreja e por classes sociais dominantes que geriam as organizações sem fins lucrativos ou voluntariados (MESTRINER, 2001).

Salienta-se que após a década de 1930 ocorreu, concomitantemente às intervenções do Estado na esfera econômica, uma tendência de privatização da esfera pública. O processo de intersecção entre essas esferas apresentou um “duplo prejuízo da esfera pública, pois tanto a intervenção do Estado na área econômica quanto do setor privado na esfera pública favoreceu primordialmente interesses privados e não públicos” (PINHEIRO, 1996, p. 258).

Retomando os anos de 1937 a 1945, instaura-se o chamado Estado Novo, implantado por meio de um golpe, que possibilitou a Getúlio Vargas desenvolver um regime ditatorial civil. Durante o Estado Novo, embora os direitos políticos e civis tenham sido sujeitos a recuos e limitações, os direitos sociais caminharam, particularmente no âmbito trabalhista e previdenciário (CARVALHO, 2002). A criação de uma nova Constituição em 1937 foi implementada para que Getúlio Vargas pudesse realizar seu projeto do Estado Novo, criando mecanismos para suspender os direitos já enunciados desde a Constituição anterior (COUTO, 2010).

Em 1942, o governo criou a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e, em seguida, em 1943 criou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), regulamentando direitos aos trabalhadores assalariados (YAZBEK, 2008). A LBA foi inicialmente uma organização sob a gestão da primeira dama Darcy Vargas e senhoras da sociedade que apadrinhavam os combatentes brasileiros da Segunda Guerra Mundial, sendo sua ação expandida para as crianças e suas mães no pós-guerra, tornando-se uma “sociedade civil de finalidades não econômicas”, em 1942. Esta organização tinha a perspectiva da ação social como “ato de vontade e não direito de cidadania”, inaugurando o primeiro-damismo na assistência social (SPOSATI, 2007a). Com a LBA há um deslocamento do papel do Estado que assume uma função de mediador das organizações filantrópicas e coloca a assistência na figura da bondade da primeira dama. Assim, observa-se o estímulo social ao voluntariado feminino e a delegação de responsabilidade para a sociedade civil, mobilizadas pelo discurso ideológico da benemerência e reforço de ideais políticos da igreja católica (MESTRINER, 2001).

Ao longo dos anos a LBA se modificou, alcançando propostas mais próximas da assistência social (SPOSATI, 2007a, p. 20). Sposati (2007a) relata que inicialmente a LBA passou do apoio às famílias dos pracinhas (soldados brasileiros da guerra) para extensão de suas ações “às famílias da grande massa não previdenciária”. A Legião paulatinamente passava também a acompanhar famílias que vivenciavam calamidades, inserindo à sua abrangência “as secas, as enchentes, entre outras ocorrências que fragilizam grupos e coletivos da população”, e trazendo um vínculo do que era emergencial e circunstancial à assistência social. Posteriormente a “LBA tencionou seu caráter político populista buscando alcançar uma proposta mais próxima de uma assistência social mais “compatível com os múltiplos movimentos em prol da democracia política e social da sociedade brasileira” (SPOSATI, 2007a, p. 21).

Neste sentido, faz-se uma ressalva importante para enfatizar a grande relevância na

apreensão da história europeia sobre a constituição das proteções sociais, particularmente para compreender a persistência da lógica do capital no desenvolvimento da assistência social. No entanto, evidenciam-se aqui particularidades no desenvolvimento da assistência social brasileira, tais como a questão histórica colonizadora, conforme exposto, além do fenômeno do primeiro-damismo, marcado inicialmente pela LBA, em que não se vislumbrou paralelos com a realidade europeia e francesa.

A proteção social brasileira teve em sua constituição características como a orientação do modelo bismarckiano<sup>20</sup> de seguro social, a partir da previdência social (instalada em 1923) e o voluntarismo feminino pautado na LBA (PIRES, 2016). Identifica-se, também, entre outras particularidades, a associação entre paternalismo e populismo na assistência social brasileira, à semelhança de alguns países latino-americanos. Neste contexto, a relação entre Estado e sociedade apresentava características clientelistas e assistencialistas, conformando um “mix” público/privado gerido pelas esposas dos governantes (SPOSATI, 2007b, p. 439).

Para Telles (1999), no âmbito da formulação histórica do sistema previdenciário, os direitos sociais não se estruturaram para compensar as desigualdades sociais, como era suposto. Para a autora, a associação dos direitos ao trabalho reproduziu desigualdades, não se universalizou e criou uma distinção dos “não-cidadãos” que estavam fora das regras do contrato social (TELLES, 1999, p. 94). Sobre a estruturação da seguridade social no país, Fleury (1994; 2004) discute o desenvolvimento de relações denominadas cidadania invertida e cidadania regulada, criadas a partir dos modelos assistencial e de seguro social. Retoma-se aqui, em síntese, a forma como estas relações atreladas à cidadania se estabeleceram a partir dos modelos mencionados:

no modelo assistencial as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizam-se em base à associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostas. Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que

---

<sup>20</sup> Segundo Behring e Boschetti (2011) “o modelo bismarckiano é identificado como sistema de seguros sociais, pois suas características se assemelham à de seguros privados. Em relação aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores contribuintes e suas famílias; o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada. Quanto ao financiamento, os recursos provêm fundamentalmente das contribuições diretas de empregados e empregadores, baseada na folha de salários. Quanto à gestão, os seguros são originalmente organizados em caixas estruturadas por tipo de risco social: caixa de aposentadorias, caixa de seguro-saúde, assim por diante” sob o controle do Estado, desde a gestão de Getúlio Vargas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 66).

terminam por ser estigmatizantes. Por isto, denomino a esta relação como de cidadania invertida na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social. (FLEURY, 2004, p. 110).

no modelo de seguro social, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Wanderley G. dos Santos (1979) denominou a relação como de cidadania regulada pela condição de trabalho. (FLEURY, 2004, p. 111).

A vinculação da cidadania e da ocupação fomentou condições institucionais para o desenvolvimento dos conceitos de “marginalidade e mercado informal de trabalho”, pois estariam fora da cidadania regulada os desempregados, os empregados instáveis, subempregados e todos aqueles que exerciam ocupações não regulamentadas. Houve pressão de diferentes setores da sociedade para a regulamentação de sua categoria. Estes movimentos permitiram, após a década de 1930, a abertura e a “criação de um espaço ideológico onde a interferência do Estado na vida econômica não conflitava com a noção, ou a intenção, de promover o desenvolvimento de uma ordem fundamentalmente capitalista” (SANTOS, 1979, p. 75).

De forma geral, o assistencialismo no Brasil, após os anos 1930, foi fortalecido e reorganizado por Getúlio, sendo que a assistência social caminhou para a articulação do Estado com a filantropia privada e as instituições de proteção social abraçaram o estigma da fragmentação entre trabalho e pobreza (TELLES, 1999). Apresentou-se neste processo uma resistência histórica à assimilação da assistência social como uma problemática para defesa do âmbito público, uma vez que a presença do Estado neste setor se deu tardiamente a partir das prestações de serviços inauguradas por entidades assistenciais e posteriormente por instituições de caráter “privado, porém público”, como denominado por Fernandes (1994).

Assim, a assistência social na era Vargas, que inicialmente pareceu ter sido uma área inclusiva, foi influenciada e determinada pela lógica liberal e pelo caráter seletivo que considerou a proteção social pela perspectiva privada. Portanto, mesmo que o governo tenha inovado com a criação do CNSS, o seu desenvolvimento mostra uma organização de incentivo ao amparo social privado e filantrópico, mediado por subvenções (MESTRINER, 2001).

O poder de Getúlio no governo foi enfraquecido em 1945, em decorrência da participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial e a conseqüente impopularidade pelo aumento da inflação e custo de vida, redução salarial e medidas coercitivas adotadas pelo presidente. De forma geral, a participação brasileira na Segunda Guerra foi encaminhada pelo próprio Getúlio, como conseqüência de manobra política e dos seus interesses em projetos siderúrgicos para o país, fazendo o alinhamento brasileiro ao bloco do poder norte-americano na guerra (MOREIRA, s/d).

O enfraquecimento do governo provocou intensa crise política e manifestações populares exigindo democracia e, em 29 de outubro de 1945, o presidente foi deposto por uma composição civil-militar. De 1946 a 1964 foi implementado um Estado democrático populista, sendo instaurado um novo perfil de governo que, pela primeira vez, admitia sua responsabilidade social não só pelo trabalho, mas também pela educação. Foram criados, neste período, alguns serviços em parceria com empresas privadas: o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), o Serviço Social do Comércio (Sesc) e o Serviço Social da Indústria (Sesi) (MESTRINER, 2001).

No governo de Eurico Gaspar Dutra, em 1946, uma nova Constituição foi elaborada, abolindo os instrumentos que cerceavam as liberdades e permitindo a associação sindical e o direito à greve. Mantendo, porém, a proibição do voto para os analfabetos e aos que não sabiam se comunicar em português (MESTRINER, 2001).

Destaca-se ainda que dentro do governo Vargas foi realizada a separação dos Ministérios da Saúde e Educação, em 1953. Em 1955, a coordenação da área social continuava sendo realizada pela União, executada pelo CNSS e LBA. Naquele ano, o Conselho sofreu mudanças em sua coordenação passando a uma composição governamental, encerrando a fase de predominância da sociedade civil em sua composição (MESTRINER, 2001).

Ressalta-se que não se objetivou adentrar nos meandros dos processos políticos, econômicos e sociais daquela época e dos demais governos mencionados, mas sim enfocar principalmente alguns marcos da institucionalização da assistência social no país.

Vale mencionar que, posteriormente a Vargas, o presidente Juscelino Kubitschek ampliou os incentivos à filantropia por meio de leis e decretos que possibilitaram vantagens fiscais ao auferir recursos financeiros de pessoas físicas ou jurídicas, beneficiando iniciativas com fins filantrópicos. As metas grandiosas de progresso econômico do seu governo, aliadas



ao processo de pauperização da força de trabalho, fortaleceram os movimentos reivindicatórios dos trabalhadores e as demandas pela assistência social se evidenciaram (MESTRINER, 2001).

No período que se seguiu o país entrou no regime de ditadura militar (1964-1985) e, em síntese, Behring e Boschetti (2011) consideram que a questão social foi enfrentada com um misto de repressão e assistência, tendo por objetivo a manutenção do controle da força de trabalho. Verificou-se intensa internacionalização da economia, com uma redistribuição restrita da produtividade pelo trabalho e uma suposta ampliação do mercado interno. A política social se expandiu de forma tecnocrática, controladora e conservadora, reiterando uma dinâmica particular de aumento dos direitos sociais em meio a restrições dos direitos civis e políticos.

Neste contexto, ganham destaque a ampliação do estado de pobreza e o aumento da desigualdade social, sendo as ações sociais utilizadas para amenizar esta condição de empobrecimento populacional, inclusive dos trabalhadores. A questão social nos governos ditatoriais foi controlada pelo economicismo, coerção e violência. Os conflitos sociais e movimentos reivindicatórios não tinham espaço, sendo reprimidos de forma severa como subversão da ordem e tratados como caso de polícia (MESTRINER, 2001).

Além disso, as políticas sociais naquele período também foram um caminho para legitimar os retrocessos e as atrocidades resultantes da perda de liberdades democráticas. Entre outras organizações e iniciativas, ressalta-se o desenvolvimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, a Renda Mensal Vitalícia para idosos pobres, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, e o Banco Nacional de Habitação. A incorporação pelo Ministério de instituições como a Funabem (Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor), a Central de Medicamentos (CEME) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social criou o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social, em 1977. Neste sistema a associação entre previdência, assistência e saúde resultou em um forte processo de medicalização da assistência social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No Brasil, segundo Kowarick (2002), a sociedade salarial não aconteceu como na França, nos termos descritos por Castel, que pressupunham minimamente emprego, proteções por contratos coletivos e aos direitos relativos ao mercado de trabalho. No contexto francês houve um reconhecimento público do assalariado como sujeito de direitos e a ampliação da perspectiva do “direito a ter direitos”. No Brasil, “não houve instituições políticas, sindicais ou comunitárias com força suficiente para garantir a efetivação dos direitos básicos do mundo

do trabalho ou proteger das intempéries do mundo urbano o morador, transeunte e usuário de serviços básicos” (KOWARICK, 2002, p. 16).

Fazendo paralelos com a realidade francesa, os anos de 1980 foram decisivos para a seguridade social brasileira, apesar de ao mesmo tempo ser considerada uma década “perdida” do ponto de vista econômico (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). A luta pela redemocratização do país, misturou-se com a luta pela expansão dos direitos sociais na exigência por compromissos democráticos que contemplassem a provisão das demandas sociais (SPOSATI, 2007b). Movimentos populares como “Diretas Já” tiveram força importante nas eleições indiretas de 1985, que teve como vencedor Tancredo Neves e seu vice José Sarney, quem assumiu efetivamente o poder, por ocasião da morte de Tancredo, antes mesmo de iniciar seu mandato (COUTO, 2010). Neste âmbito, os movimentos populares e operários se constituíram em aspectos novos e determinantes na história, que extrapolaram o domínio das elites.

O Brasil, tardiamente influenciado pelo modelo europeu de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), iniciou o processo de responsabilização na ampliação do desenvolvimento de políticas públicas sociais nas últimas décadas do século XX, através de tensões e movimentos como as lutas sociais e movimentos sindicais. Na Europa, o desenvolvimento e a implementação deste modelo de Estado Social se deram a partir do final da Segunda Guerra Mundial (SPOSATI, 2007b). De forma geral, o Estado de Bem-Estar Social pode ser caracterizado como o envolvimento e a responsabilização do Estado pelo bem-estar da população, intermediando formas para a manutenção de padrões mínimos de vida a todos, entendendo que as determinações econômicas traduzem contradições e as políticas sociais corresponderiam ao reconhecimento de direitos “corretivos de uma estrutura de desigualdade” (YAZBEK, 2008, p. 9).

A Constituição de 1988, com influências dos princípios do *Welfare State*, pela primeira vez na história, colocou a assistência social no *status* de política de seguridade social, junto à previdência e à saúde (SPOSATI, 2007a). Este novo lugar ocupado pela assistência social foi descrito no texto do artigo número 194 da Constituição Federal de 1988: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 102). Posteriormente, no mesmo documento, a seção IV trata especificamente da assistência social, estabelecendo que ela será ofertada a quem necessitar, independente de contribuição, destacando como seus objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (BRASIL, 1988, p. 108).

Para Yazbek (2008) a inclusão da assistência social na seguridade social contribuiu para a construção de um novo tempo em sua história, sendo que, como política pública social, entra na dimensão dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal. Sposati (2007b) ressalta os fortes ganhos nos direitos sociais com a Constituição, lembrando dos desafios simbólicos impregnados na cultura política social brasileira, na qual a assistência social continuou sendo, para muitos, uma autorização do acesso gratuito a bens para subsistência dos necessitados. A autora exemplifica sua argumentação refletindo que, se um alimento, como o leite, é distribuído por meio da política da saúde, teria sua oferta como “parte de um programa nutricional baseado em assegurar nutrientes, calorias e padrões saudáveis de alimentação materno-infantil”. No entanto, o mesmo leite sendo ofertado pelo serviço público de assistência social seria entendido como “doação, auxílio ou ajuda para dar de comer à criança pobre ou faminta, filha de pais carentes”. A mesma ação de garantias era convertida, na assistência social brasileira, a uma ação de ordem moral e emergencial, voltada a necessitados, sem associá-la a direitos e deveres, reverberando como uma atitude do governante (ou de sua esposa) e não como uma responsabilidade do Estado.

Assim, o “guichê estatal da assistência social transmuta na versão conservadora, o direito à nutrição em ajuda ao pobre, pelos usos e costumes da cultura institucional brasileira” (SPOSATI, 2007b, p. 441). Mestriner (2001) reforça também a Constituição de 1988 como um marco dos direitos sociais, destacando importantes desafios para assistência social enquanto política no país. Segundo a autora, a assistência social:

desenrolou-se ao longo de décadas, como doação de auxílios, revestida pela forma de tutela, de benesse, de favor, sem superar o caráter de prática circunstancial, secundária e imediatista que no fim, mais reproduz a pobreza e a desigualdade social na sociedade brasileira, já que opera de forma descontínua em situações pontuais. Sempre direcionada a segmentos da população que vivem sob o signo perverso da exclusão, não cumpre a perspectiva cidadã de ruptura da subalternidade. Ao contrário, reitera a dependência, caracterizando-se como política de alívio, por neutralizar demandas e reivindicações. Desconhecendo que sua população alvo não é a

minoría, mas a grande massa populacional dos excluídos – nos quais se incluem segmentos do próprio mercado formal hoje tão empobrecido – ela se volta a pequenas parcelas de indivíduos, de forma temporária ou emergencial. Usa da focalização nas piores situações, o seu comportamento usual. (MESTRINER, 2001, p. 16).

As autoras Behring e Boschetti (2011), considerando e destacando os avanços da Constituição, apontaram ainda que houve orientações em seu texto que sustentaram o conservadorismo da política social. Exemplos estariam na coexistência contraditória da universalização e seletividade, o suporte legal do setor privado para os serviços públicos, a derrota das emendas sobre a reforma agrária e a vitória dos ruralistas, donos de grandes propriedades.

Telles (1999) apresenta que o país inaugurou a esperança de diminuir os dramas sociais com a Constituição de 1988, mas continuou trilhando os caminhos de inequidades, o que evocou a enigmática questão da crescente pobreza em uma sociedade que passou por mudanças de regimes, organizou-se em movimentos populares e que, por fim, não conseguiu traduzir em ações os direitos proclamados pela Constituição.

A crescente pobreza no país expõe marcas que merecem destaque em relação à construção histórica no imaginário social de que as camadas populacionais mais pobres possuem uma associação direta às condições crescentes de violência, reforçando uma ideia sobre a representação de uma pobreza que precisa ser domesticada e moralizada em seus hábitos, costumes e comportamentos. No Brasil, a partir da década de 1990, com “o aumento do desemprego e subemprego, da favelização e da própria criminalidade, estruturou-se um conjunto de discursos e práticas que operou uma assemelhação da situação de pauperismo com o comportamento delinquente” (VALLADARES, 1991; KOWARICK, 2002, p. 24)

Misse (2010) constata que no contexto brasileiro há uma complexa afinidade entre determinados atos criminais e certos estereótipos sociais de pessoas marcadas “socialmente pela pobreza, pela cor, pelo estilo de vida” e se diferenciam por não serem apenas criminosos, “são marginais, violentos e bandidos”. O autor denominou “sujeição criminal” o processo persistente, as desvantagens e a incriminação preventiva de certos “tipos sociais” que culminaram na composição de uma cultura própria relacionada a estes sujeitos (MISSE, 2010, p. 18).

Para Telles (1999), os desempregados e excluídos possuem na pobreza um atestado de incapacidade para se adequar ao progresso do capitalismo globalizado e, assim, tornam-se

dispensáveis. Segundo a autora, o pobre no Brasil é visto como aquele destituído que “não tem nome, não tem rosto, não tem identidade, nem tem interioridade, não tem vontade e são desprovidos de razão”, localizam-se em classes inferiores e só esperam a proteção benevolente ou a caridade (TELLES, 1999, p. 117).

As respostas da assistência social frente aos panoramas de fragilidade na coesão social, nos encaminhamentos relativos à Constituição de 1988, foram marcadas pelo atraso no desenvolvimento do processo de elaboração de propostas para a efetivação dos direitos garantidos constitucionalmente. Apesar de todos os avanços, as práticas dentro do Estado estavam ainda muito ligadas aos padrões impostos no regime militar e paulatinamente apenas algumas delas começaram a se desvencilhar do caráter clientelista, patrimonialista e autoritário. Os debates no âmbito da assistência social brasileira, naquele momento, foram organizados pelas universidades e pela categoria profissional dos assistentes sociais (MESTRINER, 2001).

A discussões iniciadas nas universidades se ampliaram posteriormente para as organizações de classe dos assistentes sociais e nas instituições oficiais públicas e privadas. Assim, no Estado, a assistência social passou gradativamente a ocupar espaços de maior destaque. Alguns eventos foram promovidos para fundamentar a reestruturação da área e começaram a emergir o que seriam as novas bases de intervenção, orientada pela redemocratização, participação e descentralização (MESTRINER, 2001).

Após movimentos em prol de eleições diretas para presidência da república, ocorreu no final de 1989, a disputa entre os candidatos Luís Inácio Lula da Silva e Fernando Collor de Melo, que apresentaram projetos radicalmente diferentes de governo. Em 1990 inicia a gestão do presidente eleito Collor.

Dagnino (2004), discutindo as incongruências e dilemas no processo de construção democrática no Brasil, denominou de *confluência perversa* a contraposição entre a ampliação de processos democráticos, como a maior possibilidade de participação da sociedade civil nas políticas, com a Constituição de 1988, e de outro lado a emergência de um Estado mínimo, como estratégia do Estado para os ajustes neoliberais, colocadas, por exemplo, como prioritárias durante o governo de Collor. Na sua gestão, a primeira dama Roseane Collor geriu a LBA, nomeando membros de sua família com cargos de confiança do órgão. Após meses dessa gestão, foram publicadas denúncias sobre inúmeros processos de corrupção. Além das questões financeiras, segundo Mestriner (2001), a LBA foi destruída em sua ação programática, sendo desmoralizada frente à opinião pública pelos escândalos de corrupção.

Ainda em 1990, um projeto com um conjunto de ideias que iria formar a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi vetado pelo presidente. A LOAS apenas foi aprovada em 7 de dezembro de 1993, no governo de Itamar Franco (vice de Collor que assumiu o poder após o seu *impeachment*, em 1992). A lei reforça as deliberações constitucionais em torno da assistência social como direito e se constitui como importante ferramenta para implementação das seguranças sociais. Destaca-se que o Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS) foi instituído pela LOAS (SPOSATI, 2007a).

Em 7 de julho de 1995, já no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), foi convocada a primeira Conferência Nacional de Assistência Social (SPOSATI, 2007a). Fernando Henrique protagonizou uma espécie de contrarreforma do Estado definida por fatores estruturais internos e externos e pela disposição política da coalizão de centro-direita, marcada por privatizações (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A LBA foi substituída pelo Programa Comunidade Solidária, presidido pela primeira dama, Ruth Cardoso. Este programa foi instituído pelo decreto número 1.366, de janeiro de 1995, com o objetivo de fazer enfrentamentos à fome e à miséria e marca uma ruptura importante com as políticas anteriores na assistência social, de cunho assistencialista. Além da LBA, com a criação do Programa Comunidade Solidária, foram extintos órgãos como: o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (criado em 1993), o Ministério de Bem-Estar Social e o Centro Brasileiro para Infância e Adolescência. Substituindo estas instâncias sociais extintas, foi criada a Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (PERES, 2005).

Salienta-se que a proposta do Programa Comunidade Solidária se conecta ao percurso de formação de Ruth Cardoso como estudiosa dos movimentos populares urbanos, que entendia a sociedade daquele momento mobilizada para participar da definição e execução das políticas sociais (PERES, 2005). Por outro lado, Pires (2016) aponta que o Programa não teve congruência aos pressupostos da LOAS, não fortalecendo a política pública de assistência social. Montañó (2002b) corrobora a consideração de Pires (2016) ao descrever:

Mediante a substituição da lógica presente na LOAS, que responde à vontade constituinte de 1988, pela lógica do Programa Comunidade Solidária, dirigido pela primeira-dama, acompanhado pela privatização de áreas de ação social, a partir da transferência de sua responsabilidade do Estado para o mercado ou o chamado “terceiro setor”. Este último é o que Bresser Pereira chamou, engenhosa e enganosamente, de “publicização”. Sob o pretexto de chamar a sociedade à participação em torno do “controle

social” e da “gestão de serviços sociais e científicos”, desenvolvendo a democracia e a cidadania, a dita “publicização” foi, na verdade, a denominação ideológica dada a transferência de questões públicas da responsabilidade estatal para o chamado “terceiro setor” (conjunto de “entidades públicas não estatais mas regido pelo estado de direito privado) e ao repasse de recursos públicos para o âmbito privado. (MONTAÑO, 2002b, p. 45).

Neste ínterim, vale advertir que o processo da constituição da assistência social brasileira esteve (e ainda está) imbricado nas intersecções entre as esferas pública e privada, sendo que estes enlaces se deram particularmente com ações e programas localizados no chamado “terceiro setor”<sup>21</sup>. Montaña (2002b, p. 184), em uma elaborada reflexão acerca do tema, mencionou que há uma constante referência a este fenômeno como: “iniciativas particulares/privadas com um sentido público”, “instituições sem fim lucrativos, a partir do âmbito privado, com propósito de interesse público”, “instituições que encarnam os valores da solidariedade e os valores da iniciativa individual em prol do bem público”, entre várias outras nomenclaturas.

Entre estas instituições do chamado terceiro setor, as Organizações Não Governamentais (ONGs) emergiram no Brasil na década de 1980, acompanhando movimentos populares, e tinham, à época, objetivos que coadunavam com as lutas dos movimentos sociais por cidadania. Este tipo de organização, particularmente na década de 1970 e 1980, integrou o processo de transição democrática e tinha por característica a oposição/questionamento ao Estado, também contavam principalmente com financiamento internacional de países com interesse em uma organização democrática no Brasil. Em 1990, com o decréscimo de financiamento internacional das organizações, que pode ser em síntese atribuído a uma crise do capital em âmbito mundial, o caráter de militância e de oposição ao Estado das ONGs foi influenciado, sendo que passaram a acompanhar fortemente a ordem econômica e política neoliberal (BORBA; LOPES, 2010).

Observa-se que, no final da década de 1990, particularmente nos anos 1998 e 1999, foram aprovadas leis que regulamentaram a constituição de atividades que compuseram o terceiro setor, possibilitando a criação de entidades privadas com “interesse público”, “não

---

<sup>21</sup> Fernandes (1994, p. 127) refere que a ideia de “um ‘terceiro setor’ supõe um ‘primeiro’ e um ‘segundo’, e nesta medida faz referência ao Estado e ao mercado. A referência, no entanto, é indireta, obtida pela negação – ‘nem governamental, nem lucrativo’. Em termos explícitos e positivos, o conceito designaria um conjunto de iniciativas particulares com um sentido público. Montaña (2002, p. 186) destaca que o “conceito (equivocado) de ‘terceiro setor’, então, não se deveria referir a organizações em determinado setor, mas a uma função social, que passa a ser desenvolvida por organizações da sociedade civil e empresariais, e não pelo Estado, findando o ‘pacto keynesiano’ e os fundamentos do *Welfare State*”.

governamentais” e “sem fins lucrativos”, como resposta às consequências do avanço neoliberal e a desresponsabilização do Estado (MONTAÑO, 2002b, p. 200). Entre estas regulamentações, destaca-se a Lei 9.608, de 1998, sobre o serviço voluntário; a Lei 9.637, de 1998, sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direitos privados como organizações sociais, promovendo “a transferência de atividades estatais para o setor privado”; a Lei 9.732, de 1998 sobre a isenção de contribuição à seguridade social para entidades filantrópicas; e a Lei 9.790, de 1999, sobre a qualificação de “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)”, instituindo normativas para termos de parceria (MONTAÑO, 2002b, p. 203). Vale ressaltar que anterior a estas regulamentações mencionadas, o Decreto número 356, de dezembro de 1991, modificou o financiamento da Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei 8.212 de 1991) e estabeleceu que a União seria responsável por “eventuais insuficiências financeiras da seguridade social” (MONTAÑO, 2002b, p. 202).

As ONGs brasileiras na década de 1990 passaram a receber, de forma majoritária, financiamento público (por meio de isenção de impostos, terceirização, parcerias, subvenções, entre outros meios) e, frente à insuficiência deste financiamento, buscavam captar novos recursos junto a outros órgãos financiadores, como empresas privadas e fundações (BORBA; LOPES, 2010). Montañó (2002b, p. 209) aponta que esta captação pode estar relacionada a projetos de ação enviados pelo perfil do financiador em potencial, pois segundo o autor “o projeto de ação organizacional, aquele que materializa a sua missão, deve estar de acordo com a filosofia, valores, princípios, objetivos da organização ou de seu público alvo, mas com o perfil, os interesses e as exigências do doador potencial”.

Assim, verifica-se que, dentre uma gama de significações econômicas e políticas que o avanço do terceiro setor suscitou e suscita na ação social brasileira, chama atenção a possibilidade da “transfiguração da função social – a resposta a demandas sociais, constitutiva de direito e de caráter universal – para uma esmola oficializada e profissionalizada”, que tem constituído um processo de grande significação no padrão de regulação social (MONTAÑO, 2002b, p. 209). Para Montañó,

A “parceria” entre o Estado e o “terceiro setor” tem clara função ideológica de encobrir o fundamento, a essência do fenômeno – ser parte da estratégia de reestruturação do capital –, fetichizá-lo em “transferência, levando a população a um enfrentamento/aceitação deste processo dentro dos níveis de conflitividade institucional aceitáveis para a manutenção do sistema, e ainda mais, para a manutenção da atual estratégia do capital e seu projeto



hegemônico: o neoliberalismo. (MONTAÑO, 2002b, p. 227).

De acordo com Montaña (2002b), as mobilizações da sociedade civil, como na Ação de Cidadania contra Fome, a Miséria e pela Vida, da década de 1990, foram importantes ações sociais. No entanto, devem ser consideradas como iniciativas de caráter emergenciais, com respostas assistenciais rápidas e que não minimizam, a médio e longo prazo, as causas da miséria. O autor salienta problemas em acreditar que nessas ações se deve centralizar e esgotar os movimentos reivindicatórios e as lutas sociais. Para Montaña (2002b, p. 18) “ao esquecer as conquistas sociais garantidas pela intervenção no âmbito do Estado e ao apostar apenas/prioritariamente nas ações dessas organizações da sociedade civil, zera-se o processo democratizador”.

Aponta-se que, ainda nos anos 1990, houve o desenvolvimento dos primeiros programas de transferência de renda, implementados inicialmente no município de Campinas – São Paulo, em 1995; e em 1996 o lançamento do programa de erradicação do trabalho infantil e implementado o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009). Estes serviços e ações ganharam destaque no Brasil a partir da década de 2000 quando houve a unificação dos programas de transferência de renda e introdução do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Vaitsman, Andrade e Farias (2009) consideraram esta fase como um “novo ciclo da assistência social” (VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009, p. 735).

Com o início do mandato do presidente Lula em 2003, tornaram-se mais propícias as condições para um direcionamento e impulso nas atividades no âmbito da assistência social, com destaque para ações como: unificação dos programas de transferência de renda para o Bolsa Família, a deliberação para construção do Sistema Único de Assistência Social (na IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003), Programa Fome Zero (2003) e a formação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004) (VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009).

O Programa de Transferência de Renda Bolsa Família (PBF) ganhou evidência por ser uma ação social que buscou amenizar a situação de miséria das famílias beneficiárias e induzir acesso às redes públicas de saúde e educação, embora tenha sido originário em gestões anteriores do governo federal. Polêmicas em torno de sua operacionalização, objetivos e implicações foram e ainda são recorrentes. Algumas destas polêmicas sobre o benefício seriam: o PBF realizaria o repasse monetário sem controle da destinação da família;

o programa foi associado à possibilidade do aumento do número de filhos para que os beneficiários acessassem o benefício em maior volume de recurso; hipótese de o programa acomodar as famílias e gerar dependência entre os beneficiários adultos (CAMPELLO; NERI, 2013). Segundo Campello e Neri (2013), estes aspectos levantados são mitos que, em um balanço após 10 anos de execução do programa, foram depostos a partir do acompanhamento dos resultados do PBF por dados levantados dos beneficiários acompanhados. Segundo os autores, os argumentos apresentados pelas polêmicas em torno do programa constituíram ideias que alimentaram um imaginário conservador contra o avanço social e democrático do país.

Entre as demais ações que promoveram a assistência social no governo Lula, destacou-se a IV Conferência Nacional da Assistência Social, particularmente pelo forte desejo apresentado naquele evento em romper com a lógica voluntarista, em consonância a LOAS. Este processo favoreceu a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em outubro de 2004, pelo CNAS. Além disso, a PNAS apresentou a perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2016a). A Figura 2 apresenta sínteses de marcos na assistência social que culminaram na instituição do SUAS.

A construção e normatização do SUAS foi reafirmada por meio da Norma Operacional Básica (NOB) no. 130, de 15 de julho de 2005, que estrutura os elementos de gestão da PNAS e estabelece: o caráter do SUAS; o financiamento; seus níveis de gestão; as instâncias de articulação, deliberação e pactuação; e as funções da política para a proteção social (BRASIL, 2005). A implementação do SUAS reafirma a assistência social como direito e não como benemerência (STUCHI, 2015).

Em novembro de 2009 foi aprovada a resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) sobre a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. O documento descreve detalhadamente a organização das unidades e serviços por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

A tipificação regulamenta as unidades de referência para a oferta dos serviços: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop); Centro Dia; Centro de Convivência; Casa Lar; Abrigo Institucional (incluindo Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI); Casa de Passagem; Residências Inclusivas e Unidades Referenciadas à Assistência Social. Ressalta-se que, em 10 anos, foram instalados mais de 8 mil CRAS e quase 2.500 CREAS em diferentes

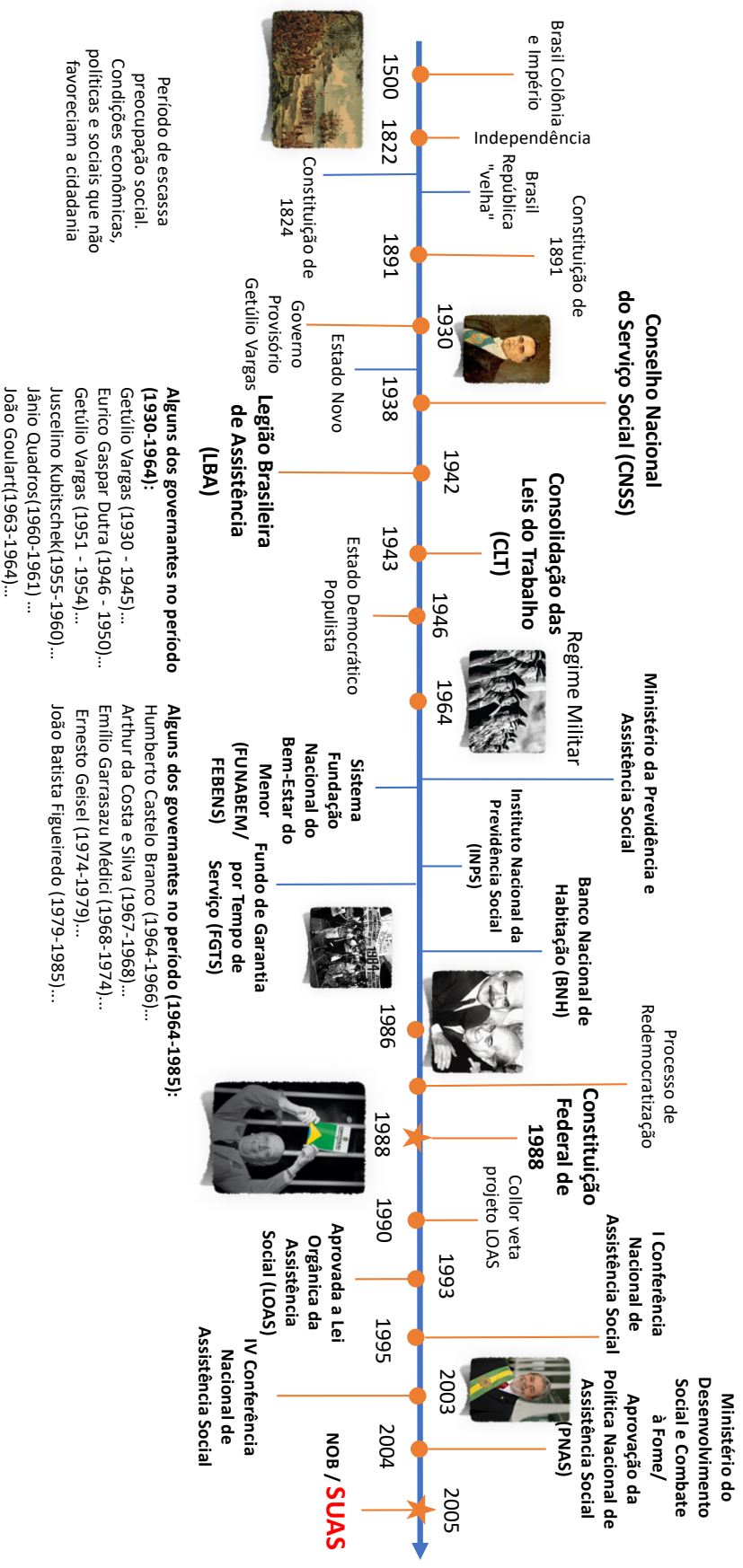
regiões do país (BRASIL, 2015a). A constituição do SUAS e a estruturação dos serviços e unidades é descrita com maior detalhamento no próximo item deste texto.

Em 2011, em consonância às políticas implantadas desde 2003 no mandato do presidente Lula, Dilma Rousseff (2011-2016) lançou o programa social Brasil Sem Miséria (BSM). Este programa foi organizado em três eixos principais:

- a) a garantia de renda, para superação imediata da situação de extrema pobreza; b) o acesso a serviços públicos, para melhorar as condições de educação, saúde e assistência social, dentre outras; e c) a inclusão produtiva, para aumentar as capacidades e as oportunidades de trabalho e geração de renda das famílias mais pobres do campo e das cidades (BRASIL, 2016a, p. 11).

Alguns outros projetos sociais também foram lançados, no governo Dilma, como: o Programa Crack: É Possível Vencer, o Plano Viver Sem Limite (destinado à garantia de direitos às pessoas com deficiência), dentre outros. Em 2016 foi lançado o segundo plano decenal da assistência social (2016-2026) (BRASIL, 2016a).

Figura 2 – Linha do tempo de alguns dos marcos para o estudo da assistência social no Brasil até a constituição do SUAS.



Fonte: Elaboração própria com base nas referências bibliográficas apresentadas neste capítulo. Imagens obtidas por meio do Google Imagens, disponível em:

<https://www.google.com/imghp?hl=pt-pt>

De acordo com Prates (2017), os governos de Lula e Dilma, apesar do seu caráter popular, foram de coalizão e tinham na sua composição uma forte participação do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB, atualmente MDB), que mesmo sem eleger lideranças significativas pelo voto popular, manteve-se nos governos com posturas heterogêneas, mas com a predominância dos interesses do capital sobre o trabalho.

Em agosto de 2016, perante uma denúncia de crime de responsabilidade, a presidente Dilma sofreu *impeachment* e seu vice, Michel Temer (MDB), assumiu o governo federal. Em um contexto político conturbado, com denúncias de corrupção e tensões partidárias, o afastamento e impedimento da presidente foi considerado, por uma parcela da população, como um golpe. Ao assumir a presidência, uma das ações de Temer foi reduzir o número de Ministérios, sendo que o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome foi agrupado ao Ministério Agrário, passando a se chamar Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) (BRASIL, 2016b), nomeado posteriormente nos sítios oficiais por Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

Segundo Eidt (2018), a gestão de Temer se tornou preocupante para o cenário das políticas públicas sociais, devido aos cortes de orçamento para as pautas sociais. A autora entende que o fortalecimento do neoliberalismo apontado por Temer direcionou uma mediação para a questão social a partir de privatizações e aumento das parcerias público-privado, resgatando a lógica da meritocracia<sup>22</sup>, da pobreza passiva e disciplinada, que cumpre a determinação histórica da subalternização. A consequência disso seria fragilizar e dissolver o caráter de direito das políticas sociais, historicamente conquistado. Prates (2017) reafirma esta argumentação, ressaltando a nova política fiscal implementada durante o governo Temer que propôs congelar os investimentos federais durante 20 anos, aprovado por meio da Emenda Constitucional 95, que impacta diretamente na manutenção de sistemas como o SUAS.

Diante desta conjuntura, a área de assistência social se encontra, neste momento, em um contexto de recém-organização a partir da criação do SUAS, porém defrontando-se com

---

<sup>22</sup> Segundo a Enciclopédia Livre e Virtual Wikipédia (disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Meritocracia>, acesso em 12 de agosto de 2019) o termo meritocracia tem origem nas palavras *mereo* e *krátos*. *Mereo* do latim significa ser digno, merecer e *krátos* do grego antigo é sinônimo de força, poder, estabelecendo uma ligação direta da palavra com mérito e poder. “Um modelo meritocrático é um princípio ou ideal de organização social que busca promover os indivíduos — nos diferentes espaços sociais: escola, universidade, instituições civis ou militares, trabalho, iniciativa privada, poder público, etc — em função de seus méritos (aptidão, trabalho, esforços, competências, inteligência, virtude) e não de sua origem social (sistema de classes), de sua riqueza (reprodução social) ou de suas relações individuais (fisiologismo, nepotismo ou cooptação).

um período desafiador no que tange ao crescimento e fortalecimento da proteção social. As bases históricas demonstram que a assistência social no país enfrentou resistências para se constituir como direito, pois em seu passado foi direcionada sob princípios da ajuda, benemerência e amparo, onde Estado e burguesia monitoraram as tensões entre capital e trabalho por meio de favores, tutelas, cooptação e concessões.

Mesmo após o desenvolvimento de políticas sociais, as subvenções se mantiveram como mecanismos permanentes da relação entre Estado e filantropia que mostraram, ao longo dos anos, fragilidades em sua consolidação como direito, concomitantemente a tensionamentos em defesa de sua garantia. Destaca-se ainda que a “persistência do componente liberal enquanto individualizador das responsabilidades foi determinante na precária concepção e organização da assistência social como política pública no Brasil” (MESNTRINER, 2001, p. 287). A partir de 2019, um novo cenário se desenhou para a gestão do país com a eleição de Jair Bolsonaro, que se denomina de extrema direita. O futuro da política pública, na qual a área de assistência social ocupa um lugar de grande fragilidade, é incerto.

Em síntese, a partir dessa breve narrativa histórica, buscou-se elencar alguns dos eventos sociais e políticos que culminaram na estruturação de ações e dispositivos de proteção social, sendo verificadas marcas intensas, desde a gênese da sociedade brasileira, que apontam para estruturas frágeis em relação à coesão social. Reforçando um cenário histórico de fragilidades para as políticas sociais, Prates (2017, p. 278) aponta que estamos vivendo atualmente tempos adversos, “com avanço do conservadorismo, da intolerância, da negação do direito à livre expressão da diversidade humana, da crescente violação de direitos” cada vez mais naturalizada e banalizada.

Diante do cenário histórico e atual, bem como considerando o referencial teórico adotado, a autora se coloca em defesa das políticas públicas sociais, em um posicionamento afirmativo em relação à assistência social como um lugar de direito, com possibilidades de produzir redução de desigualdades sociais implicadas com a questão social.

Como descrito, as adversidades são grandes e ficam assim, lançados para a sociedade brasileira, os desafios relativos aos enfrentamentos da questão social, suas repaginações e as formas de como enfrentá-la. Na esfera da assistência social, as proposições para estes desafios se materializam, ainda que fragilmente, por meio do SUAS. Assim, para apresentar de forma mais detalhada os caminhos da assistência social brasileira nestes enfrentamentos e nas tentativas de romper com a lógica assistencialista, apresenta-se a seguir mais informações

sobre a sua organização.

### **1.2.1 O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as bases organizacionais da assistência social no Brasil**

Como assinalado anteriormente, o SUAS foi fruto de uma construção histórica, permeado por valores e experiências que tanto impulsionaram sua existência, como apontaram para a necessidade de rupturas com um passado assistencialista, confessional e voluntarista. A transição histórica no nível legislativo e na concepção do imaginário social brasileiro entre o princípio assistencialista versus a lógica da garantia de direitos é ainda um processo em curso (CHIACHIO, 2011).

Assim, na busca de defender e enfatizar o princípio jurídico brasileiro acerca da estruturação de uma assistência social pública, contexto de estudo desta pesquisa, apresenta-se aqui, mais detalhadamente, a estruturação do SUAS a partir do seu arcabouço normativo e organizacional como uma política pública social. Para este fim, torna-se essencial retomar a Constituição Brasileira de 1988 como marco legal para a seguridade social, a partir dos movimentos por promoção de direitos, universalização dos acessos e de responsabilidade estatal pela proteção social pública<sup>23</sup> (VERONEZE, 2017).

Evidencia-se que as construções e lutas para a efetivação dos direitos descritos constitucionalmente contaram com três importantes regulamentações até a instituição do SUAS, sendo elas: a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993; a publicação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, e a Norma Operacional Básica do Sistema de Seguridade Social (NOB/ SUAS), em 2005 (BRASIL, 1993; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

A LOAS representou a primeira mudança paradigmática nas regulamentações específicas da assistência social, na década de 1990, criando uma nova matriz para área e indicando que as ofertas socioassistenciais deveriam acontecer em um sistema não contributivo, descentralizado e participativo, como garantia de direitos dos cidadãos e de

---

<sup>23</sup> Entende-se que a proteção social pública se expressa por meio do sistema de seguridade social e se constitui como um extenso conjunto de políticas públicas sociais com objetivos amplos que visam tanto à cobertura de riscos sociais quanto à “equalização de oportunidades, o enfrentamento das situações de destituição e pobreza, o combate às desigualdades sociais e a melhoria das condições sociais da população” (JACCOUD, 2009, p. 60). As políticas sociais e, nelas, a seguridade social, representam arenas complexas, multidimensionais e conflitivas, com forças em disputa e interesses diversificados, que estabelecem as configurações das relações entre Estado e sociedade, considerando “diferentes projetos políticos e concepções teórico-metodológicas”, contextualizados pelas diferentes sociedades em determinados momentos históricos (CHIACHIO, 2011, p. 31).

dever do Estado (BRASIL, 1993; VERONESE, 2017). Nos termos da LOAS, as necessidades nomeadas como básicas seriam atendidas por ações institucionais envolvendo transferências monetária na forma de benefícios continuados e programas de transferência de renda, ao lado de programas, projetos e serviços de assistência à população (CHIACHIO, 2011).

Vale resgatar que a aprovação da LOAS foi atravessada por tensões, tendo em vista o veto do seu projeto original, em 1990, e as consequentes alterações na proposta inicial que abrangia demandas históricas por uma assistência social pública e na condição de direito (MOTA; MARANHÃO, SITCOVSKY, 2010).

Sposati (2007a), em um detalhado resgate histórico sobre a LOAS, relatou passagens sobre a conformação da assistência social como política pública, enfatizando todo o processo de estruturação da lei e, posteriormente, a sua estagnação nos primeiros anos de existência. A autora destaca o ano de 2003 como um momento relevante na história da LOAS, em função da criação do Ministério de Assistência Social, quando foi retomada a agenda dos direitos sociais com maior prioridade pelo Governo Federal.

A partir dos pressupostos da LOAS e para efetivar a assistência social como política pública, foi constituída a PNAS, em 2004. Esta política se organizou no contexto da IV Conferência Nacional de Assistência Social quando foram apontadas as bases e diretrizes para a construção e implementação da PNAS e do SUAS (BRASIL, 2004a). Destaca-se que o desenvolvimento deste processo se deu em meio a um longo debate, conduzido pelo Ministério do Desenvolvimento Social, junto a conselhos e fóruns regionais, municipais, gestores, universidades e representantes da sociedade, e teve seu texto aprovado em setembro de 2004 pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BRASIL, 2007a; PIRES 2016).

No que se refere ao desenvolvimento da regulamentação da PNAS, outros instrumentos legais, além da LOAS, foram importantes para a constituição da política, são eles: o primeiro texto da PNAS de 1998 e as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1997 e de 1998 (BRASIL, 2005; PIRES, 2016).

Entre as inovações propostas pela PNAS constava a estruturação da assistência social em níveis de proteção com perspectiva socioterritorial, considerando as diversidades locais e regionais, e identificando como base de referência a família, a qual se definiu como um espaço privilegiado de proteção e socialização primária (BRASIL, 2007a).

Esta política organizou a oferta dos serviços socioassistenciais em proteção social



hierarquizada entre proteção básica e proteção especial, vigilância social e defesa dos direitos socioassistenciais.

Considerando a organização mencionada, foi estabelecido como responsabilidade da proteção social garantir: “a segurança de acolhida; a segurança social de renda; a segurança do convívio ou vivência familiar, comunitária e social; a segurança do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social; a segurança de sobrevivência a riscos circunstanciais” (BRASIL, 2004a, p. 90). Segundo o texto descritor da política, os princípios que norteiam a execução da assistência social são: a matricialidade sociofamiliar<sup>24</sup>, a territorialização<sup>25</sup>, a proteção proativa, a integração à seguridade social e a integração às políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2004a).

Ressalta-se que foram adotadas terminologias como matricialidade sociofamiliar, territorialização, vigilância socioassistencial, entre outras, indicando a necessidade de romper com nomenclaturas anteriormente utilizadas na área, tais como: ajuda, auxílio e benemerência. Tal mudança de vocabulário buscava subsidiar os trabalhadores do SUAS na construção e apropriação de novos referenciais que tivessem um fundamento técnico-profissional. Esta estratégia não representou, no entanto, rupturas imediatas com as práticas e expressões anteriores, mas vislumbrou a presença de novos referenciais legais para apontar as direções norteadoras da política, embora sem definir claramente quais seriam os caminhos para as alcançar (PIRES, 2016, p. 18).

Reforçando as proposições do SUAS, no ano seguinte à aprovação da PNAS, em 2005, a NOB/SUAS foi publicada, disciplinando a operacionalização da gestão da política e contemplando, dentre outros elementos:

a divisão de competências e responsabilidades entre as três esferas de governo; os níveis de gestão de cada uma dessas esferas; as instâncias que compõem o processo de gestão e controle dessa política e como elas se

---

<sup>24</sup> A matricialidade sociofamiliar “se refere à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política de assistência social. A família, segundo a PNAS, é o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e ou de solidariedade, cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e ou dependência econômica” (BRASIL, 2009b, p. 12).

<sup>25</sup> A territorialização “refere à centralidade do território como fator determinante para a compreensão das situações de vulnerabilidade, risco sociais, bem como para seu enfrentamento. A adoção da perspectiva da territorialização se materializa a partir da descentralização da política de assistência social e consequente oferta dos serviços socioassistenciais em locais próximos aos seus usuários. Isso aumenta sua eficácia e efetividade, criando condições favoráveis à ação de prevenção ou enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social, bem como de identificação e estímulo das potencialidades presentes no território” (BRASIL, 2009b, p13).

relacionam; a nova relação com as entidades e organizações governamentais e não-governamentais; os principais instrumentos de gestão a serem utilizados; e a forma da gestão financeira, que considera os mecanismos de transferência, os critérios de partilha e de transferência de recursos. (BRASIL, 2005, p. 84).

Desta forma, a NOB de 2005 introduziu novidades como a possibilidade de adesão ao SUAS por níveis de gestão, representando o reconhecimento das especificidades estruturais e conjunturais dos municípios, distinguindo as diferentes capacidades do ente federado para se vincular e executar os serviços da assistência social (BRASIL, 2007a). Em sequência, no ano de 2006, foi aprovada a NOB de Recursos Humanos buscando instrumentalizar a ação de gestores, trabalhadores e representantes das entidades de assistência social na implementação cotidiana do SUAS (BRASIL, 2006).

### **1.2.2 Bases da estrutura organizacional do SUAS**

No âmbito de todos os avanços no âmbito dos direitos sociais, traduzidos pelas regulamentações mencionadas, salienta-se que a instituição do SUAS representou a materialização teórica da possibilidade de superar a cultura assistencialista brasileira e a ideologia da caridade e do primeiro-damismo, por meio de parâmetros técnicos e da profissionalização da execução da assistência social (MOTA; MARANHÃO, SITCOVSKY, 2010). A lógica implementada pelo SUAS como uma rede de proteção com normativas e processos orientados por uma perspectiva alinhada aos propósitos de um sistema público, contraria o raciocínio programático neoliberal (SILVEIRA, 2017).

Em relação aos serviços que compõem o SUAS, em 2009, foi aprovada a normatização dos seus conteúdos pela Resolução 109, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que estabeleceu as funções principais dos serviços, tipos, nomenclaturas, entre outros (CHIACHIO, 2011). Essa normativa padronizou, em território nacional, os serviços socioassistenciais de proteção social básica e especial e organizou em fichas as matrizes para os serviços, delineando para cada um deles: nome do serviço, descrição, usuários, objetivos, provisões, ambiente físico, recursos materiais, materiais socioeducativos, recursos humanos, trabalho social essencial ao serviço, aquisições dos usuários, segurança de acolhida, segurança de convívio familiar e comunitário, segurança de desenvolvimento da autonomia, condições e formas de acesso, unidade, período de funcionamento, abrangência, articulação em rede, impacto social esperado e abrangência (BRASIL, 2009a).

Em síntese, a tipificação atribuiu à proteção social básica: o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Na proteção social especial, de média complexidade, foram atribuídos os seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Na proteção social especial, de alta complexidade, foram atribuídos: Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; e Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências (BRASIL, 2009a).

Tais serviços devem ser desenvolvidos em diferentes espaços, sendo eles territoriais ou institucionais. As unidades socioassistenciais elencadas no texto da tipificação para operacionalizar os serviços são: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro da criança, adolescente, juventude e idosos referenciados ao CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro dia, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e Unidades de Acolhimento (institucional, república, família acolhedora, abrigo, casa lar e residência inclusiva). Estas unidades são compreendidas como:

O CRAS é uma unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e a prestação de serviços programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias (de acordo com a “Lei 12.435, de 06 de julho de 2011). (BRASIL, 2011a, s/página).

O Centro de Convivência [do idoso] caracteriza-se como um espaço destinado ao desenvolvimento de atividades socioculturais e educativas, dando oportunidade à participação do idoso na vida comunitária, prevenindo situações de risco pessoal e contribuindo para o envelhecimento ativo. O serviço a ser oferecido nos Centros de Convivência do Idoso se encontra tipificado como Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, no âmbito da Proteção Social Básica. (SÃO PAULO, 2014, p. 10).

O CREAS é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual

ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial (de acordo com a “Lei 12.435, de 06 de julho de 2011). (BRASIL, 2011a, s/ página).

Centro Dia de Referência [para pessoas com deficiência] se caracteriza como uma Unidade Especializada de oferta do serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência e suas famílias. Podendo ser uma unidade pública estatal, quando o serviço for ofertado diretamente pelo município ou Distrito Federal ou não estatal, quando ofertado pelo município em parceria com entidades sociais com vínculo SUAS. (BRASIL, 2012, p. 32).

O Centro POP é uma “unidade de referência da proteção social especial de média complexidade, de natureza pública e estatal. (...) o Centro POP se volta, especificamente, para o atendimento especializado à população em situação de rua, devendo ofertar, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (de acordo com as orientações técnicas do Centro POP). (BRASIL, 2011b, p. 41).

[Unidades de acolhimento] “unidades que executam os serviços especializados que oferecem acolhimento e proteção a indivíduos e famílias afastados temporariamente do seu núcleo familiar e/ou comunitários e se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos. Esses serviços funcionam como moradia provisória até que a pessoa possa retornar à família, seja encaminhado para família substituta, quando for o caso, ou alcance a sua autonomia”. (BRASIL, 2015b, s/p)<sup>26</sup>.

A seguir, o Quadro 1 apresenta a síntese dos níveis de proteção, unidades e serviços, descritos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009a).

---

<sup>26</sup> Site eletrônico do Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento>. Acesso em novembro de 2018.

Quadro 1 – Síntese sobre o nível de proteção, unidades e serviços de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

NÍVEL DE PROTEÇÃO		UNIDADES SOCIOASSISTENCIAIS	SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA (PDB)		CRAS; CENTRO DA CRIANÇA/ ADOLESCENTE/ IDOSO REFERENCIADO NO CRAS; DOMICÍLIO.	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiências e Idosas.
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL (PSE)	MÉDIA COMPLEXIDADE	CREAS; UNIDADES REFERENCIADAS AO CREAS; DOMICÍLIO; CENTRO DIA E CENTRO POP.	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
	ALTA COMPLEXIDADE	ABRIGOS; CASA DE PASSAGEM; CASA LAR; ILPI; REPÚBLICA; RESIDÊNCIA INCLUSIVA; ETC.	Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

Fonte: BRASIL, 2009a. Elaboração própria.

Identifica-se, na rede de equipamentos da assistência social, instituições tanto de natureza pública como serviços privados e organizações sociais vinculadas ao SUAS. Jaccoud, Bichir e Mesquita (2017) destacam que a responsabilidade pública em relação aos serviços socioassistenciais se desenvolveu simultaneamente para a regulação da ação privada, somada a esforços para fortalecer as ofertas públicas nos CRAS e CREAS. Em decorrência da construção histórica que sustentou a oferta da assistência social a partir de entidades de caráter privado e/ou sem fins lucrativos, o SUAS se estruturou contemplando estas organizações sociais e instituições privadas como pilares, juntos às unidades públicas, para oferecimento de ações, serviços e programas.

Chiachio (2011) comentou que a prestação dos serviços da assistência social por entidades de caráter privado foi estruturalmente construída na sociedade brasileira e as proposições das políticas sociais partiram deste respaldo para sua implementação, conforme a própria Constituição de 1988, afirmou o estabelecimento da parceria público-privado para a oferta dos serviços socioassistenciais.

O artigo 204 estabelece como diretrizes governamentais na área da assistência social a “descentralização político administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como às entidades beneficentes de assistência social. (CHIACHIO, 2011, p. 114).

Resgata-se que a PNAS também orientou a composição da Rede Socioassistencial a partir dos serviços estatais e aqueles prestados por entidades, indicando que “as entidades prestadoras de assistência social são vistas como parceiras estratégicas e corresponsáveis na luta pela garantia de direitos sociais” (CHIACHIO, 2011; STUCHI, 2012; BRASIL, 2004). De acordo com Stuchi (2012), há níveis de pertencimento das entidades de assistência social no SUAS, sendo estes:

1) estar *inscrita* nos Conselhos Municipais de Assistência Social, conforme Resolução CNAS 16/2010: deve ser prévia ao seu funcionamento; 2) estar *cadastrada* no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social de que trata o art. 19 da LOAS, cujo preenchimento é feito pelo órgão gestor municipal nos parâmetros estabelecidos nacionalmente pelo MDS 3) estar *certificada* como entidade beneficente pelo MDS, conforme Lei 12.101/2009, com base na inscrição e no Cadastro; e 4) estar *vinculada ao SUAS*, na forma do art. 6 da LOAS, conforme relação da entidade com a rede socioassistencial do Município. (STUCHI, 2012, p. 11, grifo nosso).

Neste sentido, evidencia-se, além das regulamentações anteriormente mencionadas, que na última redação da LOAS (Lei nº. 12.435), aprovada em 2011, foi criado o “vínculo Suas” e o Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social, com objetivo de integrar a rede privada às normativas e à fiscalização pública (JACCOUD; BICHR; MESQUITA, 2017).

Na continuidade do desenvolvimento do SUAS, em 2012 houve a aprovação de uma nova NOB, que se configurou como um instrumento regulatório que substituiu o documento de 2005 e incorporou a normatização da LOAS, reformulada com a Lei 12.435 de 2011. A NOB de 2012 apresentou o planejamento como um instrumento essencial de gestão para qualificar o SUAS (SILVEIRA, 2017).

Para além dos serviços socioassistenciais, cabe destaque aos avanços em relação à regulamentação, ampliação da capacidade institucional/administrativa e incremento das pactuações entre os entes federados na esfera da garantia de renda, particularmente no Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>27</sup> e no Programa Bolsa Família (PBF)<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> O BPC constitui o “repasse mensal de um salário mínimo à pessoa idosa com 65 anos ou mais e à pessoa com deficiência de qualquer idade e que tenha renda familiar *per capita* inferior a 1/4 de salário mínimo” (BRASIL, 2018a, p. 7).

<sup>28</sup> Instituído pela Lei Número 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto Número 5.209 de 17 de setembro de 2004, o Programa Bolsa Família, “tem por finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal e do Cadastro Único do Governo Federal” (BRASIL, 2004b, p. 1).

(JACCOUD; BICHIR; MESQUITA, 2017).

Desta forma, constata-se nas últimas três décadas avanços das responsabilidades protetivas e das ofertas da política de assistência social, além da consolidação de seus arranjos institucionais e operacionais. A assistência social brasileira, materializada no SUAS, passou a ter um papel estratégico no sistema de proteção social. A implementação do SUAS, permeada por conflitos e disputas, tem operado expressivo volume de benefícios monetários e ampla rede de serviços (JACCOUD; BICHIR; MESQUITA, 2017).

No bojo destes resultados positivos operados pelo SUAS, na continuidade do processo de implementação do sistema, revela-se também tendências regressivas que se utilizam de fragilidades ainda persistentes na assistência social para, por exemplo, justificar a cristalização da agenda do sistema. Segundo Silveira (2017, p. 488) nos reveses destes caminhos, em um contexto de contrarreformas neoliberais, o Programa Criança Feliz<sup>29</sup>, implementado em 2016, ganha destaque e priorização, como programa de governo, e representa a racionalidade tecnicista da gestão pública “centrada nos resultados e na lógica da focalização”, ou seja, embora abarque uma temática importante, o Programa se mostra bastante específico e seletivo quando se observa a amplitude de demandas sociais da população brasileira.

Nesse contexto político, retoma-se a Emenda Constitucional número 95, de 2016, que instituiu um regime fiscal de congelamento dos gastos nos próximos vinte anos e projetou redução real dos gastos nas políticas sociais, configurando um movimento de transformações concretas na saúde, educação, previdência social e assistência social. Projetos em tramitação no âmbito previdenciário colocam também em cena alteração nas regras de acesso à previdência social e ao BPC (JACCOUD; BICHIR; MESQUITA, 2017).

Como consequência de ações que anunciam um desmonte da proteção social pública, os movimentos de defesa do SUAS exprimem tensões entre projetos em disputa na esfera pública. Os trabalhadores inseridos neste contexto, junto aos usuários, organizações populares e movimentos sociais “podem fortalecer processos de resistência em defesa do SUAS, no contexto atual de fragilização de suas bases”. Entretanto, deve-se considerar elementos que prejudicam o protagonismo dos trabalhadores do SUAS, como: inserção frágil nas organizações sociais e fóruns, precariedade nas condições e vínculos de trabalho, atuações

---

<sup>29</sup> O Decreto n. 8.869, em outubro de 2016 institui o Programa Criança Feliz, [Art.1] “de caráter intersetorial, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida, em consonância com a Lei n. 13.257, de 8 de março de 2016” (BRASIL, 2016c, p. 2).

com concepções centradas em prescrições normativas e institucionalistas e pequeno engajamento no desenvolvimento de projetos de luta pelos direitos dos cidadãos e pela dignidade humana (SILVEIRA, 2017, p. 498).

Desta forma, como executores da política de assistência social, os trabalhadores do SUAS requerem bases fortalecidas para continuidade da implementação do sistema, para que possam trabalhar de acordo com os pressupostos legais em voga. Contudo, para tanto, é necessário combater a política de não investimento no SUAS, porque esta o inviabiliza.

A partir do contexto legislativo e político rapidamente apresentado, nosso interesse se direciona a uma categoria de trabalhadores específica no contexto do SUAS, os terapeutas ocupacionais. Esses profissionais são reconhecidos pela normatização da área para integrarem formalmente as equipes técnicas e de gestão na rede de serviços do SUAS desde 2011, podendo se constituírem como importantes atores na composição e fortalecimento deste setor, juntamente com as demais categorias.

### 1.3 O SUAS E A TERAPIA OCUPACIONAL

Buscou-se até aqui apresentar a constituição da área socioassistencial para melhor compreendê-la como um dos contextos de inserção e de práticas de trabalho dos terapeutas ocupacionais. Diante do exposto, constata-se que são muitos os desafios atuais da assistência social no país para que se efetive o direito constitucional preconizado e, conseqüentemente, dos profissionais engajados na sua execução e quiçá nas lutas pelas garantias de direitos sociais para a população assistida.

Neste item introdutório, apresenta-se brevemente os caminhos da profissão no contexto social, o surgimento e a afirmação da subárea de Terapia Ocupacional Social e a recente inserção da categoria no SUAS. Essa narrativa buscou reunir elementos que delineiam ao longo do tempo a relevância da intervenção do terapeuta ocupacional na assistência social, como categoria que pode contribuir na implementação do sistema, com “habilidades significativas para manejar um conjunto diversificado de estratégias de intervenção face às demandas identificadas nos serviços”, considerando também as necessidades latentes pelo adensamento técnico, ético e político na assistência social (ALMEIDA, et al. 2012, p. 39).



### 1.3.1 A Terapia Ocupacional Social

No Brasil, a questão social emergiu nas práticas terapêutico-ocupacionais a partir de questionamentos e reflexões intrínsecos ao foco da atuação em instituições totais<sup>30</sup> e à inquietação frente ao esvaziamento de vida no aprisionamento em espaços asilares. As contradições presentes na força do asilamento, o poder médico, a visão reducionista do adoecimento e as precárias condições de vida contribuíram para que alguns terapeutas ocupacionais, no final da década de 1970, se tornassem agentes de um processo de questionamento e vislumbre de transformação das próprias ações, no âmbito das instituições asilares (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002).

As primeiras práticas ligadas diretamente ao campo social, das quais se tem conhecimento, estiveram localizadas e direcionadas às condições de vida das crianças em creches populares, de jovens na Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), dos adultos nos presídios e de idosos em asilos (GALHEIGO, 2016). Assim, o campo social na terapia ocupacional foi se desvelando na compreensão da dimensão político-social da atuação e no envolvimento com projetos e ações sociais, que ficavam até então distantes das preocupações e práticas efetivas da profissão (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002).

No mesmo período em que a terapia ocupacional iniciava suas atividades especificamente no campo social, com outros grupos populacionais que não aqueles tradicionais de seu cerne de atuação, ou seja, as pessoas com deficiência e/ou transtornos mentais; foram criadas as primeiras disciplinas destinadas ao referido campo em cursos de graduação (UFSCar, São Carlos/SP e PUC, Campinas/SP); foi também quando aconteceu a publicação da primeira experiência sobre a intervenção social, com caráter não terapêutico, pela terapeuta ocupacional Jussara de Mesquita Pinto, nos Anais do V Encontro Científico Paulista de Terapeutas Ocupacionais, em 1979, inaugurando o termo Terapia Ocupacional Social (GALHEIGO, 2016). Naquele mesmo ano, os formandos do Curso de Graduação da Universidade de São Paulo (USP/SP) puderam se inserir em estágios profissionalizantes em Terapia Ocupacional Social, sendo capacitados para práticas em novos espaços profissionais (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo).

Em síntese, as práticas neste campo foram emergindo de forma concreta nas propostas de intervenções às populações marginalizadas, observando as desigualdades presentes na

---

<sup>30</sup> Para Goffman (1974, p. 11) “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

estrutura social do país e, como mencionado, na criação de disciplinas específicas nos cursos de graduação em terapia ocupacional. Ressalta-se, no entanto, que embora as práticas estivessem em andamento, ainda precisavam ser construídas as metodologias de ação e sua fundamentação teórica, considerando que estas demandas se colocavam no contexto de um regime ditatorial no país que restringia as práticas e discursos emancipatórios publicizados (GALHEIGO, 2016).

O cenário ditatorial e suas mudanças sociais, políticas e econômicas foram impulsionadores para requerer do terapeuta ocupacional atuações que não estavam em consonância à base teórica clínica da formação profissional (BEZERRA; TRINDADE, 2013). O regime autoritário estabelecia sistemas assistenciais implicados com a segregação e a disciplina, “legitimado pelo tecnicismo crescente que, ao conceder o poder aos técnicos, buscava garantir a conformidade com a violência em uma sociedade profundamente desigual” (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo, p. 5).

Em meio às críticas a este modelo tecnicista, na década de 1980, retomou-se um importante debate para a terapia ocupacional sobre as estruturas de formação profissional dos estudantes e de profissionalização (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo). Ainda naquele período, foi apresentada via documento oficial pela primeira vez a proposta de reformulação do currículo mínimo de graduação em terapia ocupacional, a qual previa a disciplina “Terapia Ocupacional aplicada às condições sociais, incluindo situações de marginalização social” (GALHEIGO, 2016, p. 50). No âmbito dos debates da Terapia Ocupacional Social, as demandas pelo conhecimento na área, pela nomeação do campo, por modelos de intervenção, entre outros, permaneciam presentes.

Na terapia ocupacional social, a nomeação do campo, as demandas implicadas nessa temática, a necessidade de conhecimento e postura crítica com relação a determinados posicionamentos ideológicos, a concepção de ser humano e de sociedade, a definição de modelos de intervenção, tudo isso compunha o debate que sempre foi intenso e com muitas dissonâncias. (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo, p. 6).

Diante de tais debates e demandas, ainda na década de 1980, os profissionais buscaram desenvolver a fundamentação teórica pautada em referenciais da história, antropologia, sociologia, das lutas pelas reformas sanitária e psiquiátrica, da psiquiatria democrática, entre outros (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo). Destaca-se, neste processo, o envolvimento de alguns terapeutas ocupacionais com o movimento de

desinstitucionalização e com o desenvolvimento de intervenções no âmbito territorial. Estes adventos incitaram parte deles a repensarem suas práticas, indo além dos limites impostos pelos muros institucionais e inserindo no escopo de sua visão profissional também a perspectiva da cidadania. Assim, a contextualização territorial das intervenções possibilitou a ampliação das ações para novos locais, abordagens e dimensões macroestruturais no desenvolvimento da prática terapêutico-ocupacional, avançando nos espaços de atuação para além do âmbito das grandes instituições (MALFITANO, 2005).

No entanto, naquele momento, o arcabouço teórico-prático produzido desde o final da década de 1970 não foi suficiente para afirmar com clareza os domínios de ação e a fundamentação da terapia ocupacional no campo social (GALHEIGO, 2016). Assim, em meados da década de 1980, emergiram debates em relação ao *social* como denominação de um campo específico da terapia ocupacional (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo). Naqueles debates, apresentavam-se duas direções para o entendimento do social na terapia ocupacional: a primeira apontava para o social como uma dimensão que estaria presente em toda terapia ocupacional; a outra entendia que, embora o social estivesse presente em toda terapia ocupacional, haveria necessidade de um campo específico da terapia ocupacional social para avançar em termos de práticas, populações e espaços de atuação profissional.

Nos anos 1990, perguntava-se, afinal, qual é o lugar do social na constituição da terapia ocupacional? Ou qual é a constituição do campo social na terapia ocupacional? Os debates, as conversas e as diversas demandas do campo vão se evidenciando; apesar das variações em torno do discurso sobre o social na terapia ocupacional, alguns profissionais permaneceram e/ou passaram a tomar para si a questão da atuação e da proposição do desenvolvimento de uma terapia ocupacional social. (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo, p. 10).

O debate sobre o social foi retomado entre parte dos terapeutas ocupacionais, no final da década de 1990, produzindo um processo importante na constituição do campo social, por estarem “problematizando a medicalização e a psicologização dos conflitos sociais, a interpretação da diversidade e da cultura, além da crítica à redução da terapia ocupacional ao paradigma da mediação necessária entre saúde e doença” (LOPES; BARROS; MALFITANO, no prelo, p. 10; BARROS, GHIRARDI; LOPES, 2002). Abarcando perspectivas teóricas em torno da questão social, os conceitos e ações da Terapia Ocupacional Social caminharam para o seu reconhecimento como um campo específico de atuação, a partir do desenlace da saúde, em que a terapia ocupacional tinha sido, e ainda é historicamente alicerçada (BARROS,

LOPES, GALHEIGO, 2007; BARROS, 2004). Barros (2004), discutindo sobre o desenlace do social sociais e de saúde, argumentou sobre a ampliação do conceito de doença, que convertia necessidades de grupos sociais, ou até mesmo étnicos, em patologias e adotava uma racionalidade e linguagem técnicas que reduziam conflitos sociais e relacionais a problemas individuais de desordens biológicas.

Bezerra e Trindade (2013) apontam a ampliação dos campos de trabalho do terapeuta ocupacional que se distinguem da área da saúde:

O terapeuta ocupacional deixou de ser um profissional exclusivamente da reabilitação física e da saúde mental e garantiu sua inserção em outros programas e políticas da seguridade social, tendo em vista a ampliação dos direitos sociais no país no período pós-constituente. Esse movimento de incorporação de novas atribuições da profissão (...) vem demonstrar que a Terapia Ocupacional está preocupada com a dimensão ocupacional do sujeito não somente na área da saúde, através das políticas de saúde e previdência (reabilitação profissional), mas também em outros campos de ação, onde a saúde deixou de ser o foco principal da intervenção profissional, como a política de assistência social e no campo sociojurídico. (BEZERRA; TRINDADE, 2013, p. 435).

Especificamente em 1998, a criação do Projeto Metuia<sup>31</sup> constituiu um movimento organizado para a fundamentação das bases teórico-metodológicas da Terapia Ocupacional Social. Este projeto, nos seus mais de vinte anos de existência, tem desenvolvido ações associadas a atividades de extensão universitária e projetos de pesquisa interinstitucionais. Galheigo (2016) aponta que uma estratégia desenvolvida pelo projeto Metuia para criar um alinhamento teórico metodológico entre docentes e profissionais vinculados a ele foi a realização sistemática de encontros (oficinas, grupos de discussão) e eventos que abrangiam:

as produções teóricas que agregavam fundamentos ao campo; as pesquisas em curso realizadas pelos membros do grupo; os projetos assistenciais desenvolvidos nas organizações não governamentais parceiras; as metodologias de ação utilizadas no ensino e na assistência, e a própria estruturação do Projeto Metuia, com elaboração de suas diretrizes de ação e da preparação de material de divulgação, como folders e o sítio eletrônico. (GALHEIGO, 2016, p. 55).

---

<sup>31</sup> O Projeto Metuia constitui-se como um grupo interinstitucional de estudos, formação e ações pela cidadania de populações em processos de ruptura das redes sociais de suporte. Desenvolve projetos de ensino, pesquisa e extensão no âmbito da Terapia Ocupacional Social e atualmente possui núcleos em atividade na: Universidade de São Paulo - USP/SP, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES (LOPES; MALFITANO, 2016), Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Federal da Paraíba – UFPB e Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) conjuntamente.

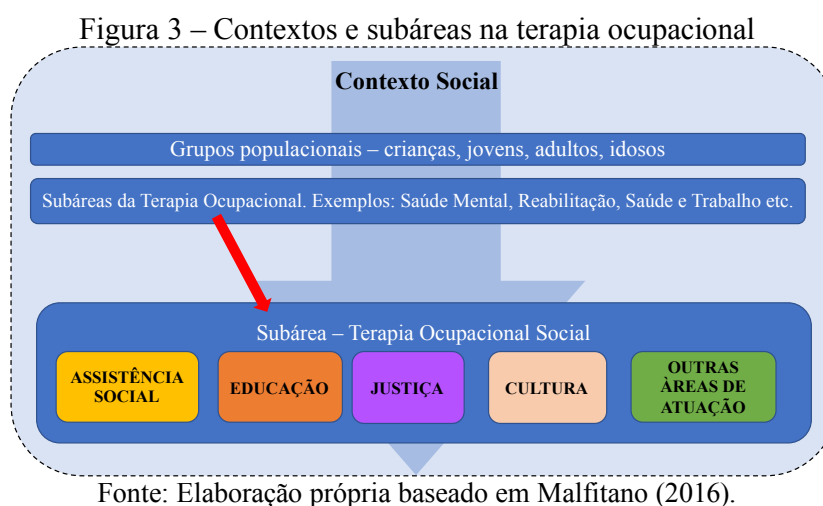
Parte da produção acadêmica dos integrantes do projeto utiliza as contribuições de Robert Castel para situar a abordagem da questão social pela Terapia Ocupacional Social articuladamente aos contextos de vida das pessoas em processo de ruptura das redes sociais de suporte (GALHEIGO, 2016). O debate proposto por Robert Castel evidencia, ao ancorar o conceito de coesão social ao trabalho e aos vínculos relacionais de suporte, por um lado, a pequena possibilidade de intervenção dos profissionais em realizar transformações concretas no mundo do trabalho e, por outro, coloca a potência de intervenções como as executadas por terapeutas ocupacionais para atuar no âmbito das redes relacionais/sociais de suporte. Neste sentido, fundamentando-se em Robert Castel, entende-se que uma das vias de intervenção do terapeuta ocupacional na questão social seria pelo caminho das ações que mobilizam as redes sociais de suporte das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e/ou desfiliação social.

Com base neste e em outros referenciais teóricos, a Terapia Ocupacional Social se estruturou com práticas e saberes profissionais pautados nas reflexões críticas sobre o “lugar social do terapeuta ocupacional”, delineando suas metodologias e populações-alvo, visando à “autonomia, cidadania e acesso a direito de sujeitos e coletivos” (GALHEIGO, 2016, p. 56). Nas construções e desenvolvimento da atuação social do terapeuta ocupacional, ainda hoje se fazem necessários os apontamentos sobre as “generalizações e especificidades” do campo. Malfitano (2016, p. 117) coloca luz neste entendimento ao apontar a diferenciação entre o “contexto social, como elemento que deveria estar presente em toda ação no âmbito da terapia ocupacional” e subárea Terapia Ocupacional Social, que possui especificidades e “tem se caracterizado pela abordagem teórica e metodológica, no trabalho junto a sujeitos, grupos e coletivos específicos”.

Estas especificidades da subárea se relacionam a práticas que buscam a inserção social de pessoas cujos fatores socioeconômicos impedem e/ou dificultam a sua inserção e participação sociais. Sua intervenção requer “tecnologias de cuidado próprias voltadas à dimensão social da vida, em diálogo predominante com as ciências humanas e sociais, ressaltando que os aportes provenientes da área da saúde podem ser insuficientes para a constituição do seu referencial teórico-metodológico” (MALFITANO, 2016, p. 124). Destaca-se, ainda, que a Terapia Ocupacional Social “opera em diferentes setores das políticas sociais: na assistência social, na educação, na cultura, na justiça e, a depender, na saúde” (MALFITANO, 2016, p. 127).

Assim, o escopo da Terapia Ocupacional Social abarca metodologias sociais e

embasamentos teóricos que instrumentalizam/informam a atuação nas políticas sociais e nos seus respectivos espaços de práticas, entre eles os serviços socioassistenciais da assistência social. Neste sentido, enfatiza-se que a subárea de atuação da profissão, é mais ampla que a terapia ocupacional na assistência social, a qual, sem dúvida, pode compor a Terapia Ocupacional Social. Na perspectiva aqui adotada, compreende-se que a terapia ocupacional na assistência social pode ser informada teórico e metodologicamente pela Terapia Ocupacional Social, como uma de suas subáreas de atuação, em um dos setores das políticas sociais que compõem as atuações em Terapia Ocupacional Social, conforme ilustrado na Figura 3.



Partindo da compreensão da assistência social como um setor de atuação da subárea de Terapia Ocupacional Social, a seguir, descreve-se especificamente a inserção da terapia ocupacional na política de assistência social.

### 1.3.2 A terapia ocupacional na assistência social

A inserção da terapia ocupacional na assistência social no Brasil possui um histórico permeado pela própria institucionalização da profissão no país. Desde os primeiros locais de atuação profissional, o terapeuta ocupacional foi solicitado a trabalhar em instituições socioassistenciais, particularmente aquelas de caráter filantrópico e caritativo, como APAEs (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), Sociedade Pestalozzi, asilos, entre outros. Segundo Maroto (1993), na década de 1980 os terapeutas ocupacionais estavam majoritariamente em instituições filantrópicas (44%), as quais eram ligadas principalmente à

assistência social em termos de seu financiamento (como APAEs, Sociedade Pestalozzi e outras), 35% em instituições públicas (como serviços de reabilitação para o trabalho, reabilitação física, etc.) e 21% em locais privados.

Como descrito anteriormente, as ações e instituições vinculadas à assistência social nas décadas de 1970 e 1980 tinham um caráter diferente dos dias de hoje, pois eram marcadas pelo assistencialismo, filantropia e caridade (COUTO, 2010). Naquele contexto, conseqüentemente, os terapeutas ocupacionais estavam também alocados nas instituições caritativas, pois as populações tradicionalmente atendidas pelos profissionais, como as pessoas com deficiências, tinham pouco reconhecimento sobre seus direitos sociais e os recursos/apoios que acessavam estavam nas iniciativas de caráter filantrópico e assistencialista. Este, dentre outros fatores, influenciou o imaginário acerca das práticas de trabalho revelando que as pessoas acompanhadas pelos terapeutas ocupacionais eram e ainda são, por vezes, caracterizadas pela dimensão da caridade e não pela dimensão dos direitos (MALFITANO; FERREIRA, 2011). Salienta-se que os serviços e programas voltados para atenção de pessoas com transtornos mentais tiveram uma organização distinta a esta mencionada, sendo as instituições financiadas prioritariamente pelo setor público.

Salienta-se que a Constituição de 1988, no processo de redemocratização do país, favoreceu a reconfiguração do lugar social de grupos-alvo para o atendimento da terapia ocupacional e conseqüentemente influenciou a atenção profissional destinada a eles. A partir do marco constitucional, estes sujeitos passaram a ter a oferta de serviços públicos diretos. No âmbito do sistema público de saúde, por exemplo, a incorporação destas populações “demarca também a ampliação das categorias profissionais necessárias para o funcionamento dos serviços” (MALFITANO; FERREIRA, 2011, p. 104).

Enfatiza-se que a inserção profissional dos terapeutas ocupacionais se deu historicamente na integração de equipes de ONGs, muitas das quais se constituíam anteriormente como entidades filantrópicas (lembrando que muitas delas contavam e contam com financiamento público). As ONGs representaram no Brasil um modelo de intervenção dominante na área social, com amplo financiamento do Estado, consistindo em um importante local de trabalho empregador de terapeutas ocupacionais (BORBA; LOPES, 2016). De forma geral, considera-se que a inserção dos terapeutas ocupacionais no sistema público (inicialmente de forma mais preponderante na saúde) e a presença dos profissionais historicamente em instituições privadas filantrópicas (ou não), sobretudo em ONGs, marcaram prioritariamente as características do ingresso profissional no âmbito das políticas

sociais, em especial na assistência social.

Neste contexto, os movimentos para a inserção regulamentada dos terapeutas ocupacionais nas políticas públicas de assistência social ocorreram na última década. Particularmente nos anos de 2010 e 2011, profissionais se engajaram em movimentos sociais e de representação da classe para se somar às lutas em prol de um novo contorno da política de assistência social, apresentando suas construções já realizadas e possibilidades técnico-profissionais para compor tais espaços.

Desde os primeiros debates, que resultariam no reconhecimento formal de quem seriam os trabalhadores do SUAS, um grupo de terapeutas ocupacionais se mobilizou para articular com o CNAS, o MDS e outros parceiros, a fim de participar de forma ativa e coletiva da implementação da PNAS (VIANNA, 2013). Em 2010, houve uma organização inicial de terapeutas ocupacionais para participar da Consulta Pública sobre a NOB/SUAS/2005, que teve a proposição da revisão da redação do documento, projetando uma NOB/SUAS para 2010. Os que se engajaram naquela tarefa fizeram uma análise do documento proposto pelo CNAS para enviar sugestões e contribuir com a revisão da NOB, participando dos processos de constituição e consolidação do SUAS (ALMEIDA, et al., 2012).

Posteriormente, no ano de 2011, houve uma maior mobilização de terapeutas ocupacionais de todas as regiões do país, com atuação e/ou interesse na assistência social, para o movimento de definição/reconhecimento dos trabalhadores do SUAS. Este processo aconteceu inicialmente para atender à Resolução número 172, de 2007, do CNAS, que indicava a formação de Mesas de Negociações da NOB-RH/SUAS como forma de conduzir a gestão do trabalho no SUAS. Elas teriam composição paritária entre gestores e prestadores de serviços (12 representantes) e trabalhadores dos setores público e privado (12 representantes). No entanto, para convocar os profissionais que participariam, elegendo consequentemente quem representaria os trabalhadores do SUAS nos espaços de debate/negociação, era necessário definir exatamente quais seriam as categorias (ALMEIDA, et al., 2012; BRASIL, 2007b).

Com o anúncio da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) da demanda de definição dos profissionais no âmbito do SUAS e da realização de eventos da assistência social (estaduais, regionais e nacional) para o desenvolvimento deste processo, os terapeutas ocupacionais, particularmente membros do Projeto Metuia, depararam-se com a necessidade de integrar a discussão por identificarem diferentes atuações efetivadas historicamente no contexto da assistência social e por reconhecerem claramente a categoria



como parte integrante dos trabalhadores do SUAS. Diante da organização de profissionais, deflagrada e apoiada pela ABRATO, foram realizadas articulações entre terapeutas ocupacionais das diferentes regiões do país, possibilitando a visibilidade, entre eles, das diversificadas práticas, serviços e profissionais atuantes até então na assistência social, mesmo sem seu reconhecimento como categoria profissional nos termos da lei<sup>32</sup>.

Dessa forma, terapeutas ocupacionais, especialmente aqueles que atuavam na esfera da assistência social e da Terapia Ocupacional Social, mobilizaram-se para discutir e apresentar o trabalho desenvolvido no SUAS nos Encontros Regionais, Estaduais e no Encontro Nacional dos Trabalhadores do SUAS, que ocorreu nos dias 30 e 31 de março de 2011, em Brasília, e contou com aproximadamente 40 terapeutas ocupacionais participantes (ALMEIDA, et al., 2012; BRASIL, 2007b). Na plenária final do Encontro Nacional foram apresentadas as categorias profissionais<sup>33</sup> reconhecidas como trabalhadores do SUAS e na mesma ocasião foram apontados os desafios e complexidades do desenvolvimento do compromisso ético e político da atuação no SUAS para as categorias ali elencadas.

Os encaminhamentos deste evento subsidiaram a Resolução do CNAS, número 17, aprovada em 20 de junho de 2011, que ratificou a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos (NOB-RH), reconhecendo assim as categorias profissionais que poderiam compor as equipes de referência e/ou de gestão das unidades do SUAS. Entre as categorias, “a terapia ocupacional figurou como profissão que pode integrar as equipes de referência, respeitando-se a necessidade de estruturação e composição dos serviços a partir das particularidades locais e regionais, do território e das necessidades dos usuários” (ALMEIDA, et. al., 2012, p. 34; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011d).

Enfatiza-se que a Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e o Projeto Metuia tiveram papéis fundamentais na interlocução entre os profissionais e com os representantes do Ministério, Conselho e Associações, bem como na elaboração de materiais que contribuíram para a formalização do reconhecimento da categoria na assistência social (ALMEIDA, et al.,

---

<sup>32</sup> Informações provenientes de conversa (realizada em 2019 no contexto da presente pesquisa) com a pesquisadora e terapeuta ocupacional Marta Almeida Carvalho, que integrou algumas das etapas do processo de reconhecimento do terapeuta ocupacional como trabalhador do SUAS, como docente e membro do Metuia (USP-SP). Agradecemos a Profa. Marta pelos apoios e informações.

<sup>33</sup> Categorias profissionais de nível superior que, preferencialmente, poderão atender as especificidades dos serviços socioassistenciais: Antropólogo, Economista Doméstico, Pedagogo, Sociólogo, Terapeuta Ocupacional e Musicoterapeuta. Categorias profissionais de nível superior que, preferencialmente, poderão compor a gestão do SUAS: Assistente Social, Psicólogo, Advogado, Administrador, Antropólogo, Contador, Economista, Economista Doméstico, Pedagogo, Sociólogo, Terapeuta Ocupacional.

2012). Conforme salientam Borba et al. (2017), tal reconhecimento representou um avanço na condução da política, uma vez que o escopo da assistência social, dada a sua complexidade e multidimensionalidade, sempre foi construído por diferentes saberes e categorias, mas considerava apenas os assistentes sociais e os psicólogos como “necessários” às equipes de referência.

No caso de terapeutas ocupacionais, a oficialização reiterou uma ação profissional previamente existente no contexto dos serviços que acompanhou o percurso histórico da assistência social no Brasil e apresentou possibilidades para a categoria desenvolver um trabalho em consonância com as diretrizes da PNAS, oportunizando novos espaços de intervenção, nos diferentes serviços e níveis de proteção. Logo, além do avanço na formalização da atuação, o documento sugeriu um impulso para a expansão profissional e tornou mais evidente os desafios para aprimorar a qualidade da intervenção na área, dentre eles a preocupação com a formação para atuar no âmbito da política e dos diferentes serviços e perfis de população atendidos (ALMEIDA et al., 2012; ALMEIDA; SOARES, 2016; BORBA et al., 2017).

Cabe mencionar aqui que, dentre os profissionais indicados para o trabalho no SUAS, o terapeuta ocupacional suscitou incertezas quanto às habilidades de atuação para o desenvolvimento de ações que extrapolam os contextos clínicos, explicitado pela questão:

É possível um trabalho com enfoque não somente clínico e terapêutico desta categoria profissional? Tal dúvida está relacionada ao temor de que o SUAS, sucumbindo às forças conservadoras a que está sempre exposto, circunscreva-se ao enfoque comportamental, clínico e individualizado de abordagem das questões sociais da realidade brasileira. (TEIXEIRA, 2011, p. 131).

Acredita-se que a fundamentação teórico-metodológica proposta pela Terapia Ocupacional Social responderia a estas incertezas, apontando a possibilidade de um fazer profissional fora do setor saúde e que não se baseasse unicamente nas demandas individuais dos sujeitos. Almeida e Soares (2016) ponderam ainda, afirmando, entre outros elementos, que o uso de abordagens típicas da ótica liberal e filantrópica podem ser expressas em uma diversidade de práticas sociais, não apenas do terapeuta ocupacional.

Evidenciam-se as potencialidades dos terapeutas ocupacionais para avançar em relação aos desafios colocados, particularmente quando são considerados elementos de sua competência, tais como: habilidade para o desenvolvimento do trabalho em equipe e

atividades grupais, leitura da realidade social por meio de sua formação voltada para “alteridade, diversidade, cultura e a pluralidade”, competências relacionadas ao acolhimento e escuta, relações pautadas na autonomia e projetos emancipatórios, compromisso ético e político da inclusão social de grupos vulneráveis (ALMEIDA et al., 2012, p. 38). Enfatiza-se ainda a potencialidade profissional na inserção e fortalecimento do SUAS, na ação política que se faz tanto nas ações cotidianas nas unidades socioassistenciais, a partir da aproximação da realidade de indivíduos, coletivos e comunidades, como também no envolvimento nas construções macrossociais das políticas públicas.

Identificam-se esforços coletivos de terapeutas ocupacionais, articuladores e apoiadores (Associações e Conselhos de Classe, em parceria com docentes e profissionais de diferentes regiões do país) para balizar a prática profissional nas diretrizes da PNAS e do SUAS, por meio de produção de cartilhas e materiais informativos direcionados à categoria, organizando parâmetros referenciais para a ação de terapeutas ocupacionais nas diferentes unidades socioassistenciais do SUAS, em seus distintos níveis de proteção social (CHAGAS et al., 2015; GOMES et al., 2013).

Além disso, verificou-se exemplos de produções acadêmicas dos últimos anos demonstrando esforços dos profissionais no sentido de atualizar as experiências e construções sobre a ação profissional nesse novo desenho da política de assistência social. Destaca-se que parte dessas produções aborda práticas profissionais contextualizadas em unidades específicas vinculadas ao SUAS, como Unidades de Acolhimento, Centro Pop e CRAS ou populações específicas (por exemplo, pessoas com deficiência intelectual) (LUVIZARO; GALHEIGO, 2011; SILVA, et al., 2017; BORBA et al., 2017; SURJUS, 2017); e outras publicações trazem contribuições no resgate histórico da construção da área desde a constituição das políticas sociais até os contornos atuais da profissão (ALMEIDA; SOARES, 2016; VIANNA, 2013; ARAÚJO; OLIVEIRA; PATRÍCIO, 2011).

No âmbito da prática profissional para o trabalho no SUAS, Almeida e colaboradores (2012), com base em experiências de trabalho no SUAS a partir de projetos de extensão universitária em parceria com políticas municipais de assistência social, destacaram a pertinência dessa ação, bem como os desafios em aprofundar os conhecimentos relativos aos processos sociais na violação de direitos e consequentemente qualificar a atuação profissional. Vianna (2013) contribuiu com a descrição do protagonismo dos profissionais nos debates para a definição dos trabalhadores no SUAS, desenvolvendo uma narrativa sobre o processo de reconhecimento dos profissionais na área. Já Araújo, Oliveira e Patrício (2011),

fundamentados pelo aparato das políticas socioassistenciais, descreveram como se organizam as práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS por meio das percepções de cinco terapeutas ocupacionais atuantes no município de Belém, Pará. Os autores destacaram desafios em relação à formação graduada, na inserção profissional e no reconhecimento identitário frente a outras questões.

Considerando as produções acadêmicas, nota-se a inexistência de dados compilados sobre a inserção e práticas dos terapeutas ocupacionais neste setor. Em termos numéricos, o SUAS abarcava em seu cadastro do Censo SUAS 1.438 terapeutas ocupacionais trabalhando em serviços socioassistenciais em 2017, o que demonstra a relevância de se obter mais informações acerca dos 9% dos terapeutas ocupacionais brasileiros que atuam na assistência social no país<sup>34</sup>. Entende-se que identificar as características dos profissionais e a forma como os terapeutas ocupacionais, no contexto nacional, vêm se inserindo e se vinculando às equipes, aos diferentes serviços e níveis de proteção do SUAS, poderá fornecer parâmetros de compreensão acerca das fragilidades, potencialidades e dos desafios da participação da categoria na política social, podendo contribuir ainda com estratégias para ampliação da participação desta categoria profissional no âmbito do SUAS. Tendo em vista tal contexto, os objetivos gerais elencados para o presente estudo foram: identificar, descrever e analisar as características da inserção profissional e práticas de terapeutas ocupacionais em unidades socioassistenciais que compõem a rede SUAS.

---

<sup>34</sup> Dado calculado a partir do número de profissionais terapeutas ocupacionais cadastrados no país, segundo o sítio eletrônico do COFFITO, com dados de 2017 (atualizado em agosto de 2017): 16.245 terapeutas ocupacionais no país (Disponível em: <http://coffito-br.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Conteudos?id=7a78081c-cba0-47bd-b0c7-6e374c661418>. Acesso em: 02 de janeiro de 2019).

# Capítulo 2

---

## Percurso Metodológico

## 2.1 DESENHO DO ESTUDO

A fundamentação teórico-metodológica para o desenvolvimento desta tese foi inspirada nas contribuições do materialismo histórico-dialético. Segundo Frigotto (2000), a dialética se constitui como uma postura, como um método e como práxis na busca pela elaboração de sínteses que possam gerar transformações na esfera do conhecimento e da realidade histórica. Estes constructos orientam o entendimento sobre como se produz concretamente um fenômeno social e a relação com o seu caráter histórico. Trata-se assim de realizar movimentos de transformação e superação por meio da crítica, da construção de novos conhecimentos e da síntese no campo do conhecimento e da ação (FRIGOTTO, 2000).

No plano deste processo dialético, admite-se a existência de realidades objetivas e de sua apreensão subjetiva. O que se coloca como fundamental não é a crítica por si só ou o conhecimento por ele mesmo, mas o conhecimento e a crítica que sustentam alterações e transformações da realidade anterior, no que tange ao conhecimento e ao aspecto histórico-social, unindo teoria e ação (FRIGOTTO, 2000). Para o autor, o método está relacionado a uma determinada concepção de mundo, de vida e de realidade; e, desta forma, a postura adotada antecede o próprio método e se revela como um elemento de mediação nos processos de apreender e de expor os fenômenos sociais em sua estruturação, desenvolvimento e transformação (FRIGOTTO, 2000).

Considerando este entendimento, explicita-se que o percurso metodológico do presente estudo é pautado no pressuposto de que a assistência social compõe o sistema de seguridade social brasileiro e se constitui como um direito de todos os cidadãos que dela necessitem e se materializa por meio de políticas públicas sociais, as quais são organizadas no país, desde 2005, pelo SUAS. Entende-se também que o contexto destas construções relacionadas aos sistemas de proteção social, bem como a formação/atuação dos profissionais no país, entre eles o terapeuta ocupacional, tem se dado no interior da sociedade capitalista que engendra desigualdades sociais permeadas por disputas e relações de poder.

Portanto, informada por esta fundamentação metodológica, a presente pesquisa buscou a produção de sínteses acerca da atuação do terapeuta ocupacional no SUAS com vistas a contribuir com as discussões sobre as possibilidades de mudança concretas no cotidiano de trabalho profissional nos serviços de assistência social componentes do sistema, na direção da consolidação do direito constitucional estabelecido no país. Os colaboradores do estudo foram os próprios terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS. As unidades de análise constituídas

visaram: traçar as características sociodemográficas do terapeuta ocupacional, sua inserção profissional e as práticas desenvolvidas por eles em unidades socioassistenciais.

Delineou-se, portanto, o objetivo geral do estudo: identificar, descrever e analisar as características da inserção profissional e práticas<sup>35</sup> de terapeutas ocupacionais em unidades. Como objetivos específicos: I) identificar (mapear) os terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS e II) Descrever e analisar as características de inserção e práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico realizado a partir de dados secundários, questionários, entrevistas e visitas/acompanhamento de campo.

## 2.2 PROCEDIMENTOS

Os procedimentos para alcançar os objetivos propostos foram divididos em duas etapas (Quadro 2):

- Etapa I: levantamento do número de profissionais atuantes no SUAS (para atender ao objetivo de “*identificar (mapear) os terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS*”);

- Etapa II: questionários, entrevistas e observação em campo junto aos terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS (com a finalidade de alcançar o objetivo de “*descrever e analisar as características de inserção e práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS*”).

---

<sup>35</sup> Ao longo da pesquisa os fazeres profissionais identificados/descritos foram nomeados por terminologias como práticas, ações, atuações e intervenções, entre outros, buscando retratar os termos utilizados pelos próprios colaboradores.

Quadro 2 – Síntese dos procedimentos realizados no estudo

Síntese dos procedimentos realizados no estudo		
Etapas	Objetivo correspondente	Procedimentos
Etapa I	Identificar (mapear) os terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS	<b>Parte 1: Identificação/ Mapeamento.</b> Solicitação, via MDS, de lista oficial dos terapeutas ocupacionais e contatos das unidades em que atuam no país, no âmbito do SUAS.
		<b>Parte 2: Identificação/ Mapeamento.</b> Levantamento em base de dados oficial do MDS, por meio do Censo SUAS, das informações sobre unidades e profissionais inseridos no sistema.
Etapa II	Descrever e analisar as características de inserção e práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS	<b>Parte 1: Questionários.</b> Tendo como base o levantamento concluído na etapa I, realizou-se contato com os terapeutas ocupacionais identificados, convidando para responder um questionário sobre as características sociodemográficas dos profissionais e suas práticas no SUAS.
		<b>Parte 2: Entrevistas.</b> Com base nas respostas dos questionários (Etapa II, Parte 1), foi realizado o convite a doze terapeutas ocupacionais para participar de uma entrevista (totalizaram dez profissionais participantes)
		<b>Parte 3: Acompanhamento de práticas em campo.</b> Por meio de indicações de profissionais de referência nas etapas anteriores, foram realizadas visitas de acompanhamento nos espaços de prática em 4 unidades socioassistenciais.

Fonte: Elaboração própria.

A seguir serão descritos detalhadamente os caminhos procedimentais percorridos para o desenvolvimento deste estudo.

### 2.2.1 Procedimentos para desenvolver a Etapa I

O delineamento desta etapa do estudo centrou-se na *identificação dos profissionais terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS*. A estratégia de coleta de dados foi constituída por duas partes distintas, pautadas na utilização de fonte secundária de dados. São elas:

*Parte 1: Solicitação, ao MDS, de uma lista oficial dos terapeutas ocupacionais e os contatos das unidades em que atuam no país, no âmbito do SUAS.*

Esta foi uma estratégia formal para obtenção da informação oficial dos possíveis colaboradores com o estudo. A solicitação foi encaminhada ao Diretor do Departamento de Gestão da Informação (DGI) e também Secretário de Gestão e Avaliação da Informação da Secretária Nacional de Assistência Social do MDS, por correio, mensagem eletrônica (*e-mail*) e telefone. Foi informado que a solicitação foi encaminhada para a Coordenadora Geral de Gestão do Trabalho e Educação Permanente do SUAS da Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS. Posteriormente, a resposta oficial foi que os dados solicitados deveriam ser encontrados pelas bases de dados do Ministério disponíveis publicamente (resposta disponibilizada no Anexo A). Na sequência, fez-se contato telefônico com a coordenadora,



quando nos foi informado da não existência de uma lista com este tipo de informação especificada sobre a categoria profissional em atuação em cada unidade do SUAS no país.

Adicionalmente, quando participamos da XI Conferência Nacional da Assistência Social, em dezembro de 2017, em Brasília - DF, os responsáveis foram contatados pessoalmente, por meio de sua participação na conferência, e foi verificada novamente a possibilidade da obtenção dos dados junto à coordenação da vigilância socioassistencial. A resposta presencial a esta solicitação foi positiva para viabilizar o acesso a tais dados, porém não se obteve retorno posterior ao evento, apesar de contatos telefônicos e por *e-mails*.

*Parte 2: Levantamento em base de dados oficial do MDS, por meio do Censo SUAS*, que disponibiliza informações sobre unidades e profissionais inseridos no sistema. Este Censo é realizado em âmbito nacional e publicado como dados oficiais pelo MDS (BRASIL, 2017a).

O Censo SUAS é uma ferramenta dedicada ao processo de monitoramento e vigilância socioassistencial da política de assistência social, constituindo-se de um formulário eletrônico preenchido pelos serviços, secretarias e conselhos de assistência social dos estados e municípios. É realizado anualmente, desde 2007, por meio de uma ação integrada entre a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) e foi regulamentado pelo Decreto nº 7.334, de 19 de outubro de 2010 (BRASIL, 2011e).

A cada ano, as informações obtidas são compiladas em diferentes bancos de dados, divididos por categorias, sendo uma delas a que se refere à composição dos recursos humanos nos diferentes serviços/programas/projetos do SUAS. A documentação completa disponibilizada pelo Ministério é composta por arquivos eletrônicos separados por pastas de cada uma das unidades socioassistenciais, contemplando: tabelas com dados gerais e de recursos humanos; questionários e manuais; arquivos denominados “Leia-me”, em PDF<sup>36</sup>, com a descrição dos procedimentos para consolidação dos dados; sintaxes; e documentos denominados “Tabelas” em PDF com análise descritiva dos dados.

Considera-se significativo pontuar que, embora pareça haver um investimento público para a qualificação do processo de preenchimento dos questionários que alimentam a base de dados, podem existir fragilidades na exatidão das informações nas diferentes unidades, notadamente porque a fonte primária de informação é cada município do país, podendo ter divergências na forma de preenchimento. No entanto, admitindo-se estas possíveis

---

<sup>36</sup> Formato de arquivo eletrônico, Formato Portátil de Documento, no inglês Portable Document Format (PDF).

fragilidades, considera-se ainda uma importante fonte de dados oficial acerca da estrutura do SUAS no país, organizada publicamente pelo Censo SUAS.

Para extrair as informações analisadas, foi utilizada a categoria “Recursos Humanos” dos bancos de dados de todos os anos disponíveis, sendo eles entre 2011 e 2017. A cada ano, realizou-se a seleção manual das informações disponíveis e relacionadas à categoria dos terapeutas ocupacionais. As tabelas obtidas permitiram identificar os trabalhadores do SUAS com a formação de terapeuta ocupacional. Assim, selecionou-se os profissionais em questão por meio do recurso “filtro” utilizando o *Software* da Microsoft Excel®. Dessa forma, cada uma das aparições (terapeuta ocupacional) foi identificada como um profissional inserido na unidade, totalizando 1.323 em 2016 e 1.438 em 2017.

Justifica-se o ano de 2011 para o início da coleta de dados devido à regulamentação promovida pela Resolução CNAS nº 17/2011, que reconhece o terapeuta ocupacional como um trabalhador do SUAS (BRASIL, 2011c). Somente a partir desse ano é que os dados acerca da categoria dos terapeutas ocupacionais passaram a ser identificados no Censo SUAS.

Após a seleção, os dados foram reorganizados em tabelas dinâmicas, de acordo com as seguintes variáveis disponíveis no Censo SUAS: unidades socioassistenciais, regiões do país, vínculo empregatício, função exercida, nível de escolaridade, carga horária de trabalho e gênero. Esta etapa foi realizada no período de janeiro a junho de 2017 e, posteriormente, nos meses novembro e dezembro de 2018, para a atualização dos dados referentes ao ano de 2017.

A análise incluiu até seis tipos de unidades socioassistenciais, também de acordo com os dados disponíveis no Censo SUAS, sendo estas: CRAS, CREAS, Centro POP, Unidade de Acolhimento, Centro de Convivência e Centro Dia. Os dados obtidos pelo levantamento foram descritos, compilados e analisados de forma descritiva, por frequência simples, e discutidos à luz da literatura (apresentado no Capítulo 3).

### **2.2.2 Procedimentos para desenvolver a Etapa II**

Esta etapa se relaciona ao objetivo de “*Descrever e analisar as características da inserção profissional e prática de terapeutas ocupacionais em unidades socioassistenciais que compõem a rede SUAS*”. Os métodos empregados foram: *questionário online, entrevistas e visitas para acompanhamento das práticas de terapeutas ocupacionais* e estão divididos em três fases articuladas, desenvolvidas consecutivamente, são elas: parte I - questionários *online*, parte II - entrevistas e parte III - visitas/acompanhamentos.

### 2.3 OS QUESTIONÁRIOS *ONLINE*

Fundamentando-se no levantamento dos dados de terapeutas ocupacionais (realizado na Etapa I, considerando as bases de dados de 2016, sendo as mais atuais no momento do início da coleta de dados) foram enviados eletronicamente questionários para todos os profissionais identificados de quem se obteve o contato (*e-mail* ou telefone) e que aceitaram participar do estudo. Este questionário foi o recurso utilizado para identificação das características dos profissionais e suas práticas, para verificar o interesse em participar de uma entrevista (relacionada à parte II) e para solicitar indicações de colegas de “referência” ou “destaque na área em sua região” (relacionada à parte III), o material se encontra disponível no Apêndice B.

Na tentativa de alcançar o maior número de profissionais para o envio dos questionários foram realizados os seguintes procedimentos:

1) Divulgação do trabalho e questionário por meio do levantamento de uma lista de terapeutas ocupacionais em redes sociais (*Facebook*<sup>37</sup>/*WhatsApp*<sup>38</sup>) via páginas intituladas “terapia ocupacional e o SUAS”, “terapeutas ocupacionais”, “Associação Brasileira de Terapia Ocupacional” e demais temas associados. Nestas listas, foi encaminhado um convite para que os terapeutas ocupacionais que se identificassem como atuantes do SUAS participassem da pesquisa por meio de resposta ao questionário. Esta estratégia foi utilizada na tentativa de mapear aqueles que pudessem não ter sido incluídos na listagem inicialmente obtida. No primeiro mês da coleta, a mensagem era postada nas redes sociais (*Facebook*<sup>®</sup> e *WhatsApp*<sup>®</sup>) semanalmente, posteriormente as postagens foram realizadas mais espaçadamente.

Para complementar a busca em páginas de redes sociais, utilizou-se a inspiração no método “bola de neve”, solicitando a indicação de outros profissionais que também estavam inseridos nos serviços socioassistenciais. Segundo Dewis (2013), a “bola de neve” é um método tipicamente utilizado com populações desconhecidas; neste caso, o desconhecimento desta população-alvo decorre da dispersão dos profissionais atuando em diferentes espaços geográficos do país. No presente estudo, no contato com aqueles que retornavam de alguma

---

<sup>37</sup> Rede Social gratuita, fundada em 2004, que oferece a possibilidade de criar perfis pessoais, páginas virtuais, *chats*, entre outros. Disponível em: <https://www.facebook.com>.

<sup>38</sup> Aplicativos para celulares e computadores (*WhatsApp Web*), gratuito, utilizado para troca de mensagens. Oferece a possibilidade de criar grupos. Versão eletrônica, em computador, disponível em: <https://web.whatsapp.com>.

forma o convite, era pedido que indicassem ou repassassem o convite para outros colegas que atuassem na mesma área para também responder ao questionário.

2) Identificação do profissional, da unidade e do contato telefônico institucional. Esta identificação dos profissionais/unidades se deu pelo cruzamento dos dados do Censo SUAS com o CadSUAS<sup>39</sup>. Por meio do código da unidade em que havia o profissional cadastrado, pelo Censo SUAS (na tabela de Recursos Humanos de cada uma das unidades) foi verificado no CadSUAS o nome dos profissionais e o contato telefônico da instituição em que estava cadastrado como trabalhador.

Foi elaborada uma nova tabela com os contatos telefônicos, *e-mails* institucionais dos serviços e os nomes dos profissionais indicados no CadSUAS. Utilizando esta tabela, foram feitas ligações telefônicas para cada uma das unidades identificadas. O número inicial previsto para as ligações foi referente ao de identificados em 2016, ou seja, 1.323.

Para realizar as ligações a pesquisadora contou com o auxílio três acadêmicas do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar. Foram realizadas as ligações telefônicas em todos os estabelecimentos, excluindo-se as unidades repetidas e aquelas que após cinco tentativas em dias e horários distintos não se obteve sucesso, sendo considerada uma primeira tentativa apenas quando a ligação era realizada com o número telefônico mais provável de ser o correto, tendo os dados sido atualizados, quando necessário, pela *internet*, por meio do sítio eletrônico das prefeituras e também por ligações telefônicas diretamente nas prefeituras e secretarias dos municípios e estados.

Durante as ligações, as pesquisadoras convidaram os terapeutas ocupacionais para participar do estudo, solicitando o endereço de *e-mail* e/ou contato telefônico para encaminhar o questionário *online*. As ligações ocorreram ao longo de um ano (junho de 2017 a junho de 2018). Após este período, utilizou-se dois meses subsequentes (julho e agosto de 2018) para finalizar pendências referentes às unidades com as quais não se obteve sucesso nas primeiras tentativas, garantindo cinco tentativas mínimas para cada unidade.

Ressalta-se o esforço das tentativas de esgotamento para acessar a totalidade dos terapeutas ocupacionais por meio dos procedimentos adotados no contato com os profissionais. Foram efetuadas buscas pela atualização dos números de telefone pelos sítios eletrônicos de prefeituras/institucionais, além das tentativas de cinco ligações em dias e

---

<sup>39</sup> O CadSUAS é um sistema de cadastro do SUAS que abriga dados das prefeituras, do órgão gestor, do fundo e conselho municipal e de entidades que prestam serviços socioassistenciais, disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/>. Acesso em junho de 2017.

horários diferentes, chegando-se à estimativa do alcance de 762 terapeutas ocupacionais, como será apresentado posteriormente com maior detalhamento.

Em uma perspectiva amostral<sup>40</sup> desta etapa do estudo, considera-se que em 2016 a população total de terapeutas ocupacionais vinculados ao SUAS era constituída por 1.323 profissionais e deste número foi obtido o retorno de 242 questionários preenchidos e válidos para a pesquisa; ou seja, foram amostrados 242 profissionais por meio de ligações telefônicas e divulgação do estudo em redes sociais. Para o cálculo do tamanho amostral foi suposto um cenário probabilístico, utilizando a Amostragem Aleatória Simples (o que constitui uma análise em que todos os valores amostrados teriam a mesma chance de serem obtidos) utilizando o “P” igual a 0,5, obtendo-se um tamanho amostral de 225 profissionais, o que possibilitaria dizer que o total de amostrados seria mais que o suficiente para conseguir inferir os resultados sobre a população. Apontou-se, no entanto, por meio de consultoria estatística<sup>41</sup> que a divulgação realizada do estudo em redes sociais (*Facebook® e WhatsApp®*), pelas pesquisadoras, pode ter alterado a possibilidade de todos os terapeutas ocupacionais terem a mesma chance de serem colaboradores conferindo assim, ao presente estudo uma caracterização de uma amostragem não probabilística por conveniência.

Integra-se assim aos procedimentos do estudo os contatos telefônicos com profissionais para chegar à amostragem de 242 colaboradores e são descritos a seguir os caminhos percorridos nesta fase, durante as ligações.

### **2.3.1 Caminhos na identificação, contato e retorno dos questionários *online* de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS**

A partir das informações do Censo SUAS, organizou-se tabelas com dados das unidades socioassistenciais, para realizar as ligações telefônicas. Dos 1.323 terapeutas ocupacionais identificados inicialmente, foi possível acessar por ligações, mensagens e *e-mails* 762 deles.

Ao longo do período em que foram realizadas as ligações, as pesquisadoras se

---

<sup>40</sup> A amostragem estatística é uma ferramenta que trabalha com ambientalização, estudo de erros e confiabilidade. Analisa-se, com especificidade de caso, o todo (população) por meio de apenas alguns indivíduos (amostra) selecionados de determinada maneira. Por meio dessa amostra se consegue obter indícios de algum comportamento da população ou até mesmo a possível variabilidade dos interferentes. Nos métodos de amostragem existem dois pilares a Amostragem Probabilística e Amostragem Não Probabilística (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

<sup>41</sup> Consultoria Estatística realizada pela EJE - Empresa Júnior de Estatística da Universidade Federal de São Carlos, por meio do relatório entregue em agosto de 2019.

depararam com situações que impossibilitaram o contato com a totalidade dos terapeutas ocupacionais cadastrados. Dentre estas situações, destacam-se: 1) inexistência do profissional na unidade, segundo informação de quem atendeu o telefone; 2) profissional em licença saúde e/ou maternidade; 3) tentativas de ligação sem sucesso, que resultaram na exclusão das unidades após cinco ligações em dias e horários distintos; 3) unidades repetidas em base de dados.

Sobre as unidades repetidas na base de dados, foi efetuada apenas uma ligação, por se tratar do mesmo número de telefone. Quando identificado que a repetição das unidades era porque havia mais de um terapeuta ocupacional contratado no mesmo local, foi solicitado a falar com os outros ou pedido para que fosse repassado o convite a todos os terapeutas ocupacionais locais a participarem do estudo. Esta repetição das unidades ocorreu porque a busca pelos profissionais se deu pela formação em terapia ocupacional na base de dados, sendo que havia situações com mais de um profissional da categoria por unidade.

Atenta-se para a realidade dinâmica dos serviços e inserções profissionais, observando que as ligações foram realizadas ao longo de um ano, a partir dos dados de 2016, havendo durante este período entradas e saídas dos terapeutas ocupacionais nas unidades. Considerando esta mobilidade, identifica-se que 194 unidades referiram a inexistência do terapeuta ocupacional contratado no serviço; assim, subtraindo este número dos 1.323 profissionais referenciados pelo Censo SUAS, estima-se que havia 1.129 terapeutas ocupacionais vinculados à assistência social ao longo do processo de contato pessoal com eles, via ligações telefônicas.

Como resultado das ligações, juntamente com a divulgação do questionário pelas redes sociais, obteve-se 251 questionários respondidos. Deste total, nove foram excluídos, foram eles: um questionário teste; quatro questionários repetidos, encaminhados eletronicamente várias vezes pelo mesmo colaborador; uma participação duplicada, pois a mesma pessoa respondeu duas vezes ao questionário e três colaboradores que, apesar de responderem ao questionário, indicaram a alternativa “não” sobre o consentimento para participar do estudo, referente à primeira questão. Assim, totalizaram-se 242 questionários válidos, o número representa 21,4% dos profissionais no SUAS, segundo os dados levantados. Entende-se que foi possível acessar 762 (67%) dos profissionais, conforme apresentado nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Síntese dos contatos realizados com terapeutas ocupacionais

Unidade	Total de TO (Baseado no Censo SUAS)	Unidades que referiram não ter TO	Total de TO (Baseado nas ligações)	Estimativa de acesso aos profissionais	Número de questionários respondidos
CRAS	127	50	77	47	37 (15%)
CREAS	56	16	40	29	22 (9%)
CENTRO POP	16	4	12	10	9 (4%)
UN.ACOLHIMENTO	301	60	241	54	56 (23%)
CENTRO DIA	605	40	565	488	110 (45%)
CENTRO CONVIVÊNCIA	218	24	194	134	8 (3%)
<b>TOTAL</b>	<b>1.323</b>	<b>194</b>	<b>1.129</b>	<b>762</b>	<b>242 (100%)</b>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 – Síntese dos contatos realizados com terapeutas ocupacionais II

Unidade	Total de TO (Baseado nas ligações)	Exclusão por não sucesso do contato em 5 tentativas	Exclusão por licença/ férias/ não aceite	Questionário enviado/ estimativa de acesso	Número de questionários respondidos
CRAS	77	27	3	47/47	37 (15%)
CREAS	40	9	2	19/29	22 (9%)
CENTRO POP	12	2	0	10/10	9 (4%)
UN.ACOLHIMENTO	241	160	27	46/54	56 (23%)
CENTRO DIA	565	72	5	352/488	110 (45%)
CENTRO CONVIVÊNCIA	194	58	2	98/134	8 (3%)
<b>TOTAL</b>	<b>1.129</b>	<b>328</b>	<b>39</b>	<b>608/762</b>	<b>242 (100%)</b>

Fonte: Elaboração própria.

Há colaboradores do estudo que atuam em mais de uma unidade socioassistencial. Para fins desta representação numérica dos procedimentos metodológicos, optou-se por indicá-los como vinculados à primeira instituição apontada, mas na análise dos resultados foram observadas qualitativamente as ações descritas por eles nas diferentes unidades em que atuam. Os questionários foram analisados de forma temática, orientando-se nas questões, a partir de dois eixos: características sociodemográfica dos profissionais e práticas dos terapeutas ocupacionais, por unidades (apresentadas no Capítulo 4).

Para maior detalhamento sobre os contatos, apresenta-se o processo em cada unidade.

### 2.3.1.1 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os CRAS

Foram identificados 127 profissionais com graduação em terapia ocupacional atuantes nos CRAS, de acordo com as tabelas obtidas pelo Censo SUAS, referente ao ano de 2016. Realizou-se a ligação nas unidades para convidá-los a compor o estudo, por meio do questionário, conforme acima descrito. Durante as ligações nas instituições, verificou-se que em 50 unidades foi referido que não havia o terapeuta ocupacional vinculado à instituição,

alguns profissionais chegaram a justificar que o técnico tinha um vínculo temporário e se desligou, outros disseram o profissional haver migrado para outro serviço. Ainda, não foi possível contatar dois profissionais que estavam em licença saúde e licença maternidade. Um deles, em contato telefônico, referiu indisponibilidade para participar do estudo, justificando que não atuava como terapeuta ocupacional na instituição (atuava na gestão) e se sentia distante da prática. Em 26 unidades não se obteve sucesso nas ligações após cinco tentativas com o número telefônico mais provável conseguido e uma dessas unidades estava repetida na base de dados, excluindo-se, portanto, 27 delas.

Infere-se que o número total de terapeutas ocupacionais nos CRAS era de 77, considerando que os não contatados estariam atuantes nas unidades. Foram encaminhados 47 questionários para profissionais ou gestores de CRAS via *e-mail*, *WhatsApp*® ou *Facebook*®.

Ao total, obteve-se 37 questionários de terapeutas ocupacionais que atuam no CRAS, o que representa 47% dos profissionais inseridos nestas unidades, utilizando como referência o número de 77. Em relação ao total de questionários respondidos, os técnicos vinculados ao CRAS perfizeram 15% dos colaboradores com este estudo.

### 2.3.1.2 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os CREAS

Os dados do Censo SUAS apontaram que em 2016 havia 56 profissionais com formação em terapia ocupacional nos CREAS. A partir das ligações realizadas nas unidades, foi informado pelos funcionários que em 16 instituições não havia a presença do terapeuta ocupacional contratado. Além disso, dois estavam de licença ou férias. Das 56 unidades, não se obteve sucesso no contato em nove CREAS, após cinco tentativas por contato telefônico realizadas em dias e horários diferentes.

Infere-se assim que o número total de terapeutas ocupacionais nos CREAS era de 40, considerando que os profissionais de unidades não contatadas estariam vinculados como trabalhadores. Foram enviados 19 questionários para profissionais ou gestores de CREAS via *e-mail*, *WhatsApp*® ou *Facebook*®. Destas 19 unidades contatadas, dez estavam duplicadas na base de dados, identificando-se dois em cada uma delas, assim estimou-se ter alcançado o número de 29.

Verificou-se que, dos questionários respondidos, 22 foram de terapeutas ocupacionais que atuam no CREAS (9% dos questionários) e, neste sentido, 55% dos profissionais que atuam nestas unidades foram colaboradores da pesquisa (considerando o total de 40).



### 2.3.1.3 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os Centros Pop

O número total de profissionais com formação graduada em terapia ocupacional nos Centros Pop era 16, de acordo com os dados do Censo SUAS, de 2016. Foi possível fazer contato com dez, uma vez que quatro não estavam mais vinculados à unidade e em dois locais não se obteve sucesso por meio do contato telefônico.

Dessa maneira, conclui-se que havia 12 terapeutas ocupacionais atuando nos Centros Pop, considerando que, quando o contato não foi efetivado, o profissional estaria vinculado à instituição. Foram encaminhados dez questionários para profissionais ou gestores do Centro Pop via *e-mail*, *WhatsApp*® ou *Facebook*®, obtendo-se o retorno de nove deles, o que representa 75% do número total de técnicos identificados pelas ligações telefônicas nos Centros Pop. No total de questionários recebidos, os colaboradores que trabalham em Centros Pop representam 4%.

### 2.3.1.4 Os terapeutas ocupacionais e o contato com as Unidades de Acolhimento

Foram localizados 301 profissionais terapeutas ocupacionais nas Unidades de Acolhimento nas tabelas do Censo SUAS, de 2016. Dos contatos realizados com as instituições se verificou que o terapeuta ocupacional não estava mais presente na equipe em 60 delas. Não foi possível efetivar o contato com nove que estavam de licença saúde, licença maternidade ou férias. Não se obteve êxito em 160 ligações após cinco tentativas em dias e horários diferentes, sendo que 22 estavam repetidas entre as informações. No processo das ligações nas Unidades de Acolhimento, seis profissionais não se mostraram disponíveis para participar da pesquisa e de 12 unidades não foi possível encontrar o contato telefônico, mesmo por meio de buscas pela *internet*.

Infere-se que 241 terapeutas ocupacionais atuam nas Unidades de Acolhimento, (subtraindo-se do total, 301, as 60 unidades que informaram a inexistência do profissional na unidade). Foram enviados 46 questionários (via *e-mail*, *WhatsApp*® ou *Facebook*®), esperando alcançar 54 profissionais, pois 8 unidades estavam repetidas nas bases, sendo que cada uma contava com dois terapeutas ocupacionais cada. Dos terapeutas ocupacionais atuando nas Unidades de Acolhimento, 56 responderam ao questionário, 23% de todos os profissionais inseridos nestas unidades, portanto. Estes constituíram também 23% do total dos questionários.

### 2.3.1.5 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os Centros Dia

O total de terapeutas ocupacionais identificados nos Centros Dia foi 605. Em 36 unidades o terapeuta ocupacional não fazia mais parte do quadro profissional. No entanto, evidencia-se que, destas 36 unidades, 4 estavam repetidas nas bases, resultando então em 40 profissionais, considerando que para cada unidade repetida havia no mínimo mais outro. No processo de contatos telefônicos com os técnicos, identificou-se quatro terapeutas ocupacionais em licença saúde e/ou maternidade. Uma profissional cadastrada como terapeuta ocupacional na verdade teria a formação de fisioterapeuta. Ressalta-se que em 51 unidades não se obteve sucesso nas ligações após cinco tentativas com o número mais provável, dessas havia 21 unidades repetidas. Infere-se que o número total de terapeutas ocupacionais nos Centros Dias era de 565, entendendo que aqueles com quem não foi possível fazer contato, estariam atuantes nas unidades.

Dessa forma, foram encaminhados via e-mail, *Facebook*® e *WhatsApp*® o total de 352 questionários para profissionais ou gestores de cada Centro Dia, estimando ter acessado 488 terapeutas ocupacionais das unidades (considerando 136 unidades com mais de um terapeuta ocupacional). Obteve-se 110 respostas dos questionários de terapeutas ocupacionais que atuam nos Centros Dia, observando que, destes, 21 dos profissionais apontaram explicitamente que atuam em Centro Dia e os demais apontaram vinculação em instituições dentro do contexto da saúde ou com práticas inespecíficas (como APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, AMA - Associação de Amigos dos Autistas, Sociedade Pestalozzi, entre outros). O total de questionários obtidos nestas unidades representa 19% dos profissionais inseridos em Centros Dia e 45% do total dos respondidos.

### 2.3.1.6 Os terapeutas ocupacionais e o contato com os Centros de Convivência

De acordo com dados do Censo SUAS, o número total de profissionais com formação graduada em terapia ocupacional nos Centros de Convivência era de 218, em 2016. Destes, dois estavam em licença saúde e/ou maternidade, 24 não atuavam mais na unidade e em 58 locais não se obteve sucesso por meio do contato telefônico.

Infere-se que havia 194 terapeutas ocupacionais atuando nos Centros de Convivência, considerando que, quando o contato não foi efetivado, o profissional estaria vinculado à instituição. Sendo assim, foram enviados 98 questionários via *e-mail*, *WhatsApp*® ou *Facebook*®, esperando que tenham alcançado o número de 134, considerando que em 36

unidades haviam dois terapeutas ocupacionais.

Dos terapeutas ocupacionais vinculados ao Centro de Convivência 8 (5%) responderam ao questionário. Tal número representa 3% dos terapeutas ocupacionais que atuam neste tipo de unidade.

## 2.4 AS ENTREVISTAS

Partindo do procedimento anterior (Parte I) e das respostas provenientes dos questionários encaminhados aos terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS foi realizada a seleção de 12 profissionais convidados a participar de uma entrevista utilizando um roteiro elaborado previamente pelas pesquisadoras (Apêndice C). O objetivo foi aprofundar a discussão das informações, tendo em vista a especificidade dos serviços em que estão inseridos os terapeutas ocupacionais.

Como mencionado anteriormente, as ligações e os referidos questionários foram enviados a partir do mês de junho de 2017. Após seis meses de divulgação, em dezembro de 2017, o total de questionários preenchidos era 57. Realizou-se uma pré-seleção destes materiais, excluindo o questionário teste (um) e os questionários repetidos (quatro) resultando em 52 questionários.

O procedimento de seleção dos terapeutas ocupacionais para participar da entrevista foi composto por dois momentos: 1) verificação dos questionários que estavam completamente preenchidos; e 2) análise de respostas mais completas por unidades socioassistenciais, sendo selecionados dois profissionais de cada unidade (Centro Dia, Centro Pop, CRAS, CREAS, Unidade de Acolhimento e Centro de Convivência). Neste momento, selecionou-se preferencialmente os que atuam como terapeutas ocupacionais, em relação ao cargo de gestão e educador social.

Dos 12 convidados, dois não retornaram o convite, após consecutivos *e-mails* e contatos pelo *WhatsApp*®, e uma pessoa alegou não ter disponibilidade para participar. Assim, para contemplar pelo menos um terapeuta ocupacional em cada tipo de unidade, foi convidada posteriormente outra profissional, inserida em um Centro de Convivência, utilizando os mesmos critérios descritos acima, no entanto, considerando também questionários posteriores a dezembro de 2017. Dessa forma, efetivaram-se 10 entrevistas.

Quadro 3 – Caracterização dos terapeutas ocupacionais entrevistados

Nome Fictício	Gênero	Idade	Tempo de formação	Unidade que atua	Estado*
Anita	Feminino	33	9 anos	CRAS	São Paulo
Tarsila	Feminino	36	10 anos	CRAS	Ceará
Carlos	Masculino	27	5 anos	CREAS	Espírito Santo
Clarice	Feminino	32	10 anos	Centro Pop	São Paulo
Bertha	Feminino	32	10 anos	Centro Pop	Paraná
Mario	Masculino	31	5 anos	Unidade de Acolhimento	São Paulo
Patrícia	Feminino	45	21 anos	Unidade de Acolhimento	Pará
Cecília	Feminino	48	8 anos	Centro de Referência ao Idoso	São Paulo
Luísa	Feminino	33	7 anos	Centro Dia	Minas Gerais
Elis	Feminino	36	11 anos	Centro de Convivência	São Paulo

\*As cidades em que atuam não foram explicitadas neste quadro para preservar a identidade profissional

Fonte: Elaboração própria.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente, via Skype®<sup>42</sup>, Facebook® ou WhatsApp®, conforme disponibilidade e localidade do colaborador. Com duração de 1.075 minutos (aproximadamente 18 horas), todas as entrevistas foram gravadas (áudio) e transcritas, resultando em 219 páginas. Foi encaminhado para todos os colaboradores o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Após a finalização das transcrições, as entrevistas foram enviadas aos profissionais para validarem as informações, fazerem inserções ou restrições de trechos; entretanto, apenas dois colaboradores retornaram o pedido para validação do material produzido.

No momento final da entrevista foi solicitado aos colaboradores que fizessem a indicação de alguém que teria destaque na área ou que fosse uma referência para sua prática na assistência social. Tal solicitação compôs o processo de indicações de locais para participação na parte III, de observação em campo. As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto de 2018. Realizou-se a análise dos dados desta etapa do estudo por análise temática em três eixos: formação, percurso e atuação profissional.

## 2.5 AS VISITAS

Identificou-se que a visita *in loco* se tratava de uma etapa fundamental para a complementação dos dados anteriores, ao passo que se buscava colocar a pesquisadora na realidade vivida pelos profissionais em diferentes serviços, para além de uma visão mais ampla e numérica da inserção do terapeuta ocupacional no SUAS. Buscou-se a observação e o

<sup>42</sup> Software gratuito da empresa Microsoft® que oferece a realização de chat e chamada de voz e vídeo. Disponível em: <https://www.skype.com/pt-br>. Acesso em junho de 2018.

acompanhamento das práticas relatadas nos questionários e nas entrevistas.

Foram selecionados quatro profissionais, de diferentes unidades socioassistenciais, para desenvolver o acompanhamento das suas atividades.

A primeira parte da seleção se deu pelas unidades socioassistenciais em que eles atuam. Este percurso delineado pela seleção das unidades se justifica na busca de espaços com ingresso efetivo e mais recente dos terapeutas ocupacionais, considerando a relevância dos dispositivos que referenciam a organização dos serviços públicos de proteção social básica e especial no SUAS. Nesta lógica argumentativa, optou-se pela visita em um CRAS, um CREAS e um Centro Pop, pela importância destes equipamentos na estrutura do SUAS, e um Centro Dia, por se tratar da unidade socioassistencial com o maior número de terapeutas ocupacionais, de acordo com os dados do Censo SUAS de 2016.

Após a seleção das unidades se procedeu à escolha dos terapeutas ocupacionais que seriam convidados para colaborar com a pesquisa. Para esta etapa foi utilizada uma fonte mista de indicações: profissionais que foram indicados pelos colaboradores nas respostas dos questionários, profissionais indicados pelos colaboradores nas entrevistas e profissionais participantes de etapas anteriores que tivessem demonstrado disponibilidade, por meio de respostas completas às questões apresentadas. Salienta-se que tanto nos questionários como nas entrevistas, realizadas nas etapas anteriores, foi solicitada aos colaboradores a indicação do nome de um profissional que tivesse, na sua perspectiva, uma prática de referência ou que fossem de destaque por suas atuações na assistência social. Portanto, de forma geral, a seleção dos terapeutas ocupacionais para a realização das visitas/acompanhamentos foi pautada na indicação de colaboradores com práticas referenciadas como positivas na assistência social.

Optou-se pela delimitação dos profissionais atuantes na região Sudeste, particularmente no estado de São Paulo. Esta opção se deu em decorrência da predominância local da atuação profissional, sendo o estado com maior número de terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS (60% no Sudeste e 36% no estado de São Paulo, em 2017) (BRASIL, 2017a), com maior quantitativo de colaboradores participantes desta pesquisa (questionários, 72% e entrevistas, 50%) e, por fim, por se constituir o estado de maior viabilidade para a pesquisadora realizar os acompanhamentos, tendo em vista seu local de residência. O mapa apresentado a seguir ilustra a concentração dos terapeutas ocupacionais da região que atuam no SUAS em relação ao restante do país.

Figura 4 – Terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS, por município, de acordo com dados do Censo SUAS de 2017



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados obtidos no Censo SUAS, 2017.

Vale destacar que, no desenvolvimento da seleção, verificou-se que especificamente para o Centro Dia não houve indicações de profissionais para o estado referido (ressalta-se que não houve indicação de quem atuasse em Centros Dia para nenhum estado). Dessa forma, optou-se pela indicação de uma terapeuta ocupacional que atua em Centro Dia, no estado de São Paulo, com questionário respondido de forma mais completa.

Quadro 4 – Indicação das terapeutas ocupacionais acompanhadas nas unidades

Unidade visitada	Nome Fictício	Indicação
CREAS	Catarina	Questionários
Centro Pop	Clarice	Questionários/Participante
CRAS	Carolina	Entrevista
Centro Dia	Cora	Participante

Fonte: Elaboração própria.

Posteriormente à seleção, as terapeutas ocupacionais foram contatadas para verificar a disponibilidade em receber a pesquisadora na unidade durante uma semana (cinco dias) para observação. A partir da resposta positiva das colaboradoras, no final do mês de agosto de 2018 foram iniciados os trâmites burocráticos para a autorização das observações em campo. As instituições colaboradoras assinaram o termo de autorização para realização da presente pesquisa, aprovando a permanência da pesquisadora nas unidades, conforme modelo no

Apêndice E. As terapeutas ocupacionais também consentiram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apresentado no Apêndice D).

Foram realizadas as visitas presenciais nos locais de trabalho das terapeutas ocupacionais colaboradoras, no período de setembro a dezembro de 2018, de acordo com a disponibilidade da profissional e do serviço, para melhor conhecimento de suas práticas.

Para a análise do material foram utilizados como recurso os diários de campo. A análise das informações foi realizada por meio de análise temática em dois eixos: contextualização e narrativas das práticas acompanhadas.

## Capítulo 3

---

*O cenário da inserção de terapeutas ocupacionais no  
Sistema Único de Assistência Social:  
dados oficiais*



Com base no repertório histórico sobre a inserção da terapia ocupacional na assistência social, evidencia-se uma área de atuação com uma regulamentação recente (2011), naquilo que se refere ao SUAS, e com consequentes demandas de informações sobre a incorporação desta categoria no sistema oficial brasileiro para assistência à população. Dessa maneira, o presente capítulo objetivou descrever numericamente o panorama da inserção profissional de terapeutas ocupacionais na rede socioassistencial que compõe o sistema, apresentando a descrição e caracterização desses profissionais em seis unidades de assistência. As informações estão baseadas nos dados oficiais disponibilizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Partindo da síntese destas informações, buscou-se reunir aportes iniciais para refletir sobre os possíveis avanços e os desafios que têm permeado a atuação do terapeuta ocupacional no contexto da implementação e da efetivação do SUAS e da política de assistência social, nos últimos anos.

### 3.1 INSERÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO SUAS: LEVANTAMENTO DE DADOS OFICIAIS

Desde 2007 o MDS organiza e disponibiliza dados oficiais sobre as unidades, os serviços e os recursos humanos no âmbito da assistência social por meio do Censo SUAS. Utilizando este Censo realizou-se um levantamento dos dados referentes aos terapeutas ocupacionais inseridos na assistência social em seis unidades socioassistenciais (CRAS, CREAS, Centro Pop, Centro Dia, Centro de Convivência e Unidade de Acolhimento), no período entre 2011 e 2017<sup>43</sup>.

Ressalta-se que, em 2011, os dados disponíveis pelo Censo SUAS se relacionavam apenas aos serviços CRAS, CREAS e Centro Pop. Nos anos de 2012, 2013 e 2014, além destes, foram incluídas as Unidades de Acolhimento e, a partir de 2015, também foram acrescentados dados relacionados aos Centros de Convivência e Centros Dia. Vale mencionar que essas inclusões afetaram diretamente os números absolutos sobre a inserção do terapeuta ocupacional no sistema, como será discutido adiante.

Considerando esta disponibilidade dos dados ao longo dos anos, apresenta-se a seguir informações acerca da inserção profissional e das características sociodemográficas e de trabalho de terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS, organizados por: distribuição por

---

<sup>43</sup> Os procedimentos para obtenção destes dados estão descritos com maior detalhamento no capítulo anterior “Percurso metodológico”.

regiões do país e unidades socioassistenciais, gênero, escolaridade, carga horária, vínculo empregatício e função.

### **3.1.1 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com as regiões do país e unidades socioassistenciais**

Em 2011, o número de terapeutas ocupacionais atuando no CRAS, CREAS e Centro POP era de 178, sendo que a região com maior concentração profissional era o Sudeste, onde havia 67 (37,6%) terapeutas ocupacionais em atividade. O Nordeste era a segunda região com maior número de terapeutas ocupacionais (63 profissionais, ou 35,4%), seguido pela região Sul (30, ou 16,8%), Centro-oeste (13, ou 7,3%) e Norte (5 terapeutas ocupacionais ou 2,8%). A distribuição destes profissionais nas unidades era: 122 (68,6%) terapeutas ocupacionais no CRAS, 51 (28,7%) no CREAS e 5 (2,8%) no Centro Pop.

Em 2012, foram inseridos no Censo SUAS os dados dos profissionais das Unidades de Acolhimento, o que evidenciou o aumento no número de terapeutas ocupacionais na assistência social, perfazendo um total de 414 trabalhadores(as). Destes, 210 (50,7%) estavam na região Sudeste, 102 (24,6%) na região Nordeste, 63 (15,2%) no Sul, 24 (5,8%) no Centro-oeste e 15 (3,6%) no Norte. As Unidades de Acolhimento tinham 230 (55,5%) terapeutas ocupacionais, os CRAS 127 (30,7%), os CREAS 53 (12,8%) e os Centros Pop 4 (0,99%).

Em 2013, houve redução do número de terapeutas ocupacionais atuando nas diferentes unidades, com exceção dos Centros Pop. Naquele ano, foram contabilizados 340, sendo 188 (55,3%) nas Unidades de Acolhimento, 104 (30,6%) nos CRAS, 43 (12,6%) nos CREAS, e 5 (1,5%) nos Centro Pop. A distribuição entre as regiões apresentou pequenas alterações, com a maior parte dos profissionais no Sudeste (162, 47,6%), seguido pelo Sul (64, 18,8%), Nordeste (63, 18,5%), Centro-oeste (32, 9,4%) e Norte (19, 5,6%).

Já em 2014, o total de profissionais era 426, com o Sudeste mantendo a maior concentração de terapeutas ocupacionais (245, 57,6%), seguido pelas regiões Sul (75, 17,6%), Nordeste (73, 17,1%), Centro-oeste (21, 4,9%) e Norte (12, 2,8%). Nas Unidades de Acolhimento havia 260 (61%), nos CRAS 115 (27%), nos CREAS 38 (8,9%) e nos Centros Pop 13 (3%).

No ano de 2015, com a inserção dos dados profissionais dos Centros Dia e dos Centros de Convivência, observou-se a ampliação dos terapeutas ocupacionais considerados nos serviços socioassistenciais. Dentre os 1.341 identificados, 802 (59,8%) trabalhavam na

região Sudeste, 294 (21,9%) na região Sul, 151 (11,3%) no Nordeste, 72 (5,4%) no Centro-oeste e 22 (1,6%) no Norte. As Unidades de Acolhimento possuíam 295 (22%) terapeutas ocupacionais, os CRAS 120 (9%), os CREAS 44 (3,3%), os Centros Pop 14 (1%), os Centros Dia 654 (48,7%) e os Centros de Convivência 214 (16%). Observa-se que, ao considerar as mesmas unidades do ano de 2014, o número de terapeutas ocupacionais passou de 426 para 473, resultando em um aumento de 47 profissionais, ou seja, 12%.

Em 2016, analisando as mesmas unidades do ano anterior, identificou-se 1.323 terapeutas ocupacionais no SUAS. Destes, 806 (60,9%) inseridos em unidades da região Sudeste, 230 (17,4%) na região Sul, 197 (14,9%) no Nordeste, 66 (5%) no Centro-oeste e 24 (1,8%) no Norte. A distribuição dos terapeutas ocupacionais nas unidades era: Unidades de Acolhimento 301 (22,7%), CRAS 127 (9,6%), CREAS 56 (4,2%), Centros Pop 16 (1,2%), Centros de Convivência 218 (16,5%) e Centros Dia 605 (45,7%). Quando consideradas as quatro primeiras unidades (Unidade de Acolhimento, CRAS CREAS e Centro Pop) verificou-se um total de 500 profissionais, o que corresponde a um aumento de 27 de 2015 para 2016.

Por fim, em 2017, considerando as mesmas unidades do ano anterior, identificou-se 1.438 terapeutas ocupacionais. Em relação às regiões do país, os profissionais estavam distribuídos em: 859 (60%) na região Sudeste, 266 (18%) na região Sul, 199 (14%) no Nordeste, 90 (6%) no Centro-oeste e 24 (2%) no Norte. Sobre a distribuição profissional nas unidades socioassistenciais: Centros Dia 755 (53%), Unidades de Acolhimento 283 (20%), Centros de Convivência 206 (14%), CRAS 127 (9%), CREAS 49 (3%) e Centros Pop 18 (1%). A Tabela 3 apresenta a síntese com o número de profissionais/unidade/ano.

Tabela 3 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS por unidades socioassistenciais (2011-2017)

Unidade/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>CRAS</b>	122 (68,6%)	127 (30,7%)	104 (30,6%)	115 (27%)	120 (9%)	127 (9,6%)	127 (9%)
<b>CREAS</b>	51 (28,7%)	53 (12,8%)	43 (12,6%)	38 (8,9%)	44 (3,3%)	56 (4,2%)	49 (3%)
<b>Centro POP</b>	5 (2,8%)	4 (0,99%)	5 (1,5%)	13 (3%)	14 (1%)	16 (1,2%)	18 (1%)
<b>Unidade de Acolhimento</b>	-	230 (55,6%)	188 (55,3%)	260 (61%)	295 (22%)	301 (22,7%)	283 (20%)
<b>Centro Dia</b>	-	-	-	-	654 (48,7%)	605 (45,7%)	755 (53%)
<b>Centro de Convivência</b>	-	-	-	-	214 (16%)	218 (16,5%)	206 (14%)
<b>TOTAL</b>	178 (100%)	414 (100%)	340 (100%)	426 (100%)	1.341 (100%)	1.323 (100%)	1.438 (100%)

Fonte: Censo SUAS (BRASIL, 2017a). Elaboração própria.

Na análise da série histórica do número de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS, constata-se que houve um maior número absoluto de profissionais ao longo dos anos de 2014 a 2016, quando consideradas as unidades: CRAS, CREAS, Centro Pop e Unidade de Acolhimento. A Tabela 4 e o Gráfico 1 demonstram o crescimento da série histórica da inserção profissional por profissionais, região e por ano.

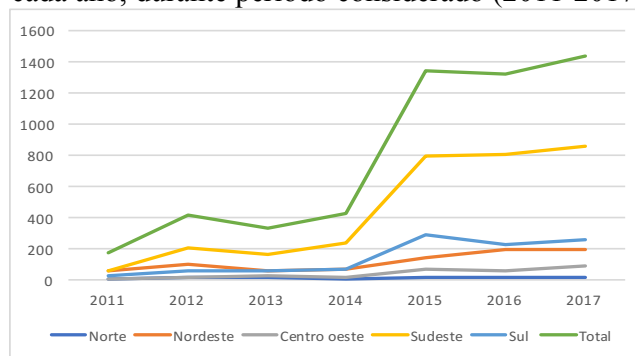
A região que apresentou maior número de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS ao longo dos anos foi a região Sudeste. A região Nordeste apresentou o segundo maior número nos anos 2011 e 2012 e posteriormente a este período a região Sul passou a ocupar esta posição. A região Norte sempre apresentou o menor número de profissionais inseridos. A região Centro-Oeste foi a quarta região (penúltima) com maior número de profissional ao longo destes seis anos, com aumento sutil e progressivo ao longo do período referido (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS por regiões do país (2011-2017).

Região/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Norte</b>	5 (2,8%)	15 (3,6%)	19 (5,6%)	12 (2,8%)	22 (1,6%)	24 (1,8%)	24 (2%)
<b>Nordeste</b>	63 (35%)	102 (24,6%)	63 (18,5%)	73 (17,1%)	151 (11,3%)	197 (14,9%)	199 (14%)
<b>Centro-Oeste</b>	13 (7,3%)	24 (5,8%)	32 (9,4%)	21 (4,9%)	72 (5,4%)	66 (5%)	90 (6%)
<b>Sudeste</b>	67 (37%)	210 (50,7%)	162 (47,6%)	245 (57,6%)	802 (59,8%)	806 (60,9%)	859 (60%)
<b>Sul</b>	30 (16,8%)	63 (15,2%)	64 (18,8%)	75 (17,6%)	294 (21,9%)	230 (17,4%)	266 (18%)
<b>TOTAL</b>	178 (100%)	414 (100%)	340 (100%)	426 (100%)	1.341 (100%)	1.323 (100%)	1.438 (100%)

Fonte: Censo SUAS (BRASIL, 2017a). Elaboração própria.

Gráfico 1 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS por regiões do país, considerando as informações das unidades socioassistenciais disponíveis no Censo SUAS de cada ano, durante período considerado (2011-2017)



Fonte: Censo SUAS (BRASIL, 2017a). Elaboração própria.

Retoma-se que, em 2017, havia 1.438 terapeutas ocupacionais atuando no SUAS, o que representava aproximadamente 8,8% dos terapeutas ocupacionais no Brasil, tendo por base o contingente de 16.245 terapeutas ocupacionais registrados no país, segundo dados divulgados em 2017 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2017)<sup>44</sup>.

Infere-se que o dado apresentado de maior concentração de profissionais na região Sudeste seja consonante a maiores inserções deste profissionais nesta região geográfica. O fato pode ser explicado devido ao desenvolvimento socioeconômico da região e maior oferta de escolas, profissionais e serviços, como pode ser observado na tabela 5, que apresenta o total de serviços do SUAS por região.

Tabela 5 – Distribuição do número total de unidades vinculadas à assistência social por região do país (2016/2017)

Unidades/Região	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
CRAS	629	2.659	2.856	1.523	625
CREAS	232	997	717	400	231
Centro Pop	10	57	103	44	13
U. Acolhimento	222	705	2.993	1.178	491
Centro Dia*	13	97	812	316	107
Centro Convivência*	238	2.205	4.035	1.408	568
<b>TOTAL</b>	<b>1.344</b>	<b>6.720</b>	<b>11.516</b>	<b>4.869</b>	<b>2.035</b>

\*Os dados do Centro Dia e Centro de Convivência nesta tabela são de 2016 pois os documentos “Tabelas” do ano de 2017, não estão disponíveis para estas duas unidades (consultado em 10 de dezembro de 2018). Os demais dados são os mais atuais, referentes ao ano de 2017.

Fonte: Censo SUAS (BRASIL, 2017a). Elaboração própria.

<sup>44</sup> Disponível em: <http://coffito-br.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Conteudos?id=7a78081c-cba0-47bd-b0c7-6e374c661418>. Acesso em 2 de janeiro de 2019.

Em relação à distribuição de terapeutas ocupacionais em diferentes unidades que compõe o SUAS, verifica-se que, em números absolutos, os Centros Dia possuem a maior inserção dos profissionais, enquanto os Centros Pop teriam a menor (Tabela 3).

Os Centros Dia caracterizam-se pela oferta de serviços de proteção social especial, com ênfase para pessoas com deficiências e suas famílias<sup>45</sup>. Esta unidade pode ser pública ou privada, quando ofertada pelo município em parceria com entidades sociais vinculadas ao SUAS. A oferta dos serviços deve ocorrer de forma articulada com a saúde e pressupõe o matriciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas unidades de saúde presentes no território. Além da saúde, prevê-se a articulação dos Centros Dia com a educação, o trabalho, a cultura e outros setores (BRASIL, 2012a).

Segundo o documento de orientações técnicas para as unidades destinadas à pessoas com deficiência, deve funcionar 10 horas por dia e cinco dias da semana, contando com uma equipe de referência composta por: “um coordenador do serviço (técnico de nível superior), um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e dez de nível médio, na função de cuidador para o atendimento de 30 usuários por turno” (BRASIL, 2012a, p. 40). O fato de os terapeutas ocupacionais estarem presentes na descrição da equipe de referência possivelmente teve um impacto no número de contratações neste tipo de unidades.

Ainda, sobre a quantidade de profissionais nas unidades, realizou-se a correlação acerca da proporção de terapeutas ocupacionais por unidades, tendo em vista a variação do número dos diferentes tipos de unidades presentes no país.

Na Tabela 6 é descrita a distribuição de terapeutas ocupacionais por unidade (multiplicado por 100), sendo que a última coluna mostra o número de profissionais para cada 100 unidades, no ano de 2016. Identifica-se assim, comparativamente, que os Centros Dia possuem o maior número de terapeutas ocupacionais inseridos (44,9 para cada 100 unidades), e o CRAS o menor número, (1,5 para cada 100 unidades). Isso seria o mesmo que dizer que aproximadamente o número de terapeutas ocupacionais nos Centros Dia é de um terapeuta

---

<sup>45</sup> No ano 2012 o SUAS deu prosseguimento à expansão das suas ofertas acerca dos serviços socioassistenciais, e neste movimento houve o lançamento do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - PLANO Viver Sem Limite, instituído pelo Decreto 7.612, de 17 de novembro, de 2011. Com este plano, foi reafirmado o seu “compromisso com as prerrogativas da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada pela Organização das Nações Unidas - ONU, da qual é país signatário”. “O Plano Viver Sem Limite tem objetivo identificar e priorizar uma série de ações de atenção, acessibilidade e proteção social da pessoa com deficiência, envolvendo distintas áreas, localizadas em distintos Ministérios: Saúde, Educação, Trabalho, Ciência e Tecnologia, Ministério do Desenvolvimento Social - MDS, dentre outros. Neste contexto, foram incluídas ações do âmbito do SUAS, dentre elas, o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiências e suas Famílias, ofertado em Centros-dia” (BRASIL, 2012a, p. 10).

ocupacional para cada duas unidades enquanto nos CRAS há uma proporção média de um profissional para quase 65 unidades. Para esta análise utilizou-se os anos de 2016 em decorrência de serem os dados mais atuais disponíveis na íntegra, no momento da análise (dados completos do documento “Tabelas” do Censo SUAS). Tendo em vista o número de unidades em relação aos profissionais apresentados na Tabela 6, infere-se a presença de espaços potenciais para a inserção de terapeutas ocupacionais.

Tabela 6 – Distribuição de terapeutas ocupacionais inseridos no SUAS: proporção por unidades socioassistenciais (2016)

Unidades	Total (2016) <sup>46</sup>	TO (2016)	TO/ unidade (X 100)
CRAS	8.240	127	1,5
CREAS	2.521	56	2,2
Centro Pop	230	16	6,9
Centro Dia e Similares	1.345	605	44,9
Unidade de Acolhimento	5.781	301	5,2
Centro de Convivência	8.454	218	2,6

Fonte: Censo SUAS (BRASIL, 2017a). Elaboração própria.

Equipamentos como CRAS, CREAS e Centro Pop representam bases públicas que ofertam serviços estruturantes do SUAS. O CRAS, por exemplo, possui um destaque ímpar na implementação dos direitos sociais sendo considerado um “ponto focal de acesso e promoção dos direitos socioassistenciais no território, por se caracterizar como a unidade do SUAS mais capilarizada e que se localiza próximo aos seus usuários” (BRASIL, 2009b, p. 14). Esta instituição que se caracteriza pelas demandas de proximidade e (re)conhecimento das necessidades sociais dos coletivos, grupos e indivíduos ainda tem uma inserção pequena de terapeutas ocupacionais, podendo se caracterizar como um espaço potencial para inserção da categoria, particularmente pelas possibilidades de atuação profissional que correspondem às necessidades e objetivos da unidade.

### 3.1.2 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com gênero dos profissionais

De acordo com as variáveis relacionadas ao gênero dos profissionais atuantes no SUAS desde 2011, identificou-se que a categoria profissional de terapeutas ocupacionais é composta majoritariamente por mulheres, em todos os anos pesquisados, com aumento da

<sup>46</sup> Dados obtido pelos arquivos “Tabelas” do Censo SUAS 2016, referente a cada uma das unidades. Disponíveis no Portal Censo SUAS, em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>. Acesso em 19 de novembro de 2018.

proporção de homens apenas em 2016. Em 2011 a porcentagem de mulheres era de 93,3%; em 2012 de 93,7%; em 2013 de 92,6%; em 2014 de 93,7%; 2015 de 93,3%, em 2016 de 77,9% e em 2017 de 93%.

As características de terapeutas ocupacionais de acordo com o gênero reiteram um aspecto já conhecido: a feminilização da categoria, dado o contexto político, histórico e social de seu surgimento (GOZZI; OGATA; CARRETA, 2016). De certa forma, essa característica parece encontrar semelhança quando são analisados os trabalhadores e em quem a política de assistência social foca boa parte de suas ações (CISNE, 2007). Desde os primórdios do primeiro-damismo, a assistência social constitui-se como um espaço privilegiado de atuação das mulheres, alinhado a um ideário de gênero que atribui a elas a capacidade de atenuar e administrar as expressões da questão social, com solidariedade e bondade, além da ideia da inexistência de um saber técnico, mas sim de atributos pessoais, atribuídos às mulheres, criando uma nítida feminização das categorias que trabalham na assistência social (CISNE, 2007; FRITZEN, 2015). Além disso, o eixo da matricialidade sociofamiliar, bem como os principais programas de transferência de renda, parecem imputar às mulheres-mães-esposas-donas-de-casa a responsabilidade pela coesão, convívio e proteção familiar, bem como sua gestão financeira, reforçando o paradigma e a responsabilização histórica de reprodução social (CISNE, 2007; FRITZEN, 2015), sugerindo, assim, que a assistência social seja uma política feita por mulheres e para mulheres.

O Programa Bolsa Família (PBF), por exemplo, reforça a centralidade das mulheres nos Programas de Transferência de Renda na determinação sobre a titularidade e o seu cumprimento das condicionalidades estabelecidas. Reforça-se, neste sentido, a ênfase na promoção da autonomia da família por meio da titularidade da mulher, com vistas a contribuir para o exercício da sua cidadania e emancipação. No entanto, a possibilidade de inclusão pela aquisição de recursos mínimos para a sobrevivência da família não se constitui um indicador suficiente para relacionar a autonomia e cidadania a estas mulheres beneficiárias; além disso, a titularidade do Programa confere um aumento de responsabilidade das mulheres frente à família, particularmente relacionada aos condicionantes para obtenção do recurso (CARLOTO; MARIANO, 2010).

Nesta perspectiva, o Programa de Transferência de Renda, segundo Nascimento (2016, p. 396) pode reforçar “papéis cristalizados, imputados a uma suposta essência feminina”, sendo que o reconhecimento da mulher sob a lógica da maternidade é, com frequência, carregado de responsabilidades individuais e enquadramento moral. Carloto e



Mariano (2010, p. 3) apontam que o direito social, no âmbito da proteção social, concebe a cidadania da mulher de forma ambígua através de “misturas entre público e privado, entre direito e favor, entre direito e obrigação e a fixação da mulher à maternidade definem os contornos desta cidadania fragilizada e sexuada”.

### **3.1.3 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com a escolaridade**

Em relação à escolaridade de terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS verificou-se que a formação pós-graduada mais frequente é a especialização e posteriormente o mestrado.

A proporção de terapeutas ocupacionais atuando no SUAS com pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado) ao longo dos anos foi de aproximadamente 18% em 2011, 16% em 2012, 10% em 2013, 18,5% em 2014, 17,6% em 2015, 18,6% em 2016 e 17,4% em 2017.

Assim, de forma geral, observou-se que a maior parte dos terapeutas ocupacionais possui apenas a formação graduada (82,5%, em 2017), sendo que a formação pós-graduada (*lato e, especialmente, stricto sensu*) pareceu ser ainda muito pouco acessada por esse conjunto de profissionais.

Destaca-se que a formação graduada para atuar na subárea social foi apontada por Araújo, Oliveira e Patrício (2011) como um dos desafios a serem transpostos por terapeutas ocupacionais, diante do contato ainda pouco consistente com este setor durante a formação profissional nos diferentes cursos de graduação no país.

De forma geral, o ensino da terapia ocupacional social nas universidades públicas do país é bastante diversificado, no entanto, o campo social “se insere de forma muito minoritária nos currículos, e em boa parte deles, não é especificamente abordado” (PAN, 2014, p. 184).

### **3.1.4 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com o vínculo empregatício**

De acordo com os dados obtidos pelo Censo SUAS, há 12 tipos diferentes de classificações relacionadas aos vínculos empregatícios de terapeutas ocupacionais que atuam na assistência social, são eles: comissionado, empregado público (Consolidação das Leis do Trabalho - CLT), empresa, cooperativa ou prestadora de serviços, servidor estatutário,

servidor temporário, terceirizado, voluntário, serviços gerais, celetista do setor privado, outro vínculo não permanente e sem vínculo.

Essas classificações não se mostraram uniformes ao longo dos anos e nas diferentes unidades socioassistenciais, sendo que em alguns períodos e em determinadas unidades são ou não apresentados determinadas categorias nos dados do Censo, não permitindo a confiabilidade na homogeneidade desta informação.

Assim, das informações disponíveis, verificou-se que em 2011 o tipo mais frequente de vínculo do terapeuta ocupacional foi servidor temporário (64; 36%), seguido por servidor estatutário (50; 28%) e outros vínculos não permanentes (16; 9%).

No ano de 2012 o vínculo de maior destaque foi empregado público regido por CLT (156; 37,7%), servidor temporário (80; 18,3%) e servidor estatutário (79;19%). Em 2013, o empregado público foi o tipo mais prevalente de vínculo (110; 32,3%), mas, em relação ao ano anterior houve diminuição desta categoria e o aumento de vínculos não permanentes (82; 24,1%). No ano de 2014, o número de vínculo não permanente reduziu (passando para 42; 9,8%) e os mais frequentes foram: empregado público (125; 29,4%), servidor estatutário (88; 20,7%) e servidor temporário (59; 13,8%). Em 2015, a categoria celetista do setor privado foi a mais prevalente entre os tipos de vínculo (664; 49,5%) e, em sequência, com um número bem menor de profissionais, estavam os empregados públicos (150; 11,3%) e servidores estatutários (144; 10,7%). Em 2016, o vínculo celetista do setor privado se mantém como mais frequente (606; 45,8%), em sequência com os maiores números de servidores estatutários (163; 12,3%) e o empregados públicos (152; 11,5%). Em 2017, o vínculo celetista do setor privado segue como o mais frequente (725; 50,4%), seguido por servidor estatutário (154; 10,7%).

Tabela 7 – Terapeutas ocupacionais no SUAS por vínculo empregatício (2011 – 2017)

Vínculo / Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Comissionado</b>	8 (4,5%)	12 (2,9%)	13 (3,8%)	19 (4,5%)	22 (1,6%)	21 (1,6%)	16 (1,1%)
<b>Empregado público (CLT)</b>	15 (8,4%)	156 (37,7%)	110 (32,3%)	125 (29,4%)	150 (11,3%)	152 (11,5%)	175 (12%)
<b>Empresa/Cooperativa/ Prestadora de Serviços</b>	9 (5%)	4 (1%)	32 (9,4%)	59 (13,8%)	59 (4,4%)	51 (3,8%)	38 (2,6%)
<b>Outro vínculo não permanente</b>	16 (9%)	52 (12,6%)	82 (24,1%)	42 (9,8%)	119 (8,9%)	123 (9,3%)	127 (9,4%)
<b>Sem vínculo</b>	1 (0,6)	3 (0,7%)	4 (1,2%)	7 (1,6%)	6 (0,4%)	6 (0,5%)	5 (0,3%)
<b>Servidor Estatutário</b>	50 (28%)	79 (19%)	71 (20,9%)	88 (20,7%)	144 (10,7%)	163 (12,3%)	154 (10,7%)
<b>Servidor Temporário</b>	64 (36%)	80 (19,3%)	13 (3,8%)	59 (13,8%)	85 (6,3%)	95 (7,2%)	84 (5,8%)
<b>Terceirizado</b>	15 (8,4%)	16 (3,9%)	13 (3,8%)	21 (4,9%)	78 (5,8%)	78 (5,9%)	79 (5,5%)
<b>Voluntário</b>	0 (0,0%)	9 (2,2%)	2 (0,6%)	6 (1,4%)	14 (1%)	28 (2,1%)	35 (2,4%)
<b>Serviços Gerais</b>	0 (0,0%)	3 (0,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Celetista do setor privado</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	664 (49,5%)	606 (45,8%)	725 (50,4%)
<b>TOTAL</b>	178 (100%)	414 (100%)	340 (100%)	426 (100%)	1.341 (100%)	1.323 (100%)	1.438 (100%)

Fonte: Censo SUAS (BRASIL, 2017a). Elaboração própria.

Observa-se que as unidades inseridas posteriormente nos dados do Censo SUAS (inicialmente Unidades de Acolhimento e depois Centros Dia e Centros de Convivência) provocam uma diferença importante nos tipos de vínculos mais frequentes entre os terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS.

Assim, os dados mostram que existem diferenças dos tipos de vínculo mais prevalentes entre as unidades socioassistenciais. Nos anos 2015 a 2017 a contratação mais frequente dos CRAS, dos CREAS e Centros Pop foi servidores estatutários, enquanto das Unidades de Acolhimento foram empregados públicos (CLT) e dos Centros Dia e dos Centros de Convivência celetista do setor privado.

Em síntese, destaca-se o vínculo dos CRAS, CREAS e Centros Pop de servidores estatutários (públicos), conforme a NOB-RH-SUAS (2011), na qual o concurso público figura como forma privilegiada de acesso à carreira nas equipes de referência do SUAS, buscando a continuidade, a qualidade dos serviços socioassistenciais e a efetivação de direitos (BRASIL, 2011d). Por outro lado, chama a atenção o aumento de vínculos temporários ou relacionados ao setor privado, especialmente entre os anos de 2015 a 2017, quando foram incluídos no Censo as Unidades de Acolhimento, os Centros Dia e os Centros de Convivência.

Segundo Pereira, Tassagny e Bizarria (2017), apesar do SUAS se constituir na parceria entre instituições públicas e privadas sem fins lucrativos, é preciso que haja crítica frente ao fato de que, nem sempre, essa parceria garante os direitos à população usuária, bem como condições de trabalho dignas para o trabalhador, especialmente na medida em que favorece a terceirização como forma de contratação. Frente aos inúmeros instrumentos normativos/legais que definem a gestão do trabalho na assistência social, os contratos de terceirizações configuram-se como uma contradição.

Símbolo da precarização do trabalho, a terceirização também representaria a intensificação de estruturas improvisadas e insuficientes, facilitando a rotatividade, a superexploração do trabalho e comprometendo a qualidade dos serviços, “à medida que coloca os direitos mediados por duas instituições distintas, em uma mistura idiossincrática entre o público e o privado, podendo descaracterizá-la como espaço de direito”. Dessa forma, constata-se paradoxos na política ao passo que promove tentativas de garantir direitos, muitas vezes, “mediados por trabalhadores precarizados” (PEREIRA; TASSAGNY; BIZARRIA, 2017, p. 171).

Assim como as demais políticas que compõem a Seguridade Social, a assistência social também vem sofrendo as mudanças recentes do mundo do trabalho e as reformas gerenciais do Estado, no contexto do avanço neoliberal, o que afeta diretamente os vínculos e as condições de trabalho, geralmente precários, bem como a qualidade dos serviços prestados, pois podem comprometer a continuidade do atendimento (PAZ, 2015).

Ressalta-se enfim que apesar de transcorridos sete anos da publicação da Resolução 17/2011, sabemos que, conforme salientam Borba et al. (2017), no modelo político de estado mínimo vivenciado nos últimos anos, exclui-se aquilo que não é “estritamente necessário”, sendo que as profissões que não compõem as chamadas equipes mínimas mantêm-se à margem da política, permanecendo em negociações e lutas constantes por reconhecimento e espaço. Nesse sentido, as autoras ressaltam a necessidade premente de ampliação da oferta de subsídios para os profissionais que já atuam no SUAS e instrumentalização daqueles que virão a compor as equipes desse sistema, como também da análise das experiências que já vêm se dando nesse contexto e que podem demonstrar a potência dessa ação, numa perspectiva de garantia e ampliação de direitos da população atendida e também de permanência e conquista de espaços de atuação pela profissão.

### **3.1.5 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com a função exercida**

No que tange à função exercida pelos profissionais, o Censo SUAS considerou, no período de 2011-2017, as seguintes categorias: apoio administrativo, coordenador/diretor, cuidador, educador social, equipe técnica, serviços gerais, outros e estagiários. Em todos os anos analisados, os com formação de terapeutas ocupacionais ocuparam, majoritariamente, as equipes técnicas dos equipamentos/serviços analisados.

Neste sentido, confirma-se a expectativa de que os profissionais estejam ocupando espaços dentro das equipes técnicas do SUAS, o que sinaliza a composição no trabalho multiprofissional que pressupõe o sistema. No entanto, cabe a reflexão sobre o fato de que outras formas de vínculo, como cuidador, serviços gerais, apoio administrativo também figuram como possibilidades de inserção do terapeuta ocupacional – cargos esses que não correspondem à formação de nível superior do profissional, uma vez que se enquadram na formação de nível médio.

Os profissionais que encontram-se nestas funções possivelmente ingressaram na instituição por processos de seleção que podem não ter exigido a formação para atuar e assim não desenvolvem ações como terapeuta ocupacional nas unidades. Logo, vale questionar se as inserções para além da equipe técnica e gestão, ainda que pequenas quantitativamente, representam formas de inserção precária do profissional no sistema.

Ressalta-se uma das inserções profissionais presentes nos dados encontrados, acerca do cargo de educador social, técnico de nível médio, que tem sido uma das possibilidades de inserção profissional no SUAS. Segundo resolução do CNAS nº. 15 de 2014, entre estes profissionais de nível médio estão o cuidador social e o educador/orientador social com funções distintas e especificadas no documento mencionado (BRASIL, 2014a).

Tabela 8 – Terapeutas ocupacionais no SUAS por função exercida (2011 – 2017)

<b>Função Exercida</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Apoio</b>	2	6	3	6	11	17	8
<b>Administrativo</b>	(1,1%)	(1,4%)	(0,9%)	(1,4%)	(0,8%)	(1,3%)	(0,5%)
<b>Coordenador/ Diretor</b>	13	31	19	26	49	61	55
	(7,3%)	(7,5%)	(5,6%)	(6,1%)	(3,7%)	(4,6%)	(3,8%)
<b>Cuidador</b>	0	4	2	5	17	16	9
	(0,0%)	(1%)	(0,6%)	(1,2%)	(1,3%)	(1,2%)	(0,6%)
<b>Educador Social</b>	14	16	25	24	73	93	62
	(7,9%)	(3,9%)	(7,3%)	(5,6%)	(5,4%)	(7,0%)	(4,3%)
<b>Equipe Técnica</b>	136	320	280	320	1058	992	1.156
	(76,4%)	(77,3%)	(82,3%)	(75,1%)	(78,9%)	(75,0%)	(80%)
<b>Serviços Gerais</b>	1	7	3	2	8	3	2
	(0,6%)	(1,7%)	(0,9%)	(0,5%)	(0,6%)	(0,2%)	(0,1%)
<b>Outros</b>	10	30	8	43	125	141	142
	(5,6%)	(7,2%)	(2,4%)	(10,1%)	(9,3%)	(10,7%)	(9,9%)
<b>Estagiários</b>	2	0	0	0	0	0	4
	(1,1%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,3%)
<b>TOTAL</b>	178	414	340	426	1.341	1.323	1.438
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Fonte: Censo SUAS (BRASIL, 2017a). Elaboração própria.

### 3.1.6 Terapeutas ocupacionais no SUAS de acordo com carga horária semanal de trabalho

As jornadas de trabalho, categorizadas em horas trabalhadas por semana, considerou as seguintes categorias: jornadas menores que 20horas/semana, de 20horas/semana, 30horas/semana, 40horas/semana, maior que 40 horas/semana e intermediária (categoria aferida somente no ano de 2012).

Identificou-se entre os anos de 2011 a 2014 que o número de terapeutas ocupacionais que cumpria jornadas de 30 horas semanais era maior em relação às demais jornadas (39,9%, 31,2%, 34,7% e 31,7%, respectivamente). Entretanto, nos anos de 2015 e 2016 houve predomínio de terapeutas ocupacionais desempenhando jornadas menores que 20 horas semanais (30% e 23,1%, respectivamente) e de 20 horas semanais (30,9% e 28,8%, respectivamente). Nota-se, ainda, que em 2015 houve aumento no número de profissionais que cumpriam jornadas maiores que 40 horas semanais, atingindo 23,9%. No ano de 2017, retomou-se a prevalência da carga horária de 30 horas semanais, seguida por 20 horas e menor que 20 horas (30%, 29% e 27,8%, respectivamente).

De acordo com a lei 8.856, de março de 1994, a jornada do terapeuta ocupacional é no máximo de 30 horas semanais de trabalho (BRASIL, 1994). No entanto, ressalta-se que as jornadas aqui apresentadas devem ser também associadas ao tipo de função exercida pelos profissionais nas diferentes unidades. Os vínculos apresentados acima mostram que, embora

os profissionais tenham a formação de terapeutas ocupacionais, eles se inserem de diferentes formas nas unidades, possivelmente a partir de processos seletivos ou concursos destinados a candidatos com formação variada.

### 3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS DADOS APRESENTADOS

Em síntese, os dados apresentados apontam para um maior número de terapeutas ocupacionais descritos como atuando na assistência social, sendo identificadas algumas características predominantes dos profissionais ao longo do período considerado. A região sudeste, por exemplo, manteve o maior número de atuantes na assistência social, a carga horária de trabalho mais frequente é de 30 horas semanais em 2017, a maior parte é do gênero feminino, com formação graduada e compõe a equipe técnica de nível superior dos serviços. Em relação ao vínculo empregatício, apresentaram variações de acordo com as unidades em que estão inseridos. Assim, foi possível caracterizar o panorama geral acerca da inserção dos profissionais na assistência social, buscando contribuir com a categoria na identificação de aspectos que possam ser ressaltados e outros que ainda necessitam ser fortalecidos, como vínculo empregatícios e inserção mais uniforme em diferentes unidades.

Diante desses dados torna-se inquestionável a ampliação de novos espaços de atuação profissional do terapeuta ocupacional, a partir de 2011, com a entrada formalizada/legitimada nas equipes do SUAS. Apesar disso, as unidades criadas mais recentemente pela política de assistência social por meio do SUAS, tais como os CRAS, CREAS e Centro Pop, fundamentais para concretização e efetivação dos direitos socioassistenciais e da proteção social no âmbito do SUAS e para o novo direcionamento da política no país, ainda são os que menos possuem terapeutas ocupacionais na composição de suas equipes.

Os dados identificados justificam a busca por mais informações sobre os profissionais que estão atuando no SUAS, como a formação para o trabalho, possíveis especificidades nos objetivos e nas práticas no âmbito da assistência e nos diferentes equipamentos, dentre muitas outras questões desconhecidas neste meio. Assim, seguimos com a apresentação dos dados de campo desta pesquisa, buscando colaborar com a amplitude do conhecimento sobre essa subárea de trabalho profissional.

## Capítulo 4

---

*A inserção e as práticas de terapeutas ocupacionais no  
SUAS: dados provenientes dos questionários online*



Neste capítulo são apresentados os resultados provenientes dos questionários *online*, respondidos pelos terapeutas ocupacionais, sobre sua inserção profissional e práticas desenvolvidas no âmbito do SUAS.

Conforme descrito no capítulo 2, foram obtidos 242 questionários, representando 21,4% dos identificados por meio das ligações telefônicas no presente estudo (1.129) e 18,3% do total de cadastrados no Censo SUAS, em 2016 (1.323).

A análise descritiva dos resultados foi inicialmente realizada pelos dados relativos às características profissionais dos colaboradores, de formação e inserção no SUAS. Na sequência, são apresentados, por unidade socioassistencial, elementos referentes às práticas dos terapeutas ocupacionais, em categorias pautadas nas temáticas: objetivos, referenciais teóricos que informam a prática, ações, dia típico de trabalho, atividades, recursos e a percepção sobre a importância autorreferida sobre terapia ocupacional naquela unidade.

#### 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PROFISSIONAIS E INSERÇÃO NO SUAS

Os participantes do estudo que responderam aos questionários foram em sua expressiva maioria mulheres (92%), com a faixa etária prevalente de 30 a 39 anos (44%) e casados (48%), apesar dos números similares aos com estado civil de solteiros (45%) (Tabela 9). Os dados são congruentes com os dos profissionais em exercício no SUAS em relação ao gênero pois, de acordo com os dados de 2017 do censo do sistema, 93% dos terapeutas ocupacionais inseridos são mulheres (BRASIL, 2017).

Tendo em vista tais informações sobre a presença majoritária de mulheres entre os terapeutas ocupacionais que atuam na assistência social, optou-se por, a partir deste capítulo, utilizar textualmente a marcação feminina de gênero em menção aos participantes do estudo, sem desconsiderar a abrangência dos profissionais desta pesquisa. Assim, utilizou-se o feminino ao se referir ao conjunto de colaboradores/as dos diferentes gêneros.

Tabela 9 – Características das colaboradoras que responderam aos questionários *online*

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Feminino	223	92%
Masculino	19	8%
Total	242	100%
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
De 30 a 39	107	44%
De 20 a 29	66	27%
De 40 a 49	37	15%
Preenchimento incorreto*	16	7%
De 50 a 59	14	6%
De 59 a 69	2	1%
Total	242	100%
<b>Estado Civil</b>		
Casada(o)	117	48%
Solteira(o)	108	45%
Divorciada(o)	12	5%
Separada(o)	2	1%
União Estável	1	0,1%
Amasiada	1	0,1%
Viúva(o)	1	0,1%
Total	242	100%

\*Preenchimento incorreto: a data do dia em que o questionário foi respondido e não o dia do nascimento.

Fonte: Elaboração própria.

Sobre o tempo de formação graduada, verificou-se que a maior parte (44%) se formou entre 3 e 5 anos e 11 meses<sup>47</sup>, demonstrando uma formação recente das profissionais que estão ocupando cargos no SUAS. A formação ocorreu majoritariamente em cursos de graduação na região Sudeste (74%) (Tabela 10 e Quadro 5).

Em relação à formação pós-graduada, 67% das terapeutas ocupacionais participantes fizeram pós-graduação *lato sensu* e 7% mestrado (pós-graduação *stricto sensu*). Destas, 152 fizeram mais de uma pós-graduação. Ressalta-se que 76% gostariam de ter feito alguma pós-graduação e não fizeram.

Essas informações se contrapõem aos dados identificados no Censo SUAS sobre a escolaridade das terapeutas ocupacionais, pois, segundo os dados oficiais, 82,5% possuíam

<sup>47</sup> “Entre 3 e 5 anos e 11 meses” é uma das categorias de tempo propostas no questionário *online* quanto à formação graduada.

apenas a formação graduada (BRASIL, 2017a), demonstrando menor acesso à pós-graduação. Contudo entre as colaboradoras da pesquisa, 67% tiveram acesso a algum curso. Infere-se que as terapeutas ocupacionais que cursaram pós-graduação podem ter tido maior disponibilidade e/ou interesse em responder ao questionário *online*, por maior proximidade com estudos e pesquisas acadêmicas, o que pode ter influenciado para que se sentissem mais à vontade para colaborar com o presente trabalho.

Tabela 10 – Sobre a formação graduada e pós-graduação das colaboradoras que responderam aos questionários *online*

<b>Sobre a formação graduada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de Formação</b>		
3 a 5 anos e 11 meses	106	44%
6 a 10 anos e 11 meses	61	25%
Mais de 11 anos	53	22%
0 a 2 anos e 11 meses	22	9%
Total	242	100%
<b>Local de graduação (região)</b>		
Sudeste	180	74%
Sul	34	14%
Nordeste	10	4%
Centro-Oeste	7	3%
Norte	5	2%
Não respondeu	6	2%
Total	242	100%
<b>Fez Pós-Graduação? *</b>		
Sim - Pós-graduação <i>lato sensu</i> **	163	67%
Não - Não fez pós-graduação	61	25%
Sim - Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado)	18	7%
Total	242	100%
<b>Gostaria de ter feito Pós-Graduação e não fez?</b>		
Sim	183	76%
Não	56	23%
Não respondeu	3	1%
Total	242	100%

\* 152 Profissionais fizeram mais de uma pós-graduação, sendo considerado aqui apenas uma delas.

\*\* Cursos de curta e de longa duração, especializações, aprimoramentos, aperfeiçoamento, residências, entre outros.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 5 – Instituição de Ensino Superior (IES) em que as terapeutas ocupacionais colaboradoras se graduaram (questionários *online*)

<b>IES</b>	<b>Número de profissionais</b>
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	17
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar	15
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM	15
Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC	13
Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium Lins - UNISALESIANOS	12
Centro Universitário Claretiano de Batatais - CEUCLAR	10
Associação Catarinense de Ensino - ACE	9
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES	9
Universidade Estadual de São Paulo - UNESP	8
Universidade de Sorocaba - UNISO	7
Universidade Federal do Paraná - UFPR	7
Centro Universitário Metodista/ Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista - IPA	6
Universidade de Fortaleza - UNIFOR	6
Universidade de Uberaba - UNIUBE	6
Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas - UNCISAL	6
Centro Universitário de Araraquara - UNIARA	5
Centro Universitário Presidente Antônio Carlos - UNIPAC Lafaiete	5
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG	5
Universidade de Brasília - UnB	5
Universidade de São Paulo - USP/ São Paulo	5
Centro Universitário São Camilo	4
Faculdade de Minas - FAMINAS/ UNIFAMINAS	4
Universidade do Sagrado Coração - USC	4
Faculdades Integradas Espírito Santense - FAESA	3
Fundação Mineira de Educação e Cultura - FUMEC	3
Universidade Castelo Branco - RJ	3
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB	3
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM	3
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	3
Universidade Potiguar - UNP	3
Centro Universitário Franciscano - UNIFRA	2
Centro Universitário Padre Anchieta - UniAnchieta	2
Faculdade da Serra Gaúcha - FSG	2
Faculdade de Medicina do ABC - FMABC	2
Fundação Educacional de Fernandópolis	2
Universidade da Amazônia - UNAMA	2
Universidade de São Paulo - USP/ Ribeirão Preto	2
Universidade do Estado do Pará- UEPA	2
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	2

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	2
Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP	2
Escola de Medicina e Saúde Pública de Salvador	1
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado do RJ- IFRJ	1
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC	1
Sociedade Unificada Augusto Motta - SUAM/ RJ	1
Universidade Católica de Goiás - UCG	1
Universidade Federal da Paraíba - UFPB	1
Universidade Federal de Pelotas - UFPel	1
Universidade Federal de Sergipe - UFSE	1
Universidade Monte Serrat - UNIMONTE	1
Universidade Tuiuti do Paraná	1
Não responderam	6

Fonte: Elaboração própria.

Dentre as terapeutas ocupacionais colaboradoras deste estudo, 45% relataram que acessaram disciplinas ou conteúdos sobre o SUAS na sua graduação e 38% apontaram que o conteúdo oferecido foi pouco específico. Assim, 43% consideraram que a graduação ofereceu *parcialmente* a formação necessária para atuar na assistência social.

No âmbito do trabalho, 83% das participantes referiram que já fizeram alguma formação posterior à graduação para atuar no SUAS e 55% responderam que na unidade em que trabalham possuem supervisão institucional ou formação para a equipe (Tabela 11).

Tabela 11 – Formação para atuar no SUAS, durante e após a graduação das colaboradoras (questionários *online*)

<b>Sobre a formação para atuar no SUAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Teve disciplinas/ conteúdos sobre o SUAS na graduação?</b>		
Sim	110	45%
Parcialmente, com conteúdo pouco específico	91	38%
Não	41	17%
Total	242	100%
<b>Considera que a graduação ofereceu a formação necessária para atuar na Assistência Social?</b>		
Parcialmente	103	43%
Não	94	39%
Sim	44	18%
Não respondeu	1	0,1%
Total	242	100%
<b>Fez alguma formação para atuar na Assistência Social?</b>		
Sim	201	83%
Não	38	16%
Não respondeu	3	1%
Total	242	100%
<b>Há supervisão instituição ou formação para equipe no local de trabalho?</b>		
Sim	133	55%
Não	105	43%
Não respondeu	4	2%
Total	242	100%

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à inserção profissional, destaca-se que a maior parte estava inserida em Centro Dia (45%), seguido por Unidade de Acolhimento (23%), CRAS (15%), CREAS (9%), Centro Pop (4%) e Centro de Convivência (3%) (Tabela 12). Traçando um paralelo com os dados do Censo SUAS de 2017, verifica-se que a distribuição nas unidades do país é semelhante à obtida nos questionários, inclusive em sua ordem, com exceção das profissionais dos Centros de Convivência (que tiveram uma participação menos expressiva neste estudo). Retoma-se que, em âmbito nacional, a porcentagem das terapeutas ocupacionais era: Centros Dia 53%, Unidades de Acolhimento 20%, Centros de Convivência 14%, CRAS 9%, CREAS 3% e Centros Pop 1%.

A região em que a maioria das colaboradoras com o estudo atuava é a região Sudeste (72%). Articulando aos dados nacionais (Censo SUAS), a região com maior número também é a Sudeste 60%, seguida pelas regiões Sul 18%, Nordeste 14%, Centro-Oeste 6% e Norte

2%, acompanhando a mesma sequência de prevalência em cada uma das regiões. O tempo de atuação na unidade socioassistencial, no momento da participação, era inferior a um ano para 21% das trabalhadoras (Tabela 12).

Tabela 12 – Inserção profissional no SUAS, de acordo com unidade, região e tempo de atuação das colaboradoras que responderam aos questionários *online*

<b>Sobre a inserção no SUAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Unidade que atua*</b>		
Centro Dia**	110	45%
Unidade de Acolhimento	56	23%
CRAS	37	15%
CREAS	22	9%
Centro Pop	9	4%
Centro de Convivência	8	3%
Total	242	100%
<b>Região do país que atua</b>		
Sudeste	174	72%
Sul	38	16%
Nordeste	20	8%
Norte	4	2%
Centro-Oeste	6	2%
Total	242	100%
<b>Tempo de atuação na unidade</b>		
Menos de 1 ano	52	21%
1 ano a 1 ano e 11 meses	39	16%
2 anos a 2 anos e 11 meses	23	10%
3 anos a 3 anos e 11 meses	23	10%
4 anos a 4 anos e 11 meses	19	8%
5 anos a 5 anos e 11 meses	14	6%
6 anos a 6 anos e 11 meses	11	5%
7 anos a 7 anos e 11 meses	13	5%
8 anos a 8 anos e 11 meses	4	2%
9 anos a 9 anos e 11 meses	4	2%
10 anos e mais	31	13%
Não respondeu	4	2%
Total	242	100%

\* Distribuídos um em cada unidade, considerando a primeira unidade mencionada daqueles que atuam em duas ou mais.

\*\* Foram considerados Centros Dia também os serviços de áreas híbridas (saúde e educação, como APAE, Instituições para Pessoas com Deficiência Visual, Sociedade Pestalozzi, entre outras), conforme cadastro no Censo SUAS.

Fonte: Elaboração própria.

A função desempenhada pelas participantes nas unidades socioassistenciais foi, em sua maioria, de terapeuta ocupacional (técnico de nível superior) e o vínculo de trabalho mais frequente (32%) foi o de CLT (Consolidação das Leis de Trabalho), sem especificação se com

o setor público ou privado neste momento do questionário. Neste sentido, cabe mencionar que 26% indicaram que se vinculam à sua unidade como servidoras públicas. Os dados do Censo SUAS de 2017 estão em consonância com as características das colaboradoras sobre a função desempenhada, sendo que 80% das profissionais no país atuavam como terapeutas ocupacionais, inseridas na equipe técnica. O vínculo empregatício mais frequente dentre as cadastradas no Censo SUAS de 2017 foi o de celetista do setor privado (50,4%) e, dentre as deste estudo também, apesar da não especificação de contrato pelo setor público ou privado através do questionário (BRASIL, 2017a). Supõe-se que haja mais contratações pelo setor privado, tendo em vista a grande prevalência de Organizações Não-Governamentais no âmbito da assistência social no país.

A maior parte das colaboradoras possuía uma carga horária de trabalho entre 30 a 39 horas semanais. Essas informações se mostram em conformidade com os dados do Censo SUAS de 2017, que apontaram a carga horária de 30 horas semanais como a mais prevalente entre as terapeutas ocupacionais na assistência social (30%) (BRASIL, 2017a). A remuneração de 50% das terapeutas ocupacionais que colaboraram com o estudo foi entre 3 a 5 salários mínimos. Em sequência, aponta-se que 40% recebem entre 1 e 2 salários mínimos. Em relação ao piso salarial do estado de São Paulo em 2018<sup>48</sup>, por exemplo, a remuneração referida pela metade das colaboradoras corresponde a um valor acima do estabelecido pelo Sindicato dos Profissionais (R\$ 2.779,00). A maior parcela (57%) trabalhava em mais de um local (Tabela 13).

Tabela 13 – Inserção profissional no SUAS, de acordo com unidade, região e tempo de atuação das colaboradoras que responderam aos questionários *online*

<b>Sobre a inserção no SUAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Função na unidade</b>		
Terapeuta Ocupacional	220	91%
Coordenador	11	5%
Educador/orientador social	6	2%
Técnico social	3	1%
Docente	1	0,1%
Não respondeu	1	0,1%
Total	242	100%

Continua

<sup>48</sup> Piso salarial de acordo com o Sindicato de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do estado de São Paulo, em 2018, era de R\$ 2.779,00 para jornada de 30 horas semanais. Informação disponível em: <http://www.sinfitosp.org.br/2018/06/25/sinfito-sp-assina-acordo-com-sindhosfil-sp/>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.



<b>Sobre a inserção no SUAS</b>	Continuação	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vínculo na unidade</b>		
CLT	78	32%
Servidor Público	62	26%
Temporário	28	12%
Contratado - ONG/OSC/Fundação	27	11%
Outros	15	6%
Comissionado	12	5%
Não respondeu	9	4%
Prestador de serviços/autônomo	8	3%
Voluntário	3	1%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>
<b>Carga horária</b>		
De 30 a 39 horas/semanais	107	44%
De 20 a 29 horas/ semanais	75	31%
Menor de 20 horas/semanais	33	14%
40 horas/semanais e/ou mais	24	10%
Não respondeu/inexato	3	1%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>
<b>Remuneração</b>		
De 3 a 5 salários mínimos	120	50%
De 1 a 2 salários mínimos	97	40%
De 5 a 7 salários mínimos	9	4%
Valor por carga horária trabalhada	4	2%
Menor que 1 salário mínimo	2	1%
De 7 a 10 salários mínimos	3	1%
Mais de 10 salários mínimos	2	1%
Sem remuneração	2	1%
Não respondeu	3	1%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>
<b>Trabalha em mais de um local?</b>		
Sim	138	57%
Não	101	42%
Não respondeu	3	1%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria.

Antes de atuar na assistência social, 66% das participantes trabalharam em outros setores, sendo que em maior número vinculadas à saúde. Observou-se que seis pessoas

assinalaram que não trabalharam em outro setor antes de atuar no SUAS, mas indicaram locais de atuação anterior (Tabela 14).

Tabela 14 – Percurso profissional das colaboradoras que responderam aos questionários *online*

<b>Percurso Profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Antes de atuar no SUAS trabalhou em outra área?</b>		
Sim	159	66%
Não	80	33%
Não respondeu	3	1%
Total	242	100%
<b>Qual área atuou?</b>		
Saúde (saúde mental, reabilitação física, saúde coletiva etc)	135	56%
Não respondeu	77	32%
Educação	14	6%
Inespecífico	14	6%
Assistência Social (ILIP, CRAS)	2	1%
Total	242	100%

Fonte: Elaboração própria.

Sobre o interesse e a satisfação das terapeutas ocupacionais em trabalhar na assistência social, verificou-se que 39% eram interessadas em atuar na assistência social e 53% estavam parcialmente satisfeitas com a atuação neste setor (Tabela 15). De forma geral, a maior parte das colaboradoras sentia reconhecimento por parte dos usuários e da equipe de trabalho (44%), segundo os questionários.

Tabela 15 – Interesse em atuar na assistência social das colaboradoras que responderam ao questionário *online*

<b>Sobre o interesse em atuar na assistência social</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tinha interesse de atuar na assistência social?</b>		
Sim	94	39%
Nunca havia pensado em atuar na assistência social, mas tinha perspectivas positivas	69	29%
Nunca havia pensado em atuar na assistência social e não fazia ideia do que esperar deste trabalho	59	24%
Não	13	5%
Nunca havia pensado em atuar na assistência social e tinha perspectivas negativas em relação à área de atuação	6	2%
Não respondeu	1	0,1%
Total	242	100%
<b>Sobre o interesse em atuar na assistência social</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Qual seu nível de satisfação com a sua atuação na assistência social?</b>		
Parcialmente satisfeito	129	53%
Satisfeito	92	38%
Insatisfeito	13	5%
Não respondeu	8	3%
Total	242	100%
<b>Você considera que o(a) terapeuta ocupacional tem reconhecimento do seu trabalho na Assistência Social pelos profissionais da equipe e gestão?</b>		
Sim	107	44%
Parcialmente	97	40%
Não	33	14%
Não respondeu	5	2%
Total	242	100%
<b>Você considera que o(a) terapeuta ocupacional tem reconhecimento do seu trabalho na Assistência Social pelas pessoas que utilizam a unidade socioassistencial?</b>		
Sim	106	44%
Parcialmente	99	41%
Não	32	13%
Não respondeu	5	2%
Total	242	100%

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1.1 Considerações gerais sobre as características profissionais e de inserção no SUAS das colaboradoras que responderam ao questionário *online*

Sintetizando algumas das informações apresentadas, verifica-se um maior número de colaboradoras do gênero feminino, com pós-graduação *lato sensu* e atuando majoritariamente

em Centros Dia. Em relação à formação graduada, um pouco mais da metade mencionou que os cursos ofereceram conteúdos e/ou disciplinas sobre o SUAS durante a graduação. A maior parte das terapeutas ocupacionais atua na região Sudeste e a carga horária semanal de trabalho prevalente entre elas é de 30 a 39 horas. O vínculo empregatício mais frequente é por CLT, exercendo a função de técnicos, terapeutas ocupacionais. Além disso, entre outros dados, identificou-se que a maior parcela tem uma inserção recente na unidade em que atua e fez algum tipo de formação sobre o SUAS. Após formadas e inseridas, consideram-se majoritariamente satisfeitas e/ou parcialmente satisfeitas com o trabalho e que possuem reconhecimento profissional por parte da equipe, da gestão e das pessoas que utilizam os serviços. Nota-se igualmente maior a ocorrência de quem, antes de ingressar na assistência social, não tinha interesse ou nunca havia pensado em atuar no setor.

De forma geral, constata-se que as características sociodemográficas das colaboradoras deste estudo e as características de inserção no SUAS se assemelham aos dados em âmbito nacional, particularmente em relação à região e à unidade socioassistencial que atuam, gênero, função exercida no trabalho, carga horária semanal e vínculo empregatício. No que tange a estes dados, infere-se que perfazem um grupo que pode ser representativo da integralidade das terapeutas ocupacionais que atuam no SUAS, (com exceção dos Centros de Convivência em que houve um menor número de participantes); evidenciando-se, assim, também a relevância das informações descritas posteriormente, sobre as práticas profissionais, para uma compreensão ampliada acerca do trabalho que tem sido realizado atualmente pelas terapeutas ocupacionais na assistência social.

#### 4.2 ATUAÇÃO DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO SUAS

Os dados sobre a atuação das terapeutas ocupacionais foram obtidos por meio de questões abertas no questionário (questões 24 e 27 a 33), que as permitiram escrever livremente sobre os itens perguntados. Para apresentá-las, foi realizada a análise descritiva e síntese das respostas mais frequentes. Neste processo, elencou-se temas e palavras-chave utilizadas com maior frequência ou ênfase. Assim, foram compiladas e categorizadas as informações, organizando-as por unidades socioassistenciais. As informações estão apresentadas também por elas, com a organização sequencial pelo nível de proteção social do serviço: Proteção Social Básica - CRAS e Centros de Convivência, Proteção Social Especial de Média Complexidade – CREAS, Centro Pop e Centros Dia e Proteção Social Especial de Alta Complexidade - Unidades de Acolhimento.

#### 4.2.1. A atuação das terapeutas ocupacionais no CRAS

Observou-se que 37 das colaboradoras do estudo trabalham no CRAS, ou seja, 15% das participantes. Destas, três são do gênero masculino e o restante feminino. O CRAS, na rede socioassistencial, consiste no equipamento de referência da Proteção Social Básica.

##### 4.2.1.1 Sobre os objetivos no CRAS

Nos CRAS os termos “vulnerabilidade” e “vínculo” foram citados pelas terapeutas ocupacionais com frequência. As respostas que mencionaram a vulnerabilidade como fator presente nos objetivos do trabalho executado se relacionaram a: identificar as vulnerabilidades; *“oferecer rede de apoio e possibilidades de superação de vulnerabilidades diversas, tais como de renda, de sociabilidade, de acesso aos direitos”*<sup>49</sup>, acolher e atuar junto às famílias em vulnerabilidade social, ofertando informações *“sobre seus direitos em relação à rede intersetorial e realizando os encaminhamentos devidos”*, *“diminuir ou cessar a situação de vulnerabilidade social da família”*, *“prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios”* e *“incluir as pessoas com deficiência na comunidade, orientando sobre os direitos e os pais para estimularem o desenvolvimento de seus filhos, entre outros”*.

Os objetivos que citavam a palavra vínculo se associaram a contribuir na emancipação do público atendido, fortalecendo e/ou criando vínculos familiares e sociais, bem como planejar, organizar e executar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Ainda utilizando o mesmo termo, foi apontado o *“fortalecimento de vínculo, melhora das atividades cotidianas, prevenção de doenças, sejam psíquicas, motoras, dentre outras”*.

Também se destaca, dentre os objetivos de trabalho no CRAS, a menção de inclusão social, fortalecimento da população atendida em relação aos seus direitos e cidadania, empoderamento, autonomia e protagonismo social e socialização.

Além disso, foram mencionados caminhos para alcançar objetivos, como *“coordenar as oficinas”*; fazer *“orientações, adaptações quando necessário, encaminhar atividades em grupo e às vezes palestras”*. Ainda foi apontado o objetivo de *“garantir o desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e social da população atendida, bem como o respeito ao conjunto de*

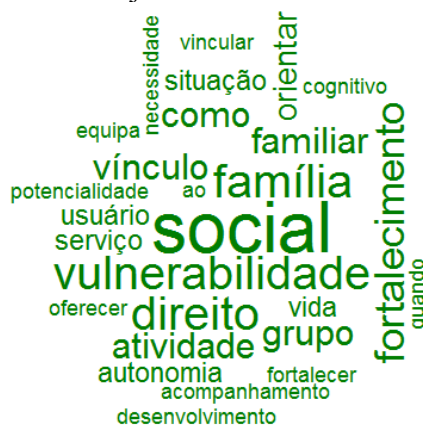
---

<sup>49</sup> Neste capítulo estão destacados em itálico os trechos retirados na íntegra dos relatos.

*seus direitos*”. Dentre as colaboradoras que atuam no CRAS, três não responderam à questão sobre os objetivos do trabalho e uma respondeu “*não sei*”.

Com o objetivo de ilustrar as palavras mais frequentes utilizadas pelas terapeutas ocupacionais para se referir aos seus objetivos no CRAS utilizou-se o recurso nuvem de palavras<sup>50</sup>, a partir do software IRAMUTEQ<sup>51</sup> (Figura 5).

Figura 5 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no CRAS



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.1.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no CRAS

Entre os referenciais teóricos citados pelas participantes que atuam no CRAS, aponta-se como destaque as resoluções, leis e documentos do MDS, por exemplo: orientações técnicas sobre o PAIF, PNAS, NOB-SUAS, NOB-SUAS/RH e Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Além desses, foram mencionadas as Cartilhas do CREFITO-2 sobre a atuação da terapia ocupacional na assistência social (CHAGAS, et al., 2015; GOMES, et al., 2013) e a resolução do COFFITO número 383/2010 (COFFITO, 2010), que define as competências do terapeuta ocupacional nos contextos sociais.

<sup>50</sup> A nuvem de palavras pode ser considerada como “uma forma de visualização de dados linguísticos, que mostra a frequência com que as palavras aparecem em um dado contexto. A técnica de construção destas nuvens (*tag clouds*) consiste em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com as ocorrências das palavras no texto analisado, gerando uma imagem que apresenta um conjunto de palavras, coletadas do corpo do texto e agregadas de acordo com sua frequência, sendo que a que mais aparece é alocada no centro da imagem e as demais em seu entorno, de modo decrescente” (DIAS, et al., 2014, p.4373).

<sup>51</sup> “Trata-se de um programa informático gratuito, que se ancora no *software* R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Desenvolvido inicialmente em língua francesa, este programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p.513). O programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras) e análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). “Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras)” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p.515).

Foram citados autores como “*Winnicott, Jung, Freud*” e “*Guattari, Deleuze, Castro, Sposati, Paulo Freire, Mariângela Quarentei, Sennett, Carla Regina Silva, Roseli Esquerdo Lopes, Patrícia Borba*”. Da mesma forma, houve citações a “*terapia ocupacional social*”, “*livros que incluam atividades cognitivas e recreativas*”, “*abordagem centrada no cliente, “psicanálise*”, “*AOTA*” (documento da Associação Americana de Terapia Ocupacional), “*psicologia social*” e “*livros de terapia ocupacional*”. Ainda sobre o relato dos referenciais teóricos utilizados, sete participantes apontaram não utilizar e quatro não responderam à questão.

#### 4.2.1.3 Sobre as ações e tipos de acompanhamentos no CRAS

As ações socioassistenciais descritas com maior frequência pelas terapeutas ocupacionais no CRAS foram o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF<sup>52</sup> e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV<sup>53</sup>. As demais citadas abrangeram: atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, busca ativa, oficinas, encaminhamentos, ações comunitárias e territoriais, articulação entre as redes assistenciais e elaboração de registros e relatórios. Também foram apontados o trabalho de gestão do CRAS, a coordenação do SCFV e a coordenação da brinquedoteca da unidade. Além disso, uma terapeuta ocupacional mencionou realizar avaliação socioeconômica para concessão de benefício.

Das profissionais inseridas no CRAS, nove desenvolvem acompanhamentos apenas grupais, quatro realizam acompanhamentos grupais e familiares, três grupais e individuais, 13 fazem acompanhamentos individuais, grupais e familiares, cinco realizam atendimentos

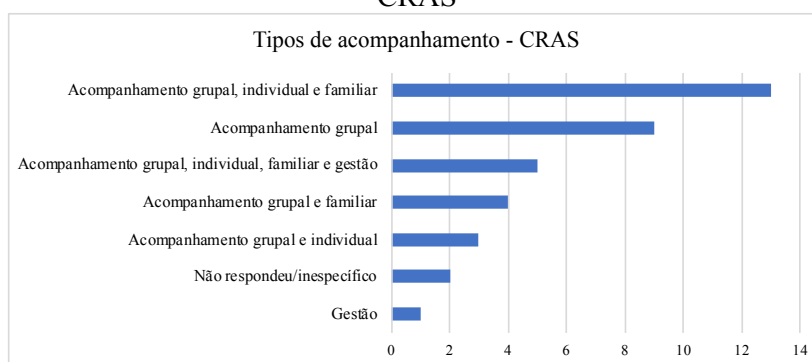
---

<sup>52</sup> De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais o PAIF “consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. O trabalho social do PAIF deve utilizar-se também de ações nas áreas culturais para o cumprimento de seus objetivos, de modo a ampliar universo informacional e proporcionar novas vivências às famílias usuárias do serviço. As ações do PAIF não devem possuir caráter terapêutico” (BRASIL, 2009a, p. 12; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016b).

<sup>53</sup> Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais o SCFV é um “serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social (BRASIL, 2009a, p. 16; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016b).

individuais, grupais, familiares e gestão e uma é responsável pela gestão da unidade. Uma terapeuta ocupacional descreveu que na unidade onde atua “*não permitem atendimento individual nem disponibilizam recursos*” e outra informou que “*os acompanhamentos não são específicos de terapia ocupacional, porém o conhecimento da terapia ocupacional é articulado ao acompanhamento realizado*”. Uma não respondeu sobre o tipo de acompanhamento que realiza na unidade.

Gráfico 2 –Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no CRAS



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.1.4 Sobre um dia típico de trabalho no CRAS

Em relação ao dia típico de trabalho no CRAS, duas das colaboradoras descreveram que não há padrão na rotina. Dentre as atividades que compõem o dia de trabalho, citadas pelas terapeutas ocupacionais, estão: planejamento de ações, preparação de materiais e espaço, acolhimentos, atendimentos individuais, familiares e grupais, visitas, busca ativa, registros, realização de grupos diversos e relativos ao SCFV, articulações/reuniões/discussões com a equipe, discussões de caso, triagem dos usuários para os programas socioassistenciais, ministrar palestras, realizar apoio e orientações para os educadores sociais, encaminhamentos e articulação com outros setores/secretarias.

#### 4.2.1.5 Sobre as atividades e recursos utilizados no CRAS

Dentre os exemplos de atividades e recursos utilizados cotidianamente pelas terapeutas ocupacionais em seu trabalho no CRAS foram descritos: dinâmicas, vivências, oficinas, apresentações dialogadas, grupos de atividades, de convivência, temáticos e focais, rodas de



conversa e palestras. Foram mencionadas atividades lúdicas, artesanais e expressivas<sup>54</sup>, jogos, brincadeiras, vídeos, filmes, músicas, dança, teatro, desenhos e histórias. Algumas das participantes (quatro) referiram realizar estimulação e atividades cognitivas e uma disse utilizar adaptações na casa dos usuários e orientações.

Foram citados alguns materiais empregados nas atividades como papel, bexiga, linhas, barbantes, cola, pedrarias, projetor de imagens e som (recursos audiovisuais). As profissionais apontaram exemplos de atividades realizadas: confecção de revista e programa de rádio com grupos de adolescentes, atividades artesanais como crochê, decoração de vidros e chinelos personalizados. Houve também a referência aos atendimentos, encaminhamentos e desenvolvimento de campanhas.

Quadro 6 – Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no CRAS

Atividades/recursos/materiais utilizados no CRAS		
Apresentações/ Palestras	Adaptações na casa	Barbante
Atividades cognitivas	Artesanato	Bexiga
Atividades expressivas	Bate-papo	Brinquedo
Atividades lúdicas	Cinema/filmes/vídeos	Chinelos
Atividades sociais	Confecção de revistas	Cola
Atividades socioculturais	Crochê	Documentos
Comemorações	Dança	Linha
Grupo	Desenho/escrita	Papel
Grupos socioeducativos	Dinâmicas	Pedrarias
Oficinas	Estimulação sensorial	Equipamento audiovisual
	Histórias	Vidros
	Jogos/ Brincadeiras	
	Mobilizações	
	Música	
	Orientações	
	Programas de rádio	
	Teatro	
	Vivências	

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.1.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no CRAS

Dentre as colaboradoras do estudo que atuam no CRAS, duas mencionaram que a terapia ocupacional não possui importância neste contexto de atuação, uma escreveu que não

<sup>54</sup> Atenta-se para a existência do debate, de estudos e de reflexões críticas na terapia ocupacional acerca da nomeação da atividade como recurso/estratégia e sobre a categorizações das atividades, como estão descritas no capítulo (por exemplo: atividades artísticas, expressivas, lúdicas etc.). Destaca-se que no texto a autora não teve pretensão de fazer escolhas ou posicionamentos teórico-práticos para o uso dos termos aqui empregados, buscando retratar as atividades de forma mais próxima possível do que foi descrito pelas colaboradoras. Justifica-se a não inserção deste debate na presente pesquisa para não se distanciar do enfoque voltado para as práticas profissionais na assistência social.

vê especificidade da área e outra descreveu como confuso o seu papel, justificando sua inserção recente na unidade. As demais vinculadas ao CRAS relataram que a atuação do terapeuta ocupacional é importante, descrevendo justificativas gerais sobre a sua especificidade.

De forma ampla, apontam a importância da terapia ocupacional contribuindo na *“operacionalização prática das ações, propondo atividades que sejam interessantes e baseadas na demanda”*, *“rupturas de cotidiano e vínculos familiares, valorizando a constituição de relações, implementando atividades que favoreçam o acesso dessa população que é tão castrada de favorecimento social e econômico”*, *“organização e/ou reorganização da vida cotidiana com atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, fortalecimento da função protetiva das famílias em situação de ameaça ou violação de direitos”* e *“autonomia e direitos dos usuários do SUAS”*.

Algumas buscaram descrever a importância do profissional, dadas as especificidades de sua atuação. Neste sentido, foi mencionada a sua percepção/olhar e atividade frente às demandas e do usuário, como nos exemplos: *“a terapia ocupacional através da atividade vê o usuário como um todo, sendo capaz de atuar através de atividades conceitos e vivências que capacita o indivíduo a ter resiliências às vulnerabilidades”*, *“o olhar terapêutico ocupacional no que se refere ao resgate da autonomia, independência, valorização e produção do sujeito”*, *“profissional com uma visão holística, promovendo processos que oportunizam, estimulam e incrementam a participação social de pessoas, grupos sociais e comunidades que experimentam impedimentos ou se confrontam com obstáculos para realizar atividades significativas para si e para seu meio social”* e *“olhares diferenciados visando o papel social e seus contextos”*.

Uma relatou o reconhecimento de sua atuação: *“importantíssima a atuação do profissional ser reconhecida pela gestão e pelos usuários, pois o grupo do CRAS hoje é frequentado semanalmente por cerca de 80 pessoas participando dos atendimentos em grupo”*.

Quadro 7– Seleção de relatos para ilustrar a atuação no CRAS

Objetivos	<i>“Prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio de desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania”</i>
Referenciais teóricos	<i>“Terapia ocupacional social, materiais da PNAS, resoluções e leis”</i>
Ações	<i>“Atendimentos individuais, grupais, familiar, visitas domiciliares, reuniões intersetoriais”</i>
Dia de trabalho	<i>“Cada dia é diferente de acordo com a agenda de trabalho. Tenho atendimentos individuais, visitas domiciliares, apoio e matriciamento de grupos e SCFV extra CRAS, grupos de idosos do SCFV, grupo de preparação mercado de trabalho, grupo de gestantes, orientação e apoio a educadores, estudos de caso com as assistentes sociais”</i>
Atividades/recursos/materiais	<i>“Dinâmicas e vivências, vídeos, músicas, acolhida, apresentações dialogadas, oficinas de artesanato, grupo de atividades, a depender da demanda e perfil dos grupos”</i>
Importância da terapia ocupacional	<i>“Promovendo processos que oportunizam, estimulam e incrementam a participação social de pessoas, grupos sociais e comunidades que experimentam impedimentos ou se confrontam com obstáculos para realizar atividades significativas para si e para seu meio social”</i>

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.2 Atuação das terapeutas ocupacionais no Centro de Convivência

Participaram do estudo, por meio do questionário *online*, 8 profissionais (3%) que atuam em Centros de Convivência. Todas são do gênero feminino. As unidades em que elas atuam atendem populações específicas, sendo quatro Centros de Convivência para idosos, dois para crianças e adolescentes, um para pessoas com deficiência visual e um para pessoas com diferentes deficiências (APAE).

Ressalta-se que os Centros de Convivência são unidades que desenvolvem os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e que, no SUAS, compõem a Proteção Social Básica.

##### 4.2.2.1 Sobre os objetivos no Centro de Convivência

As participantes que atuam nos Centros de Convivência relataram objetivos de trabalho bastante diversos entre si, possivelmente devido aos diferentes públicos atendidos.

Entre os relatos das terapeutas ocupacionais que atuam nos Centro de Convivência para Idosos, os objetivos permearam a promoção da convivência, socialização, do protagonismo, qualidade de vida, autonomia, independência e prevenção do declínio funcional. Nesses relatos estavam incluídas também questões concernentes à saúde deste público, como *“Realizar atividades que têm como objetivo a promoção de saúde, melhora da*

*qualidade de vida e socialização” e “Prevenção de declínio funcional, melhoria de aspectos motores e cognitivos e socialização”.*

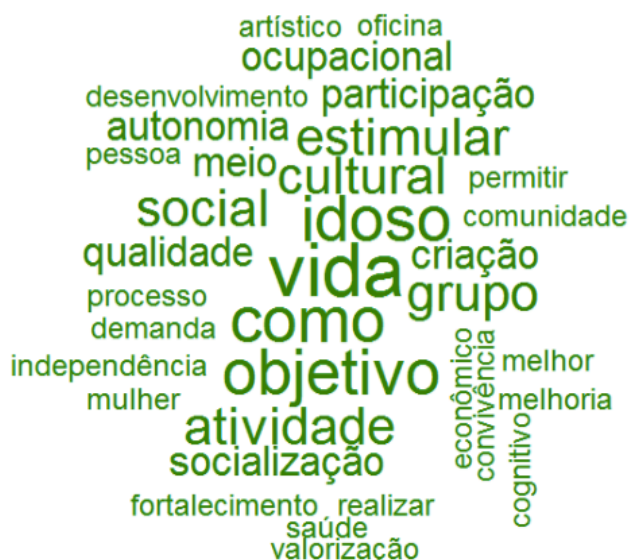
Os serviços que atendem crianças e adolescentes desenvolvem o SCFV e as profissionais em que nele atuam descreveram que, dentre seus objetivos, estão o fortalecimento dos vínculos, de autonomia, independência e criação de projetos de vida, como descrito no relato: *“fortalecimento do vínculo familiar; fortalecimento e criação de novas redes de apoio; acompanhar a criança e o adolescente em seu processo de desenvolvimento realizando intervenções de acordo com as demandas de cada idade; desenvolvimento da autonomia e independência; criação de projetos de vida; expressão dos sentimentos e emoções”.*

Uma participante respondeu sobre seus objetivos com a transcrição literal de trechos da resolução do COFFITO (número 383 de 2010) e outro de cartilha da ABRATO/ Metuia, de 2011 (ABRATO/Metuia, 2011).

Os objetivos citados pelas colaboradoras que atuam junto a pessoas com deficiências foram *“estimular a independência e autonomia dos usuários” e “sempre melhor qualidade de vida”.*

Para enfatizar e ilustrar algumas das palavras mais utilizadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no Centro de Convivência, apresenta-se a seguir a Figura 6.

Figura 6 - Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no Centro de Convivência



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.2.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no Centro de Convivência

Em síntese, foram apresentados pelas participantes os seguintes referenciais utilizados para embasar suas práticas: PNAS, Tipificação dos Serviços Socioassistenciais e conteúdos do SCFV e “*Prática centrada no cliente - modelo COPE – pessoa-ambiente-ocupação*”. Três não especificaram o material, dizendo que usam livros e artigos publicados na área e buscas na *internet*.

Uma das profissionais trouxe referências bibliográficas de documentos ministeriais, livros e artigos que utiliza para fundamentar sua prática. Dentre os materiais citados estão: AOTA -Associação Americana de Terapia Ocupacional, infere-se que se trata do documento Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínios e processos (AOTA, 2015), Cartilha da ABRATO sobre terapia ocupacional na assistência social, artigos sobre terapia ocupacional social e brinquedoteca, livro sobre terapia ocupacional (Flávia Liberman, Rosemary Hagedorn) e documentos ministeriais (PNAS, Tipificação dos Serviços Socioassistenciais).

#### 4.2.2.3 Sobre as ações e tipos de acompanhamento no Centro de Convivência

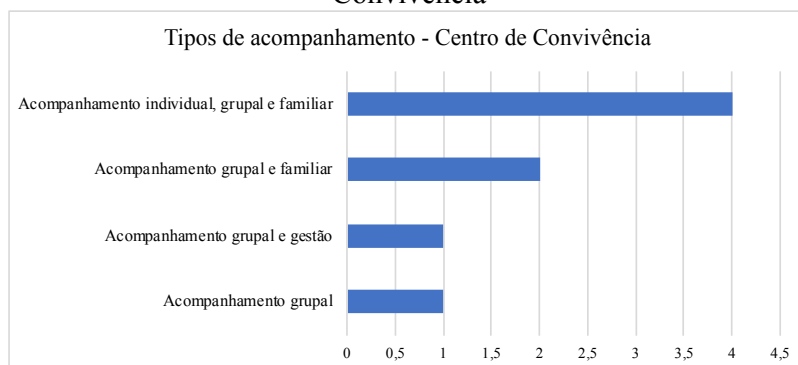
As ações das terapeutas ocupacionais nos Centros de Convivência para idosos se voltaram para acompanhamentos de grupos, oficinas, atividades de socialização (como passeios), atividades físicas e cognitivas.

Dentre as ações nos SCFV para crianças e adolescentes, foram citadas atividades grupais e *tecnologias de mediação sócio-ocupacional em grupos*. Foram exemplificados “*grupos de convivência, oficina de jogos cooperativos, grupos de sensibilização (terapia socioassistencial), roda de conversa e troca de experiências, atendimento às famílias e encaminhamento de demandas específicas e acompanhamento das mesmas*”. Uma colaboradora mencionou que participa da rede municipal de proteção à criança e ao adolescente.

As terapeutas ocupacionais que atuam nos Centros de Convivência para pessoas com deficiência apontaram que suas ações estão relacionadas a “*orientações, análise das atividades*” e “*fortalecimento de vínculos, estimulação da independência e autonomia dos usuários em seu cotidiano*”. Foram também explicitadas ações para organização ou reorganização da vida cotidiana, orientação dos direitos e deveres, orientação sobre as Atividades de Vida Diária (AVDs) e ações voltadas ao “*fortalecimento da função protetiva dos usuários que se encontram em situação de violação de seus direitos*”.

Os tipos de ações mais frequentes nessas unidades são acompanhamentos grupais junto aos familiares e individuais, conforme apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Tipos de acompanhamento desenvolvidos pelas profissionais no Centro de Convivência



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.2.4 Sobre um dia típico de trabalho no Centro de Convivência

As rotinas dos serviços são diversificadas e foram detalhadas por algumas das participantes. A programação das atividades varia de acordo com os dias da semana e os públicos acompanhados. De forma geral, os dias de trabalho nos Centros de Convivência incluem planejamento, oficinas, grupos, cursos e registro das atividades.

Ilustra-se com a descrição de uma das colaboradoras que atua em uma unidade para idosos, sobre um dia típico de trabalho: *“Todos os dias os frequentadores chegam por volta das 8 horas e ficam nas mesas conversando. De segunda-feira tem curso de crochê e de quinta, o curso de pintura em guardanapo (só participa dos cursos quem tem interesse na atividade oferecida). Às 9:30 é servido o café da manhã e às 10:30 tem uma atividade física (alongamento, massagem, zumba). Às 11:00 eles voltam para casa. De terça a tarde tem o grupo da memória, onde trabalho com atividades para exercitar a mente e de quinta à tarde tem a oficina de artesanato, onde fabricamos coisas para expor em feiras nos finais de ano. Tem uma horta neste espaço, onde 3 idosos trabalham voluntariamente e as verduras colhidas são doadas para os frequentadores. Realizamos passeios mensais para cidades próximas (...)”*.

#### 4.2.2.5 Sobre as atividades e recursos utilizados no Centro de Convivência

Nos Centros de Convivência destinados a idosos foram descritas atividades socioeducativas, artesanais, “gerontomotricidade”, “dança sênior”, “jogos cognitivos”, passeios, “cozinha terapêutica e atividades comemorativas”. Foi mencionada também a utilização de materiais como textos, músicas e recursos audiovisuais para realizar.

Nos serviços que recebem crianças e adolescentes são utilizadas, nos acompanhamentos grupais, atividades expressivas, artísticas e corporais, rodas de conversa e brincadeiras. Foram mencionadas atividades como “oficina do brincar - exploração espontânea de jogos, brincadeiras e do espaço brinquedoteca”, “oficina de jogos cooperativos - vivências grupais com cooperação em prol de um objetivo comum - sem competição - foco na convivência e fortalecimento de vínculos”.

Nas unidades para pessoas com deficiência foram mencionados pelas terapeutas ocupacionais: treino de AVD, estimulação sensorial, treino de assinatura, horta e oficina de ritmos e de relaxamento.

Quadro 8 - Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no Centro de Convivência

Atividades/ recursos/materiais no Centro de Convivência		
Atividades artesanais	Brincadeiras	Horta
Atividades artísticas	Dança Sênior	Notebook
Atividades de vida diária	Estimulação cognitiva	Textos
Atividades de vida prática	Jogos	
Atividades expressivas e corporais	Música/ Ritmos	
Atividades físicas	Passeios	
Atividades socioeducativas	Relaxamento	
Comemorações	Rodas de conversa	
Grupos	Treino de assinatura	
Oficinas	"Cozinha terapêutica"	
	"Gerontomotricidade"	

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.2.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no Centro de Convivência

Todas as colaboradoras que trabalham nos Centros de Convivência consideram a atuação do profissional importante na unidade. Segundo fragmentos dos relatos, o terapeuta ocupacional é um técnico que considera amplamente as áreas e contextos de vida dos sujeitos. Ainda, buscando justificar a sua importância nas equipes da unidade, foram relatadas as possibilidades de trabalho, como no trecho: “importância de poder trabalhar com o usuário o reconhecimento de seus direitos e deveres, apoiar a elaboração e desenvolvimento de projetos de vida, buscar a autonomia individual e familiar; incentivar o sujeito a buscar

*meios de desenvolvimento pessoal, meios de se tornarem protagonistas de suas vidas; ampliar o acesso às redes sociais de apoio; promover a cidadania”.*

**Quadro 9 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no Centro de Convivência**

Objetivos	<i>“Fortalecimento do vínculo familiar; fortalecimento e criação de novas redes de apoio; acompanhar a criança e o adolescente em seu processo de desenvolvimento realizando intervenções de acordo com as demandas de cada idade; desenvolvimento da autonomia e independência; criação de projetos de vida; expressão dos sentimentos e emoções”</i>
Referenciais teóricos	<i>“Sim, artigos científicos de publicações na área”</i>
Ações	<i>“Atividades grupais como tecnologias de mediação sócio-ocupacional, auxílio a assistente social do CRAS na reunião do PAIF e participo da rede municipal de proteção da criança e do adolescente”</i>
Dia de trabalho	<i>“Chego as 9h - Realizo 3 oficinas de 45 minutos - todas as crianças participam rodiziando em subgrupos de acordo com a faixa etária - grupo de 6 a 8 anos / de 9 a 11 anos e de 12 a 15 anos - enquanto eu atendo um grupo existem outras duas oficinas acontecendo com os educadores do projeto. Ao final das oficinas auxílio na rotina de almoço (organizando o servir do almoço) e a saída das crianças - 12h. Das 12h às 13h realizo planejamento, organização e registro das atividades desenvolvidas. As 13h entrada das crianças que participam do projeto no período da tarde - das 13h as 14h auxílio a equipe na acolhida e servir almoço, das 14h as 15h realizo uma oficina com máximo de 15 participantes, alternando os grupos. Saio as 15h”</i>
Atividades/recursos/materiais	<i>“Atividades expressivas e corporais, rodas de conversa, atividades artísticas, brincadeiras”</i>
Importância da terapia ocupacional	<i>“A terapia ocupacional trouxe à instituição e à equipe uma ampliação da visão e compreensão do contexto X comportamento; um melhor entendimento acerca do desenvolvimento de habilidades sociais”</i>

Fonte: Elaboração própria.

#### **4.2.3 Atuação das terapeutas ocupacionais no CREAS**

Os CREAS são as unidades de referência para a Proteção Social Especial de Média Complexidade. Das colaboradoras do estudo, 22 trabalham em CREAS (9%), sendo 3 do gênero masculino e 19 feminino. Destaca-se que entre as participantes há duas particularidades em relação aos trabalhos que realizam: três atuam em serviços de referência da assistência social para idosos, sendo inserido aqui junto ao CREAS por se tratar de Serviços de Proteção Social Especial, de média complexidade, para pessoas com deficiência, idosos e suas famílias; e duas são terapeutas ocupacionais que atuam em de medidas socioeducativas e liberdade assistida, vinculados ao CREAS.

Além desses, também foi considerado o conteúdo das respostas de uma profissional que atua em mais de uma unidade socioassistencial (e por isso não computada no número de terapeutas ocupacionais no CREAS, n=22).



#### 4.2.3.1 Sobre os objetivos no CREAS

Em síntese, os objetivos relatados pelas terapeutas ocupacionais que atuam no CREAS estavam associados a: superar e/ou diminuir situações de violação de direitos; fortalecer vínculos e a capacidade protetiva da família; proporcionar desenvolvimento da autonomia e interrupção do ciclo de violência com acesso ao sistema de garantia de direitos; promover cidadania, autonomia, empoderamento, inclusão e participação social; superar barreiras para ampliação das redes sociais e comunitárias e possibilitar a ampliação das redes pessoais e sociais da família. Além desses, foram mencionados: *“fortalecer a capacidade protetiva dos responsáveis pela criança e o adolescente, promover a emancipação e a cidadania”*; *“desenvolver ou aprimorar a capacidade de autoproteção da criança/adolescente vítima de violência”*; *“munir a equipe técnica com dados sobre o processo de atendimento do usuário a fim de avaliar, traçar estratégias para encaminhamento do trabalho transdisciplinar”* e *“favorecer a produção de projetos de vida, propondo e desenvolvendo atividades que ampliam e fortaleçam redes sociais”*.

Foram observados objetivos mais específicos sobre as práticas das terapeutas ocupacionais que atuam em medidas socioeducativas e em liberdade assistida no CREAS. Os descritos por estas profissionais estavam relacionados a: proporcionar o cumprimento das medidas socioeducativas *“da melhor forma possível”*; *“evitar reincidências nas práticas de atos infracionais”*; *“acompanhar o cumprimento de medida socioeducativa dos adolescentes em liberdade assistida e prestação de serviço a comunidade”* e *“apresentar ao adolescente outras oportunidades para uma mudança de vida”*.

Diferencia-se dos demais o objetivo de uma unidade que atende especificamente idosos em situação de violência, sendo *“melhora de autonomia e independência nas atividades de vida diária e retirar o idoso do isolamento social, ampliação de rede de suporte, fortalecimento de vínculo familiar, promoção de independência e autonomia, promoção de qualidade de vida e inclusão social”*.

Ilustra-se, com a Figura 7, as palavras usadas com mais frequência para se referir aos seus objetivos no CREAS.

Figura 7 - Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no CREAS



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.3.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no CREAS

Das profissionais que atuam no CREAS, cinco afirmaram não utilizar referenciais teóricos para embasar suas práticas. As demais terapeutas ocupacionais citaram amplamente regulamentações no âmbito dos estatutos, políticas e leis, dentre elas, LOAS, PNAS, Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, documentos referentes ao Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, Estatuto da Criança e adolescente – ECA, Estatuto do Idoso, Estatuto da Pessoa com Deficiência, Guias de orientações técnicas do CREAS e dos serviços da Proteção Social Especial.

Foram apontados os usos de áreas, modelos e abordagens, tais como: Modelo da Ocupação Humana, Terapia Ocupacional Ecosocial (Salvador Simó Algado), Abordagem Canadense de Prática Centrada no Cliente e teorias/fundamentos do desenvolvimento humano, neurologia e saúde mental.

Além desses, alguns autores foram mencionados, a saber: Denise Dias Barros, Maria Isabel Garcez Ghirardi, Roseli Esquerdo Lopes, Ana Paula Serrata Malfitano, Sandra Maria Galheigo, Maria Daniela Macedo, Samira Lima da Costa, Potyara Pereira, Marilda Yamamoto, Roberto Tikanori, Paulo Freire e Robert Castel.

Foi relatado também o uso da cartilha ABRATO/Metuia, de 2011 (ABRATO/Metuia, 2011)., artigos desenvolvidos pelo Projeto Metuia e capacitações recebidas pela Secretaria Municipal local.

#### 4.2.3.3 Sobre as ações e tipos de atendimento no CREAS

Compilando as ações assinaladas pelas terapeutas ocupacionais no CREAS, apresentam-se: atendimentos individuais, grupais e familiares; visitas domiciliares e institucionais; ações de acompanhamento nos territórios; elaboração de relatórios técnicos; participação em reuniões e audiências; estudos/discussão de caso, orientação e encaminhamentos; articulação com a rede socioassistencial e intersetorial; referência e contra referência. Também foram apresentadas como ações: escuta, acolhimento, diagnóstico e estudo socioeconômico familiar; desenvolvimento do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar, desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; acesso à documentação pessoal; apoio à família em sua função protetiva; mobilização de família extensa ou ampliada e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio.

Observou-se, entre a descrição das ações, alguns relatos que destacam os objetivos e estratégias das profissionais nos serviços, como no trecho: *“ações para promoção de participação social; ações de fortalecimento de vínculo familiar e papel protetivo da família e ações para superação da violação de direitos”*.

Apenas uma citou o PAEFI<sup>55</sup>/ CREAS e duas terapeutas ocupacionais relataram ações de *“acompanhamento dos adolescentes em medidas socioeducativa e liberdade assistida”*. Outra citou a coordenação da unidade e o *“referenciamento dos serviços de Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidades, representação da PSE em grupos de trabalho”*.

Dentre as ações desenvolvidas nas unidades que recebem idosos, foram destacadas: *“contribuir em processos de organização e reorganização das atividades cotidianas dos idosos / cuidador e pessoas com deficiência”*; *“treino de Atividade de Vida Diária (AVD), Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD), adaptações, atividades junto ao idoso e/ou pessoa com deficiência com vistas a possibilidades de autonomia, resgate dos papéis ocupacionais, atividades com familiares visando a reflexão acerca dos processos de violação, atividades com intuito de diminuir a sobrecarga de cuidadores, atividades que atuem como instrumento de valorização das capacidades e potencialidades dos indivíduos, atividade externa de lazer, atividades para fortalecimento de vínculo familiar e diminuição/superação*

---

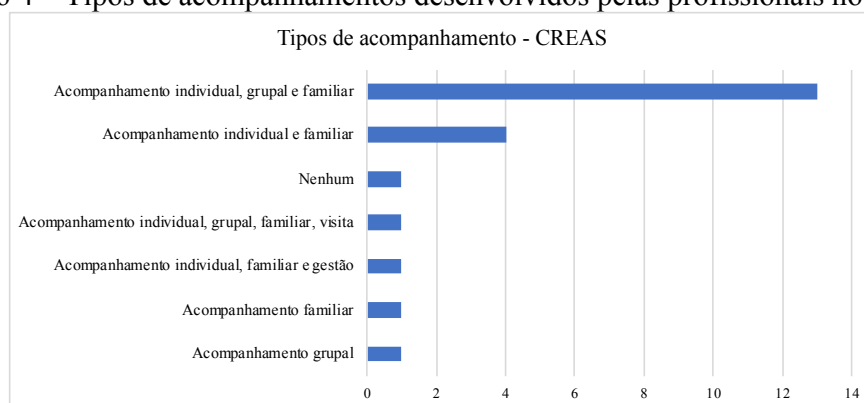
<sup>55</sup> Serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social (BRASIL, 2011g).

das violações” e “orientação de adaptações, orientação e encaminhamentos para dispensação tecnologias assistivas (cadeira de rodas, órteses, auxiliares de marcha)”.

Evidencia-se ainda o relato de uma colaboradora destacando que não poderia realizar ações específicas de terapia ocupacional, pois a equipe socioassistencial entendia que “*todos deveriam atuar como técnicos sociais e não usar seus conhecimentos específicos de formação*”. Outra terapeuta ocupacional referiu que não há distinção entre as suas ações e as ações de outros profissionais da mesma unidade, denotando também o caráter interdisciplinar das práticas nos CRAS.

Sobre os tipos de acompanhamento, identificou-se que a maior parte realiza o acompanhamento tanto individual, quanto grupal e familiar, conforme apresentado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no CREAS



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.3.4 Sobre um dia típico de trabalho no CREAS

Entre as atividades que compõem o dia típico das profissionais estão: acolhimentos, atendimentos individuais, familiares, grupais e domiciliares, visitas institucionais, discussão de caso em equipe, evolução em prontuário, elaboração de relatórios, preenchimento do Plano Individual de Atendimento (PIA), atendimentos de demandas telefônicas, buscas ativas, articulação no território e com redes, atendimento e retornos aos encaminhamentos do Conselho tutelar e Ministério Público, reuniões de equipe (uma vez na semana), discussão de casos com equipes de redes socioassistenciais e intersetoriais (como setor judiciário e conselho tutelar).

Verifica-se particularidades na rotina de trabalho dos serviços que atendem especificamente a população idosa. Um exemplo da rotina nestas unidades é verificado no trecho de uma das colaboradoras: *“acolhimento dos idosos às 7:00, café da manhã dos idosos das 8:00 às 9:00 (higiene manual pré e higiene bucal pós); oficina/atividades grupais (atividade corporal, atividades cognitivas, roda de conversa) e/ou atendimento ou visita domiciliares das 9:00 às 11:30; almoço para os idosos das 11:30 às 12:00 (higiene manual pré e higiene bucal pós); descanso para os idosos das 12:00 às 14:00”*.

#### 4.2.3.5 Sobre as atividades e recursos utilizados no CREAS

Dentre as atividades e recursos descritos, foram mencionados: orientações, oficinas, grupos, *“materiais de desenho e escrita, pintura, jogos, quadro branco”*.

As profissionais que atuam com medidas socioeducativas e liberdade assistida citaram: *“grupos de atividades e atendimentos individuais na liberdade assistida com orientações norteadas pelo SINASE”*; *“Grupos de adolescentes (trabalhando temas de seu interesse e seu protagonismo) e atendimento individual que consiste num bate papo para sabermos como anda a vida escolar e/ou frequência no curso”* e *“trabalho da rede, que oferece locais para o adolescente cumprir sua medida socioeducativa”*.

Foram apontados ainda recursos e atividades voltados aos serviços específicos para idosos e pessoas com deficiências, vinculados ao CREAS: *“atividades corporais (alongamentos, treino de marcha e equilíbrio, coordenação motora, lateralidade, dança), atividades cognitivas (jogo da memória, jogo de qual é a música, jogos de tabuleiros, filmes; atividades manuais (recorte, pintura, colagem)”*; *“Roda de Conversa”*; *“festas em datas comemorativas, passeios em parques, museu, teatro, dinâmicas, filmes, músicas”*.

Uma colaboradora respondeu com a sigla CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) e duas não responderam à questão.

Quadro 10 - Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no CREAS

Atividades/recursos/materiais utilizados no CREAS		
Adaptação do ambiente	Bate papo	Jogo de tabuleiro
Atividade de vida diária (treino)	Construção de cartilhas	Molde vazado
Atividade de vida Prática	Culinária	Quadro branco
Atividades cognitivas	Desenho/escrita	
Atividades de expressão corporal	Dinâmicas	
Atividades lúdicas	Filmes	
Atividades sociorecreativas	Jogos	
Comemorações	Músicas	
Encaminhamentos	Passeios	
Grupos	Pintura	
Grupos terapêuticos	Recorte, pintura, colagem	
Oficinas	Relaxamentos	
Palestras	Roda de conversa	
Reunião familiar	Tecnologia assistiva	

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.3.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no CREAS

Os relatos sobre a importância da atuação profissional no CREAS apontam para a compreensão particular do terapeuta ocupacional sobre as problemáticas sociais e seus desdobramentos, por exemplo: *“o terapeuta ocupacional é o único profissional da equipe que consegue compreender de forma integral e integrada como as ocupações cotidianas dos usuários são afetadas pelas situações de vulnerabilidade social e/ou violações de direitos. E a partir dessa leitura propor estratégias de engajamento focadas nos sujeitos/coletivos em seus contextos sociais, econômico e culturais”*; *“o terapeuta ocupacional tem uma visão muito ampla do ser humano, o que contribui muito na atuação na Assistência Social”* e o terapeuta ocupacional considera especificidades *“locais e regionais, do território e das necessidades dos usuários, com a finalidade de aprimorar e qualificar os serviços socioassistenciais”*.

Em contrapartida, duas não identificam especificidades em suas práticas, como exemplificado em um dos relatos: *“ainda não descobri a especificidade da terapeuta ocupacional no CREAS, entretanto, vejo que dentre os profissionais, o TO tem uma formação mais fortalecida para intervenções grupais, as quais são priorizadas como forma de intervenção na Assistência Social”*. Por fim, uma participante comenta sobre os poucos materiais teóricos que fundamentam a prática, explicitando: *“tenho procurado por bibliografias nessa área de atuação e infelizmente é bem escassa e então procuro improvisar sempre”*.

Quadro 11 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no CREAS

Objetivos	<i>“Acompanhar famílias em situação de fragilidade de vínculos em que um ou mais indivíduos estejam em situação de violação de direitos ou risco pessoal e social. Fortalecer a capacidade protetiva dos responsáveis pela criança e o adolescente, promover a emancipação e a cidadania. Desenvolver ou aprimorar a capacidade de autoproteção da criança/adolescente vítima de violência”</i>
Referenciais teóricos	<i>“PNAS, Tipificação Socioassistencial, LOAS, Guias de orientações técnicas do CREAS e dos serviços da PSE”</i>
Ações	<i>“Acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupo familiar, grupo de adolescente, visita domiciliar, discussões de caso com a rede, elaboração de relatórios, evoluções em prontuários, discussões de caso em equipe, articulações para encaminhamentos para a saúde, projetos de contra turno, cursos”</i>
Dia de trabalho	<i>“A partir de encaminhamento de outros serviços ou denúncia é realizada visita domiciliar interdisciplinar de aproximação com a realidade familiar. Nessa visita é colhida a história desta família e a situação atual da mesma. Independente de haver ou não situação de violação de direitos, são feitas orientações sobre as situações encontradas para ajudar a família a refletir sobre as diferenças geracionais e facilitar convívio familiar e social. O objetivo do serviço é explicado e deixado o contato para que a família procure atendimento caso sinta esta necessidade. O caso é discutido em equipe para que, caso necessário, seja traçado um plano de atendimento. A visita é registrada em prontuário. Caso necessário, outros serviços são contatados para melhor compreensão do caso, e para traçar estratégias em conjunto, dentro da necessidade exposta pela família”</i>
Atividades/recursos/materiais	<i>“Atividades que não demandam muito recurso, pois é escasso. Atividades e/ou dinâmicas: reflexivas, AVDs e AIVDs, expressão corporal”</i>
Importância da terapia ocupacional	<i>“Compõe a equipe com especificidades de conhecimento sobre o fazer humano contribuindo significativamente para construir estratégias de atuação nas demandas da política de assistência”</i>

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.4 Atuação das terapeutas ocupacionais no Centro Pop

Como mencionado anteriormente, obteve-se o retorno de 9 questionários (4%) referentes a profissionais que atuam em Centros Pop. Destes, apenas um é do gênero masculino. Os Centros Pop, no âmbito da rede de equipamentos socioassistenciais, são unidades para a Proteção Social Especial de Média Complexidade voltados a uma população específica (Pessoas em Situação de Rua).

##### 4.2.4.1 Sobre os objetivos no Centro Pop

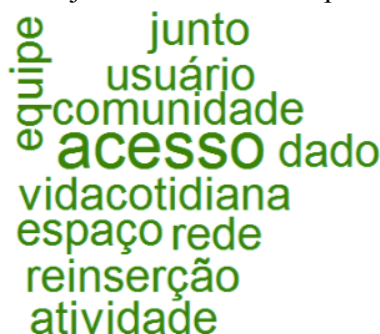
Em relação às participantes que atuam no Centro Pop, algumas referiram objetivos voltados à potencialização dos sujeitos que atendem, fortalecimento de vínculos, acesso aos direitos e participação social, como por exemplo: *“proporcionar um ambiente acolhedor criando nas oficinas e grupos um espaço de troca de informações, lazer, expressão individual e grupal. Reconstrução de sentido e valorização de potencialidades, orientações sobre serviços da rede de apoio, estímulo na elaboração do projeto de vida e organização da vida cotidiana”* e *“compor com a equipe ações de fortalecimento de vínculos familiares, com a*

*rede ou com a comunidade; acesso a direitos e participação social; ampliar o repertório ocupacional e construir possibilidades junto com os usuários de acesso a diferentes dimensões da vida cotidiana (acesso ao cuidado à saúde, trabalho, cultura, educação) etc”.*

Outras sintetizaram seus objetivos em expressões como “*reestruturação pessoal*” e “*inserção ou reinserção na comunidade, reinserção em atividade produtiva*”.

Ilustra-se a seguir, a partir da Figura 8, as palavras usadas com mais frequência quando se referiram aos seus objetivos de trabalho.

Figura 8 - Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no Centro Pop



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.4.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no Centro Pop

Com relação aos referenciais teóricos, duas profissionais citaram materiais normativos, como caderno de orientações técnicas e legislação concernente à PNAS, sendo que uma delas mencionou que utiliza especificamente “*referenciais da terapia ocupacional no campo social. Em âmbito mais gerais, autores e referenciais que discutem a questão social, a questão da vida na rua, a assistência social, etc*”.

Uma das participantes apontou o uso de “*trilhas associativas*”<sup>56</sup>. Três disseram não utilizar referenciais para embasar a prática, duas não responderam e uma respondeu utilizar referências de outra área de atuação, com a característica de atuar em duas unidades socioassistenciais e, nesta questão, ter apontado referências que utiliza em um Centro Dia.

<sup>56</sup> Técnica para a realização de análise de atividades partilhada com o sujeito alvo em terapia ocupacional (BENETTON; MARCOLINO, 2013).

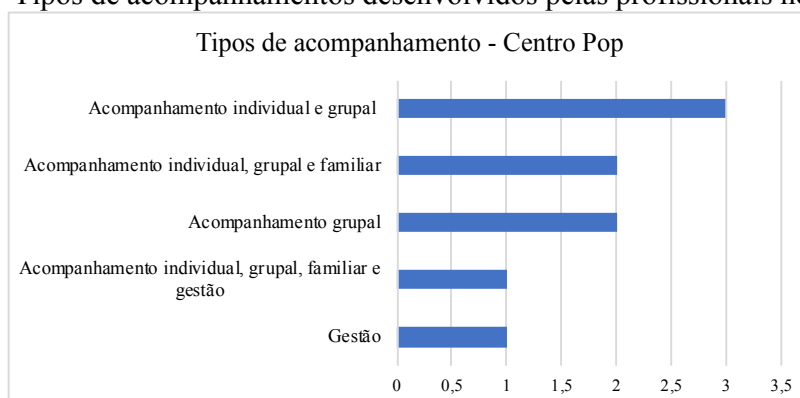


#### 4.2.4.3 Sobre as ações e tipos de acompanhamento do Centro Pop

Em síntese, as ações citadas foram: acolhimento, atendimento individualizado, articulações com a rede socioassistencial e intersetorial na perspectiva de acesso a direitos, oficinas e grupos socioeducativos, atendimento familiar, visita domiciliar (à família ou rede social de suporte do usuário); reuniões de discussão de caso com a rede socioassistencial e intersetorial e planejamento de ações. Foram também citados exemplos de ações como: “atendimento individual, grupal, passeio terapêutico”; “oficina de memória, grupos e oficinas socioeducativas”, “oficinas socioeducativas e motivacionais, grupos específicos para população de rua. Palestras com temas sempre visando a superação e saída das ruas dos usuários” e “atividades de coordenação motora e cognitiva”. Apenas uma mencionou a realização de funções de gestão.

Ainda, na análise dos questionários, observou-se a predominância de acompanhamentos tanto individuais quanto grupais na mesma unidade, conforme apresentado no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no Centro Pop



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.4.4 Sobre um dia típico de trabalho no Centro Pop

Compilando os elementos descritos pelas terapeutas ocupacionais sobre um dia típico de trabalho, enfatiza-se o relato de dias dinâmicos, sem rotinas. De forma geral, as atividades citadas que compõem a rotina dessas profissionais são: acolhimento, atendimento individualizado (acompanhamento), grupos, oficinas, discussões temáticas, encaminhamentos e contatos com as redes, preenchimento de prontuários e elaboração de relatório e discussão de casos.

Uma das participantes menciona que as ações no Centro Pop devem considerar as características da clientela e serviço, o que demanda criatividade, dinamicidade, tomada de decisões rápidas e bom relacionamento com a equipe. De acordo com ela, é necessário *“acreditar na sua terapêutica e no seu trabalho, mas acima de tudo devido ser um trabalho público, sempre estamos à mercê das mudanças nas Políticas Públicas. E isso penso que enfraquece muito os serviços, deixando o profissional bastante desestimulado”*.

#### 4.2.4.5 Sobre as atividades e os recursos utilizados no Centro Pop

Os exemplos de atividades realizadas pelas colaboradoras incluíram a referência a atividades artísticas, lúdicas e artesanais, com a utilização de diferentes recursos. A exemplo destes relatos: *“recursos artísticos, artesanais, expressivos, passeios, festas; fotografia, teatro, filmes, leitura e produção de textos, vídeos, etc”*; *“produção de artesanatos com reciclados, letra de músicas, filmes, revistas, caça-palavras, 7 erros, stop, pintura, jogo da memória, UNO, dinâmicas, procura e listagem da validade de alimentos com embalagens, atividades sensoriais com objetos e alimentos, atividades manuais com palito, jornal e outros materiais”* e *“atividades expressivas, escolhidas de acordo com o desejo do indivíduo e dos materiais disponíveis, como papeis, lápis, tintas, violão, barbantes, miçangas e outros”*.

Segundo a colaboradora que atua na gestão, *“as atividades desenvolvidas na chefia são atividades relacionadas à integração da equipe de trabalhadores”*.

Quadro 12 - Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no Centro Pop

<b>Atividades/recursos/materiais utilizados no Centro Pop</b>		
Atividades artesanais	Discussões	Barbantes
Atividades artísticas	Festas	Jornais
Atividades expressivas	Filme/Cinema	Lápis
Grupos	Fotografia	Miçangas
Oficinas socioeducativas e motivacionais	Integração da equipe	Palitos
	Jogos	Papéis
	Leitura	Revistas
	Palestras	Tintas
	Passeios	Violão
	Pintura	
	Produção de textos	
	Produção de vídeo	
	Teatro	

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.4.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no Centro Pop

Embora duas participantes da pesquisa não tenham respondido esta questão, todas as demais salientam a importância do terapeuta ocupacional nesta unidade. As respostas relacionam tal relevância a elementos como: os recursos utilizados pela categoria, a dimensão das ações e a formação que possibilita maior trânsito interdisciplinar.

Foram citadas também as características dinâmicas e criativas das profissionais e, por duas, foi mencionado o “*olhar biopsicossocial*” do terapeuta ocupacional como um diferencial, exemplificado na seguinte resposta: “*A terapia ocupacional poderá proporcionar, além das orientações com seu olhar biopsicossocial, momentos em que os usuários poderão se sentir capazes de fazer e compartilhar algo, evidenciando e descobrindo potencialidades, sendo através desse trabalho aos poucos resgatado e desenvolvido junto aos assistidos, estratégia, valores, e discernimento sobre cuidados com seu bem estar e vivência em sociedade*”.

Quadro 13 – Seleção de relatos para ilustrar atuação no Centro Pop

Objetivos	<i>“Proporcionar um ambiente acolhedor, criando nas oficinas e grupos um espaço de troca de informações, lazer, expressão individual e grupal. Reconstrução de sentido e valorização de potencialidades, orientações sobre serviços da rede de apoio, estímulo na elaboração do projeto de vida e organização da vida cotidiana”</i>
Referenciais teóricos	<i>“Os materiais (normativas, cadernos de orientações técnicas, legislação) concernentes ao SUAS/PNAS. E, especificamente, referenciais da terapia ocupacional no campo social. Em âmbito mais gerais, autores e referenciais que discutem a questão social, a questão da vida na rua, a assistência social, etc”</i>
Ações	<i>“Acolhimento, atendimento individualizado na perspectiva de acompanhamento dos casos, encaminhamento para a rede socioassistencial e intersetorial na perspectiva de acesso a direitos, oficinas e grupos socioeducativos, atendimento familiar, visita domiciliar (à família ou rede social de suporte do usuário); reuniões de discussão de caso com a rede socioassistencial e intersetorial, planejamento de ações”</i>
Dia de trabalho	<i>“Não há dia típico no Centro Pop, pois o fluxo e rotatividade dos usuários são intensos. Mas no dias de atividade coletiva (oficina/grupo) previamente estabelecidos: faço acolhimento e atendimento individualizado (acompanhamento), contato com a rede e encaminhamento, se houver demanda; preenchimento de prontuários, realização da oficina, discussão de casos e elaboração de relatórios, se houver demanda (mas como a rotatividade é grande normalmente não há dia específico para tal), etc”</i>
Atividades/recursos/materiais	<i>“Atividades expressivas, escolhidas de acordo com o desejo do indivíduo e dos materiais disponíveis, como papeis, lápis, tintas, violão, barbantes, miçangas e outros”</i>
Importância da terapia ocupacional	<i>“a capacidade de planejar e executar ações, individuais, coletivas, grupais, utilizando-se de recursos intermediadores e facilitadores da abordagem de temáticas próprias do serviço junto à população, facilitando o acesso e a participação da mesma (a maioria dos profissionais com quem trabalho ou já trabalhei tem muita dificuldade em planejar e executar oficinas, grupos ou pensar para além do atendimento individualizado); a preocupação com aspectos da participação social, do acesso aos espaços públicos, da (re)organização da vida cotidiana (ou, minimamente, do reconhecimento e da tentativa de problematização disso junto ao usuário), contemplando dimensões que, normalmente, a equipe pouco problematiza (pensar o trabalho, a cultura, a educação), etc. E, especialmente no Centro Pop, vejo que a formação interdisciplinar do terapeuta</i>

	<i>ocupacional e a minha formação em saúde mental favorece compreender alguns contextos e facilita o diálogo com a rede, tendo a clareza de que essa dimensão não é do escopo da Assistência Social”</i>
--	--

Fonte: Elaboração própria.

#### **4.2.5 Atuação das terapeutas ocupacionais no Centro Dia**

O Centro Dia compõe a rede de serviços da Proteção Social Especial de média complexidade. As participantes do estudo que se vinculavam a equipamentos de Centro Dia totalizaram 110 terapeutas ocupacionais (45%). No entanto, vale destacar que, dentre elas, 22 mencionaram diretamente atuar em Centros Dia (para idosos e para pessoas com deficiência) e as demais descreveram o nome da unidade a qual se vinculam. Dentre elas, 53 atuam em APAEs (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), 12 trabalham em Centros de Reabilitação, 5 atuam em ONGs em áreas variadas, 3 em Sociedade Pestalozzi, 5 em equipamentos para pessoas com autismo, 5 em instituições para pessoas com deficiência visual, 2 em Centro para geração de renda, 2 em instituições não especificadas e uma que trabalha em hospital (desconsiderada desta análise).

Ressalta-se que nos dados do Censo SUAS, instituições intersetoriais como as APAEs estão cadastradas como Centros Dia e por isso foram alocadas nesta unidade na descrição dos dados do estudo, embora algumas ainda estejam em processo de implementação do serviço socioassistencial. Sendo assim, entende-se que, mesmo com vínculo na assistência social, há uma parcela que não se reconhece nesta área de atuação.

##### **4.2.5.1 Sobre os objetivos no Centro Dia**

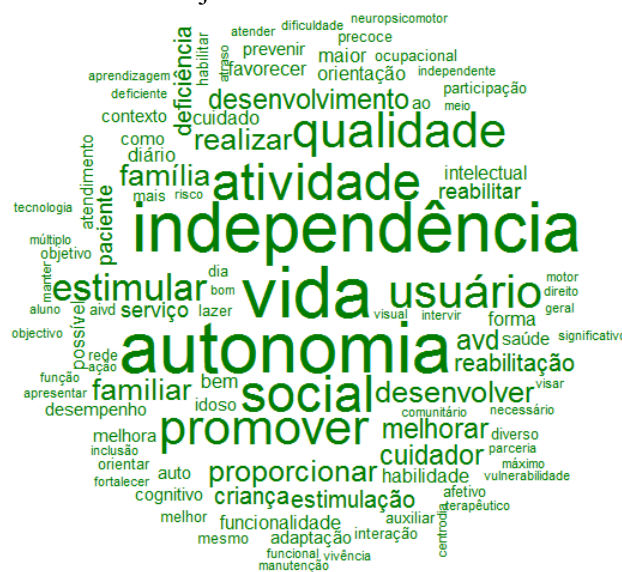
As terapeutas ocupacionais que trabalham em Centros Dia reportaram que seus objetivos permeiam o favorecimento da autonomia, da independência, do convívio comunitário e da cidadania. Alguns relatos os exemplificam relacionados à proteção social dos usuários, a partir de descrições como: *“identificar situações de vulnerabilidade, prevenindo a ruptura [social] e promovendo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, bem como a função protetiva por meio de espaços coletivos de escuta e troca de vivências”*; *“apoiar e fortalecer as famílias no seu papel protetivo, prestar apoio e orientações aos cuidadores familiares alertando para a importância dos autocuidados, identificar novas redes de apoio ao cuidador familiar, diminuir o isolamento social, desenvolver e promover autonomia e independência”* e *“desenvolver a autonomia e a*

*participação social da pessoa com deficiência intelectual e sua família, garantir e defender os direitos dessas pessoas”.*

Dentre os objetivos mencionados de forma mais frequente pelas participantes que atuavam nas unidades não nomeadas como Centro Dia (na resposta do questionário) estão promoção da qualidade de vida, autonomia, independência e participação social dos usuários e suas famílias. Um trecho elucidado os conteúdos: *“Habilitar e reabilitar pessoas cuja a capacidade de desempenho das habilidades essenciais à sua adaptação ao mundo (trabalho, lazer, autocuidado e aprendizagem), estiver comprometida por distúrbio do desenvolvimento motor/cognitivo/de envelhecimento e afetivo”.*

Na Figura 9, apresentada a seguir, são ilustradas as palavras mais frequentes que utilizaram para descrever seus objetivos.

Figura 9 - Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos no Centro Dia



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.5.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática no Centro Dia

Os referenciais teóricos citados pelas profissionais para embasar as práticas nos Centros Dia foram: *“Método Terapia Ocupacional Dinâmica e Prática Centrada no Cliente”*; *“Modelo da Ocupação Humana”*, *“Modelo de Atuação Biopsicossocial”* *“Técnicas da Análise do Comportamento Aplicada e de Integração Sensorial - Jean Ayres”*, *“Tratado de Gerontologia”*, *“Escala de San Martin”*, *“orientação da Federação Estadual das APAES”*,

Documento da AOTA, artigos e livros (não especificados). Foram também citadas as autoras “Noomi Katz, Roseli Esquerdo Lopes e Ana Paula Serrata Malfitano” e “Silvane Penka”.

As que atuam em unidades não referenciadas como Centro Dia citaram: “Jean Ayres”, “Domínios e processos da TO”, “Minayo, Papalia”, “Adalberto Romualdo Pereira - Atividades para Estimulação Cognitiva”, “Terapia Ocupacional - Pedretti, Lorraine Williams”, “Terapia Ocupacional na Reabilitação Física - Erika Teixeira”, “Terapia Ocupacional - Alessandra Cavalcanti”, “Humanismo”, “Willard e Spackman”, “Prática Centrada no Cliente, Modelo da Ocupação Humana, Modelo Lúdico”, “Denver, método dinâmico, reabilitação física, teach”, “Jô Benetton”, “Modelo biomecânico, cognitivo-comportamental e integração sensorial”, “Terapia Ocupacional - Teoria e Prática, Controle Motor: Teorias e Aplicações Práticas”, “Gesel, Guia Washington, Brunnet Lezine”, “MIF e o Knox”, “Integração Sensorial e Conceito Bobath”, “Pedia Suit, Terapia com Bandagens”, “Reabilitação Psicossocial, Biomecânica, Psicomotricidade”, “Cognitivo-Comportamental”, “ABA”, “Ocupacional Funcional”, “Abordagens Grupais - Maria Luisa Ballarin; Abordagens lúdicas, cognitivas”, “Terapia Ocupacional Dinâmica com técnicas de reorganização neuromuscular”, “Escala de Desenvolvimento, Modelo Ecológico, Self Healing”, “Abordagem Canadense”, “Guia Portage, Desenvolvimento Integral da Pessoa com Deficiência Visual, Roman Lantz (deficiência visual cortical)”, entre outros. Algumas autoras também foram citadas, tais como Sandra Maria Galheigo, Denise Dias Barros, Roseli Esquerdo e Alessandra Cavalcanti.

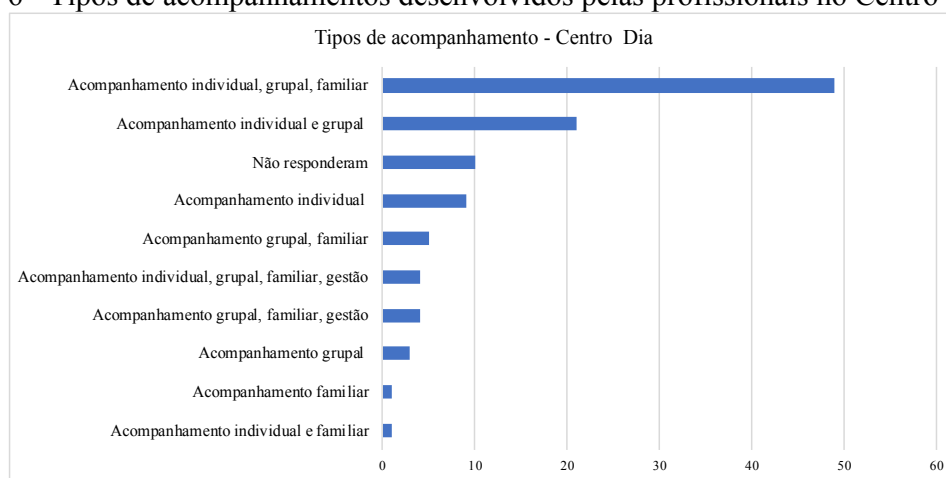
#### 4.2.5.3 Sobre as ações e tipos de atendimento no Centro Dia

As descrições sobre as ações desenvolvidas nos Centros Dia passaram por: avaliação das necessidades dos usuários, acompanhamentos individuais, grupais e familiares, oficinas, grupos, reuniões e orientações com cuidadores e orientadores sociais, articulação com rede de serviços e encaminhamentos e visitas domiciliares. Segundo uma das participantes, é inicialmente “realizada a avaliação dos casos referenciados pelo CREAS junto com equipe técnica para elegibilidade, atendimento individual e grupal dos usuários, orientações, acolhida e escuta das famílias, elaboração do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento; orientação e supervisão das cuidadoras institucionais no manejo dos usuários e na condução das oficinas no dia a dia, nas atividades da vida diária, quando se trabalha autocuidado, alimentação e higiene, principalmente. Participação em reuniões com serviço da rede de saúde representado por Centros de Saúde e saúde mental, CAPS, entre outras”.

Nas demais unidades as ações elencadas foram, em síntese: avaliação, atendimentos individuais, oficinas, grupo/reunião de orientações com familiares, adaptações de materiais, confecções de órteses, encaminhamentos/prescrição de cadeira de rodas, visita domiciliar, reunião de estudos de caso, registros (evolução e relatórios), entre outros. Para uma das profissionais não são claras as ações e descreveu “*Estou tentando descobrir*”.

Os tipos de acompanhamento mais frequentemente realizados nos Centros Dia são o acompanhamento individual, grupal e o familiar, conforme explicitado no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais no Centro Dia.



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.5.4 Sobre um dia típico de trabalho no Centro Dia

De acordo com as descrições das participantes do estudo, um dia típico de trabalho no Centro Dia envolve atividades como: avaliações e reavaliações, acompanhamentos individuais, oficinas, grupos, visitas domiciliares, orientação/contato com familiares, capacitações, reuniões de equipe, encaminhamentos, registro dos atendimentos/ações e relatórios.

Nas unidades não referenciadas diretamente como Centros Dia, algumas das atividades típicas de um dia de trabalho mencionadas foram: acompanhamentos individuais e grupais, oficinas, orientações familiares, reuniões de equipe, registros em prontuários e relatórios entre outros. No dia típico dessas instituições foram frequentes os relatos de atendimentos com agenda de horários pré-estabelecidos, como em: “*Há uma agenda fixa a ser seguida com atendimentos individuais e grupais. Atendimentos individuais (30 min),*

*grupais (50 min a 1h), no final do turno de trabalho há um tempo de 30 minutos para evolução do dia”.*

#### 4.2.5.5 Sobre as atividades e recursos utilizados pelas profissionais no Centro Dia

Dentre as atividades e recursos citados com mais frequência pelas terapeutas ocupacionais que atuam nos Centros Dia estão artesanato, tecnologia assistiva, passeios e acompanhamento das AVDs. Foram apontados exemplos, realizados juntamente com os cuidadores: *“Roda de conversa, leituras e contação de histórias, filmes e vídeos que estimulem a reflexão e a troca de ideias, atividades de musicalização, canto, atividades expressivas e de lazer, dinâmicas e jogos de raciocínio (memória, atenção e associação), AVD e AIVD, dinâmicas e jogos de estimulação motora e coordenação, baseados em atividades cotidianas do usuário, com estímulo à mobilidade e ao desempenho funcional nas AVD e AIVD, atividades corporais que estimulem o desenvolvimento da criatividade, expressão corporal e interação social, organização e participação em eventos de dias comemorativos, tais como: dia nacional de luta das pessoas com deficiência, festa junina, natal, páscoa, dia das mães, dia dos pais, passeios culturais, entre outros”.*

Nas demais instituições, entre as atividades e recursos mais citados estão: treino de AVD, *“recursos para desenvolvimento motor, jogos cognitivos, tecnologias assistivas”* e *“atividades motoras e cognitivas com utilizando o recurso do brincar e suas ferramentas como diversos brinquedos e materiais como rolo, bola, estabilizador”.*



Quadro 14 - Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam no Centro Dia

Atividades/recursos/materiais utilizados no Centro Dia		
Atividade de vida prática	Alongamento	Areia
Atividades motoras	Arteterapia	Bambolê
Atividades artesanais	Confecção de bijuterias	Bolas
Atividades artesanais	Confecção de órteses	Brinquedos
Atividades cognitivas	Costura	Colchonete
Atividades de vida diária	Culinária	Glicerina
Atividades educativas	Dinâmicas	Jogos De Tabuleiro
Atividades lúdicas	Dramatização	Linha
Atividades sensoriais	Estimulação sensorial	Massa De Modelar
Atividades sociais	Filmes/Cinema	Material Reciclável
Grupos	Horticultura	MDF <sup>57</sup>
Oficina de geração de renda	Jogos	Pano De Prato
Oficinas	Leitura de histórias	Papel
Orientações	Música	Pendrive
	Passeio	Revistas
	Pinturas	Tapetes
	Psicomotricidade	Tecido
	Recorte e Colagem	Tela
	Roda de Conversa	Tinta
	Tecnologia Assistiva	

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.5.6 Sobre a importância da terapia ocupacional no Centro Dia

As colaboradoras que atuam em Centros Dia entendem, de forma geral, que o terapeuta ocupacional é um profissional importante em suas unidades, através de descrições de habilidades no manejo de “um conjunto diversificado de estratégias de intervenção face às demandas identificadas nos serviços, incluindo especialmente o trabalho no território, na realidade local”; “um olhar para o contexto social das etapas do fazer e leitura de rotina e hábitos do indivíduo” e “considerando que a formação do Terapeuta Ocupacional agrega diferentes áreas de conhecimento”.

Nas demais unidades, a importância da terapia ocupacional também foi ressaltada através de relatos como: “olhar do indivíduo como um todo e conseguir atingir a raiz do problema que, muitas vezes, vem de forma mais física”, “promover um olhar sistêmico para as questões relacionadas à cidadania e vida na comunidade e atuações sociais”, “Pelo atendimento ser individual a aproximação e vínculo com o paciente nos auxilia a compreender suas dificuldades do ambiente em que se vive” e “É a atuação amorosa para com os pacientes”. Dentre estes profissionais, duas afirmaram não saber descrever a

<sup>57</sup> Medium Density Fiberboard, termo em inglês que significa placa de fibra de média densidade. MDF é uma sigla internacional e constitui-se um material oriundo da madeira, fabricado com resinas sintéticas. Disponível em: <https://www.significados.com.br/mdf/>. Acesso em 02 de janeiro de 2019.

importância da terapia ocupacional na unidade em que trabalham. Além disso, uma afirmou que ainda está em busca dessa informação e outro acredita que o terapeuta ocupacional não possui relevância em seu local de trabalho.

Quadro 15 – Seleção de relatos para ilustrar a atuação no Centro Dia

Objetivos	<i>“Oferta de cuidados básicos nas atividades da vida diária, apoiar e fortalecer as famílias no seu papel protetivo, prestar apoio e orientações aos cuidadores familiares alertando para a importância dos autocuidados, identificar novas redes de apoio ao cuidador familiar, diminuir o isolamento social, desenvolver e promover autonomia e independência”</i>
Referenciais teóricos	<i>“Não há referencial teórico que descreva a atuação da terapia ocupacional no SUAS com usuários com deficiência intelectual/múltipla. Sempre leio livros de terapeutas ocupacionais de outras APAES ou da Silvane Penkal ou resoluções próprias da assistência social. Isso embasa a minha prática. Não sigo um referencial teórico específico”</i>
Ações	<i>“Identificar, junto à equipe técnica multidisciplinar as habilidades, capacidades e necessidades de suportes para a autonomia e inclusão do usuário; Orientar os profissionais cuidadores sociais do Centro Dia na realização de atividades de manejo com o usuário, voltadas à manutenção da higiene, alimentação e participação social; Orientar e apoiar os cuidadores sociais e facilitadores sociais no planejamento e execução das atividades desenvolvidas que visam à socialização e participação dos usuários do serviço; Orientar os cuidadores familiares, realizando visitas domiciliares e encontros; Estabelecer prioridades de atuação junto à equipe técnica multidisciplinar, definindo metodologias e técnicas de trabalho interdisciplinar – protocolos e instrumentos de trabalho; Estabelecer processo de acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções propostas pela equipe multidisciplinar; Interagir com os serviços do SUAS e SUS – coordenações e equipes – visando o atendimento amplo de cuidado; Elaborar relatórios e planos de intervenção, trazendo contribuições a partir de sua especificidade profissional. Realizar Estudo de Caso junto à equipe técnica multidisciplinar do serviço e das unidades da rede assistencial e de saúde”</i>
Dia de trabalho	<i>“Acompanho o grupo no café da manhã, na oficina de banho, atendimento dos grupos nas oficinas com cuidadoras, atendimento individual quando necessário”</i>
Atividades/recursos/materiais	<i>“Atividades artesanais, pintura, jogos educativos, costura, bijuterias, cinema, leitura de história, dramatização, música, AVDs, uma vez que a maioria dos usuários são dependentes nestas atividades”</i>
Importância da TO	<i>“Considerando que a formação do Terapeuta Ocupacional agrega diferentes áreas de conhecimento como: Saúde, Saúde Mental, Filosofia, Atividades Humanas de Relacionamento, de Ocupações, Sociologia a contribuição é inerente nesta área”</i>

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.6 Atuação das terapeutas ocupacionais na Unidade de Acolhimento

Participaram do estudo, respondendo ao questionário, 56 terapeutas ocupacionais (23%) que atuavam em unidades de acolhimento no país. Dentre estas, 54 são do gênero feminino e 2 do masculino.

As unidades de acolhimento compõem a Proteção Social Especial de alta complexidade e apresentam particularidades em relação ao público que atende. Nos dados provenientes dos questionários, obteve-se as seguintes informações: Casa de

acolhimento/abrigo para crianças e adolescentes (4), Casa abrigo para mulheres (1), Casa abrigo para pessoas em situação de rua e Casa de Passagem (4), Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (24), Residências Inclusivas (18), Unidades de Integração Socioeducativa (2), Instituição para pessoas com deficiência intelectual (1), locais inespecíficos (2). Em virtude da variedade de unidades, as descrições das respostas foram realizadas de forma mais genérica, com base no objetivo dos equipamentos dentro da rede socioassistencial.

Ressalta-se que, embora tenha sido apontada a atuação em Unidade de Acolhimento, foi identificado que uma das participantes trabalha em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) infantil e, por não se tratar de um serviço vinculado ao SUAS, as respostas presentes em seu questionário não foram incluídas neste trabalho.

#### 4.2.6.1 Sobre os objetivos na Unidade de Acolhimento

Segundo o relato das terapeutas ocupacionais que atuam nas Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI), seus objetivos se relacionam, de modo geral, à promoção de autonomia, independência, manutenção e/ou aumento da funcionalidade (considerando os aspectos motores, cognitivos e sensoriais), promoção de bem-estar, conforto, qualidade de vida, buscando minimizar aspectos negativos da institucionalização. De forma geral, as profissionais descrevem neste item que desenvolvem estimulação das funções cognitivas, motoras, de socialização e de expressão pessoal, buscam mantê-los mais ativos e menos ociosos, treinam AVD e favorecimento de autoestima. Uma aponta o objetivo de *“manutenção e desenvolvimento de aspectos relacionados ao envelhecimento. Promoção de saúde e prevenção de agravos nas doenças. Aproximação da comunidade no trabalho realizado na instituição”*.

Os objetivos descritos pelas profissionais que atuam em Residências Inclusivas direcionavam-se a: promover a inserção e reinserção das pessoas acolhidas na comunidade, protagonismo, participação social, autonomia, independência, ampliação da rede de suporte e fortalecimento de vínculos. Ilustra-se de forma complementar a resposta de uma das participantes: *“ampliar o senso de pertencimento e autoconhecimento, melhorar a autoestima e participação coletiva, conduzir atividades de vida diária e instrumentais de maneira a promover a autonomia, fortalecer laços comunitários e familiares”*.

Sobre os equipamentos voltados para pessoas em situação de rua (Casa de Passagem), os objetivos mencionados foram de inserção e reinserção dos usuários na comunidade. Para as colaboradoras, são eles: *“reinsere o indivíduo na sociedade”, “inserção dos usuários na comunidade” e “direcionar os usuários para alcançarem autonomia e independência numa vida fora das ruas. Para isso, é necessário começar do autocuidado e ir até o controle financeiro”*. Uma que atua com esta população não respondeu.

Nas Unidades de Acolhimento para crianças e adolescentes, uma das terapeutas ocupacionais atua na coordenação da instituição (com objetivos de *“atribuições gerais da coordenação”*) e outra não deu uma resposta à questão. As demais atribuíram os objetivos à promoção do desenvolvimento das crianças e estabelecimento de rotinas de apoio nas questões de saúde, por exemplo: *“Fornecer suporte ao estabelecimento de rotinas diárias que delimitem o ritmo de funcionamento do serviço, bem como apoiar no gerenciamento de saúde das crianças e adolescentes” e “Promover o desenvolvimento global das crianças em todas as áreas de sua vida, interação social, escolar e desafios em suas vidas”*.

O objetivo mencionado pela terapeuta ocupacional que atua na instituição para pessoas com deficiência intelectual é de *“reabilitação, tornando-os o mais independentes possível”*.

No abrigo para mulheres, os objetivos relatados foram: *“empoderamento e fortalecimento da mulher para romper com a situação de violência doméstica vivenciada; específico: reconhecer, identificar e refletir com as mulheres, suas possibilidades socio-ocupacionais no sentido da superação e de projetos de vida (ocupações significativas)”*.

Sobre os objetivos nas Unidades de Integração Socioeducativa foi citado apenas por uma das profissionais *“organização da rotina institucional”* e a outra não respondeu.

Apresenta-se a seguir, de forma geral para todas as Unidades de Acolhimento, as palavras utilizadas com maior frequência pelas terapeutas ocupacionais para se referir aos seus objetivos (Figura 10).

Figura 10 – Palavras mais frequentes usadas pelas terapeutas ocupacionais para descrever seus objetivos na Unidade de Acolhimento



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.6.2 Sobre os referenciais teóricos que informam a prática na Unidade de Acolhimento

Os referenciais teóricos citados pelas profissionais para embasar suas práticas, nas unidades que recebem idosos, foram: Cartilha Terapia Ocupacional na Assistência Social (SUAS) (CHAGAS et al., 2015)<sup>58</sup>, manuais de geriatria e gerontologia, artigos científicos, livros e revistas (inespecíficos), Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, Modelo Centrado no Cliente, Abordagem Psicossocial, “Abordagem Humanista e Abordagem Paliativista” e “conceitos de Jô Benetton a respeito das dinâmicas de grupo de atividades e atividade grupal”. Destas, seis contam não utilizar referenciais teóricos e uma diz que não utiliza nenhum em específico.

Em relação às Residências Inclusivas, foram mencionados: “Reabilitação Psicossocial”, “psicanalítico”, “referenciais teórico-metodológicos que norteiam as práticas da Terapia Ocupacional em Saúde Mental”, “Recovery”, “Rui Chamone Jorge”, “documento da ABRATO sobre a terapia ocupacional no SUAS”, “atividade de vida humana”, “Cadernos de terapia ocupacional” (Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional), Orientações técnicas ministeriais, “Políticas públicas do SUAS”, “Lei Brasileira da Inclusão (LBI)”, “internet” e utilização das vivências para se embasar (“me embaso nas próprias vivências como terapeuta ocupacional”).

<sup>58</sup> Cartilha publicada pelo CREFITO 2, em atualização ao documento produzido pela ABRATO/Metuia em 2011.

Apenas duas participantes que atuam em equipamentos para pessoas em situação de rua responderam à questão sobre referencial teórico, apontando: “*artigos sobre a atuação do terapeuta ocupacional no SUAS*” e “*psicanálise*”.

Nas Unidades de Acolhimento para crianças e adolescentes nenhuma profissional apontou utilizar referencial teórico específico. Uma justificou: “*utilizo artigos científicos que descrevam práticas de terapia ocupacional no contexto do acolhimento institucional, porém ainda considero poucos. Não adoto um referencial teórico específico*”.

Das duas que atuam em Unidades de Integração Socioeducativa, uma apontou utilizar a “*terapia ocupacional social*” como referencial que embasa suas práticas e outra não respondeu a esta questão.

No abrigo para mulheres foi relatado o uso de “*materiais do SUAS*” e “*terapia ocupacional social*”, além de “*livros sobre grupos na TO e materiais sobre violência contra a mulher*”.

Em relação à instituição para pessoas com deficiência intelectual, a terapeuta ocupacional escreveu que não utiliza referenciais específicos, “*pois a prática depende de cada caso, que são os mais variados possíveis*”.

#### 4.2.6.3 Sobre as ações na Unidade de Acolhimento

Entre as ações desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais nas ILPIs e detalhadas nos questionários estão: avaliações, desenvolvimento de planos de trabalho, acompanhamentos individuais e grupais, oficinas, orientação de idosos e cuidadores, reuniões de equipe, adequações ambientais e de cadeiras de roda. As profissionais mencionaram o desenvolvimento de trabalhos manuais, ações socializadoras, oficinas terapêuticas, grupos com enfoques cognitivos (estimular as funções cognitivas - memória, raciocínio, atenção, orientação, concentração), físicos e culturais, alongamentos, entre outros.

Um fragmento da resposta de uma das terapeutas ocupacionais ilustra algumas das ações citadas: “*Promovo atividades sociais, culturais, de convivência, expressivas, corporais e de lazer significativas aos idosos, possibilitando a expressão, identificação e compartilhamento de necessidades individuais e coletivas; mobilizo recursos para a atenção aos idosos quanto às necessidades individuais e coletivas relativas à comunicação, expressão e elaboração de conflitos entre os moradores, favorecendo convívio e relações interpessoais e sociais satisfatórias; identifico necessidades inerentes e específicas ao processo de*

*envelhecimento biopsicossocial, favorecendo uso de capacidades bem como redução e ajustes às limitações e restrições na participação em atividades na ILPI; desenvolvo atividades que favoreçam a autonomia e a independência em atividades básicas e instrumentais da vida diária do idoso e avalio a indicação e acompanho o acesso a equipamentos de auto ajuda em caso de dificuldades para a prática de atividades básicas e instrumentais da vida diária”.*

As ações das terapeutas ocupacionais nas Residências Inclusivas, segundo os relatos, abrangem: elaboração de Plano Individual de Atendimento e Plano de Organização do Cotidiano, oficinas, grupos, visitas domiciliares e institucionais, articulação com serviços da rede de serviços socioassistenciais e intersetoriais, estudos e discussão de casos, capacitação e supervisão técnica dos cuidadores. Além disso, foi citado “*acompanhamento dos usuários aos serviços de saúde, educação, profissionalização e outros, quando necessário, a fim de ampliar sua rede de suporte e participação efetiva na comunidade; organização das informações dos residentes e família; construção conjunta com usuário na organização do cotidiano, no desenvolvimento das adaptações e tecnologia assistiva, com vistas à melhoria da qualidade de vida e inclusão social*”. Uma profissional explicitou também alguns exemplos de atividades realizadas por ela na unidade: “*oficinas culinárias, oficinas de AVD, horta, projetos temáticos (assistenciais), atividades de socialização, grupos, gincanas e treinamentos de educadoras*”.

Nas unidades que acolhem pessoas em situação de rua, as ações descritas contemplaram: acolhimento, avaliação, acompanhamentos individuais e grupais, encaminhamentos, reuniões. Foi mencionado um grupo de “*empregabilidade e reinserção social*”. Uma das participantes relatou que realiza, junto a estratégias e objetivos: “*avaliar, criar e reorganizar as rotinas dos usuários, diminuindo fatores de risco para a saída das ruas e aumentando fatores de proteção; Elaborar atividades terapêuticas individuais e grupais, que vão desde autocuidado até controle financeiro, visando aquisição de autonomia; Treinar hábitos para a construção de um cotidiano saudável; Promover o convívio social e Estimular vínculos afetivos e emocionais no grupo (...)*”.

Nos abrigos para crianças e adolescentes, as ações narradas envolveram: acompanhamento individualizado, organização das rotinas diárias em parceria com as crianças e adolescentes, organização de educação permanente para a equipe, mediação de conflitos, orientação dos cuidadores sociais, das famílias de origem e de famílias candidatas à adoção, organização dos atendimentos de saúde e da educação, preparação da criança/adolescente para o desligamento institucional. Apresenta-se um dos relatos para

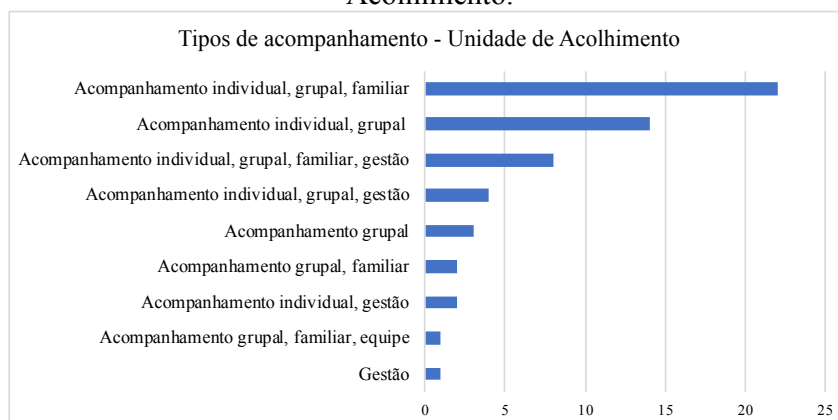
ilustrar as ações neste local: *“Organização de rotinas diárias em parceria com crianças e educadores; gerenciamento de rotinas de saúde; acompanhamento individualizado de crianças e adolescentes com vistas à reinserção familiar; promoção e estimulação ao desenvolvimento infantil; preparação da criança/adolescente para o desligamento institucional”*.

Sobre as ações profissionais nas Unidades de Integração Socioeducativa, os relatos foram *“organização da rotina institucional; participação em estudos de caso; acompanhamento do adolescente no desenvolvimento das atividades da instituição; elaboração de relatórios”* e *“projetos”*.

Na Unidade de Acolhimento para mulheres foram mencionadas atividades individuais e em grupo e no equipamento destinado a pessoas com deficiência intelectual foi descrito *“atendimento individual ou em grupo, oficinas, palestras, reabilitação, socialização, etc.”*

De forma geral, na totalidade das Unidades de Acolhimento, o tipo de acompanhamento mais frequente foi o acompanhamento individual junto ao grupal e familiar, conforme descrito no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Tipos de acompanhamentos desenvolvidos pelas profissionais na Unidade de Acolhimento.



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.6.4 Sobre um dia típico de trabalho na Unidade de Acolhimento

De acordo com as descrições das colaboradoras que atuam nas ILPIs, o dia típico de trabalho compreende atividades como: grupos, oficinas, acompanhamentos e orientações individuais e familiares, relatórios, reuniões, orientações para cuidadores, visitas domiciliares, acompanhamento de refeições, supervisão do uso de adaptações e órteses.



O dia de trabalho nas Residências Inclusivas, segundo os relatos, abrangem: leitura de registros dos principais acontecimentos na residência, supervisão com cuidadores, verificação dos medicamentos e contatos com serviços/articulação com redes socioassistenciais e intersetoriais, acompanhamento em atendimentos externos, acompanhamento das AVDs (refeições, higiene pessoal, entre outros) organização de atividades externas, acompanhamento em compras pessoais, passeios, acompanhamento de atividades de limpeza do local, atendimentos individuais, grupos e oficinas.

Nos questionários respondidos pelas terapeutas ocupacionais que trabalham nas Unidades de Acolhimento para pessoas em situação de rua, o dia de trabalho inclui: acolhimento, atendimentos individuais e em grupo, orientação aos cuidadores e oficineiros, reunião de equipe e registros das ações.

Na Unidade de Acolhimento para crianças e adolescentes, o dia de trabalho abrange: verificar registro dos cuidadores, realizar contato com as instituições de ensino, organizar medicações, desenvolvimento de tarefas burocráticas relativas à organização da casa, atendimentos individuais e grupais, mediação de conflitos, acompanhamento das AVDs e discussão de casos.

Na Unidade de Integração Socioeducativa, o dia de trabalho inclui a realização de *“questões de ordem organizacional a respeito das diferentes atividades da unidade, atendimento aos adolescentes que ingressam e contato com rede de atendimento externa”*.

O dia de trabalho relatado pela terapeuta ocupacional que atua na Unidade de Acolhimento para mulheres envolve atendimentos individuais, grupais e registro dos atendimentos.

Na unidade para pessoas com deficiência intelectual também ocorrem *“atendimentos individuais ou grupais dependendo da demanda e necessidade do dia”*.

#### 4.2.6.5 Sobre as atividades e recursos utilizados na Unidade de Acolhimento

As terapeutas ocupacionais que trabalham em ILPI explicitaram as atividades e recursos utilizados e foram descritos atendimentos individuais, grupos e oficinas abordando atividades manuais, físicas, cognitivas, intergeracionais, expressivas, recreativas, de autocuidado e socializantes. Utilizam em suas práticas: música, artes/artesanatos, hortas, passeios, filmes, rodas de conversa, comemorações, jogos, equipamentos eletrônicos (inclusão digital), culinária, entre outros.

Dentre as atividades e recursos citados pelas que atuam em Residência Inclusiva estão: “*atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária*”, expressivas/lúdicas, recreativas, socioculturais, profissionalizantes, psicopedagógicas, externas (passeios, consultas, compras, entre outras). Relatam também “*grupos de cognição, psicomotricidade fina e grossa, estimulação sensorial (...)*”; “*treino de trajeto, mediação de conflito, saídas em grupo, saídas individuais, matriciamento de cuidadores, contato e mediação com família e outros vínculos, inserção no mercado de trabalho*”; “*organização de objetos pessoais, ambientação dos quartos, atividades de produção utilitária, expressivas, de lazer e de inclusão escolar e social, através de passeios, idas a restaurantes, teatros, viagens, atividades de pintura, pátina, costura, patchcolagem, etc*”.

Em relação às Unidades de Acolhimento para pessoas em situação de rua, foram referidas: oficinas e grupos com atividades artesanais, expressivas e de empregabilidade; utilização de materiais que favorecem a *expressão de sentimentos, autoestima, perspectiva de vida, melhora da convivência*”, utilização de palestras, vídeos, música, grupos de reflexão e “*atividades externas como passeios, projetos de inclusão social e aumento da visibilidade do público em situação de rua, busca de parcerias com empresas e instituições*”.

Nas Unidades de Acolhimento para crianças e adolescentes, as participantes mencionaram a utilização de recursos tecnológicos, brincar livre, atividades culturais e de lazer, tecnologia assistiva, AVD e autocuidado. Uma especificou que em sua prática junto aos adolescentes predomina o diálogo como recurso.

Nas Unidades de Integração Socioeducativa foi mencionado “*atendimentos individuais, contatos com rede de atendimento*”.

A profissional que atua na Unidade de Acolhimento para mulheres relatou os grupos que acontecem na instituição, citando: “*grupo de vivências lúdicas com as mulheres e seus filhos*”; “*grupo para as mulheres com recursos expressivos, plásticos, corporais*” e “*grupo exclusivo com as crianças com atividades lúdicas*”.

A terapeuta ocupacional que atua na unidade que acolhe pessoas com deficiências intelectuais, descreveu “*atividades individuais e grupais, treino de AVD's e AIVD's, reabilitação, etc*”.

Quadro 16 - Quadro-síntese sobre as atividades/recursos/materiais apresentados pelas profissionais que atuam na Unidade de Acolhimento

<b>Atividades/recursos/materiais utilizados na Unidade de Acolhimento</b>		
Atividade física	Brincar	Agulha
Atividades artesanais	Caminhadas	Bola
Atividades de vida diária	Compras	Caderno/Diário
Atividades de vida prática	Culinária	Fantasia
Atividades expressivas	Cultivo De Jardim E Ervas	Fotos
Atividades externas (saídas)	Diálogo	Jogos
Atividades lúdicas	Estimulação Sensorial	Lápis De Cor
Atividades profissionalizantes	Estimulação Cognitiva	Lona
Atividades psicopedagógicas	Festas/Eventos	Pedra
Atividades recreativas	Horta Terapêutica	Pneu
Atividades socioculturais	Inclusão Digital	Quadro De Atividade
Encaminhamentos	Jogos	Tear
Escuta	Mediação De Conflito	Tinta
Grupos	Músicas	
Grupos de cognição	Musicoterapia	
Grupos de reflexão	Passeios	
Grupos de socialização	Recursos Expressivos, Plásticos e Corporais	
Matriciamento dos cuidadores	Tecnologia Assistiva	
Oficinas	Treino De Trajeto	
Palestra	Vídeos	
Reuniões	Vivências Lúdicas	

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.6.6 Sobre a importância da terapia ocupacional na Unidade de Acolhimento

De forma geral, na totalidade das Unidades de Acolhimento, a importância da terapia ocupacional foi destacada por 47 profissionais (as demais não responderam à questão). As colaboradoras expuseram as suas perspectivas sobre a relevância do papel profissional nas unidades e mencionaram que o terapeuta ocupacional se destaca por: atentar-se as potencialidades dos usuários, favorecendo o despertar de potencialidades e interesses; pela busca em ter uma perspectiva humanizada junto às pessoas que acompanha para que não as limite em diagnósticos, classificações ou condições; por possuir um amplas possibilidades de atuação que possibilita transitar por vários contextos e identificar diferentes demandas; por romper com as perspectivas tutelares e de dependência dos usuários, entre outras.

Quadro 17 – Seleção de relatos para ilustrar atuação na Unidade de Acolhimento

Objetivos	<i>“Ampliar o senso de pertencimento e autoconhecimento, melhorar a autoestima e participação coletiva, conduzir atividades de vida diária e instrumentais de maneira a promover a autonomia, fortalecer laços comunitários e familiares”</i>
Referenciais teóricos	<i>“Utilizo das bases da atuação da Terapia Ocupacional, bem como as políticas públicas nacionais, do SUAS e a LBI - Lei Brasileira da Inclusão”</i>
Ações	<i>“Visitas, estudos de casos, avaliações, atendimento individual e grupal, atividades internas e externas, A.V.D. e A.V.D.I., A.V.P., aplicação do PIA, orientações às famílias, entre outros”</i>
Dia de trabalho	<i>“Leitura da ATA (acontecimentos da casa); verifico os medicamentos e se necessário realizo pedidos ou encaminhamento os cuidadores para buscar na rede; verifico os pós-consultas e deixo orientações de pré-consultas; faço contato com serviços de saúde se necessário; supervisão com os cuidadores; momento com os residentes para avaliar as AVDS ou qualquer outra demanda do dia”</i>
Atividades/recursos/materiais	<i>“como no SUAS o terapeuta ocupacional ou qualquer outro profissional da saúde não pode clinicar, organizo para que os mesmos frequentem escolas, academias, vão a passeios, centro de reabilitações. Que possam estar participando da sociedade com autonomia”</i>
Importância da TO	<i>“As raízes culturais dos serviços de acolhimento é a tutela excessiva, quando se fala de pessoas com deficiência, isso aumenta de forma exponencial. O estigma da incapacidade está impregnado no trato com estas pessoas. E o terapeuta ocupacional é o principal profissional que vem sensibilizar a equipe e a instituição para uma nova cultura de relação, onde coloca em evidência o potencial e a capacidade existente em cada um, conforme suas possibilidades. É um trabalho extenso e contínuo até que uma nova forma de conviver seja estabelecida efetivamente. A percepção da mudança gera nos profissionais a mudança da percepção em relação ao público atendido”</i>

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2.7 Considerações gerais acerca das características das práticas profissionais das colaboradoras que responderam aos questionários *online*

Os resultados desta etapa do estudo, em paralelo às informações obtidas pelo Censo SUAS, possibilitaram uma aproximação com o universo das profissionais inseridas na assistência social, desvelando características e fornecendo elementos qualitativos para delinear suas práticas, contribuindo para alcançar um maior entendimento sobre o que fazem as terapeutas ocupacionais no sistema.

Com base nas respostas dos questionários, identificou-se conformidades sobre as características sociodemográficas das colaboradoras com a totalidade das que atuam no SUAS. Além disso, as descrições obtidas forneceram dados mais detalhados sobre a formação profissional, interesse e nível de satisfação em atuar na assistência social. Destaca-se ainda que, no escopo do presente trabalho, o questionário possibilitou abranger, em maior escala, informações sobre os objetivos nas unidades, as práticas que realizam, o dia a dia de trabalho, dentre outros elementos.

Assinala-se que, nas descrições das colaboradoras, sobressaiu uma forma genérica e heterogênea sobre como a categoria profissional tem nomeado as práticas que são

desenvolvidas. Infere-se que as múltiplas possibilidades de atuação e composição do setor de assistência social, o número de produções acadêmicas em torno das práticas no setor e as características próprias de interface acerca dos saberes e objetos da terapia ocupacional podem vir a favorecer a fragilidade de delineamentos nítidos sobre o que se pretende e o que se faz como terapeutas ocupacionais.

Especificamente sobre os objetivos das ações técnico-profissionais empreendidas pelas participantes, o léxico mais frequentemente mencionado, ilustrado pelas “nuvens de palavras” que elaboramos e apresentamos acima, demonstrou as características dos serviços e das populações acompanhadas. Retoma-se aos termos mais recorrentes: no CRAS - social, vulnerabilidade e direito; no Centro de Convivência - vida e idoso; no CREAS - social, direito e fortalecimento; no Centro Pop - acesso, comunidade e vida cotidiana; no Centro Dia - independência, vida, autonomia; e na Unidade de Acolhimento - independência e autonomia. Tais palavras que se sobressaíram, juntamente com os demais dados, permitiram identificar que os objetivos referidos pelas profissionais voltaram-se predominantemente para as problemáticas sociais relacionados às atuações vinculadas aos CRAS, CREAS e Centros Pop. Nas demais unidades, embora também se relacionassem a tais questões, as temáticas sociais estiveram permeados pelos conceitos de independência e autonomia, referindo-se muitas vezes ao sentido físico e funcional do indivíduo acompanhado. Neste contexto, observou-se presenças vocabulares que adentram à área da saúde, como nos excertos os quais se referiram à “*promoção de saúde*” e no uso da palavra “*terapêutico*”, como em “*passeios terapêuticos*”.

Apreende-se que, de forma geral, dentre os objetivos das terapeutas ocupacionais colaboradoras, destacaram-se as seguintes proposições: *superar situação de vulnerabilidade e de violação de direitos, ampliar rede de suporte social, aumentar autonomia, fortalecer vínculos, construir possibilidades para o empoderamento, emancipação, possibilitar acesso a diferentes dimensões cotidianas e inclusão social.*

Identificou-se que há um entendimento variado sobre os referenciais teóricos para informar a prática profissional. Foram descritos nomes de autores, abordagens, áreas de conhecimento, documentos ministeriais sobre políticas públicas e manuais e cartilhas de associação e conselhos da categoria. Consta-se que a atuação na assistência social tem sido informada por referenciais teóricos variados, alguns com maior proximidade com as discussões da esfera social e outros mais distantes.

Sobre as ações profissionais no dia a dia nas unidades, verificou-se de forma geral que as práticas terapêutico-ocupacionais têm características interdisciplinares, rotinas de trabalho

dinâmicas, ações permeadas pela articulação das redes intersetorial e socioassistencial e ênfase nos acompanhamentos grupais. Excetua-se, contudo, algumas unidades de Centro Dia, que mostraram características particulares no que tange à rotina de trabalho e às características do seguimento dos usuários.

Em relação às atividades/recursos/materiais que as profissionais declararam lançar mão, observou-se grande variedade e multiplicidade de proposições que compõem as práticas, assinalando-se variações de acordo com as demandas sociais, as populações acompanhadas (pessoas com deficiências, crianças, jovens, adultos, idosos) e a disponibilidade de materiais nos serviços.

A importância da terapia ocupacional nas unidades da assistência social foi relacionada a elementos como a formação graduada, que abrange diferentes áreas de interface, e também o conhecimento, a apropriação e a intervenção acerca dos cotidianos dos sujeitos que são afetados pelas situações de vulnerabilidade social. Ainda sobre a importância da categoria no setor, sobressaíram-se algumas respostas que atribuíram a especificidade profissional ao “olhar do terapeuta ocupacional”. Acredita-se que o “olhar” mencionado, como uma característica que o diferencia dos demais, pode estar associado a uma formação ampla/generalista, que agrega diferentes áreas de conhecimento em uma perspectiva do ser histórico, social, político, biológico e também a um direcionamento para o desenvolvimento de atendimento/accompanhamento próximo e sensível às necessidades dos sujeitos, coletivos e populações. Por outro lado, reflete também uma lacuna léxica e de conhecimento próprio para delimitação das especificidades do trabalho técnico-profissional em terapia ocupacional (MORAIS, MALFITANO, 2016; LIMA, 2004). Nesse aspecto, ressalta-se a importância de delinear os processos de trabalho em formas e discursos técnicos, para não arriscar interpretações que se voltem para o entendimento sobre a atuação do terapeuta ocupacional como uma ação pautada em características pessoais ou ações sem fundamentações teórico-práticas consistentes.

A partir desta breve descrição, entende-se que as informações obtidas pelos questionários forneceram subsídios para analisar, de forma geral, as questões que são norteadoras neste estudo: quem são os terapeutas ocupacionais que trabalham no SUAS? Onde estão atuando? Quais as características de suas práticas?

## Capítulo 5

---

*Na aproximação das práticas:  
informações provenientes das entrevistas e dos  
acompanhamentos realizados junto às profissionais*

O presente capítulo abarca dados sobre a inserção e as práticas das terapeutas ocupacionais colaboradoras do estudo, a partir de descrições que contemplam os resultados com características mais aproximadas das práticas, numa perspectiva compreensiva da realidade. As informações aqui descritas foram obtidas em dois momentos, conforme já mencionado: por meio de entrevistas e por observação durante as visitas ao local de trabalho das profissionais. Serão aqui apresentados os dados referentes às dez entrevistas realizadas e posteriormente aos acompanhamentos das quatro participantes em seus espaços de trabalho.

## 5.1 A TERAPIA OCUPACIONAL NO SUAS: AS ENTREVISTAS

Como mencionado, foram realizadas dez entrevistas com terapeutas ocupacionais inseridas em unidades socioassistenciais e que responderam ao questionário *online*. Retomase que, neste estudo, as entrevistas foram utilizadas como ferramenta para maior aprofundamento de dados sobre as práticas profissionais, partindo do entendimento de que, por meio do encontro e de suas narrativas, as participantes poderiam, com maior detalhamento, descrever os processos de suas atuações cotidianas na assistência social.

O material proveniente das entrevistas resultou em 219 páginas de transcrição obtidas das 18 horas de gravação. Os resultados são descritos a partir da leitura e síntese dos conteúdos transcritos, explicitando as características sociodemográficas destas profissionais e, posteriormente, dos demais conteúdos sobre a sua formação e atuação. Seguiu-se a estrutura de agrupamentos temáticos orientados pelo roteiro de entrevista (Apêndice C), elencando-se os tópicos que se sobressaíram durante as narrativas, seja pela frequência ou pela singularidade do relato.

### 5.1.1 Caracterização das terapeutas ocupacionais entrevistadas

As terapeutas ocupacionais desta etapa do estudo são predominantemente da região Sudeste (sete), a maioria do gênero feminino (oito) e com a faixa etária média de 35 anos (Quadro 18).



Quadro 18 – Caracterização das terapeutas ocupacionais entrevistadas, em relação à idade, unidade e região em que atuam.

Nome Fictício	Idade	Unidade em que atua	Região
Anita	33	CRAS	Sudeste
Tarsila	36	CRAS	Nordeste
Carlos	27	CREAS	Sudeste
Cecília	48	Centro de Referência ao Idoso (CRI)	Sudeste
Clarice	32	Centro Pop	Sudeste
Bertha	32	Centro Pop	Sul
Mário	31	Unidade de Acolhimento*	Sudeste
Patrícia	45	Unidade de Acolhimento**	Norte
Luísa	33	Centro dia***	Sudeste
Elis	36	Centro de Convivência****	Sudeste

\* Residência Inclusiva para pessoas com deficiências/ \*\* Casa de acolhimento para mulheres em situação de violência doméstica/ \*\*\* Centro Dia destinado para pessoas com deficiência/ \*\*\*\* Centro de Convivência para idosos

Fonte: Elaboração própria.

Destas, oito possuem carga horária de trabalho de 30 horas semanais, todas exercem a função de terapeutas ocupacionais nas unidades e nove são servidoras públicas. O tempo médio de formação das entrevistadas é de nove anos e o tempo de inserção profissional onde estão atualmente variou, no momento da entrevista, entre 6 meses e 3 anos (Quadro 19).

Quadro 19 – Caracterização das terapeutas ocupacionais entrevistadas em relação à carga horária, função no trabalho, vínculo empregatício, tempo de formação e tempo na unidade atual.

Nome Fictício	Carga horária*	Função	Vínculo	Tempo de formação	Tempo na unidade atual**
Anita	30	Terapeuta Ocupacional	Servidora Pública	9 anos	2 anos
Tarsila	20	Terapeuta Ocupacional	Servidora Pública	10 anos	1 ano
Carlos	30	Terapeuta Ocupacional	Servidor Público	5 anos	2 anos
Cecília	30	Terapeuta Ocupacional	Servidora Pública	8 anos	6 meses
Clarice	30	Terapeuta Ocupacional	Servidora Pública	10 anos	3 anos
Bertha	30	Terapeuta Ocupacional	Servidora Pública	10 anos	2 anos e meio
Mario	30	Terapeuta Ocupacional	Servidor Público	5 anos	2 anos
Patrícia	30	Terapeuta Ocupacional	Servidora Pública	21 anos	1 ano e meio
Luísa	30	Terapeuta Ocupacional	Contratada	7 anos	11 meses
Elis	20	Terapeuta Ocupacional	Servidora Pública	11 anos	1 mês

\* Em horas semanais

\*\* Conforme momento em que o questionário foi preenchido (apenas Elis em 2018, o restante em 2017).

Fonte: Elaboração própria.

## 5.1.2 Caracterização da formação profissional das terapeutas ocupacionais entrevistadas

### 5.1.2.1 Formação profissional

Das participantes, sete se formaram em instituições públicas de ensino superior e três em instituições privadas. Todas as terapeutas ocupacionais entrevistadas fizeram algum tipo de pós-graduação, sendo: mestrado (1), especializações e/ou aprimoramentos (7) e tanto aprimoramento/especialização quanto mestrado (2) (Quadro 20). No momento da entrevista, duas profissionais (uma colaboradora e um colaborador) relataram estarem inseridas em programas de pós-graduação, atualmente desenvolvendo doutorado. Apenas duas participaram de algum tipo de formação para atuar no SUAS, as que atuam no CRAS. As capacitações que mencionaram foram referentes ao Capacita SUAS (Diagnóstico Socioterritorial), participação em grupos de estudos e educação permanente no SUAS e Capacitação para Equipes de Referência dos CRAS.

Quadro 20 – Características de formação das terapeutas ocupacionais entrevistadas

Nome fictício	IES*	Fez Pós-graduação?	Tipo de Pós-graduação	Fez alguma formação para atuar no SUAS?
Anita	Pública	Sim	Mestrado	Sim
Tarsila	Particular	Sim	Aprimoramento profissional	Sim
Carlos	Pública	Sim	Aprimoramento profissional, Especialização, Mestrado	Não
Clarice	Pública	Sim	Aprimoramento profissional, Especialização, Mestrado	Não
Bertha	Particular	Sim	Especialização	Não
Mario	Particular	Sim	Especialização, Aprimoramento profissional	Não
Patrícia	Pública	Sim	Especialização	Não
Cecília	Particular	Sim	Especialização	Não
Luísa	Pública	Sim	Especialização	Não
Elis	Pública	Sim	Especialização	Não

\*Instituição de Ensino Superior

Fonte: Elaboração própria.

Sobre a formação durante a graduação, oito terapeutas ocupacionais não a consideraram adequada para atuar no âmbito do SUAS. Em contraponto, duas apontaram a formação como satisfatória e argumentaram que conseguem transpor os conhecimentos acumulados durante a graduação para a área da assistência social.

*Não é adequada. Eu fiz uma faculdade que me possibilitou fazer estágio praticamente em todas as áreas, mas falhou na social. (Bertha).*

*Especificamente da assistência não, não assim, era da saúde mesmo, depois de formada eu nunca imaginei que ia existir esse campo de atuação. (...) eu avalio que não foi bom não! Acho que deixa um pouco a desejar! (Luísa).*

*Foi adequada porque eu acho que o que eu aprendi, no geral, eu consegui aplicar na assistência, foi adequada, mas é que eu acho que faltou teoria. Ah, como eu vou explicar? Acho que faltou teoria e prática, mas o que eu aprendi dá para usar, mas poderia ter sido melhor. (Mario).*

Ressalta-se que algumas participantes, ao se referirem sobre a fragilidade do conteúdo dos cursos na formação para atuar na assistência social, ponderaram o contexto da recente organização do sistema e das políticas públicas na área, sendo que uma acompanhou, após formada, o processo de formalização da categoria profissional no SUAS.

*Eu acho que a formação no geral contribuiu. Acho que especificamente não foi possível porque essa discussão [sobre o SUAS] ainda não estava acontecendo, eu entrei na faculdade em 2005, então não foi um tema abordado em nenhum momento. (Clarice).*

*Somos mais uma categoria de trabalhadores. Acho que fortalece, a gente viu muito isso em Brasília, em 2011, eu estava em um Encontro Nacional de Trabalhadores do SUAS, acho que tinha umas 53 terapeutas ocupacionais, eu acho. Estava a Denise, um pessoal legal lá, e a gente juntou todos os TOs para forçar enquanto categoria, para que nós fossemos reconhecidos como trabalhadores do SUAS, então desde 2011 que o TO é reconhecido na NOB, NOB RH, como trabalhador do SUAS, então eu acho que a gente foi posto como categoria ali, como trabalhadores que sabem que podem contribuir com o sistema, né? (Patrícia).*

Neste sentido, infere-se que as possíveis lacunas referente à formação e à produção de conhecimento específico para atuar no sistema seja uma realidade não apenas da terapia ocupacional, mas de todos os profissionais que se inserem nesses serviços socioassistenciais, tendo em vista a sua recente organização, bem como o reconhecimento sobre a complexidade inerente ao setor.

Em relação às disciplinas e conteúdos oferecidos durante a graduação e que contribuíram para atuação neste espaço de práticas, as terapeutas ocupacionais mencionaram aquelas que abrangem grupos (foram citadas as relacionadas à saúde mental, juntamente com os estágios), que proporcionam/fomentam discussões críticas sobre a realidade, as referentes às Atividades e Recursos Terapêuticos (ART), Dinâmica Institucional, Políticas Públicas, Antropologia, Sociologia, Fundamentos da Terapia Ocupacional e conteúdos que discutem processos de pobreza, vulnerabilidade, inclusão, diversidade e o sistema capitalista.

*Eu acho que algumas disciplinas, assim, que trazem um olhar um pouco mais crítico, mas também de empatia, de questionamento, de visão, mesmo que seja, por exemplo, a respeito da deficiência, do olhar para o outro. O que mais? É, mas mais na perspectiva social, quando a gente discutia inclusão, educação inclusiva né, mas nada que seja direto, mas eu acho que essas disciplinas assim, com esse olhar para a diversidade, aí eu acho que elas ajudaram a pensar um pouco e que a gente consegue ampliar também no social. E também as disciplinas de atividade mesmo, prática assim, ART, que ajuda a gente a ter um repertório maior de grupo. É, as disciplinas de grupo acho que ajudam muito também, porque no social a gente preferencialmente trabalha em grupo né, então, eu acho que ajuda. (Anita).*

Ainda sobre a graduação em terapia ocupacional, as profissionais apontaram algumas fragilidades e potencialidades da sua formação para atuar na assistência social. Dentre as primeiras foram mencionadas a ausência de disciplinas e conteúdos específicos da assistência social, bem como a não oferta de matérias obrigatórias relacionadas, a falta de materiais e publicações nessa área e pouca/ausência de discussão sobre as políticas, legislação própria e atribuições do terapeuta ocupacional específicas da realidade socioassistencial.

*O papel da TO na assistência porque isso não existia, então foi muito complicado a gente ter que estudar por conta, porque mesmo eu tendo contato com a legislação do SUAS, lá não falava da prática da TO, fala do atendimento como um todo, então a gente teve que caçar material para descobrir como seria isso: Qual meu papel? O que eu faço na prática? (Cecília).*

Dentre as potencialidades da formação de cada colaboradora, foram citados o processo formador como um todo, as disciplinas e conteúdos que dão subsídios a ações (com menções à Antropologia, Sociologia, ART e Saúde Mental, além das disciplinas sobre grupos), as práticas diversificadas dos estágios, os percursos formativos com estímulo à participação em eventos, articulação com docentes e discentes de outras universidades e contato com professores da área social.

*E os pontos positivos, foi essas disciplinas que falei, né, grupos e instituições na época, ART e o contato com alguns professores que tem esse, esse, na época esse discurso, não da assistência, mas essa TO social, foram pontos bem interessantes. (Patrícia).*

Durante as entrevistas foi perguntado às terapeutas ocupacionais se utilizavam conceitos/fundamentos para orientar a prática na assistência social. Dentre elas, uma profissional respondeu que não utiliza nada específico e as demais apontaram conceitos,

autores e suas buscas por fundamentação na área. O elemento lembrado de forma mais recorrente foi a Política Nacional de Assistência Social e as legislações relacionadas, assim como apostilas e orientações técnicas desenvolvidas pelo MDS. Dentre os relatos, foram mencionados: Terapia Ocupacional Social, Terapia Ocupacional Dinâmica, Ciência Ocupacional e Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. Foram mencionadas também as terapeutas ocupacionais e autoras: Ana Paula Serrata Malfitano, Carla Regina Silva, Denise Dias Barros, Lilian Magalhães e Lourdes Feriotti e os conceitos cunhados por Ulrich Beck e Jacques Donzelot, sobre, respectivamente, a “sociedade de risco” e a “polícia das famílias”.

Uma característica nas narrativas foi a busca pela fundamentação teórica das práticas, como pode ser ilustrado nos relatos a seguir:

*E aí no social, uma coisa que eu sentia muita dificuldade, era de ter uma teoria que embasasse isso, porque a gente bebia de fontes que não são de terapeutas ocupacionais né, Paulo Freire, Castel. Aí a gente não tinha uma referência específica, a gente tinha os textos né, pessoal de São Carlos produzia muito, pessoal da USP, que são textos bem interessantes, mas que mostram parte de uma realidade, então tinha dificuldade de entender esse todo da terapia ocupacional social. Depois que lançou aquele livro da terapia ocupacional social, que é o livro de São Carlos, eu vi que sintetizou muitas coisa que ficava dispersa para quem não era do Metuia de São Carlos, ou da USP né, que também é um grupo bem forte, e aí hoje eu não consigo dizer, assim, na TO social eu vou me embasar por um autor, por um referencial teórico, mas sempre que eu tenho uma dívida, que eu preciso fundamentar melhor a minha prática, eu faço um processo de revisão de literatura, jogo, procuro um artigo X, olho muito a revista de São Carlos, jogo os descritores no método de busca e eu tento embasar meu raciocínio, que eu questiono se até no social a gente pode chamar de raciocínio clínico, mas acho que é clínico, não a partir de um raciocínio patológico, biomédico, mas clínico de uma metodologia né, de tentar embasar isso, de outras experiências, de pessoas que já tiveram uma experiência próxima, dentro do social, e como pensaram isso. (Carlos).*

*Então, eu já busquei. Imprimi todas as leis, as partes que falavam especificamente de TO. Por exemplo, dentro do Centro Pop vinha escrito quantos usuários por grupo. Então este tipo de coisa eu pesquisei (...). É que na verdade eu procurei mesmo para saber se eu estava fazendo certo. Será que eu não estou fora da casinha? Será que eu estou totalmente dentro da prática. Então nisso que eu busquei as leis, para ver se realmente eu estava desenvolvendo meu trabalho (...). Mas de TO mesmo é muito vago, por mais que você procure artigo não é nada que oriente a sua prática. Eu não consegui nada muito específico não, só conversando com outros profissionais. (Bertha).*

Sobre os conhecimentos e características profissionais que as terapeutas ocupacionais acreditam ser importantes para a atuação na assistência social estavam aspectos voltados às políticas sociais e habilidades para o desenvolvimento de suas práticas.

Dentre os conhecimentos essenciais para o trabalho foram referidos: conhecimento sobre a política de assistência social e o sistema, sobre como as demais políticas dialogam com ela, a conjuntura micro e macrossocial, direitos e suas violações, o impacto das vulnerabilidades sociais no cotidiano, compreensão sobre a complexidade das demandas sociais, a necessidade de um amplo repertório de atividades próprias para o setor, especialmente relacionado ao trabalho com grupos e proximidade prévia com contextos de vulnerabilidade.

Em relação às características técnicas para atuar na assistência social, as entrevistadas apontaram que são essenciais: a habilidade de escuta, diálogo, trabalhar em equipe, paciência, flexibilidade, empatia, sensibilidade, não fazer julgamentos, se posicionar de maneira ética, ser crítica, realizando análises de conjunturas sociais, conhecer/entender as histórias e os contextos (micro e macrossociais) para além dos fatos concretos apresentados em cada situação que chega ao serviço, compaixão (no sentido de ir além da empatia), gostar de estudar, saber lidar com profissionais de outras áreas, habilidade para criar vínculos, gostar de trabalhar com pessoas, disponibilidade para mediar conflitos e para vivenciar situações de grande vulnerabilidade social, entre outros.

*É necessária a capacidade de escuta, de diálogo, a capacidade de trabalhar em equipe, mas, mais do que isso, trabalhar com a rede, acho que isso é fundamental (...), a política de assistência social não dá conta da complexidade que são as demandas que chegam. A compreensão de que não é um trabalho que se esgota numa intervenção de um profissional, de uma intervenção desta política em si, mas que é necessário o diálogo com a rede. (Clarice).*

*Quando eu quis ser TO eu jamais pensei que eu ia entrar em algumas residências, conviver com algumas pessoas com tantas violações de direitos em um contexto só. Vamos dizer assim, em uma mesma família a gente vê oito violações de direitos diferentes, o ciclo de violência que se repete intergeracionalmente. Então, assim, não tive esse tipo de formação, eu acho que ter esse tipo de vivência, ou, não sei nem como falar disso, como preparar o sujeito para isso na graduação, não tem como, mas eu acho que seria, seria isso. (Carlos).*

*Como o trabalho está em construção a rede também está, então precisa criar uma rede fortalecida e saber lidar com o outro, com o profissional de outra área, não é só de outra área de formação (...). Tem que ser uma pessoa muito disposta e muito maleável, muito maleável, porque onde eu*

*estou, cada hora eu estou em um setor, se eu for rígida eu não consigo trabalhar. Cada hora eu estou em uma área, então tem que ser maleável, saber se adaptar, saber lidar com as situações de conflito porque elas existem mesmo né, então, saber se posicionar de forma ética, às vezes dá vontade da gente xingar, não dá? Precisamos entender que as coisas que estamos vendo, todas elas têm uma história. São histórias que eu não posso mudar, mas eu preciso entender que essa pessoa está nesta posição, nesta situação, ou a família está nesta situação por uma história, não adianta eu olhar de uma forma aqui, limitada, nesse pontinho, ela tem uma história! Então não adianta eu cobrar dela. Ela pode estar em uma situação de violadora de direitos, mas ela tem uma história, porque ela chegou aqui? Hoje ela é violadora, no passado provavelmente era vítima! Então como a gente lida com isso para não ter um olhar preconceituoso das pessoas. (Cecília).*

Vale mencionar que, dentre as características e conhecimentos descritos, pode-se considerar que alguns atributos são importantes para toda a equipe profissional que atua na assistência social, enquanto outros, parecem ter sido mais especificamente direcionados às terapeutas ocupacionais, como o amplo repertório de atividades e os conhecimentos sobre dinâmicas de grupos (uma vez que apontaram desenvolver com mais frequência que os demais profissionais essa ação).

Acredita-se que os elementos apontados anteriormente indicam a necessidade de as profissionais realizarem articulações entre os conteúdos vividos no presente, com a história de vida e o contexto sócio-histórico em que os sujeitos, famílias, coletivos e populações se encontram. Compreende-se que, de forma geral, essas são características da atuação na assistência social que demandam ações contextualizadas e conexões entre as dimensões micro e macrossocial.

#### 5.1.2.2 Sugestões/recomendações para a formação profissional

As colaboradoras entrevistadas apontaram sugestões e/ou recomendações para a formação profissional na graduação e pós-graduação. De forma geral, elas entendem que a formação graduada em terapia ocupacional precisaria contemplar de forma mais consistente os conteúdos referentes à assistência social, o SUAS e às atuações profissionais neste contexto. Enfatizaram a importância da inserção de práticas na área em atividades de estágio profissionalizante e em projetos de extensão em serviços socioassistenciais.

Por elas também foi feita a ressalva de que não sabem exatamente como estão estruturados os componentes curriculares dos cursos de graduação em terapia ocupacional

atualmente, apontando as sugestões de acordo com suas experiências em seus próprios processos de formação.

*Eu acho que na graduação teria que ter talvez alguma disciplina específica, ou dentro das próprias disciplinas... Eu não sei se dentro das disciplinas do social, acho que não, acho que seria uma disciplina específica de assistência, do SUAS. Porque tem muita coisa assim, tem desde inclusão de pessoas com deficiência, né, acho que tem muito conceito para trabalhar em uma disciplina específica. (Anita).*

*Então, eu não sei hoje como é que essa discussão vem sendo feita, mas eu acho que se ela não existe, ela precisa ser iniciada. O contato dos alunos com os campos, a possibilidade de estágio nessas áreas. A possibilidade de discussão da política pública mesmo, específica de assistência social, como ela se dá, como ela é organizada, como ela acontece, é incluir então essa discussão dentro do campo social. (Clarice).*

*Bom, eu acredito que deva ser, que eu não sei se agora é, que deva ser um estágio obrigatório. Na minha época não iria ser, mas aí depois acabou sendo e foi muito bom. (Elis).*

Colaboradoras que fizeram sugestões em relação à pós-graduação identificam a necessidade da criação de um curso na área da assistência social para terapeutas ocupacionais.

*A pós-graduação seria ideal. A gente precisaria de uma pós-graduação nesta área e, na graduação, eu acho que os estágios. Acho que deveria ter campos de estágio na área. (Bertha).*

*Para a pós-graduação: Precisamos! E uma pós assim, se não der para fazer teórico-prática que seja só teórica, mas precisamos ter para mostrar que a TO trabalha com isso e formar pessoas, uma formação boa, para o campo social é importante! É, precisamos de pós-graduação da TO no campo social! Precisamos e, assim, vamos supor que não dá para ser, no modelo que eu fiz teórico-prático, tudo bem, mas que tenham visitas supervisionadas, que dê para discutir alguma prática, nem que seja pequena, tem que ter! (Mário).*

*E acho que na pós-graduação eu não tenho conhecimento na verdade, pode ser uma falha minha com certeza, de ter uma pós de TO na assistência, sabe? Uma coisa bem específica. (Patrícia).*

### 5.1.2.3 Percurso profissional

O percurso profissional das entrevistadas as levou à assistência social por diferentes caminhos. No caso de Anita, a área foi uma escolha construída desde a graduação. Para as



demais, a atuação neste setor foi uma oportunidade de trabalho, sendo que a partir do ingresso naquele cargo desenvolveram maior identificação pessoal e interesse. Verificou-se que, em cinco das narrativas, a área de saúde mental fez parte do percurso das profissionais, sendo que seis iniciaram sua trajetória na saúde (quatro na saúde mental, uma na saúde coletiva e uma na reabilitação infantil), duas na educação e duas ingressaram diretamente na área social (Anita e Carlos). O Quadro 21 sintetiza os relatos sobre as carreiras das participantes até suas inserções na assistência social<sup>59</sup>.

Quadro 21 – Síntese do percurso profissional das entrevistadas até o ingresso na assistência social

<b>ANITA</b> CRAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizou estágio acadêmico na área social</li> <li>- Atuou como orientadora de medidas socioeducativas (três anos)</li> <li>- Fez mestrado</li> <li>- Foi professora em duas universidades (professora substituta em uma universidade federal e contratada em uma universidade particular)</li> <li>- Trabalha atualmente em um CRAS (desde 2015)</li> </ul>
<b>TARSILA</b> CRAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhou em clínica realizando atendimentos a crianças (SUS e particular), atuando predominantemente na área de reabilitação infantil</li> <li>- Trabalhou em consultório próprio junto com colegas profissionais de outras formações</li> <li>- Atualmente faz atendimentos particulares em domicílio, atuando particularmente com estimulação precoce e trabalha em uma equipe de NASF</li> <li>- Trabalha atualmente em um CRAS (desde 2016)</li> </ul>
<b>CARLOS</b> CREAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizou estágio acadêmico em um Centro de Convivência, na APAE, e convidado a trabalhar como terapeuta ocupacional após concluir seu curso</li> <li>- Atua no Centro de Convivência da APAE</li> <li>- Fez especialização, mestrado e está atualmente desenvolvendo doutorado</li> <li>- Trabalha no CREAS (desde 2015)</li> </ul>
<b>CECÍLIA</b> CRI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fez especialização em neurologia</li> <li>- Atuou durante um ano na área da educação infantil com oficinas em contra turno escolar</li> <li>- Foi aprovada em concurso público e atuou como profissional cedida pela prefeitura em uma APAE, onde atuou um mês como diretora técnica</li> <li>- Foi aprovada em concurso público e em 2013 foi convocada para atuar na assistência social</li> <li>- Atuou em CRAS e em CREAS</li> <li>- Atua em Centro de Referência do Idoso (CRI) (desde 2017) e informou, no momento da entrevista, que havia sido convocada/transferida para o Centro Pop.</li> </ul>
<b>CLARICE</b> CENTRO POP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fez aprimoramento profissional na área de Atenção Psicossocial</li> <li>- Desenvolveu mestrado na área de Saúde Coletiva</li> <li>- Trabalhou por seis meses em uma equipe do NASF</li> <li>- Foi aprovada em um concurso público e chamada para trabalhar em um Centro de Referência para Jovens</li> <li>- Foi professora em uma universidade particular, na área de saúde mental e social</li> <li>- Atuou no Serviço Especializado de Assistência Domiciliar a idosos e pessoas com deficiência</li> <li>- Foi aprovada em outro concurso público para atuar na assistência social, inserindo-se em um Centro Comunitário, em 2012</li> <li>- Trabalhou em um CRAS</li> <li>- Fez 2 especializações</li> <li>- Atualmente faz pós-graduação (doutorado)</li> <li>- Atua no Centro Pop (desde 2014).</li> </ul>

<sup>59</sup> As informações do quadro buscaram fornecer ao leitor elementos sobre o repertório profissional das colaboradoras, sem a intenção de reduzir, delimitar ou simplificar estas e outras vivências que fizeram parte das suas histórias.

<b>BERTHA</b> CENTRO POP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhou em educação especial (em escola especial)</li> <li>- Fez especialização em educação especial</li> <li>- Trabalhou em um CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial)</li> <li>- Trabalhou em CAPS – AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas)</li> <li>- Trabalhou em clínica psiquiátrica</li> <li>- Ingressou por concurso público na prefeitura e atua no Centro Pop (desde 2014)</li> <li>- No momento informa que iniciaria também um trabalho na Residência Inclusiva</li> </ul>
<b>MARIO</b> U.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fez especialização/aprimoramento na área de saúde mental</li> <li>- Trabalhou durante um ano em um CAPS</li> <li>- Foi professor em escola para condutores de transporte para pessoas com deficiência</li> <li>- Atuou em hospital junto a um grupo de pessoas com trauma craneoencefálico, na área de reabilitação cognitiva</li> <li>- Trabalha como terapeuta ocupacional em uma equipe do NASF</li> <li>- Ingressou em Residência Inclusiva (para adultos com deficiência intelectual), por processo seletivo em 2015, para trabalhar como terapeuta ocupacional na equipe técnica</li> <li>- Atua na Residência Inclusiva realizando capacitação para a equipe técnica (desde 2017)</li> </ul>
<b>PATRICIA</b> U.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhou desenvolvendo oficinas terapêuticas na área de psiquiatria</li> <li>- Fez especialização em psicomotricidade.</li> <li>- Em 1998 ingressou, por concurso público municipal, na assistência social</li> <li>- Trabalhou no Núcleo de Atendimento a Família, que atualmente é o CREAS</li> <li>- Trabalhou em um CRAS por 10 anos</li> <li>- Foi técnica de referência de Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos</li> <li>- Atua em uma Unidade de Acolhimento para mulheres em situação de violência doméstica (desde 2016)</li> </ul>
<b>LUÍSA</b> CENTRO DIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhou em um CAPS por dois anos</li> <li>- Atuou em um Centro Dia, cobrindo uma licença-maternidade</li> <li>- Trabalhou como terapeuta ocupacional em uma clínica de neuropediatria</li> <li>- Atua no Centro Dia que atende prioritariamente pessoas com deficiência intelectual (desde 2017)</li> </ul>
<b>ELIS</b> CCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhou em consultório próprio de terapia ocupacional</li> <li>- Foi aprovada em dois concursos públicos para atuar na área de saúde mental (dois meses em uma cidade e 10 anos em outra).</li> <li>- Atuou como terapeuta ocupacional em um hospital, na área de neurologia adulto</li> <li>- Trabalhou em uma empresa para inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho</li> <li>- Ingressou, por concurso público, na prefeitura sendo convocada para atuar na Secretária de Desenvolvimento Social</li> <li>- Trabalha atualmente em CRAS, Centro Dia e Centro de Convivência para idosos, onde atua desde 2018 e foi o local de direcionamento da entrevista</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

### 5.1.3 Atuação das terapeutas ocupacionais entrevistadas

#### 5.1.3.1 A assistência social como possibilidade para terapeutas ocupacionais: sobre as perspectivas de inserção

Segundo os relatos, as profissionais passaram a “gostar” de atuar na área quando já estavam no serviço e algumas mencionaram que, se a formação oferecesse mais possibilidades de articulação/conhecimento na assistência social, poderiam ter se interessado

antes. O Quadro 22<sup>60</sup> apresenta fragmentos das narrativas que ilustram a inserção das colaboradoras no âmbito socioassistencial.

Quadro 22 – Narrativas das colaboradoras entrevistadas em relação à sua inserção na assistência social

Anita	<i>O concurso do CRAS, quando eu vi que era um concurso específico para terapeuta ocupacional do CRAS, eu falei 'Nossa, isso é inédito!'. Eu nunca tinha visto e foi muito legal isso, eu achei o máximo ser específico, né. E aí foi uma escolha, com certeza, que aí eu já não me via trabalhar em outro lugar que não fosse o social</i>
Tarsila	<i>Aí quando eu cheguei lá, foi um pouco difícil, porque eu não conhecia o trabalho, não era uma área, assim, que eu tinha afinidade, que eu nem esperava que fosse trabalhar, né, e encontrei algumas dificuldades, tive que ler muito, tive que estudar muito sobre o SUAS, eu não tinha, não sabia como trabalhar, como atuar, não conseguia (...)</i>
Carlos	<i>Na verdade, eu fui pego de surpresa né, porque o concurso era um concurso da saúde né, então quando chamou para a assistência eu achei bem estranho inicialmente (...)</i>
Cecília	<i>Claro que eu não escolhi trabalhar na assistência social! Mas eu adoro, eu me encantei! Eu me encantei, porque ela, eu falo, é desafiadora (...)</i>
Clarice	<i>Eu não tinha o desejo, porque eu desconhecia. Eu tinha um desconhecimento total a respeito da política, do que é, da política de assistência social, do próprio SUAS, pra mim foi tudo uma novidade</i>
Bertha	<i>Na época, foi concurso. A especificidade dele era gestor social, terapeuta ocupacional. Mas não tinha o campo não, para onde seria designado. Tanto é que eu sou da secretaria, posso ir para qualquer lugar</i>
Mário	<i>Porque quem sai da faculdade, eu não sei se sai com tanto desejo de trabalhar no campo social porque não estuda tanto esse campo! Se estudasse mais, talvez mais pessoas teriam a vontade de ir para o campo social</i>
Patrícia	<i>Eu me senti perdida, tipo, 'O que eu vou fazer aqui?'; porque eu vinha pensando em trabalhar com psicomotricidade né, mas creches, cheguei lá e não tinha nada, não tinha uma equipe de assistência social, psicólogo né, e eu fui colocada em um Núcleo de Atendimento à Família (NAF) que hoje é o CREAS e eu falei 'não sei o que eu vou fazer'</i>
Luísa	<i>Especificamente da assistência eu nunca pensei, eu formei, mas quando eu formei eu não estava fechada para nenhuma área ainda (...), surgiu a oportunidade de trabalhar na assistência e eu gostei muito também</i>
Elis	<i>Eu pensava que [o concurso] fosse para a Saúde Mental também (...). Quando eu vi Secretária do Desenvolvimento Social, falei: - 'Vixe, o que eu vou fazer lá? Né? Meu pai!'</i>

Fonte: Elaboração própria.

Como exemplificado por meio dos excertos no quadro, algumas das colaboradoras associaram o pequeno interesse pela área social (anterior ao seu ingresso) à formação graduada e ao pouco conhecimento sobre as possibilidades nestes espaços de práticas. De acordo com as profissionais, a falta dessa aproximação com o setor levou a questionamentos sobre como poderia se desenvolver a prática profissional de terapeutas ocupacionais naqueles serviços.

<sup>60</sup> Optou-se pela elaboração deste quadro para inserir os relatos sobre a inserção das terapeutas ocupacionais na assistência social, entendendo que se configura um formato ilustrativo para agrupar os discursos de todas as colaboradoras entrevistadas.

### 5.1.3.2 A assistência social como uma realidade para terapeutas ocupacionais: sobre as práticas das profissionais nas unidades socioassistenciais

#### 5.1.3.2.1 O acesso à terapia ocupacional no SUAS

Segundo as entrevistadas, o acesso à terapia ocupacional no âmbito do SUAS acontece quando os usuários/famílias ingressam onde há o profissional em sua equipe e são acolhidos pelos técnicos, sendo que entre eles pode estar o terapeuta ocupacional. Desta forma, os relatos indicam não haver encaminhamentos específicos à terapia ocupacional nas unidades, uma vez que a maior parte das atuações, como o acolhimento inicial, ocorrem de forma interdisciplinar.

*As ações ocorrem em equipe, coletivamente, sem encaminhamento específico para cada profissão. Apenas diferenciando técnicos e auxiliares administrativos. (Anita).*

*Todos têm acesso [referindo-se aos grupos realizados pela terapeuta ocupacional], para participar é livre, não precisa ter indicação nem nada. (Elis).*

*Então já é demanda para todo mundo, nesse sentido, o fato dela ir para lá já é identificação de que ela precisa de todo mundo ali, de atendimento de todo mundo (Patrícia).*

Entretanto, vale mencionar que algumas profissionais discorreram sobre situações em que os usuários são mais frequentemente encaminhados às terapeutas ocupacionais.

*[Sobre situações em que são solicitados acompanhamentos da terapeuta ocupacional no Centro Dia] Sim, os deficientes intelectuais mais graves, sabe? (...) Os deficientes intelectuais mais graves por terem dificuldade mesmo nas atividades, precisam de mais ajuda, mais auxílio. (Luísa).*

*É mais assim, para mim vem mais por busca ativa ou então se for algo muito específico, alguma criança que nasceu com microcefalia, alguma criança com deficiência, elas pensam logo assim: “A terapeuta ocupacional é a parte da reabilitação”, aí eles encaminham para mim, mas eu digo logo: “Olha, eu não faço atendimento clínico, o que posso fazer são orientações, encaminhar algum grupo...”. (Bertha).*

Os discursos das colaboradoras, ilustrados pelos dois fragmentos acima, explicitam que as demandas sociais associadas às deficiências físicas, intelectuais e/ou doenças mentais, com alta gravidade, são mais frequentemente encaminhadas à terapia ocupacional. Tal fato é recorrente na história da terapia ocupacional, que tradicionalmente se dedica a populações

para as quais não há mais “respostas técnicas” disponíveis, consideradas em situação de permanência de suas limitações físico-psíquicas pela ciência, sendo que o terapeuta ocupacional intervém por meio de ações técnico-profissionais voltadas à discussão de pequenos passos para a busca de mudanças nos cotidianos vividos. Evidencia-se que para estes acompanhamentos são requeridas habilidades profissionais de diferentes ordens, como uma proximidade constante e paciente para lidar com questões básicas para a promoção de algum nível de autonomia dos sujeitos, como se alimentar, sozinho ou não, mover-se, mesmo que com poucas possibilidades, entre outras atividades que compõe os cotidianos de algumas pessoas usuárias do SUAS.

#### *5.1.3.2.2 Identificação de demandas dos usuários das unidades socioassistenciais*

Já em relação às formas utilizadas pelas entrevistadas para identificar as demandas das pessoas nas unidades socioassistenciais, foram referidos: diálogo, conversa, escuta, acolhimento, observação, entrevistas, os próprios grupos, visitas domiciliares ou visita na instituição de origem do usuário, roteiros previamente estruturados, planos de acompanhamento familiar, discussão com outros serviços, profissionais e com cuidadores (quando este compõe a equipe).

*O acolhimento, a escuta. Eu não sei se recurso, agora tenho que pensar, mas talvez o próprio uso dos instrumentos que a gente tem, isso também é utilizado pra identificar as demandas. O diálogo, a conversa, a escuta, o acolhimento, os grupos. Acho que é isso. (Clarice).*

*Na verdade, uso mesmo a observação no atendimento, que a gente consegue ir extraindo por meio das atividades, que eles vão falando, não tem assim um formulário, um roteiro técnico. (Bertha).*

*A gente tem um Plano de Acompanhamento Familiar, então, que é um instrumento de planejamento de quais as demandas da família, quais as metas que a gente pretende atingir, então isso tem que ser elaborado junto com a família, quais as potencialidades da família ou daquele território específico e, a partir disso, poder fazer oficinas pontuais, por exemplo, acerca do que surgiu de demanda (...). Eu acho que as demandas aparecem tanto no contato direto quanto na articulação com a rede, de a gente dialogar com outros profissionais e eles vêm sinalizando, tipo “Têm aparecido muitas situações assim e assado”, e a partir daí a gente tenta pensar em ações! (Anita).*

Observou-se que, embora algumas tenham mencionado se pautar em roteiros ou

formulários próprios dos serviços, sobressaiu-se a referência sobre a utilização da aproximação aos usuários por meio de elementos qualitativos para o reconhecimento das demandas sociais nas unidades socioassistenciais. Verifica-se que estas são características necessárias ao trabalho social embora ainda pouco valorizadas e reconhecidas como parte do arcabouço instrumental profissional.

#### 5.1.3.2.3 Rotina de trabalho das terapeutas ocupacionais entrevistadas

As terapeutas ocupacionais entrevistadas relataram suas rotinas de trabalho. Verificou-se que as ações e a organização do trabalho se diferenciam entre as unidades, no entanto, observou-se elementos comuns entre elas, como realização de grupos, participação em reuniões de equipe interdisciplinar e articulação entre as redes de serviços. O Quadro 23 descreve os elementos que compuseram as narrativas das profissionais em relação ao seu dia a dia de trabalho em seus locais.

Quadro 23 – Atividades que compõem a rotina de trabalho das terapeutas ocupacionais entrevistadas<sup>61</sup>

Unidade	Profissional	Ações que compõe a rotina de trabalho
CRAS	Anita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referenciamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos</li> <li>- Reuniões de equipes semanais (planejamento, avaliação, discussão de casos, etc.)</li> <li>- Visitas domiciliares/busca ativa</li> <li>- Desenvolvimento de Projetos (hortas domésticas e grupos)</li> <li>- Grupos de acolhida do PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família) e demais atividades relacionadas a ele</li> <li>- Ações comunitárias (semestrais)</li> <li>- Articulação/encaminhamentos para outros setores</li> <li>- Relatórios de acompanhamento e mensais</li> <li>- Reunião de redes de serviços municipais (mensal)</li> </ul>
CRAS	Tarsila	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referenciamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (particularmente do grupo de 0 a 6 anos)</li> <li>- Supervisão/orientação/acompanhamento de grupos</li> <li>- Acolhimento de demandas</li> <li>- Visitas domiciliares</li> <li>- Ações comunitárias e eventos promovidos pela Secretaria de Desenvolvimento social</li> <li>- Articulação com serviços</li> </ul>
CREAS	Carlos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultoria para equipes das medidas socioeducativas e do PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e</li> </ul>

<sup>61</sup> As rotinas das participantes mostraram ser dinâmicas ao longo das semanas. Neste sentido, salienta-se que não se pretendeu com o quadro traçar definições de como é ou deve ser composto o dia a dia das colaboradoras, entendendo que as ações descritas são variáveis e que outros elementos fazem/podem fazer parte das práticas das terapeutas ocupacionais. Assim, o quadro buscou sintetizar e ilustrar exemplos sobre os fazeres de profissionais nas diferentes unidades.

		<p>Indivíduos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento/triagem</li> <li>- Visita domiciliar</li> <li>- Encaminhamentos/articulação com serviços</li> <li>- Atendimento a famílias no CREAS (acompanhamento periódico)</li> <li>- Grupo com famílias</li> <li>- Reuniões/estudo de caso</li> </ul>
CRI	Cecília	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita domiciliar (dois dias na semana)</li> <li>- Articulação com serviços/encaminhamentos</li> <li>- Reuniões com serviços (intersetorial)</li> <li>- Registros das ações</li> <li>- Reunião de discussão de caso e planejamento</li> <li>- Atendimento/orientação familiar</li> <li>- Acompanhamento/orientação em república (para idosos)</li> <li>- Oficinas (estagiários)</li> <li>- Reunião de equipe</li> </ul>
CENTRO POP	Clarice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atendimentos individuais</li> <li>- Acolhimentos</li> <li>- Visita domiciliar à família</li> <li>- Atendimento familiar</li> <li>- Oficinas e grupos socioeducativos</li> <li>- Reuniões de equipe</li> <li>- Discussão de casos com a rede</li> <li>- Atividades com os usuários externas ao serviço (exemplo: passeios)</li> </ul>
CENTRO POP	Bertha	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo</li> <li>- Abordagem social, quando está em sobreaviso</li> <li>- Reunião da Abordagem social</li> <li>- Reunião de equipe</li> <li>- Registros, com o intuito de alimentar sistema de informação</li> <li>- Acompanhamento de usuários referenciados</li> <li>- Contatos familiares</li> <li>- Contato com a rede de serviços</li> </ul>
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	Mário	<p>Como supervisor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação/supervisão técnica com os profissionais (cuidadores, equipe técnica, equipe de limpeza)</li> <li>- Registros</li> </ul> <p>Como técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento do Plano Individual de Acompanhamento (PIA) junto com equipe, rede intersetorial e morador</li> <li>- Acompanhar atividades internas (cotidiano da casa) e externas (compras, atendimentos, serviços, passeios, etc.)</li> <li>- Articulação com rede de serviços</li> <li>- Reuniões de equipe/capacitações</li> </ul>
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	Patrícia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividade de planejamento</li> <li>- atendimentos individuais de acordo com a demanda</li> <li>- Grupos (mulheres, crianças, mulheres e crianças)</li> <li>- Acompanhamento em atividades externas</li> <li>- Registros</li> </ul>
CENTRO DIA	Luísa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhida e organização inicial da chegada dos usuários (verifica a medicação, alimentação, trocas de roupas, etc.)</li> <li>- Grupos</li> <li>- Atendimento individual</li> <li>- Atendimento familiar</li> <li>- Relatórios</li> <li>- Acompanhamento de atividades diária (como por exemplo: o almoço)</li> <li>- Orientação/acompanhamento cuidador</li> <li>- Encaminhamentos/articulação com serviços</li> <li>- Reunião de equipe (geral, de técnicos e de cuidadores)</li> <li>- Visita domiciliar</li> <li>- Desenvolvimento e execução do Plano Individual de Atendimento</li> </ul>

		(PIA) junto com a equipe - Supervisão técnica
CENTRO DE CONVIVÊNCIA	Elis	- Atividades de planejamento - Grupos - Registros pessoal - Projetos/eventos/ações comunitárias voltadas aos idosos

Fonte: Elaboração própria.

Entre as rotinas, destaca-se uma característica no vínculo de trabalho da colaboradora Elis. Além de atuar no Centro de Convivência, trabalha também em CRAS e em um Centro Dia para Idosos. Para atender as demandas, ela faz rodízio entre as unidades nos dias da semana. Assim, o trabalho dela nas instituições, como no Centro de Convivência, fica associado à realização de grupos. Além de Elis, outras colaboradoras do estudo, que participaram respondendo ao questionário *online*, também se vinculavam a mais de uma unidade socioassistencial, o que desperta reflexões acerca das proposições e condições de trabalho de algumas profissionais inseridas no SUAS.

#### 5.1.3.2.4 *Atividades/recursos/materiais utilizados pelas terapeutas ocupacionais entrevistadas*

Para o desenvolvimento do trabalho no SUAS, as terapeutas ocupacionais entrevistadas referiram utilizar diversificados tipos de atividades, recursos e materiais. A partir das narrativas, infere-se que a opção por determinadas atividades, recursos e materiais esteve relacionada às demandas dos serviços e populações acompanhadas, disponibilidade de materiais nos serviços e preferências pessoais das trabalhadoras. Dentre eles foram mencionados: vídeos e filmes, teatro, horta, vivências grupais, rodas de conversa/discussão, orientações por escrito, jogos, música, bazar, atividades externas à unidade (passeios, compras, consultas e demais atividades de rotina fora da instituição), atividades domésticas (organização da casa, da cama, atividades na cozinha, etc.). A seguir, são elencados trechos das narrativas buscando ilustrar a diversidade de atividades, recursos e materiais descritos.

*Eu gosto muito de trabalhar com imagens, assim, é, depende do tema, mas uma coisa que a gente usa bastante em grupos é imagem, é vídeos! É, o que mais? Acho que atividades, a própria, é uma atividade, é um recurso que a gente tem (...). A horta que eu citei (...), algumas vivências em grupo (...) ensino de algumas técnicas (...) acho que é bem amplo esse leque, né? (Anita).*



*Mostrava o filme para eles e no momento abordava algum tema, alguma coisa e sempre faço em um momento de roda com eles né, não deixo sem acontecer esse momento, nem que seja rápido. (Tarsila).*

*Eu gosto muito da orientação por escrito! Gosto, a cartilha que a gente está criando, é, eu gosto desse tipo de informação tento deixar o mais claro possível, né? (...) A gente tenta, a gente tem outros elementos para fazer a mediação de conflitos diferente dos outros profissionais. Não consigo fazer muitas vezes a atividade, o artesanato, as atividades manuais, mas eu gosto de trazer esses elementos do ambiente, como outros recursos. (Carlos).*

As práticas profissionais demonstraram estarem permeadas por múltiplas possibilidades em relação às atividades, recursos e materiais, sendo amplamente descritas no âmbito do trabalho com grupos, como ilustrado nas descrições da Anita e Tarsila.

#### *5.1.3.2.5 Acompanhamento e avaliação das ações*

Foi questionado às terapeutas ocupacionais se faziam algum acompanhamento e/ou avaliação específicos de suas ações profissionais. De forma geral, as colaboradoras na entrevista disseram não utilizar nenhuma forma específica. No entanto, mencionaram estratégias que utilizam para identificar as devolutivas sobre as práticas realizadas, entendendo que são formas inespecíficas para o procedimento, por exemplo: discussões entre a equipe (em reuniões de equipe), observações, relatórios mensais, preenchimento da entrevista inicial periodicamente, o Plano Individual de Atendimento e a devolutiva dos usuários.

*Essa avaliação é feita semanalmente, nas reuniões de equipe (...) é baseada, por exemplo, em coisas que aconteceram, então a gente fala “Então, como foi aquilo?”, a ação comunitária, por exemplo, “Acho que é isso, acho que é aquilo”, ela é feita mais fragmentada mesmo. (Anita).*

*De tanto que eles relatam, que eu observo, o dia a dia mesmo, é que vai me dizendo se eu estou indo pelo caminho certo ou não, mais pelo retorno deles mesmo. Tanto de coisas que eles dizem ou que eles demonstram. (Bertha).*

*Acho que às vezes acaba sendo uma avaliação caso a caso, a gente não tem parâmetros porque cada caso é muito singular, a gente não tem como mensurar isso. Eu acho que a gente acaba tendo uma avaliação mais quantitativa do trabalho e às vezes poucos espaços de uma discussão mais da qualidade do trabalho. A gente tem as reuniões semanais, a gente tenta ter reuniões semanais, são as oportunidades que a gente tem de avaliar o*

*trabalho, discutir os casos e com isso poder avaliar as ações; mas não tem nada específico, não tem nada instituído. (Clarice).*

*Acabamos indo pelo viés qualitativo mesmo, a pessoa está em uma situação de vulnerabilidade: a gente conseguiu superar a violação de direitos? Como é isso? Por exemplo, os filhos que não se engajavam nos cuidados, mas que agora estão se engajando, ou por exemplo, a idosa que precisa ficar sozinha, porque o filho trabalha, e o estatuto prevê que a gente precisa dar uma assistência integral ao idoso, não se recomenda que o idoso fique sozinho, mas naquela realidade o filho tem que deixar a mãe sozinha um período porque ele tem que trabalhar, se ele não trabalhar eles vão passar fome. Então, a partir disso, dependendo do instrumento quantitativo de como ele foi criado, ele vai continuar na situação de violação de direitos. Dessa forma, a nossa avaliação no final é muito qualitativa, a gente tem que descrever todo o cenário que está envolvido e porque a gente achou que a situação melhorou ou não. (Carlos).*

Verificou-se de forma geral que as terapeutas ocupacionais na assistência social descreveram não possuir ferramentas sistematizadas para discutir formas de avaliação do seu trabalho, o que também é observado na dinâmica dos serviços como um todo, não sendo institucionalizado, portanto, formas de avaliação daqueles locais. Ressalta-se que, como destacado nos excertos acima, há um valor dado às devolutivas dos usuários/famílias, valorizando uma avaliação que se pauta nas mudanças cotidianas relacionadas à proteção social e no valor das histórias de vida dos usuários, demonstrando a criação de parâmetros de avaliação para além de indicadores.

#### *5.1.3.2.6 Elementos que facilitam e que dificultam o trabalho*

As terapeutas ocupacionais entrevistadas apontaram elementos que facilitam e que dificultam o trabalho cotidianamente. Entre os fatores que facilitam/favorecem o trabalho estão: estrutura física, equipe, coordenação, sistema informatizado dos atendimentos socioassistenciais, reconhecimento do trabalho e os recursos/estratégias do terapeuta ocupacional para atuar.

*E eu acho que a equipe como um todo facilita o meu espaço lá, né? Vão me entender, vão me querer lá, vão entender que, é, que é importante sim o terapeuta ocupacional em um espaço como esse, acho que isso facilita muito a gente trabalhar né? (Patrícia).*

*Facilitador, eu acho que assim, a estrutura física é muito bacana, o prédio, os outros profissionais também que atuam são bem legais (Elis).*

Dentre os fatores relatados que limitam ou dificultam o trabalho nas unidades socioassistenciais estão: falta de reconhecimento, de recursos materiais, de estrutura física e de recursos humanos, atribuições não claras das profissionais, atraso nos pagamentos e equipe.

*A falta de estrutura física, a falta de estrutura material, a precariedade do local de trabalho, a falta de recursos, por exemplo como carro, a falta de carro pra fazer as abordagens, pra fazer visitas, pra levar um usuário ao médico, pra ir buscar um usuário quando ele tem dificuldade de vir até o serviço. A falta de compreensão da rede em relação à população em situação de rua, principalmente a segurança pública, então desde a guarda municipal, a polícia. A falta de conhecimento da população a respeito do serviço, que apesar de existir na cidade há muito tempo não é divulgado, e aí deve haver uma divulgação constante. A falta de compreensão da sociedade e da rede, da situação da população em situação de rua, e aí principalmente da rede, que às vezes tem dificuldade de entender, por exemplo, que às vezes a pessoa agenda, mas não vai e aí precisa reagendar quantas vezes for necessário. A precariedade das outras políticas, que também estão muito fragilizadas no município. Então, a saúde, que às vezes não tem acompanhamento, não tem médico, não tem médico no CAPS, não tem remédio, enfim. As dificuldades com as famílias, as dificuldades estruturais, não tem política de habitação, não tem política de trabalho. A gente também não tem o que oferecer para as famílias, que também vêm de trajetórias de muita vulnerabilidade, de muita pobreza, e aí acho que é uma questão estrutural, desemprego. Enfim, se eu for continuar falando, são muitas as dificuldades. E aí eu vou dizer mesmo, no geral, a dificuldade de trabalhar com a pobreza, a dificuldade de trabalhar com o sofrimento do outro, porque pobreza gera sofrimento, pobreza gera sofrimento mental inclusive, a violência gera sofrimento nos usuários e trabalhar com sofrimento gera sofrimento no trabalhador. E a falta de apoio, de supervisão, a falta de acolhimento também da saúde do trabalhador, eu sinto que a gente adoce muitas vezes neste trabalho. (Clarice).*

Como a *equipe* foi um elemento citado tanto como facilitador quanto dificultador dos processos de trabalho na assistência social, cabe ressaltar que, entre as entrevistadas, oito realizam seus trabalhos junto com a equipe dos serviços. Assim, constatou-se que, de forma geral, a maior parte das colaboradoras desenvolve atividades com outros profissionais (um ou mais), ressaltando uma atuação de caráter interdisciplinar, como exemplificado no excerto a seguir.

*De forma interdisciplinar, com a equipe. Principalmente para a discussão dos casos, para compreensão das ações que a gente vai estabelecer com cada situação, com cada caso, com cada usuário. Normalmente é bem interdisciplinar. (Clarice).*

Entre as entrevistadas, Bertha e Elis mencionaram que suas atividades acontecem majoritariamente sem o envolvimento de outros membros da equipe. Nas instituições em que trabalham, realizam prioritariamente grupos e estes acontecem sem a presença de outro profissional da equipe.

#### 5.1.3.3 A assistência social como um setor de práticas para a terapia ocupacional: sobre as especificidades e generalizações

Durante as entrevistas, as narrativas das profissionais indicaram, de diferentes formas, questões relacionadas às especificidades da terapia ocupacional nos serviços socioassistenciais. A colaboradora Patrícia descreve sobre a contribuição da terapia ocupacional para a atuação profissional no/com o cotidiano das usuárias da Unidade de Acolhimento onde trabalha.

*A gente leva para discussão e para compor essa discussão em equipe esse olhar do cotidiano das pessoas, de que não é só e só entre aspas, “Tenho que pegar a documentação, a casa...”, mas como ela olha para tudo isso? O que eu penso sobre isso? (...) Como afeta todo cotidiano dela? Acho que a gente tem toda essa contribuição assim, que não é melhor nem pior! Não é melhor que o olhar do outro, mas acho que compõe o olhar da equipe para o projeto de vida da pessoa que a gente está atendendo. (Patrícia).*

O relato da terapeuta ocupacional Anita, discorrendo sobre os registros dos acompanhamentos que são realizados pelos profissionais no CRAS, explicita como estão implicadas algumas das especificidades da sua formação em sua prática de trabalho.

*É, acho que tem diferença na trajetória de cada um, então, por exemplo, meu jeito de avaliar, por exemplo, dar um parecer técnico sobre uma situação é diferente de outro profissional, aí eu acho que consequentemente o fato de eu ser terapeuta ocupacional influencia nas minhas análises na hora de registrar, né, então, ah, eu avalio o que essa atividade proporcionou, aí eu vou olhar no objetivo né. Acho que isso o mestrado me ajudou bastante a conseguir pensar na prática e escrever o que foi na prática. (Anita).*

A mesma profissional coloca, em outro momento, que a falta da proposição de atendimentos específicos do terapeuta ocupacional na unidade não se constitui um aspecto

negativo, mas ressalta que isso pode acabar ocasionando a falta de reconhecimento da sua atuação.

*Eu acho que dificulta muito é o espaço, assim, acho que o espaço específico enquanto TO, eu acho que como eu não tenho esse espaço, mas eu não acho que isso é de todo ruim, acho que é legal o trabalho em rede, eu não... Como eu vou te explicar? Eu não vejo um problema eu não ter... Ah, não ter o atendimento específico da TO no CRAS, entendeu? Eu acho que isso não é um problema, me sinto super contemplada na equipe, mas eu sinto que falta autonomia para eu mostrar aquilo que a minha formação me proporcionou enquanto TO, então muitas vezes a gente acaba entrando na roda-viva assim, dos serviços, e acaba deixando de lado algumas, alguns recursos que a nossa formação fornece para a gente e mostrar essa potencialidade que o TO tem enquanto profissional, né, na sua prática. Então acho que a autonomia, a falta de autonomia para isso. E reconhecimento, acho que a falta de autonomia vem por conta da falta de reconhecimento de outros profissionais acerca do que a gente pode desempenhar. (Anita).*

Neste sentido, sobre a especificidade da atuação profissional, outras terapeutas ocupacionais apontam que na assistência social as ações são articuladas entre os técnicos e em alguns momentos as especificidades ficam diluídas.

*Acho que em qualquer lugar na verdade, na assistência, como esses conhecimentos técnicos, a gente no nosso dia a dia acaba se misturando, no sentido positivo. A gente não fica muito fechado, sou TO, faço isso, então eu só faço isso, a gente só faz isso, não, na assistência a gente acaba fazendo todo mundo a mesma coisa, é, tem algumas convergências, por exemplo, não é minha função levar mulher no núcleo de atendimento à mulher, ir na defensoria pública, não é da TO fazer isso, é, mas eu já fiz isso lá, né, não é da TO especificamente levar a mulher no conselho tutelar, geralmente quem faz isso é o assistente social, então, essas coisas que se misturam as vezes no dia a dia, mas na minha atuação. (Patrícia).*

*Nenhuma [atividade específica do terapeuta ocupacional], muito embora as atividades coletivas, os grupos, as oficinas, geralmente sejam propostas por mim. Mas dificilmente eu realizo sozinha, geralmente tem a parceria com algum profissional. Eu já trabalhei junto com a pedagoga, com o psicólogo, com a educadora social. Com a educadora social, fizemos os grupos de atividades manuais, que eles gostam muito; mas qualquer um poderia conduzir. (...) Eu sempre digo que a gente tem que ampliar o repertório. Mas eu tenho essa dificuldade de dizer o que é meu e o que não é meu, enquanto terapeuta ocupacional. Não sei se outro terapeuta ocupacional em Centro Pop também pensa assim. Existe uma dificuldade muito grande de pensar, “ah, mas eles não participam de nada”, mas acho que a gente tem que oferecer possibilidades, construir possibilidades. Mas específico, não consigo pensar (Clarice).*

No entanto, foi dito que, em determinados serviços socioassistenciais, é feita uma identificação da terapeuta ocupacional a algumas atividades, como o desenvolvimento de grupos e oficinas artesanais.

*Mas por exemplo, às vezes eu sou um pouco mais solicitada do que as outras para trabalhar em grupo, quando tem alguma atividade prática mais específica, acho que a particularidade está nesse ponto, nos grupos e quando se trata de uma atividade mais prática, no resto não, a gente faz sempre os mesmos trabalhos assim, eu, a psicóloga e a assistente social. (Anita).*

*Eu classificaria [em relação a uma ação específica da terapia ocupacional na unidade] como esses grupos do serviço de convivência, se eu estivesse lá, tenho certeza, todos os dias ia ficar para mim (Tarsila).*

*Quando contrataram nós, TOs, o objetivo era fazer grupos né, porque as psicólogas e assistentes sociais estavam sobrecarregadas e não conseguiam fazer, então eles contrataram, foi ideia de uma TO que era amiga da secretária: “Quer fazer grupo? Contrata TO!”, então chamaram como se TO só fizesse grupo né, e não é assim na assistência, mas a gente não sabe... (Cecília).*

*O grupo no momento só está sendo desenvolvido pelo TO, os demais técnicos do serviço não realizam (Bertha).*

A relação da identificação da prática profissional ao artesanato apareceu como uma expectativa a ser desconstruída no âmbito da assistência social.

*Quando eu cheguei lá no CRAS, eu acho que as pessoas esperavam que eu fosse uma TO que sabe super fazer artesanato, várias coisas, e acho que se frustraram! Acho que foi esperado um pouco, enfim, mas aí até a gente explica que não é bem assim. (Anita).*

*Assim, eu sei que esse trabalho manual é super importante e tudo, eu deixo para outro profissional para fazer. Por exemplo, eu tenho lá o artesão, então ele vai lá e faz, eu vejo que é uma necessidade de uma mulher ou de alguém que precisa resgatar alguma coisa que através da atividade eu posso conseguir, eu uso e faço, mas como eu não vejo essa demanda para eles, então eu não uso, eu não faço, então, eu meio que tirei essa visão deles, de que eu souicineira, eu não sou (...). É bem, é difícil, o pessoal vê sempre que a gente faz as oficinas, só isso. Mas aí não, eles veem que meu trabalho é diferenciado, que a gente pode fazer mil e outras coisas né, que a gente pode estar fortalecendo o vínculo das famílias, de mudar o cotidiano delas, de fazer com que elas busquem outras alternativas que não só aquilo que, aquilo do assistencialismo, que elas podem procurar outras formas. É o que a gente tenta fazer lá. (Tarsila).*

No caso do Centro Dia, nos relatos de Luísa, observa-se que suas práticas são bem delimitadas dentro do serviço, entretanto se destacam as ações relacionadas às atividades cotidianas, identificadas como de vida diária, dos usuários acompanhados.

*Falando especificamente lá no meu serviço, o recorte de pessoas dependentes, a atuação do terapeuta ocupacional, eu vejo que claramente a nossa atuação diante disso, porque nas próprias atividades do serviço, na hora que eles vão almoçar, na hora que eles vão lanchar, na hora que eles chegam e vão guardar as coisas, né, (...) Então vamos colocar tudo o que eles já podem fazer para eles fazerem, e o que eles não dão conta a gente vai trabalhando em cima. Aí eu sempre escuto meus colegas falando “Nossa, isso aí nunca que eu ia imaginar, nunca que eu ia pensar”, isso que você está expondo aí. Acho que a gente fala uma coisa, a gente desperta, amplia a visão e elas falam muito isto, “Nossa, se não tivesse TO aqui acho que a gente não ia conseguir pensar nisso”. (Luísa).*

Baseado nos relatos sobre as especificidades e generalidades nas práticas das terapeutas ocupacionais nos serviços socioassistenciais, reafirma-se o desafio de elencar caminhos para o reconhecimento das possibilidades de contribuição das profissionais no setor e junto às populações acompanhadas, por meio do delineamento das características particulares da atuação sem, no entanto, tender a debates corporativistas em relação à inserção da categoria na assistência social.

#### **5.1.4 Considerações gerais sobre a inserção e prática das terapeutas ocupacionais entrevistadas**

As informações provenientes das entrevistas ofereceram um maior detalhamento das questões apontadas durante o questionário *online* (etapa descrita anteriormente), possibilitando avançar em relação ao aprofundamento, particularmente no que tange às atuações, experiências e percepções das profissionais sobre suas práticas. Dessa forma, em relação aos objetivos do estudo, esta etapa adicionou elementos para compreender quais são as ações desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais e como atuam nas diferentes unidades socioassistenciais.

Ressalta-se que nos encontros, durante as entrevistas, foram estabelecidos diálogos que possibilitaram a expressão de dúvidas, angústias e anseios que as etapas anteriores do estudo não tinham sido suficientes para apreender. Os relatos, por exemplo, sobre o interesse de se inserirem na assistência social, os elementos que facilitam e dificultam os processos de

trabalho e as especificidades (ou não) nos serviços, expressaram com maior proximidade a realidade do trabalho das terapeutas ocupacionais na assistência social.

## 5.2 O TERAPEUTA OCUPACIONAL NO SUAS: AS VISITAS

O acompanhamento para observação de quatro terapeutas ocupacionais nos seus espaços de trabalho ocorreu através da permanência da pesquisadora por uma semana (cinco dias) em cada uma das unidades selecionadas, contabilizando, em média, seis horas diárias e o total de 20 dias de observação. A proposta foi conhecer uma semana típica de trabalho, com vistas a agregar elementos qualitativos ao objetivo desta pesquisa em identificar, descrever e analisar as características da inserção profissional e práticas de terapeutas ocupacionais em unidades socioassistenciais que compõem a rede SUAS. A seguir serão apresentadas informações e narrativas, dos diferentes locais visitados, a partir das memórias disparadas pelos diários de campo, conversas e observações ao longo das vivências.

A sequência das descrições neste item é a mesma da realização dos acompanhamentos em campo, a saber: CREAS, Centro Pop, CRAS e Centro Dia. Buscou-se delinear nesta apresentação as características dos serviços, da inserção e práticas das terapeutas ocupacionais nas unidades e posteriormente elaborar uma narrativa mais pessoal, sobre a seleção de alguns fragmentos que caracterizaram os encontros e as ações observadas. Optou-se, assim, por escrever as narrativas em primeira pessoa, com o intuito de representar a aproximação com os campos de práticas e os encontros com as profissionais. Salienta-se que, para se referir às colaboradoras, foram utilizados nomes fictícios, conforme Quadro 24.

Quadro 24 – Relação dos locais visitados e os respectivos nomes fictícios adotados para as terapeutas ocupacionais colaboradoras

Unidade visitada	Nome Fictício
CREAS	Catarina
Centro Pop	Clarice
CRAS	Carolina
Centro Dia	Cora

Fonte: Elaboração própria.

### 5.2.1 Vivências junto à terapeuta ocupacional no CREAS

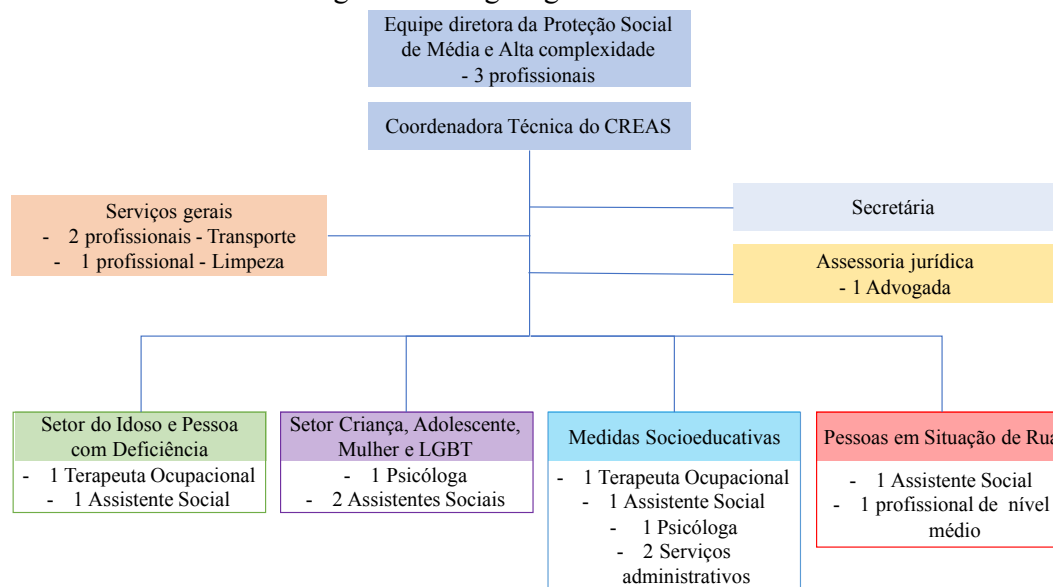
#### 5.2.1.1 Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade

O CREAS visitado existe há cinco anos e foi constituído a partir de um processo de reestruturação da assistência social no município, norteado pela Tipificação Nacional de



Serviços Socioassistenciais. A unidade em questão está em um município no interior do estado de São Paulo, com população estimada de cerca de 100 mil habitantes (IBGE, 2018), e conta com uma equipe de 22 profissionais, organizados em quatro setores, mais a equipe de gestão e apoio administrativo, conforme explicitado no organograma a seguir.

Figura 11 - Organograma do CREAS visitado



Fonte: Elaboração própria.

Na rede socioassistencial do município há outras três terapeutas ocupacionais, além da colaboradora com a pesquisa, Catarina. Entre as unidades que compõem esta rede atualmente estão: um CREAS, dois CRAS, duas Unidades de Acolhimento para crianças e adolescentes, um Centro de Convivência para idosos e Conselhos de Direitos (da assistência social, do idoso, da criança e adolescentes, da pessoa com deficiência, da mulher). A inserção dessas profissionais no setor se deu por concurso público, em um momento em que havia na cidade uma Secretaria da Criança e do Adolescente (SeCA). A partir da extinção desta Secretaria, em 2013, e reformulação dos serviços, as técnicas foram redistribuídas para outras unidades da rede socioassistencial. Ao todo havia cinco terapeutas ocupacionais na SeCA, sendo que a acompanhada foi direcionada para o CREAS, duas terapeutas ocupacionais foram para as unidades de acolhimento (uma delas posteriormente migrou também para o CREAS, onde se encontra atualmente); uma atua no Centro de Convivência e a última se aposentou.

Catarina se formou em uma universidade pública, em 1992, e atua na assistência social no município há 18 anos, sendo que há cinco está no CREAS. Nesta unidade, desde que a

profissional ingressou, atua no setor destinado a acompanhar idosos e pessoas com deficiências. Dessa forma, o serviço acompanhado, dentro do CREAS, foi o de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

Quando Catarina iniciou suas atividades, passou por um período trabalhando sozinha, até a contratação de outra pessoa (educadora social), momento em que iniciaram atuações conjuntas. Algumas profissionais com outras formações passaram por lá e há dois anos as ações da terapeuta ocupacional acontecem todas em conjunto com uma assistente social. Assim, este setor dentro do CREAS é composto pelas duas técnicas.

Na rotina de acompanhamento observei que os usuários chegam por demanda espontânea, por denúncias, demandas enviadas de outros serviços da rede socioassistencial e também intersetorial, pelo Ministério Público e pelos Conselhos de Direitos (Conselho do idoso, da pessoa com deficiência, da mulher e etc.).

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais faz parte do trabalho essencial do CREAS:

Acolhida; escuta; informação, comunicação e defesa de direitos; articulação com os serviços de políticas públicas setoriais; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação interinstitucional com o Sistema de Garantia de Direitos; atividades de convívio e de organização da vida cotidiana; orientação e encaminhamento para a rede de serviços locais; referência e contrarreferência; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; orientação sociofamiliar; estudo social; diagnóstico socioeconômico; cuidados pessoais; desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; acesso à documentação pessoal; apoio à família na sua função protetiva; mobilização de família extensa ou ampliada; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; mobilização para o exercício da cidadania e elaboração de relatórios e/ou prontuários. (BRASIL, 2009a, p. 38).

No acompanhamento da rotina de Catarina foi possível identificar/articular suas práticas com os serviços essenciais descritos na tipificação. As narrativas sobre as ações serão apresentadas a seguir.

#### 5.2.1.2 Narrativas sobre a observação no CREAS

Azevedo e Carvalho (2009, p.204), explorando aspectos teóricos do diário de campo nas pesquisas qualitativas, apontam que, a partir da década de 1970, emergiram de forma mais

aprofundada algumas críticas às proposições que preconizavam a neutralidade do pesquisador em relação ao objeto de estudo, sendo construídas alternativas metodológicas que afirmavam a “inseparabilidade entre sujeitos e objetos de pesquisa”. Partindo, portanto, do entendimento da inexistência da imparcialidade e do distanciamento do pesquisador no processo de observação e elaboração do diário de campo, inicio esta narrativa dizendo que a forma como fui recebida na primeira unidade que visitei impactou positivamente o envolvimento junto aos serviços e profissionais que fui encontrando durante esta etapa da coleta de dados. O acolhimento da equipe de trabalhadores do CREAS permitiu que eu me sentisse confortável neste papel de observadora, em tempo integral, de todas atividades, sem limitadores ou ressalvas aparentes.

Lá, foram cinco dias consecutivos de acompanhamento da terapeuta ocupacional, que permitiu acesso a todas as práticas com as quais ela se envolveu durante este período. Assim, observei, na rotina do trabalho de Catarina, acompanhamentos familiares na própria unidade, visitas domiciliares, reuniões de equipe do serviço e intersetorial, articulações e encaminhamentos para serviços locais da rede socioassistencial e intersetorial, discussões de casos, elaboração de relatórios e outros registros.

Quadro 25 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no CREAS

Atividade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
Atendimento familiar	✓		✓	✓	
Atendimento individual	✓				
Visita domiciliar			✓		
Contra referência e encaminhamentos	✓			✓	
Discussão de casos (serviço)	✓		✓		
Discussão de caso (com a rede de serviços)	✓	✓			
Articulação com a rede socioassistencial e/ou intersetorial		✓			
Visita a serviço da rede		✓			
Elaboração de relatórios e outros registros	✓			✓	✓
Reunião de equipe (todos os profissionais)					✓

Fonte: Elaboração própria.

Neste processo, busquei identificar/nomear as ações desenvolvidas e resalto entre elas: análise/identificação do histórico e da situação atual dos vínculos relacionais, moradia, situação econômica e sobre as atividades realizadas no dia a dia; orientações para pessoas e para suas famílias, a fim de minimizar situações de violação de direitos; ações de acolhimento, oferta de informações sobre a política socioassistencial; desenvolvimento de

plano familiar de acompanhamento; realização de orientação e encaminhamento para a rede de serviços (particularmente assistência social e saúde), no sentido de incentivar a ampliação de vínculos e sociabilidade por meio do fortalecimento/apoio da função protetiva de famílias; elaboração de relatórios, referências e contrarreferências.

Nos dias de acompanhamento, observei, entre as atuações da terapeuta ocupacional, o desenvolvimento das seguintes ações, elencadas por Chagas e colaboradores (2015, p.33-34) na Cartilha Terapia Ocupacional na Assistência Social (SUAS):

- Desenvolve, junto a pessoas com deficiência, idosos, suas famílias e/ou cuidadores, atividades que fortaleçam os vínculos, a convivência, o respeito mútuo e a interdependência;
- Realiza atividades em grupo com as famílias/cuidadores, com vistas a promover a reflexão e percepção das implicações advindas da necessidade de oferecer cuidados por tempo prolongado para um membro da família;
- Auxilia no encaminhamento de pessoas com deficiência e idosos para equipamentos de saúde, cultura, esporte e lazer da comunidade, visando promover o acesso aos seus direitos, a obtenção de recursos tais como transporte especial ou adaptado, e a aquisição de equipamentos de ajuda, como cadeira de rodas, órteses, andadores, entre outros;
- Desenvolve atividades que promovem a criação e/ou expansão da rede de suporte social de pessoas com deficiência, idosos e seus familiares/cuidadores, visando apoiar a família, promover a diminuição das dificuldades que apresentam no âmbito das tarefas do cuidar e evitar a sobrecarga dos cuidadores;
- Auxilia na criação e manutenção de redes de suporte às pessoas com deficiência, idosos e seus familiares/cuidadores, estimulando o fortalecimento de vínculos entre estes e a comunidade por meio da realização de atividades.

Durante a observação, tive a percepção de que as intervenções de Catarina estavam relacionadas com o seu engajamento enquanto técnica da área social, imprimindo no seu fazer profissional os conhecimentos e as análises da sua formação como terapeuta ocupacional. Dentre as ações acompanhadas, não identifiquei nenhuma particularmente atribuída a ela por sua formação em terapia ocupacional, mas sim por atribuições relacionadas a equipe técnica social da qual faz parte.

Para ilustrar o acompanhamento no CREAS, descrevo um caso, como fragmento de uma das várias ações acompanhadas.

No terceiro dia de acompanhamento foi analisada uma denúncia que descrevia a situação de uma idosa (Norma) que estaria em situação de vulnerabilidade, pois seu único filho estava com a posse de seu cartão de aposentadoria, usando o dinheiro para benefícios próprios (segundo a denúncia). A terapeuta ocupacional, a assistente social e eu vamos até o endereço indicado na denúncia. Chegando na residência, somos recebidas por Rosa, nora da idosa Norma, que nos convida a entrar. Passamos pelo portão, entrando em uma garagem espaçosa, onde a Norma estava sentada em uma cadeira de rodas, ao lado de uma pequena mesa, com um copo vazio em cima, aparentando ter sido servido café. Nos apresentamos e estabelecemos uma conversa com a idosa sobre suas condições gerais (as profissionais perguntam como ela está, o seu nome completo, idade, se ela mora naquela casa, há quanto tempo, quem mais reside com ela, entre outras perguntas). A idosa, embora se mostre lúcida, não lembra de algumas informações e recorre à nora para ajudar a responder. Juntas, contam que a idosa está morando ali, junto com o filho Mário, a nora Rosa e dois netos, há 2 meses. Antes disso, Norma residia com o companheiro, com quem é amasiada há 40 anos, em casa própria, próxima daquele endereço. Ela se mudou em decorrência de um agravamento do seu estado de saúde e necessidade de cuidados, sendo que o seu filho optou por levá-la para sua residência, uma vez que o pai não realizava nenhum tipo de cuidado (Norma conta que, embora tivesse dificuldade, ia ao banheiro, tomava banho e realizava demais atividades sem ajuda). Norma possui restrição de mobilidade e movimentos do lado esquerdo do corpo em decorrência de sequelas de um Acidente Vascular Encefálico sofrido há quase 30 anos. Contaram que houve conflitos entre o filho e o marido da idosa após a mudança dela, pois o marido se negou a entregar os objetos, como resultados de exames e a própria cama da idosa, e expressou o desejo de vender a casa onde mora e colocar a idosa em abrigo. Relatam que o marido da idosa é uma pessoa agressiva e explosiva. Norma diz que sua aposentadoria é de um salário mínimo e tem dois empréstimos que descontam em seu recebimento (feitos pelo marido para uma reforma na casa onde ela morava). Dessa forma, o dinheiro que recebe é insuficiente para seus cuidados. Diz que está bem na casa do filho e não quer voltar para a casa do marido, enfatizando que não deseja ser institucionalizada. A casa onde reside com o filho tem dois quartos e a idosa dorme no sofá, na sala. A nora conta que buscou por cadeira de rodas e cadeira de banho em instituição para idosos e que conseguiu vaga em atendimentos de fisioterapia. As profissionais fazem orientações no sentido de esclarecer possibilidades para garantia de condições protetivas para a idosa e caminhos para efetivar seus direitos, particularmente em relação aos bens e auxílio financeiro. Frente à fala de Rosa, de que ela já se recusou a buscar vias legais para requerer este tipo de direito por medo de prejudicar seu marido, elas reforçam que requerer seus direitos não implica em prejudicar o marido. Finalizaram o encontro agendando uma conversa com o filho no CREAS, pois no momento da visita ele estava em horário de trabalho. No dia seguinte, compareceram ao CREAS a idosa Norma, acompanhada de seu filho Mário e nora Rosa. Foi realizada a apresentação das profissionais a Mário. A terapeuta ocupacional conduz a reunião e inicia apresentando brevemente o caso da família para a advogada que faz a assessoria jurídica no CREAS, solicitando que a família também se colocasse para contar ou complementar com informações. Após esta introdução, a terapeuta ocupacional esclarece sobre os direitos de Norma frente às demandas de cuidado e disponibiliza o serviço para ajudá-los neste sentido e também se coloca à disposição para tentar responder a quaisquer dúvidas. Então perguntam sobre o desejo de Norma, dizendo que respeitariam o que ela desejasse, sendo que teria autonomia para decidir sobre a situação. Norma relata com maior clareza situações de ameaça do esposo em institucionalizá-la e disse que com o marido “não tem conversa”. Reforça que ele se nega a compartilhar os bens, como a casa, dizendo que ele já ameaçou a colocar fogo na casa. Neste momento, relata ainda que tem medo de retornar para a casa onde morava com o esposo e ele cumprir a ameaça de colocar fogo com ela dentro. Dessa forma, Norma explicita sua decisão de buscar reaver seus objetos pessoais e documentos que ficaram na casa onde morava e também reivindicar seus direitos em relação ao companheiro. A advogada faz esclarecimentos e orientações em relação aos trâmites judiciais para que inicie as etapas de requisição dos direitos de cuidados e financeiros de Norma. Indicam os procedimentos, documentos, pessoas, locais e argumentos para entrar com uma ação judicial, oferecendo suporte para auxiliar a família nesta função protetiva com a idosa. A terapeuta ocupacional, durante o acompanhamento, fez anotações sobre pontos-chaves das orientações fornecidas, com linguagem clara (acessível) para entregar à família. As profissionais se disponibilizam para eventuais ajudas neste percurso e reforçam a importância da mobilização da nora e do filho para o resgate de Norma

*da situação de negligência de cuidados e ameaças. A família agradece e se despedem, informando que voltarão a entrar em contato.*

*\* Caso descrito a partir das observações em campo, com o uso de nomes fictícios*

Resgato este caso, uma vez que pude estar presente desde a primeira análise da denúncia e os encaminhamentos subsequentes. A percepção que tive sobre as ações desenvolvidas pela terapeuta ocupacional neste acompanhamento e que há posicionamentos, intervenções e manejos próprios da área profissional que se destacam, por exemplo, no acolhimento e na compreensão das necessidades da idosa, na busca por assegurar seus direitos (como cidadã, idosa, mulher, mãe e esposa) para sua participação social e na preocupação com a orientação acessível e concreta. A assistente social, a advogada e a terapeuta ocupacional atuaram, neste acompanhamento, desenvolvendo ações que interconectavam as três áreas e ações que enfatizavam especificidades das profissões, como o conhecimento em termos jurídicos, ofertados pela advogada, a identificação da violação de direitos/orientação sobre as possibilidades de suas garantias, ofertados pela assistente social, e a observação e atuação sobre aspectos cotidianos da idosa e sua família por meio da identificação das habilidades/possibilidades destes atores sociais e na elaboração sobre as formas mais acessíveis e aproximadas das orientações.

Uma das impressões que se destacou para mim, durante essa vivência no CREAS, foi a proximidade das ações socioassistenciais da terapeuta ocupacional com o setor jurídico no encaminhamento e desdobramento das situações acompanhadas, de modo a incidir no cotidiano dos usuários. Tal aproximação denotou características deste setor de atuação, no sentido de explicitar a demanda por conhecimentos consistentes sobre as políticas públicas, vinculadas particularmente aos direitos sociais, e pelo uso constante deste arcabouço como ferramenta/recurso para os atendimentos/acompanhamentos realizados, notadamente acerca de seu impacto no cotidiano.

## **5.2.2 Vivências junto à terapeuta ocupacional no Centro Pop**

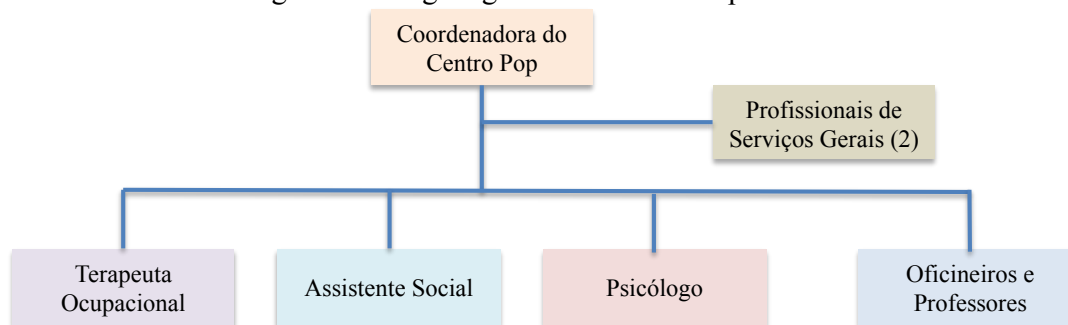
### **5.2.2.1 Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade**

O Centro Pop visitado foi inaugurado em julho de 2008 e foi constituído durante o processo de implementação do SUAS no município, quando foram criados dois CREAS, sendo um deles destinado especificamente à população em situação de rua. Em 2009, por orientação ministerial, os serviços destinados a tal grupo foram renomeados, chamados de

Centro Pop, com regulamentações e orientações técnicas que se distinguiram do CREAS. Dessa forma, o serviço já existente passou por um processo de recadastramento no Ministério, passando a ser oficialmente o Centro Pop da localidade (BRASIL, 2011b).

Localiza-se em uma cidade do interior do estado de São Paulo, com cerca de 250 mil habitantes (IBGE, 2018), e conta com uma equipe composta por três profissionais técnicos (terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga), uma coordenadora e duas responsáveis pelos serviços gerais. Também há a presença de trabalhadores não vinculados integralmente à unidade, como um professor do Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos, uma oficinaira para aulas de artesanatos e um orientador para atividades de computação.

Figura 12 - Organograma do Centro Pop visitado



Fonte: Elaboração própria.

Alguns dos equipamentos que compõem a rede socioassistencial no município são: o Centro Pop visitado, quatro CRAS, um CREAS, um Conselho Tutelar, um Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência, uma Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, uma Casa de Passagem, um Centro Comunitário, uma Comunidade Terapêutica e Conselhos de direitos.

Nessa rede há a inserção de oito terapeutas ocupacionais atuando em diferentes unidades, sendo elas: uma na gestão da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social; cinco no CREAS (sendo que três profissionais atuam como educadoras sociais no contexto de medidas socioeducativas, uma como coordenadora e uma como técnica de nível superior); uma no CRAS na função de educadora social e uma no Centro Pop.

A trabalhadora acompanhada no Centro Pop (Clarice) se formou em uma universidade pública, há 10 anos, e em 2012 ingressou por concurso público para atuar na área. No Centro Pop iniciou suas atividades em 2014 e desde então atua na mesma função, como terapeuta ocupacional (técnica de nível superior). As ações de Clarice acontecem tanto em conjunto

com os outros técnicos como individualmente, mas todas as práticas que observei são comuns a todos eles. Nesta unidade, ela não é responsável por nenhum subgrupo específico, podendo acompanhar, de forma geral, todos os usuários. Na rotina de acompanhamento observei que os usuários chegam até lá por demanda espontânea, pela abordagem social e/ou encaminhados por outros serviços/profissionais.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, faz parte do trabalho essencial do Centro Pop:

Acolhida; escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; Informação, comunicação e defesa de direitos; referência e contrarreferência; orientação e suporte para acesso à documentação pessoal; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com outros serviços de políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização de família extensa ou ampliada; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; mobilização para o exercício da cidadania; articulação com órgãos de capacitação e preparação para o trabalho; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; elaboração de relatórios e/ou prontuários. (BRASIL, 2009a, p. 40).

Na narrativa apresentada a seguir serão descritas as ações acompanhadas junto à profissional.

#### 5.2.2.2 Narrativas sobre o Centro Pop

Como na experiência anterior, senti-me acolhida pela terapeuta ocupacional e equipe para realizar as minhas observações no campo. Esta foi a única das unidades visitadas em que eu já tinha estado anteriormente em outras ocasiões, fazendo com que ganhasse uma familiaridade maior com a equipe e usuários em menos tempo.

No Centro Pop foram realizados cinco dias de observação, tendo sido quatro ininterruptos e outro posterior, em decorrência de um feriado nacional. Tive acesso irrestrito às atividades e registros executados por quem acompanhei. Nestes dias de imersão, foi possível observar na rotina de trabalho de Clarice atividades como: acompanhamentos singulares com usuários e familiares, atividades grupais, reuniões de equipe (do serviço e intersetorial), articulações e encaminhamentos para serviços locais da rede socioassistencial e intersetorial, discussões de casos, elaboração de relatórios e outros registros.



Quadro 26 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no Centro Pop

Atividade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
Acolhimento	✓			✓	✓
Atendimento individual	✓	✓	✓	✓	✓
Atividade grupal (bingo)				✓	
Atividade grupal (assembleia dos usuários)			✓		
Atendimento com equipe intersetorial		✓			
Discussão de caso (no serviço)					✓
Discussão de caso (com a rede de serviços)	✓				
Articulação com a rede socioassistencial e/ou intersetorial					✓
Elaboração de relatórios e outros registros	✓		✓		

Fonte: Elaboração própria.

Busquei identificar/nomear as ações desenvolvidas por Clarice no Centro Pop, destacando, dentre elas: análise/identificação do histórico e da situação atual dos vínculos relacionais e das condições de vida; identificação dos espaços/instituições que transita e se vincula e se há desejos e projetos relacionados à atividades/moradia/trabalho; oportunizar condições para suprir necessidades básicas como alimentação e higiene corporal; acolhimento, oferta de informações sobre os serviços oferecidos pela unidade e pela política socioassistencial; atendimento para usuários e família, desenvolvendo plano familiar/singular de acompanhamento junto à rede de serviços socioassistencial/intersetorial e elaboração de relatórios, referências e contrarreferências.

Fazendo um paralelo com as ações descritas por Chagas e colaboradores (2015, p.34-37), destaco, a partir da observação, algumas das possibilidades de atuação da terapeuta ocupacional no serviço:

- Compreende suas trajetórias [pessoas em situação de rua] individuais e grupais, assim como as características de sua circulação na cidade e as redes de serviços e apoios que utilizam;
- Promove a leitura da demanda através da construção de um processo de interação no qual se criam laços de confiança, identificando conjuntamente necessidades, desejos e atividades que produzam sentido;
- Realiza o estudo e auxilia na organização da vida cotidiana, da vida prática e ocupacional de pessoas em situação de rua (no caso de jovens e adultos);
- Elabora projetos de vida singulares, de forma dialogada, focando as estratégias e atividades capazes de organizar a vida cotidiana, favorecer o pertencimento familiar, grupal e a adesão a um projeto de futuro;

- Reconhece demandas específicas da experiência de vida nas ruas e as encaminha para a rede de serviço, a partir do conhecimento de políticas setoriais e intersetoriais e dos recursos da comunidade;
- Constrói soluções para problemas comuns de forma partilhada;
- Facilita a construção de espaços de encontro, articulação, produção e expressão cultural;
- Facilita o acesso às trocas econômicas e ao mercado formal de trabalho;
- Constrói e desenvolve, com a equipe multiprofissional e com as pessoas em situação de rua, estratégias para lidar com situações-limite cotidianas e de emergência;
- Compõe a equipe multiprofissional e coopera na elaboração e realização de ações interdisciplinares.

Através das ações acompanhadas, verifiquei uma atuação implicada com o setor na função de técnica social da unidade, em que na maior parte das ações não são feitas distinções entre as formações profissionais. Ainda assim, destaca-se que alguns projetos e proposições, particularmente no que tange a oficinas e atividades grupais com finalidades específicas, são de iniciativa da profissional e, em alguns casos, em conjunto com professores e estagiários de um curso de graduação em terapia ocupacional.

Para representar as ações durante a visita, descrevo um dos casos acompanhados.

*PRIMEIRO MOMENTO: O caso emerge no meu primeiro dia de acompanhamento a partir de uma preocupação da equipe do Centro Pop com uma usuária que tem mostrado nos últimos meses um declínio de seu estado físico (fragilidade de sua condição de saúde e emagrecimento) e aparente aumento de frequência de uso de substâncias psicoativas (crack). Dessa forma, o serviço aciona outros equipamentos que também acompanham a usuária para uma reunião com o objetivo de discutir o caso e traçar um plano de acompanhamento (Centro pop, Casa de Passagem e Consultório na Rua). Assim, o caso é apresentado: Karen, 42 anos, em situação de rua há bastante tempo (não se sabe precisamente quanto tempo), atendida no Centro Pop desde 2010. Tem em seu histórico a situação de abrigo durante sua infância e juventude. Possui três filhos e tem contato apenas com uma filha, Amália. A rede socioassistencial que faz parte do repertório de acompanhamento da usuária constitui-se por: Conselho Tutelar, APAE, Abrigo (Unidade de Acolhimento), CAPS 2, CAPS AD, Centro Pop e CREAS. Atualmente é beneficiária do Benefício de Prestação Continuada - BPC e possui um companheiro que também vive na rua e pode estar incentivando o aumento do consumo de substâncias psicoativas ilícitas. Sua situação atual é de uma intensificação do uso de drogas, declínio de sua saúde física (muito emagrecida e debilitada) e dependência afetiva do companheiro. Dessa maneira, as profissionais discutem o caso e apontam algumas possibilidades de encaminhamentos, como: 1. Compartilhar com Karen a preocupação da equipe, perguntando se há algo que ela gostaria que fosse feito pelos serviços. 2. Como uma possibilidade já considerada pela própria usuária anteriormente, discute-se a institucionalização em uma Comunidade de acolhimento, por aproximadamente um mês, para seu fortalecimento pessoal e redução do uso de drogas. A comunidade citada é uma organização religiosa que acolhe pessoas em diferentes tipos de vulnerabilidade e não se constitui uma comunidade terapêutica. 3. Articulação com a rede para seguimento do caso: CAPS/AD, Casa de Passagem, Centro Pop, Consultório na Rua, o Companheiro e família (filha, irmã). 4. Profissionais pactuam retomar contato com a família e agendar reunião com*

*trabalhadores de todos os equipamentos da rede elencada. A terapeuta ocupacional, junto com a equipe, conduz este processo de discussão e encaminhamento.*

*SEGUNDO MOMENTO: Dias depois, a filha de Karen, Amália, 20 anos, vai até o serviço, junto com sua filha Lara, de seis meses, mostrando interesse em ajudar a sua mãe, relatando sua preocupação com seu o estado atual. Amália foi atendida pela terapeuta ocupacional e pela coordenadora do Centro Pop, junto com profissional da Casa de Passagem e equipe do Consultório na Rua. Amália possui em sua história pregressa situação de abandono pela mãe e pelos tios (que tiveram a sua guarda) e foi abrigada aos 14 anos. Foi usuária de drogas e internada em diversas clínicas. Atualmente está morando com o pai de sua filha, que a apoia no cuidado da criança, e relatou que estava há um ano sem fazer uso de drogas. Amália manifestou o desejo de trabalhar e se mudar da casa onde mora atualmente, pois não teria mais um relacionamento com o pai de Lara. Disse sobre sua intenção de levar sua mãe para morar junto com elas. Ao longo da conversa comenta sobre sua relação conflituosa com a mãe, dizendo que ela a “abandonou e acabou com sua vida”. São realizadas algumas sugestões, buscando construir junto com Amália caminhos para estruturar e materializar seus planos. A terapeuta ocupacional comenta sobre a possibilidade de a relação com a mãe ser uma construção feita gradualmente. A profissional sugere a possibilidade de verificar vaga em creche para Lara, porque assim Amália poderia procurar trabalho, já que este foi um desejo manifestado por ela. Com o trabalho, poderia ter condições de se mudar da casa do ex-companheiro e ir se fortalecendo para que pudesse posteriormente apoiar a sua mãe. Amália disse que gostaria que sua mãe fosse internada em uma clínica para recuperação aos moldes de uma clínica em que ela esteve há alguns anos e que a ajudou muito (uma clínica terapêutica). Justifica sua sugestão dizendo que a Comunidade de acolhimento que Karen costuma ser institucionalizada não funciona para o caso de sua mãe, pois ela sai depois de poucos dias e nunca conclui um tratamento efetivamente. A equipe a apoia sugerindo articulações com outros serviços para efetivar esta condução. Assim, após ampla conversa e discussão, alguns encaminhamentos são apontados afim de fortalecer Amália enquanto familiar e rede de apoio de Karen: 1. Agendado atendimento para Amália no CAPS para apoio pessoal e orientação no encaminhamento de sua mãe para clínica; 2. Contato com a enfermeira da unidade de saúde que Amália frequenta para apoio na questão relacionada à amamentação (com vistas a ir retirando gradativamente o leite materno e inserindo alimentos, para a futura inserção no trabalho) e 3. Solicitação para Amália entrar em contato com a creche, disponibilizando a equipe para mediar a requisição da vaga para Lara, caso fosse necessário.*

*TERCEIRO MOMENTO: O caso segue em acompanhamento sugerindo à Karen que neste período ela frequente o Centro Pop, a Casa de Passagem e outros dispositivos que possam apoiá-la em suas necessidades gerais. Durante os dias de acompanhamento, Karen foi frequente ao Centro Pop. No quarto dia de acompanhamento ela se sentiu mal na unidade, apresentando fortes tremores, falta de ar, não conseguia se comunicar verbalmente e com o corpo aparentemente rígido, contraído. A equipe aciona o SAMU que a leva para o hospital. No último dia de acompanhamento, Karen não retorna ao serviço. A terapeuta ocupacional liga no hospital onde Karen foi levada, mas não consegue obter notícias.*

*\* Caso descrito a partir das observações em campo, com o uso de nomes fictícios*

O caso explicitado marcou minha observação realizada no Centro Pop, uma vez que presenciei o desenvolvimento dos diferentes momentos relatados. Por meio da observação da atuação de Clarice, identifico que a profissional foi construindo um processo de articulação para estruturar o plano de acompanhamento daquela família, de modo a contemplar de forma ampla o contexto da usuária e também da sua filha, fornecendo apoios cotidianos concretos e que consideravam integralmente o desejo de tais pessoas, em respeito à sua autonomia.

Minhas percepções gerais sobre a visita foram relativas às demandas de ser/estar contextualizadas nas desigualdades sociais que atravessam o cotidiano das vidas das pessoas acompanhadas no serviço, bem como a sociedade. As vivências nesta unidade me deixaram atenta para a observação de ações da terapeuta ocupacional, conectada às problemáticas concretas dos sujeitos, em conjunto ao entendimento macrossocial, o que forneceu recursos para uma prática sensível em uma perspectiva mais empática e com menos juízo de valor sobre as escolhas pessoais e as impostas pelo sistema socioeconômico. Com esta breve experiência, percebi o trabalho da profissional numa atuação presente e disponível para o desenvolvimento de diferentes tipos de ações ali ocorridas.

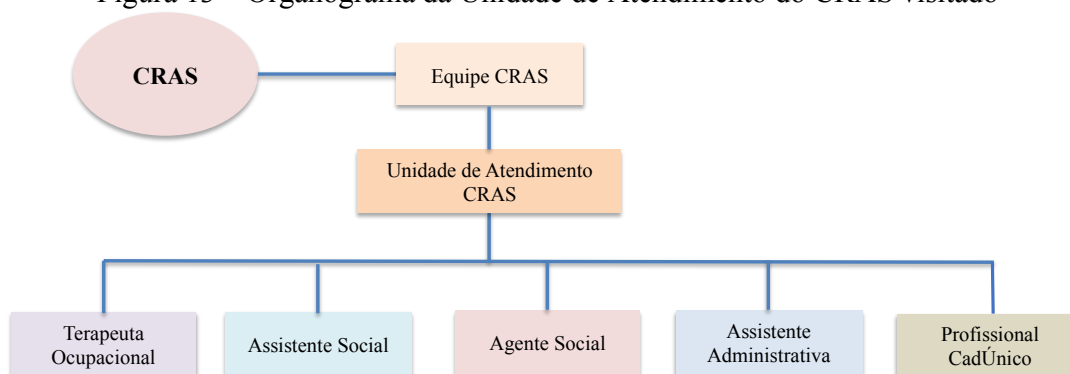
### **5.2.3 Vivências junto à terapeuta ocupacional no CRAS**

#### **5.2.3.1 Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade**

O serviço visitado constitui uma unidade de atendimento do CRAS e foi instituído há cerca de um ano e nove meses com o intuito de atender, de forma preliminar, uma exigência do Ministério Público para a construção de uma rede de serviços (saúde, educação e assistência social) em um conjunto habitacional do município. Assim, tanto o conjunto habitacional como o CRAS foram inaugurados em março de 2017. Esta unidade de atendimento faz parte da equipe do CRAS localizado no bairro mais próximo deste conjunto habitacional (que fica a uma distância de mais ou menos 45 minutos de caminhada, segundo relato dos profissionais da equipe).

O CRAS em questão está em um município no interior do estado de São Paulo, com população estimada de cerca de 600 mil habitantes (IBGE, 2018) e conta com uma equipe de cinco profissionais, sendo eles: uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, um agente social, uma assistente administrativa e uma responsável pelas inscrições no Cadastro Único da Assistência Social. O local visitado se encontra alocado dentro da Unidade de Saúde do conjunto habitacional e, dessa forma, são cedidas duas salas deste equipamento para o desenvolvimento das ações do CRAS.

Figura 13 – Organograma da Unidade de Atendimento do CRAS visitado



Fonte: Elaboração Própria.

Na rede socioassistencial do município há outras cinco terapeutas ocupacionais atuando em diferentes unidades, além da acompanhada (Carolina), as quais já transitaram em diferentes serviços socioassistenciais e estão atualmente em: CRAS (três profissionais), CREAS (duas) e Centro Pop (uma). Dentre os equipamentos que compõem a rede de serviços da assistência social no município estão: três CREAS, 11 CRAS, um Centro Pop, um Centro de Referência para Mulher e um Centro de Referência para Idosos (estes serviços são análogos ao CREAS, mas voltados para populações específicas).

Carolina se formou em 2001 em uma universidade privada e fez posteriormente uma especialização em neuropsiquiatria, finalizada em 2003. A profissional trabalhou em uma instituição que atende crianças com demandas neurológicas e em 2013 ingressou por concurso na prefeitura para trabalhar na assistência social. Inicialmente trabalhava em dois CRAS e atuava se revezando entre eles ao longo da semana. Posteriormente, foi transferida para outra unidade de CRAS e trabalhou em um cargo de gestão na Secretária de Assistência Social (no período de dois a três meses). Na unidade onde foi realizada a visita, iniciou seu trabalho em março de 2017.

Carolina relatou, durante a minha visita, que quando ingressou na assistência social tinha o desejo de solicitar migração da sua vaga para um serviço do setor da saúde, assim que terminasse o seu período probatório. No entanto, ao longo do tempo foi se apropriando da área e passou a se interessar, escolhendo permanecer ali.

No dia a dia do acompanhamento observei que os usuários chegam por demanda espontânea, busca ativa e encaminhamentos de outros serviços da rede socioassistencial e intersetorial.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais faz parte do trabalho essencial do CRAS, em relação ao Programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF):

Acolhida; estudo social; visita domiciliar; orientação e encaminhamentos; grupos de famílias; acompanhamento familiar; atividades comunitárias; campanhas socioeducativas; informação, comunicação e defesa de direitos; promoção ao acesso à documentação pessoal; mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio; desenvolvimento do convívio familiar e comunitário; mobilização para a cidadania; conhecimento do território; cadastramento socioeconômico; elaboração de relatórios e/ou prontuários; notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social; busca ativa. (BRASIL, 2009a, p. 13).

Alguns dos itens descritos acima foram vivenciados no acompanhamento da sua prática. A seguir, serão apontadas as narrativas da visita realizada ao CRAS e as observações no campo.

#### 5.2.3.2 Narrativas sobre o CRAS

Assim como nas unidades visitadas anteriormente, o acolhimento dado a mim e à proposta do estudo tiveram uma influência positiva nas observações da realidade concreta da ação profissional. Tanto Carolina quanto a equipe se mostraram interessadas em colaborar com o trabalho, oferecendo-se para sanar dúvidas e responder perguntas, diariamente.

Foram cinco dias de acompanhamento consecutivos na unidade de atendimento do CRAS, com acesso a todas as atividades, mediante consentimento dos usuários. Dessa forma, foi possível observar, durante a semana de acompanhamento: acolhimentos, atendimentos individuais, visita domiciliar, discussão de caso, relatos dos atendimentos no sistema eletrônico, supervisão de estagiários, entre outros.

Quadro 27 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no CRAS

Atividade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
Acolhimento e orientações	✓	✓	✓	✓	✓
Atendimento individual	✓		✓		
Visita domiciliar		✓			
Discussão de casos (serviço/estagiários)				✓	
Elaboração de Plano de Acompanhamento					✓
Articulação com a rede socioassistencial e/ou intersetorial	✓				
Elaboração de relatórios e outros registros			✓	✓	✓
Supervisão dos estagiários					✓

Fonte: Elaboração própria.

Destaca-se que as ações de Carolina estiveram permeadas, durante o período de observação, pela implementação e desenvolvimento do Programa do Governo Federal Criança Feliz (PCF). Este programa foi instituído pelo decreto número 8.869, de 5 de outubro de 2016 e possui “caráter intersetorial, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida”<sup>62</sup> (BRASIL, 2016c, p. 1). O PCF é coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário e articula ações das políticas de Assistência Social, Saúde, Educação, Cultura, Direitos Humanos e Direitos das Crianças e dos Adolescentes, dentre outras (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018b).

Para contextualizar a inserção do programa, retoma-se que o município fez o aceite para o seu cadastro em fevereiro de 2017. Após esse período, questões circunstanciais e políticas provocaram a alteração dos responsáveis e locais indicados inicialmente a implementá-lo. Carolina foi então indicada a ser uma das supervisoras e multiplicadora das informações relacionadas a ele. Em novembro de 2017, fez o curso de capacitação e após quase um ano, em outubro de 2018, iniciou a sua implementação. Ela relata que um dos fatores que motivaram o atraso do início da execução foi a contratação das equipes de trabalho. Realizou-se contato com profissionais e instituições que atuam com crianças no município, com o objetivo de verificar possíveis sedes para a parceria neste processo. Como

<sup>62</sup> Considerando esta finalidade geral, o PCF tem os objetivos de: “Promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância; Apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade; Mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias a políticas e serviços públicos de que necessitem; e Integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias” (BRASIL, 2016c, p. 1).

não houve interesse das unidades socioassistenciais, a secretaria ofereceu a possibilidade da contratação de estagiários. Assim, por meio do CIEE (Centro de Integração Empresa e Escola), foram contratados seis estudantes do curso de psicologia com tal intuito. O trabalho da terapeuta ocupacional consiste atualmente na implementação do PCF, sendo que, na semana de acompanhamento de suas práticas, Carolina estava retomando os atendimentos como técnica do CRAS, dividindo sua carga horária em 20 horas para o PCF e 10 horas para as demais atividades da unidade.

Referenciando o material organizado por Chagas e colaboradores (2015, p.13-15), pude observar, nos dias de acompanhamento, que a terapeuta ocupacional no CRAS desenvolve as seguintes ações:

- Atua na prevenção da ruptura dos vínculos familiares e no seu fortalecimento, promovendo sociabilidade que envolva o fazer em família, e/ou entre famílias, por meio de atividades grupais significativas no contexto das realidades locais e para a família e seus membros;
- Implementa processos de realização de atividades em família por meio das quais seja valorizada a constituição de relações de interdependência e a consolidação de laços afetivos e sociais, de modo a estimular, manter e/ou ampliar a capacidade protetiva das famílias;
- Promove experiências que possibilitam a identificação individual e coletiva de dificuldades e potencialidades de famílias, grupos e comunidades;
- Atua na mediação e superação de conflitos entre membros das famílias e entre famílias e a comunidade, mediante a proposição de atividades grupais e comunitárias participativas em que haja interdependência no fazer;
- Realiza visitas domiciliares e acompanhamento de famílias para conhecimento de sua história ocupacional e de participação na comunidade em que habita, a fim de desenvolver estratégias de inclusão sociocomunitária e de pertencimento social, cultural e econômico.

Como as intervenções de Carolina estavam relacionadas, em sua maior parte, ao PCF, vivenciei durante tal experiência a influência/direcionamento das diretrizes políticas no trabalho dentro dos serviços socioassistenciais. De forma geral, as atividades requeridas pelo programa parecem estar em consonância com os conhecimentos oferecidos durante a formação da terapeuta ocupacional na graduação. Identifiquei nas avaliações e procedimentos propostos a requisição de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil. Os formulários de diagnóstico da criança, por exemplo, eram pautados nos marcos do desenvolvimento infantil, por faixa etária, considerando as dimensões motora, cognitiva, socioafetiva, comunicação e linguagem.



Portanto, constatamos que, em linhas gerais, o PCF abarca uma perspectiva desenvolvimentista da primeira infância, chegando a sobrepor estes aspectos às intervenções relacionadas às dimensões sociais, abrangendo em suas diretrizes conteúdos que esbarram nas intervenções da área da saúde. Assim, a forma como é proposta a execução do “caráter intersetorial” atribuído ao PCF, faz emergir o debate sobre a importante complementariedade dos setores versus a implantação de demandas de ações de outros segmentos, como a saúde, dentro da assistência social.

Destaca-se que o programa não se mostra consoante à perspectiva ampliada do SUAS voltada à família e à comunidade, ao focar especificamente a criança, apontando para uma orientação contraditória ao próprio sistema. Ainda, resgata a centralidade das ações coordenadas pela primeira dama, tradição brasileira no âmbito da assistência social (primeiro damismo), o que contrapõe o princípio do direito social presente no SUAS.

Para exemplificar o acompanhamento no CRAS, descrevo um caso, como fragmento de uma das ações acompanhadas. Destaco que escolhi este caso pela representatividade que o PCF teve durante o acompanhamento das práticas profissionais da terapeuta ocupacional.

*A terapeuta ocupacional, eu e dois estagiários vamos até a residência de uma família cadastrada no Programa Criança Feliz. A residência fica no conjunto habitacional composto por 16 condomínios com 16 apartamentos por bloco. Fomos recebidos no apartamento por Maria e Rosa, respectivamente mãe e avó de Luana, criança acompanhada pelo programa. Somos recepcionados com o pedido de que nos acomodássemos nas cadeiras e sofá disponíveis em uma sala de estar compartilhada com uma pequena mesa de jantar. Luana tem dois anos e, segundo os estagiários que a acompanham, não possui atrasos em seu desenvolvimento neuropsicomotor. Eles esclarecem que as visitas possuem o intuito de estreitar e fortalecer os vínculos familiares por meio de atividades compartilhadas entre a mãe/outras familiares e a criança e estimular as habilidades típicas para sua faixa etária. No momento de nossa chegada, a avó Rosa se despede dizendo que estava de saída e que não iria acompanhar a visita naquele dia. Luana encontrava-se deitada no sofá e pouco respondeu aos nossos estímulos de cumprimento a chamando para brincar. Maria conta que a criança está com febre e que desde bem cedo estava prostrada. A mãe de Luana diz que deu banho e a medicou devido ao sintoma. Os estagiários perguntaram sobre a atividade da semana anterior (fantoche com histórias) e o retorno de Maria foi positivo, dizendo que Luana se interessou bastante pelo personagem representado, fazendo outras brincadeiras com ele ao longo da semana. Ela busca o fantoche construído pelos estagiários no quarto e devolve a eles. Os estagiários esclarecem que a cada semana fazem a proposição de uma atividade (sendo em sua maioria brinquedos e brincadeiras) para que a criança explore e brinque junto com os familiares. Posteriormente os estagiários apresentam a proposição de atividades para aquela semana. Entregam uma caixa pequena com lápis de cores e figuras para serem coloridas, explicando que as pinturas deveriam ser realizadas livremente por Luana em conjunto com a Maria. Esclarecem que pensaram naquela atividade como uma forma de proporcionar momentos conjuntos entre elas, apontando também as habilidades que poderiam ser estimuladas ao longo da pintura, como funções cognitivas, motoras e socioafetivas. Fazem orientações gerais sobre as possibilidades de estimular Luana enquanto brincam. Os estagiários comentam que geralmente realizam a atividade junto com a criança e os pais durante a visita, mas que, naquele momento, frente ao estado febril de Luana, não o fariam. Perguntam a Maria se ela teria*

*alguma dúvida em relação à proposição e ela responde que não. Assim, finalizam a visita, agradecendo e pactuando o encontro para a próxima semana.*

*\* Caso descrito a partir das observações em campo, com o uso de nomes fictícios*

As ações de Carolina que acompanhei ao longo de cinco dias estão em consonância com as atribuições do supervisor do PCF descritas em uma publicação ministerial de 2017 (BRASIL, 2017b). De acordo com o material, o supervisor, por intermédio do CRAS é “responsável por acompanhar e apoiar os visitantes no planejamento e desenvolvimento do trabalho nas visitas, com reflexões e orientações” (BRASIL, 2017b, p.29). O documento mencionado, intitulado “Participação do SUAS no Programa Criança Feliz”, em complementariedade à Portaria número 956, de 2018 do MDS, busca articular conexões entre as diretrizes políticas da assistência social com o programa (BRASIL, 2018b).

A partir das minhas percepções gerais sobre a visita, destaco as habilidades da terapeuta ocupacional para a gestão de programas e especificamente no enfoque dado pelo PCF a infância, as múltiplas possibilidades de contribuição profissional pelo conhecimento adquirido na formação graduada, particularmente em conteúdos sobre desenvolvimento infantil. Dentre as possibilidades de atuação da categoria no CRAS, as ações acompanhadas estiveram majoritariamente centradas no PCF e, dessa forma, observei um cenário mais específico de apropriação do programa e as formas de desdobramento do mesmo. Constatado, portanto, que acompanhei parcialmente a execução de serviços preconizados e rotineiramente desenvolvidos no CRAS, como o PAIF.

#### **5.2.4 Vivências junto à terapeuta ocupacional no Centro Dia**

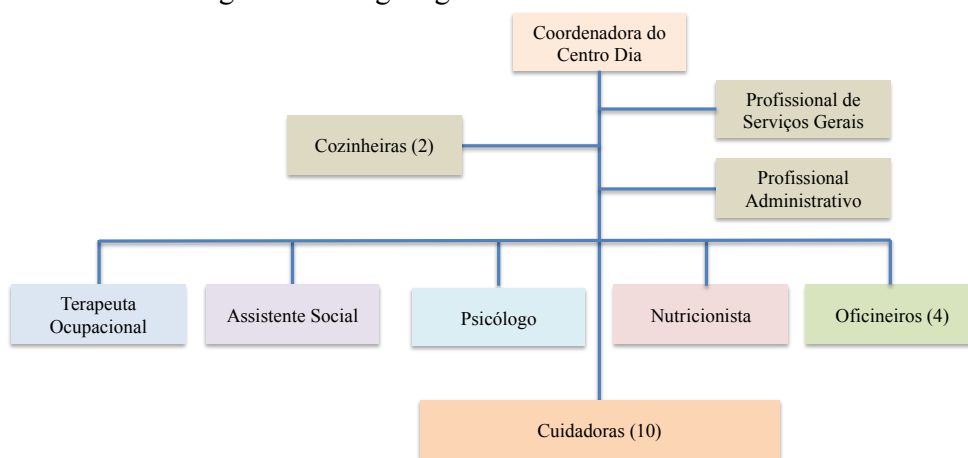
##### **5.2.4.1 Contextualização do campo e a inserção da terapeuta ocupacional na unidade**

O Centro Dia visitado foi inaugurado em novembro de 2013, sendo uma instituição pioneira deste tipo de unidade, no estado de São Paulo. Ela é gerida por uma Organização da Sociedade Civil (OSC) e se insere dentro da rede socioassistencial municipal de proteção social especial, de média complexidade, para pessoas com deficiências e suas famílias. No momento da sua implantação, a proposta era criar outros dois Centros Dia posteriormente, mas isso não aconteceu, portanto trata-se do único na cidade.

Localiza-se em um município do interior do estado de São Paulo, com população estimada de cerca de um milhão de habitantes (IBGE, 2018). A localidade conta com uma

ampla rede de serviços socioassistenciais, dentre eles estão: 12 CRAS, quatro CREAS, um Centro Pop e Unidades de Acolhimento para crianças/adolescentes, mulheres e idosos. O Centro Dia possui uma equipe de 23 profissionais, sendo quatro da equipe técnica (terapeuta ocupacional, assistente social, psicóloga e nutricionista), 10 cuidadoras, uma coordenadora, duas cozinheiras, uma que realiza serviços gerais, um administrativo, quatro oficineiros, além de dois motoristas terceirizados.

Figura 14 – Organograma do Centro Dia visitado



Fonte: Elaboração própria.

Os encaminhamentos para o Centro Dia são realizados pelo CREAS, pela rede de serviços (intersectorial e socioassistencial) e Ministério Público. Atualmente, o serviço trabalha com a ocupação total de 40 vagas, sendo que nos últimos meses a equipe realizou uma reformulação na frequência dos usuários para buscar aumentar o número de pessoas atendidas (diminuindo a frequência de alguns usuários foi possível chamar/acompanhar mais 8 pessoas para o Centro Dia). Em decorrência das dificuldades no deslocamento dos usuários e na disponibilidade de transporte, o serviço não consegue oferecer dois turnos de atendimento e, por isso, acontece em um único período. O transporte com as cuidadoras sai em torno das 7h para buscar os usuários e chega às 9h, quando iniciam as atividades. Posteriormente, o transporte sai para levar os usuários às suas casas às 15h e retorna à unidade por volta das 17h30 e 18h.

A terapeuta ocupacional visitada (Cora) se formou há mais de 11 anos em uma universidade pública e ao longo de sua vida profissional sempre atuou com pessoas com deficiência, desde bebês, na estimulação precoce, crianças em idade escolar e adultos jovens,

na inserção do mercado de trabalho. Na assistência social, Cora está especificamente há cinco anos, desde que ingressou no Centro Dia.

Na rotina de atividades do local, observei que as ações das profissionais técnicas, particularmente a assistente social, a psicóloga e a terapeuta ocupacional acontecem de forma integrada, no entanto as especificidades de cada profissional são apontadas em diferentes momentos das intervenções.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais faz parte do trabalho essencial do Centro Dia (especificamente no Serviço de Proteção Especial para pessoas com deficiências e suas famílias):

Acolhida; escuta; informação, comunicação e defesa de direitos; articulação com os serviços de políticas públicas setoriais; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação interinstitucional com o Sistema de Garantia de Direitos; atividades de convívio e de organização da vida cotidiana; orientação e encaminhamento para a rede de serviços locais; referência e contrarreferência; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; orientação sociofamiliar; estudo social; diagnóstico socioeconômico; cuidados pessoais; desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; acesso à documentação pessoal; apoio à família na sua função protetiva; mobilização de família extensa ou ampliada; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; mobilização para o exercício da cidadania; elaboração de relatórios e/ou prontuários. (BRASIL, 2009a, p. 38).

Durante a visita, vários desses itens apontados no documento ministerial foram acompanhados na rotina da terapeuta ocupacional. A seguir, serão descritas as ações experienciadas.

#### 5.2.4.2 Narrativas sobre o Centro Dia

A receptividade da terapeuta ocupacional junto à equipe da unidade e a rotina dinâmica das atividades do Centro Dia possibilitaram um rápido envolvimento com profissionais, oficinairos, cuidadores e usuários do serviço. Foram cinco dias consecutivos de acompanhamento integral das atividades da profissional, que me deu acesso às práticas com as quais ela se envolveu durante este período (com exceção de um atendimento familiar).

Dessa forma, tive a oportunidade de acompanhar na rotina do trabalho de Cora: acompanhamentos individuais, grupais e familiares, contatos diários com familiares, reuniões

de equipe do serviço e intersetorial, reunião com familiares, visitas institucionais, articulações e encaminhamentos para serviços locais da rede socioassistencial e intersetorial, discussões de casos, elaboração de relatórios e demais registros, entre outros.

Quadro 28 – Atividades observadas durante acompanhamento da terapeuta ocupacional no Centro Dia.

Atividade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
Acompanhamento/contato familiar	✓	✓	✓	✓	✓
Acompanhamento individual			✓		
Acompanhamento de atividades (alimentação, higiene bucal, banho, etc)	✓	✓	✓	✓	✓
Reunião com familiares					✓
Orientação para cuidadoras	✓	✓	✓	✓	✓
Discussão de caso (serviço)	✓	✓	✓	✓	✓
Discussão de caso (com a rede de serviços)		✓			
Articulação com a rede socioassistencial e/ou intersetorial			✓		
Visita a serviço da rede intersetorial		✓			
Acompanhamento em transporte		✓			
Acompanhamento/orientações oficinas	✓		✓		
Elaboração de relatórios e outros registros		✓		✓	
Reunião de equipe (equipe técnica/ equipe técnica e cuidadoras)			✓	✓	✓

Fonte: Elaboração própria.

Nesse processo, buscando nomear as ações desenvolvidas, identificam-se: análise/identificação do histórico e da situação atual de vida e violação dos direitos dos usuários; favorecimento da convivência grupal; apoio e orientações para realização dos cuidados pessoais visando a autonomia dos usuários e fortalecimento da auto proteção contra violação dos direitos; orientações para família, afim de aumentar sua função protetiva e minimizar a ocorrência de novas situações de violação dos direitos; acolhida e escuta e elaboração conjunta do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento.

Baseando-se no material organizado por Chagas e colaboradores (2015, p.33-34) e estabelecendo um paralelo com as atividades que acompanhei, observei que a terapeuta ocupacional:

- Atua com base na sua participação em discussões que se realizam no âmbito das políticas públicas, sobretudo quanto às ações voltadas a prevenir (...) a segregação de pessoas com deficiência (...) e seus cuidadores;
- Desenvolve, junto a pessoas com deficiência (...), suas famílias e/ou cuidadores, atividades que fortaleçam os vínculos, a convivência, o respeito mútuo e a interdependência;

- Realiza atividades em grupo com as famílias/cuidadores, com vistas a promover a reflexão e percepção das implicações advindas da necessidade de oferecer cuidados por tempo prolongado para um membro da família;
- Realiza atividades em grupo junto à pessoa com deficiência, (...) sua família e/ou cuidadores, que ofereçam oportunidades de refletir sobre e/ou transformar suas atividades cotidianas no sentido de garantir a manutenção dos vínculos, evitar desgastes e modificar as condições que, em geral, perpetuam ações de violação de direitos;
- Desenvolve atividades que atuem como instrumento de valorização das potencialidades/capacidades das pessoas com deficiência, (...) e de seus familiares/cuidadores;
- Auxilia no encaminhamento de pessoas com deficiência (...) para equipamentos de saúde, cultura, esporte e lazer da comunidade, visando promover o acesso aos seus direitos, a obtenção de recursos tais como transporte especial ou adaptado e a aquisição de equipamentos de ajuda, como cadeira de rodas, órteses, andadores, entre outros;
- Realiza atividades junto à pessoa com deficiência visando a diminuição da condição de dependência ou de seu agravamento, estimulando suas possibilidades de autonomia, bem como a de seus cuidadores;
- Desenvolve atividades que promovem a criação e/ou expansão da rede de suporte social de pessoas com deficiência, (...) e seus familiares/cuidadores, visando apoiar a família, promover a diminuição das dificuldades que apresentam no âmbito das tarefas do cuidar e evitar a sobrecarga dos cuidadores;
- Auxilia na criação e manutenção de redes de suporte às pessoas com deficiência, (...) e seus familiares/cuidadores, estimulando o fortalecimento de vínculos entre estes e a comunidade por meio da realização de atividades.

Durante os dias em que estive no Centro Dia, observei que todas as ações são integradas entre os profissionais técnicos. No entanto, as atividades relacionadas aos cuidados pessoais (como banho, higiene bucal, vestimentas), alimentação, supervisão das oficinas de atividades, entre outras são referenciadas principalmente à terapeuta ocupacional.

Para representar a visita ao Centro Dia, descrevo um dos casos acompanhados.

*Conheci Daniela e fragmentos de sua história no primeiro dia de acompanhamento das atividades da terapeuta ocupacional no Centro Dia. Enquanto ainda estava sendo apresentada à unidade e aos funcionários, a assistente social solicitou à terapeuta ocupacional uma reunião para discutir o caso de Daniela, que havia acabado de relatar um abuso sexual que teria sofrido na semana anterior. Daniela, 32 anos, possui diagnóstico de deficiência intelectual. Sua mãe, já falecida, possuía uma deficiência física, possivelmente decorrente de uma paralisia cerebral e tinha também o diagnóstico de doença mental (psicose). O pai de Daniela se encontra atualmente preso em decorrência do abuso sexual de sua filha (suspeita-se que desde os cinco anos de idade). Daniela vive com uma prima, Rosana, que tem a sua curatela<sup>63</sup>, desde que seu pai foi preso. Daniela teria sido encaminhada ao*

<sup>63</sup> “Decisão judicial que visa à proteção da pessoa maior de 18 anos, considerada incapaz para os atos da vida civil, em que se concede a determinada pessoa a obrigação de defender e administrar os seus bens. A curatela não é obrigatória para que a pessoa tenha direito ao BPC e deve ser utilizada apenas em casos de real necessidade”. (BRASIL, s/data, p.13; BRASIL, 2018a). Cartilha BPC. Disponível em

*Centro Dia por uma desassistência geral, pela não participação em atividades e serviços no território, isolamento social e precariedade dos cuidados familiares em virtude da sua doença e ausência da proteção dos pais. As profissionais mencionam que quando Daniela ingressou no serviço não se comunicava verbalmente e pouco se expressava (atualmente ela se mostra bastante falante e comunicativa). Segundo o relato de Daniela à assistente social, ela teria se relacionado sexualmente com o vizinho da casa onde mora com sua prima. Tal fato teria acontecido enquanto aguardava, do lado de fora de sua casa, o transporte para ir ao CAPS (instituição que frequenta uma vez na semana). O relato mobilizou as profissionais da equipe para buscarem informações mais detalhadas, a fim de providenciar os encaminhamentos adequados. Durante a discussão do caso, resgataram o histórico de violências que ela sofreu e também outras situações e relatos de Daniela desta natureza, alguns verídicos e outros frutos de suas construções mentais. Atentaram-se para a particularidade de que esta denúncia, no bairro onde ela vive, poderia gerar consequências como espancamento e morte do suposto abusador e, por isso, tomariam medidas cautelosas em suas ações. Identificaram inicialmente riscos sociais nos momentos em que Daniela ficava na rua sozinha, aguardando o transporte do lado de fora da casa. Apontaram então a primeira estratégia de contatar a prima para realizar orientações e concomitantemente buscar averiguar com Daniela formas de autoproteção, como fortalecer suas iniciativas para realizar pedidos de ajuda. Ao longo da semana identificaram outros momentos em que Daniela ficou sozinha na rua, pois a prima não estava em casa quando o transporte a deixou. As cuidadoras e as técnicas foram monitorando tal situação e, quando identificado, entravam em contato com a prima de Daniela. Foram realizados atendimentos com a psicóloga, a qual Daniela possui um vínculo próximo, para orientações e detalhamento sobre o relato. Também foram identificadas, ao longo da semana, situações de vulnerabilidade social de Daniela no retorno para sua residência e, assim, no último dia da minha permanência, a equipe conseguiu agendar, para o próximo dia útil, uma visita domiciliar para conversar pessoalmente com a familiar, objetivando apoiar a função protetiva e tomar as demais providências cabíveis.*

*\* Caso descrito a partir das observações em campo, com o uso de nomes fictícios*

O caso foi descrito por ter sido a primeira situação discutida durante o meu acompanhamento e que teve incidências/discussões presentes ao longo da semana.

Minhas percepções gerais recaem sobre a complexidade dos acompanhamentos e a necessidade de manejos constantes por parte da equipe técnica para o trabalho com múltiplas deficiências e a violação de direitos concomitantes. A terapeuta ocupacional no Centro Dia parece ter seu papel bem estabelecido (e distinto dos demais profissionais), ainda que a atuação aconteça de forma integrada em quase todas as intervenções. Identifiquei que as especificidades nesta unidade atravessam as ações no âmbito da proteção social e se relacionam a práticas que concretamente estiveram mais tradicionalmente colocadas para a terapia ocupacional como um papel profissional, como as “Atividades de Vida Diária”.

### **5.2.5 Considerações gerais acerca das observações das terapeutas ocupacionais**

As visitas possibilitaram a complementariedade dos dados obtidos nos questionários e entrevistas, de forma vivencial. Estar presente em cada um dos serviços me aproximou da dimensão concreta da realidade vivida por elas nos diferentes contextos, da complexidade das populações acompanhadas nos serviços socioassistenciais e dos desafios e potências com os quais terapeutas ocupacionais lidam cotidianamente.

Após experienciar suas rotinas, ainda que de forma breve, percebo que se trata de uma área em processo de consolidação e ao mesmo tempo com práticas efetivas e reconhecidas pelos usuários e equipes dos serviços visitados. As profissionais que acompanhei mostraram clareza sobre o seu papel e apropriação acerca das atuações e de seus objetivos. No entanto, acredito que os caminhos que as levaram a tais buscas para a apropriação da área ainda não são comuns a todos os inseridos na assistência social.

Considero relevante retomar a contextualização das observações que foram realizadas no estado de São Paulo, o que não pode ser generalizado para todo o país. Cabe ainda mencionar que as práticas profissionais descritas neste Capítulo (entrevistas e visitas) mostraram maior homogeneidade em termos de compreensão das profissionais sobre a assistência social como um espaço de disputa entre o controle, a manutenção da ordem e a produção de espaços de sociabilidade e de solidariedade para a busca da redução das desigualdades social. Nesta perspectiva, aponta-se comparativamente que os dados apresentados no Capítulo anterior, provenientes dos questionários, mostraram-se mais heterogêneos, o que pode ter ocorrido pelo maior distanciamento com os interlocutores, bem como pela abrangência que o questionário proporcionou.



## Capítulo 6

---

*Discussões e sínteses acerca da inserção e práticas das  
terapeutas ocupacionais no SUAS*

*Mas além dos privilégios que gozamos enquanto técnicos burgueses sujeitos da dominação implícita em nosso “rol” de poder, podemos ainda tentar ser **agentes de transformação** mediante a localização das necessidades, na prática real, e o desmascaramento dos processos que convertem as ditas necessidades (também nos olhos de quem as expressa) em algo distinto daquilo que são. (Franco Basaglia – O homem no pelourinho, 1986, p.95, grifo do autor).*

Este capítulo apresenta a discussão de informações obtidas nas diferentes etapas da presente pesquisa, realizada a partir de reflexões e análises à luz do referencial teórico adotado, bem como de autores que dialogam com as proposições do estudo.

Diante da multiplicidade de percursos que os resultados permitiam trilhar, foi necessário desenhar um contorno para efetivar o debate que se pretendeu desenvolver, sem a pretensão de esgotar as discussões possíveis provenientes das informações obtidas, bem como admitindo a intencionalidade ao escolher as empreendidas. Partindo dos objetivos ora propostos (identificar, descrever e analisar as características da inserção profissional e práticas de terapeutas ocupacionais em unidades socioassistenciais que compõem o SUAS), o delineamento foi em direção ao aprofundamento de tais características, enfatizando o desvelar sobre “o que fazem” e “como fazem” suas atuações e quais suas possibilidades dentro da área.

A escolha por este caminho buscou afirmar os terapeutas ocupacionais como trabalhadores do SUAS que, através de suas ações, com tecnologias e recursos próprios, desenvolvem ações que caminham em direção aos princípios da política de assistência social, contribuindo para responder às necessidades das unidades/serviços, assim como às demandas da população acompanhada naqueles espaços.

Para este capítulo, foram resgatadas as práticas profissionais que emergiram dos resultados descritos nos capítulos anteriores, buscando uma triangulação das diferentes fontes de informação. Concomitantemente foram tecidas aproximações e articulações com as bases teóricas, apresentando possibilidades de síntese no âmbito dos objetivos deste trabalho.

## 6.1 A INSERÇÃO E AS PRÁTICAS DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL: DISCUTINDO AS ATUAÇÕES PROFISSIONAIS

A discussão apresentada a seguir é composta por duas linhas condutoras: uma que desenvolve reflexões acerca dos dados relativos à inserção profissional da terapia ocupacional no SUAS e outra que contempla as análises das práticas das colaboradoras, propriamente ditas.

### 6.1.1 Sobre a inserção de terapeutas ocupacionais no SUAS

O Capítulo 3 da pesquisa, pautado nos dados ministeriais sobre a inserção de terapeutas ocupacionais na assistência social, revelou que cerca de 9% da categoria no país atuava em unidades vinculadas a ela em 2017. Esse dado denotou que a inserção profissional neste setor é uma realidade e que, como trabalhadoras da área<sup>64</sup>, estão atuando nos diferentes espaços que compõem a rede socioassistencial do SUAS.

Dada essa compreensão, vale destacar que, embora façam parte das equipes dos diversos serviços, o ingresso não tem sido realizado de forma homogênea, há uma grande concentração de profissionais atuando em determinadas unidades, como é o caso dos Centros Dia e das Unidades de Acolhimento, enquanto são comparativamente menores as inserções em equipamentos como os CREAS e CRAS. Infere-se que tal característica dos primeiros dois espaços elencados tem clara associação com a requisição regulamentada de terapeutas ocupacionais em sua equipe mínima e uma relação aparente de que a contratação nesses locais é marcada pelas necessidades apresentadas pelas populações ali acompanhadas.

Os Centros Dia e as Unidades de Acolhimento, que são unidades da proteção social especial, respectivamente de média e alta complexidades, recebem pessoas com deficiências e em outras situações que se aproximam de populações tradicionalmente acompanhadas por terapeutas ocupacionais em seu percurso profissional, com predominância em ONGs e na área da saúde. Ao analisar as informações referentes à inserção profissional, essa discussão preliminarmente se sobressai, ao passo que, como trabalhadoras da assistência social, deveriam buscar um deslocamento de intervenções da saúde, setor “tradicional” do trabalho da categoria, para as atuações específicas no âmbito social. Tal deslocamento de ação dentro da área, no entanto, não reduz as possibilidades de desenvolverem atuações qualificadas, aproximadas e sensíveis junto às problemáticas sociais de pessoas com deficiências ou adoecimentos e que estejam em situações marcadas pela vulnerabilidade social.

Para ilustrar como a perspectiva do acompanhamento à pessoa com deficiência na assistência social se distingue das proposições da saúde, resgata-se a Resolução CNAS número 34, de 2011, que define o acompanhamento da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária (BRASIL, 2011f). A determinação afirma o lugar da assistência social como “política para tratar da questão da proteção social da pessoa com

---

<sup>64</sup> Como esta discussão tem como base os resultados anteriores que apresentam preponderância de mulheres como terapeutas ocupacionais atuando na assistência social, mantém-se o uso do gênero feminino para se referir às colaboradoras do estudo, buscando respeitar a maioria numérica, sem desconsiderar a abrangência de colaboradores de diferentes gêneros que o compuseram.

deficiência, respeitando-se a transversalidade e intersectorialidade necessárias” (BRASIL, 2011f, p.2). Nos três primeiros artigos da referida resolução são estabelecidas as definições para esta prática:

Art. 1º. Para efeito desta resolução fica estabelecido que a integração à vida comunitária da pessoa com deficiência no campo da assistência social deve ser entendida como “inclusão à vida comunitária”, adequando-se às lutas históricas dos movimentos das pessoas com deficiência e aos seus avanços conceituais;

Art. 2º. Definir que habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua inclusão à vida comunitária “é um processo que envolve um conjunto articulado de ações de diversas políticas no enfrentamento das barreiras implicadas pela deficiência e pelo meio, cabendo à assistência social ofertas próprias para promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e à participação plena e efetiva na sociedade”;

Art. 3º. Definir que habilitação e reabilitação no campo da assistência social caracteriza-se por meio da Vigilância Socioassistencial, Proteção Social, Defesa e Garantia dos Direitos (BRASIL, 2011f, p.3).

Entende-se que os termos *habilitação* e *reabilitação*, utilizados amplamente nessa resolução, de forma geral não são promovidos e empregados na assistência social com o enfoque funcional e são termos que não se voltam para uma área de atuação específica como a habilitação/reabilitação físicas ou psicossociais. Infere-se também que a menção aos termos no documento pode compreender a demanda de articulação com políticas setoriais no desenvolvimento de proposições nos múltiplos enfrentamentos de barreiras relativas às deficiências.

Em consonância com a resolução mencionada, as orientações técnicas para os Centros Dia de Referência para Pessoas com Deficiências (unidades em que as terapeutas ocupacionais estão majoritariamente inseridas) apontam, como resultados esperados para as ações desenvolvidas pela equipe, buscar reduzir riscos sociais e situações de vulnerabilidade por violações de direito, assim como “contribuir para a construção da autonomia e ampliação da participação social dos usuários” (BRASIL, 2013b, p. 36).

Diante da compreensão apresentada nestes documentos, sobre o papel dos técnicos junto às pessoas com deficiência no contexto da assistência social, infere-se que a terapia ocupacional, como categoria que pode compor as equipes do SUAS e que tem proximidades em sua formação graduada com as problemáticas específicas relativas a essa população, é

reconhecida pelas possibilidades/potencialidades para atuar naqueles locais, contanto que suas ações sejam consoantes ao objetivo de promoção da proteção social das pessoas com deficiência.

Destaca-se que, particularmente a partir da resolução número 17 do CNAS, terapeutas ocupacionais e demais profissionais reconhecidos como trabalhadores do SUAS são convocados a afirmar sua atuação ético-política na assistência social, no desenvolvimento de ações contextualizadas socialmente e condizentes com as demandas sociais características dessa área de atuação, que se desvencilham das práticas pautadas nos processos saúde-doença, mesmo em suas compreensões mais ampliadas. Assim, ocupar este espaço de trabalho exige destes profissionais o desenlace com a saúde no âmbito dos discursos (nos usos de termos como clínica, atendimento terapêutico, entre outros), objetivos de suas práticas (não centrados na atuação curativa, reabilitadora ou na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos), perspectivas teóricas (apropriação de perspectivas que possibilitem maior compreensão sobre a questão social e suas consequências), entre outros.

Ao recuperar essa reflexão, enfatiza-se o cuidado necessário em considerar a integralidade do pensar-fazer terapia ocupacional em suas diferentes áreas de atuação e a imprescindível articulação entre os setores para contemplar as complexas demandas as quais as profissionais lidam em seu cotidiano de trabalho. Não se intenciona aqui apontar que na assistência social deva haver um purismo nas práticas ou que se faça uma fragmentação das demandas do sujeito (ou dele próprio) no momento da ação/objetivo profissional, mas ressaltar a necessidade de intervenções qualificadas e específicas para responder às problemáticas que impedem os sujeitos de acessar a proteção social, no que tange às questões relacionadas à vulnerabilidade social/desfiliação social.

Neste sentido, entende-se como imprescindível a atenção para um agir profissional crítico, que fuja do aprisionamento de técnicas sociais atreladas a um mérito prescritivo ou um convívio social/participação social pautados em um padrão de normalidade a ser alcançado. Ou seja, não se pode imprimir às práticas sociais as mesmas características biomédicas já rediscutidas/revistas/repensadas na terapia ocupacional como um todo, como discutido por Denise Barros, em 2004.

A terapia ocupacional pode contribuir para o equacionamento de questões que se impõem pelas desigualdades e contradições sociais e confrontos culturais. Mas insistimos também no risco de se oferecer uma leitura psicologizante para os fatos históricos e para as contradições da dinâmica

social. Continuamos apostando no fortalecimento de um processo de conhecimento plural e na criação de espaços para um diálogo entre o que é local e o que o transcende – mas não o elimina. Dar à terapia ocupacional profundidade implica em acumular reflexões, em aprender a indagar o real e é importante que isso se construa com base em uma epistemologia que faça apelo a campos de abertura, a espaços de liberdade intelectual e profissional. É preciso aceitar uma abordagem do risco que é também da liberdade. Exige um grande esforço pessoal e intelectual, pois “o caminho se faz ao caminhar”. Esse é um caminho do risco e da aventura do conhecimento que vai definir o próprio de maneira mais flexível e também mais fluida. (BARROS, 2004, p.95).

Para complementar a discussão, observando em exemplos práticos o enfoque da atuação da terapia ocupacional na assistência social na interface de acompanhamentos a pessoas com deficiências, apresenta-se a seguir um trecho retirado do diário de campo da visita realizada em um Centro Dia:

*Dia quatro - Logo após a chegada dos usuários, uma das cuidadoras chamou a terapeuta ocupacional dizendo que Célia (uma das usuárias) havia chegado ao serviço com marcas no rosto, machucados e hematomas. No mesmo momento, a profissional foi até ela e verificou os sinais no rosto, apontados pela cuidadora. Observou que pareciam marcas de amordaçamento, sendo que eram arroxeadas e se destacavam nas laterais de sua boca (...). Não foram encontrados ferimentos em outras partes do seu corpo. Célia respondeu afirmativamente com a cabeça quando questionada se alguém teria batido nela (...). A usuária não se comunica verbalmente e apresenta grande agitação psicomotora, o Centro Dia disponibiliza uma cuidadora exclusivamente para seu acompanhamento individual todos os dias (de acordo com uma delas, tal procedimento se dava na tentativa de evitar que ela se coloque em risco de se machucar, chocando-se contra objetos, entrando na cozinha/banheiro, manuseando objetos perfurocortantes, etc.). A terapeuta ocupacional mencionou que Célia possui um histórico de agressividade, de crises de agitação e também um histórico de violência familiar. A profissional contou uma série de mudanças positivas nas relações estabelecidas por Célia desde quando ingressou na unidade, além disso foram mencionados também avanços acerca dos processos familiares em seu cuidado. A terapeuta ocupacional, junto com a equipe técnica (psicóloga e assistente social) entram em contato com a família. Após uma série de tentativas, conseguem conversar por telefone com uma irmã da usuária, que confirmou que sua mãe a havia amarrado devido a uma grande agitação noturna. Solicitam reunião com a família para obter informações sobre o fato e fazer os encaminhamentos necessários no âmbito da garantia de proteção social de Célia (...). A reunião foi agendada para o dia seguinte.*

*Dia cinco - Um dos irmãos de Célia compareceu ao Centro Dia, para o encontro com a equipe técnica. A reunião não foi acompanhada por mim a pedido das profissionais, por se tratar de um caso/situação delicada (...). Como aconteceu em meu último dia de visita, não acompanhei a discussão das profissionais e encaminhamentos. A terapeuta ocupacional compartilhou comigo posteriormente, de forma breve, que foram feitas novas orientações quanto a violações de direito e manejos das crises de Célia, com a proposição de acompanhamentos mais próximos/diretivos à família.*

*\* Caso descrito a partir das observações em campo, com o uso de nomes fictícios*

Este fragmento do diário de campo, junto aos demais excertos já descritos nos resultados em relação ao acompanhamento das práticas e entrevistas junto a profissionais que atuam em Centros Dia de Referência para Pessoas com Deficiência (por exemplo, as narrativas sobre o Centro Dia, no Capítulo 5), configuram-se como exemplos de atuações com enfoque dado em realizar um conjunto de atividades em prol da proteção social dos usuários e suas famílias.

Compreende-se que o trecho explicitado constitui uma cena que exemplifica uma demanda socioassistencial apresentada por Célia e seus familiares. Apesar de explicitar uma situação-limite, identificou-se que, durante o acompanhamento, a deficiência da usuária foi considerada, respeitada e manejada pela terapeuta ocupacional, porém não se tornou o foco de sua atuação, pois a profissional provavelmente entendia que há uma rede de serviços articulados para compor o cuidado de Célia e das demais pessoas que frequentam o Centro Dia, em suas diferentes dimensões e necessidades.

Desse modo, demonstra-se que o objetivo de sua intervenção esteve direcionado à proteção social, conforme pressupõem os eixos do trabalho no Centro Dia de Referência, que se voltam para: minimizar e superar situações relacionadas ao “risco e à violação de direitos, como a discriminação; negligência; maus tratos; abandono; violência física e psicológica; uso indevido da imagem; convivência com a extrema pobreza, dentre outros riscos” (BRASIL, 2012a, p. 33).

De acordo com as orientações técnicas para o Centro Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, a contribuição para a superação dessas condições e para evitar novas ocorrências de violação de direitos podem ser feitas por meio do “apoio à ampliação da autonomia e do fortalecimento do papel protetivo da família” (BRASIL, 2012a, p. 33). Evidencia-se que a equipe multiprofissional do Centro Dia de Referência, que inclui as terapeutas ocupacionais, deve atuar de forma interdisciplinar, utilizando atividades variadas e abrangendo espaços intra e extrainstitucionais (BRASIL, 2012a, p. 34).

O atendimento no Centro Dia de Referência tem início com a acolhida e a escuta ativa e qualificada do usuário e sua família e a elaboração conjunta de um Plano de Atendimento Individual ou Familiar. As atividades no serviço serão realizadas por uma equipe multiprofissional, multidisciplinar e de atuação interdisciplinar, sob distintas metodologias de escuta e expressão das relações (reuniões, leituras, vídeos, música, grupos focais, atenção individualizada, atividades em oficinas diversificadas como música, teatro, atividades com água, esporte e lazer, dentre outras), não apenas nos espaços

físicos da unidade, mas envolvendo o domicílio, o bairro, a comunidade, clubes, cinemas, praças, entre outros espaços. (BRASIL, 2012a, p. 34).

Retomando a coleta de informações para a composição de dados desta pesquisa, salienta-se que durante a realização dos contatos telefônicos com as terapeutas ocupacionais, convidando-as a colaborar com o estudo, particularmente junto àquelas que atuam em Centros Dia, deparou-se com profissionais que não se reconheciam como trabalhadoras vinculadas à assistência social. As que expressavam este distanciamento com o setor atuavam em unidades voltadas para pessoas com deficiências, por vezes, com enfoque reabilitador e de caráter privado (incluindo ONGs, Organização da Sociedade Civil [OSC], Organização da Sociedade Civil de Interesse Público [OSCIP], entre outras).

Exemplifica-se um tipo de instituição com a qual algumas apresentaram este estranhamento do vínculo com a assistência social: as APAEs. Dessas associações, algumas colaboradoras contatadas se mostraram surpresas com o convite da pesquisadora, por se tratar de um estudo no âmbito do SUAS, verbalizando que eram trabalhadoras da saúde e não da assistência social, portanto não seriam sujeitos da pesquisa em tela. Diante disso, torna-se relevante reconhecer a natureza setorial mista<sup>65</sup> das APAEs e considerar o histórico de atuação da categoria em tais espaços, marcado por um caráter de intervenção nos aspectos relacionados à saúde, como físicos e neurológicos; bem como resgatar a fala de participantes que mencionaram a constituição recente dos Centros Dia nas instituições e da formação das equipes dessas unidades, em fase de estruturação.

O documento “*Assistência social na rede APAE: ofertas socioassistenciais para pessoas com deficiência*” (BRITO, et al., 2019, p.45) orienta a implementação das ofertas de serviços, de acordo com as particularidades de cada região do país, propondo-se a ser um norteador para apoiar e subsidiar “as ações das políticas públicas de assistência social desenvolvidas nas instituições”. Acredita-se que iniciativas como essa possam apoiar o fortalecimento ao reordenamento<sup>66</sup> de ações adequadas às finalidades dos serviços da

---

<sup>65</sup> A Federação Nacional das APAEs se caracteriza como associações civis, beneficentes, com atuação nas áreas de assistência social, educação, saúde, prevenção, trabalho, profissionalização, defesa e garantia de direitos, esporte, cultura, lazer, estudo, pesquisa e outros, sem fins lucrativos ou de fins não econômicos, com duração indeterminada (FENAPAES). Disponível em: [http://www.feapaesp.org.br/material\\_download/56\\_FOR\\_81\\_Estatuto\\_da\\_Federacao\\_Nacional\\_das\\_Apaes\(1\).pdf](http://www.feapaesp.org.br/material_download/56_FOR_81_Estatuto_da_Federacao_Nacional_das_Apaes(1).pdf). Acesso em 8 de novembro de 2019.

<sup>66</sup> Segundo documento ministerial para Reordenamento dos SCFV, por reordenamento “entende-se a unificação das regras para a oferta qualificada do SCFV, que visa equalizar/uniformizar a oferta, unificar a lógica de cofinanciamento federal, possibilitar o planejamento da oferta de acordo com a demanda local, garantir serviços



assistência social e, conseqüentemente, aproximar profissionais, como terapeutas ocupacionais, de atuações e perspectivas mais apropriadas e coerentes com a PNAS.

Dessa maneira, ressalta-se que as informações obtidas na presente pesquisa apresentam pistas de que algumas das unidades vinculadas ao SUAS, por integrarem em sua composição outros vínculos setoriais e disporem da oferta de serviços múltiplos como saúde, educação e assistência social, possibilitam que algumas das profissionais contratadas transitem entre essas esferas ou acabem sendo diretamente absorvidas pelos espaços de práticas com os quais possuem mais familiaridade (talvez pela formação ou histórico de experiências anteriores).

Depreende-se que, com a estruturação dos Centros Dia em um movimento de ampliação e com a demanda pela terapia ocupacional na equipe de referência, a transição entre os setores possa se tornar nebulosa, particularmente para aquelas contratadas para responder a uma demanda (saúde) e que, a partir de dado momento, deveriam passar a desenvolver ações em outra área (assistência social). Ou mesmo ao ter que atender às especificidades de diferentes setores, de unidades e serviços distintos, em uma mesma instituição. Os trechos abaixo exemplificam a discussão:

*Enfatizando a atuação no Centro Dia, durante as oficinas e atendimentos grupais são realizadas atividades cognitivas, motoras e sociais. Priorizando a independência e autonomia dos usuários em atividades básicas de vida diária.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em Centro Dia).

*Reabilitar e habilitar, manter e prevenir agravos de saúde.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua na APAE, em unidade não especificada, não constando se vinculada à equipe do Centro Dia).

*O Centro dia está vinculado à APAE, onde também atuo na clínica de reabilitação. Os atendimentos entre um serviço e outro são, portanto, intercalados e há uma agenda que indica os horários de atendimento em cada setor. Atualmente atuo em três diferentes grupos, todos voltados para pessoas com deficiência intelectual. Os grupos já são pré-estruturados pela instituição, de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e competências dos participantes, bem como o nível de necessidade de suporte. Em dois dos grupos atuo com dois profissionais psicólogos, um em cada grupo, onde coordenamos juntos grupos temáticos e de problematização de situações cotidianas, estimulando o processo criativo por meio de diversas*

---

continuados, potencializar a inclusão dos usuários identificados nas situações prioritárias e facilitar a execução do SCFV, otimizando os recursos humanos, materiais e financeiros (BRASIL, 2013a).

*atividades (artesanais, reciclagem, pintura, costura manual, culinária, jogos de socialização, AIVDs (manejo de dinheiro), orientação temporal com datas comemorativas, marcos culturais, resgate da subjetividade e autonomia. (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional, atua em Centro Dia).*

Os dois primeiros relatos possibilitam identificar atravessamentos das práticas de saúde na atuação profissional em serviços da assistência social. Nesses casos, não se sabe se a influência se dá apenas no plano do discurso ou se efetiva como uma referência concreta para a prática. No segundo relato, a colaboradora não informou o setor/unidade com a qual se vincula na instituição, sendo possível que haja uma atribuição institucional específica para atuar na área da saúde, por exemplo, como em um serviço de reabilitação física. Nota-se que ela utiliza o mesmo termo referido na Resolução número 34 do CNAS, sobre a assistência social no acompanhamento às pessoas com deficiências (habilitação e reabilitação). O terceiro relato ilustra a reflexão apresentada de uma construção recente de estruturação da inserção de terapeutas ocupacionais nos Centros Dia e sobre o trânsito das profissionais por diferentes setores em uma mesma instituição.

Outro aspecto que se destacou em alguns desses espaços, verificado pela fala das participantes, particularmente no processo da coleta de dados (durante as tentativas de contato por ligações telefônicas), foi uma lógica clínica de “atendimento” sequencial em que terapeutas ocupacionais têm sua jornada preenchida por acompanhamentos individuais, com duração determinada de 30 em 30 minutos, por exemplo, com pausa de dez minutos para o café.

Salienta-se a possibilidade da existência de uma cobrança, sustentada no imaginário e na materialidade das práticas dos terapeutas ocupacionais, em apresentar resultados em planos individuais e evidenciáveis, mesmo diante da compreensão de problemáticas contextualizadas socialmente. Infere-se que a presença de tal cobrança não se daria apenas para acompanhamentos com rigidez de horários, como no exemplo explicitado, mas abarcaria ações, de forma geral, que não romperam com uma tradição de atuação na dimensão individual em seu exercício profissional.

Nos discursos das profissionais que vivenciavam tais dinâmicas, observou-se empiricamente a preponderância de instituições de caráter privado, como ONGs, OSCIP, entre outras. Dada a constatação, cabe resgatar algumas características históricas da inserção de terapeutas ocupacionais nesses locais. Borba e Lopes (2016), delineando elementos sobre o

processo de trabalho de terapeutas ocupacionais em ONGs, sinalizam:

como muitas dessas instituições operam na lógica da escassez de recursos de todas as ordens – financiamentos, humanos, materiais –, normalmente os técnicos que ali adentram aceitam a proposta de trabalho, compreendendo-a como uma situação de passagem (...). Isso não esvazia o comprometimento ético-político do profissional com relação ao campo de trabalho e aos sujeitos da ação (...). Além disso, que o trabalho possa operar e espelhar a luta pautada pela lógica da garantia de direitos das pessoas atendidas e não da caridade, tampouco do assistencialismo. (BORBA; LOPES, 2016, p.247).

Diante dos exemplos e das considerações das autoras sobre o compromisso profissional na defesa da lógica da garantia de direitos, atenta-se novamente às orientações técnicas dos Centros Dia, que indicam o direcionamento das intervenções voltadas especificamente para a prestação de serviços socioassistenciais, como indicado no trecho que segue.

É importante ressaltar que se trata de uma equipe multidisciplinar que deve pensar e agir colaborativamente com o foco nos usuários e famílias, dentro da lógica da prestação de serviços socioassistenciais. Logo, não cabe no âmbito do Centro Dia que, por exemplo, o psicólogo atue ofertando sessões de psicoterapia, uma vez que essa é uma ação do campo clínico da área de saúde. A ideia é que cada profissional contribua com seus conhecimentos específicos para a proposição e execução de atividades coletivas e/ou individualizadas de convivência, autocuidado e fortalecimento de vínculos, promoção da autonomia e participação social. Mesmo havendo divisão de tarefas e atribuições entre os integrantes da equipe, cada profissional deve atuar com base nas propostas e decisões colegiadas desta. (BRASIL, 2012a, p. 49).

Os atravessamentos da saúde nas práticas sociais que emergem dessa discussão claramente não são pertinentes apenas para a terapia ocupacional na assistência social, como mencionado no exemplo, ou para as unidades como os Centros Dia, mas também se referem aos diferentes locais de práticas assistenciais que se diferem da saúde. No entanto, considerando o recorte da pesquisa, enfatiza-se particularmente os serviços da assistência social e, além dos Centros Dia, neste contexto também as Unidades de Acolhimento, que tiveram um destaque quantitativo na inserção das terapeutas ocupacionais, segundo os dados do Censo SUAS (segunda maior concentração profissional em números absolutos depois dos Centros Dia) e apresentaram práticas diversas, potentes e algumas que também se mesclam no

setor da saúde. Vale enfatizar que os Centros Dia e as Unidades de Acolhimento foram os tipos de espaços mais permeados por discursos de práticas relacionadas à saúde em relação às demais unidades, como CRAS, CREAS e Centro Pop.

Dentre as Unidades de Acolhimento, destaca-se aqui o Acolhimento Institucional nas Residências Inclusivas, equipamentos que acompanham jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência e que não dispõem de “condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar” (BRASIL, 2013c, p.3). As instalações são adaptadas e localizadas em áreas residenciais na comunidade, buscando romper a lógica do isolamento social dos serviços para acolhimento de pessoas com deficiência em áreas afastadas, que não favorecem o convívio comunitário (BRASIL, 2014b). É uma unidade que, assim como o Centro Dia, oferta serviços para pessoas com deficiência no âmbito da assistência social e inclui a terapia ocupacional na equipe de referência, o que pode também justificar a maior concentração da categoria nestes serviços. A seguir, apresenta-se um fragmento de resposta de uma terapeuta ocupacional que atua em Residência Inclusiva, descrevendo seus objetivos, ações e alguns exemplos de atividades/recursos que diz utilizar.

[Objetivos:] *Reinserção ou inserção do sujeito na comunidade e melhorar sua qualidade de vida.* [Ações:] *Trabalhar aspectos cognitivos, atividades básicas e instrumentais de vida diária, autoestima e qualidade de vida.* [Exemplos de atividades/recursos:] *Grupos de cognição, psicomotricidade fina e grossa, estimulação sensorial, treino de AVD e AIVD.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em Residência Inclusiva).

Assim como em algumas situações discutidas no âmbito do Centro Dia, neste excerto são identificados apontamentos sobre atividades não voltadas especificamente aos aspectos sociais dos moradores daquela residência, como grupos de cognição e de psicomotricidade. Verifica-se ainda certa incompatibilidade entre os objetivos e os recursos utilizados e se depreende que este tipo de ação pode ter sido apresentado como uma resposta às demandas reais dos próprios residentes, a pedido da gestão, ou mesmo como uma iniciativa da terapeuta ocupacional, frente às necessidades que identificou junto aos moradores da unidade.

Da mesma maneira, é possível supor ter ocorrido uma associação da profissional entre os aspectos cognitivos e uma vida independente e autônoma, elegendo-os como um dos seus pontos de atenção para desenvolver seu trabalho na Residência Inclusiva. Entretanto, considerando-se que os conhecimentos mais específicos sobre a cognição são amplamente

apropriados pelas ciências biológicas, particularmente no âmbito da neurociência, acredita-se que se houvesse uma potente articulação das redes, tais demandas seriam acolhidas por serviços da saúde (inclusive por terapeutas ocupacionais). Por conseguinte, a dimensão social, voltada ao fortalecimento dos vínculos e das redes de suporte como caminhos para a ampliação da proteção social dos residentes, poderia ser abordada com maior foco no serviço em questão.

Um segundo relato foi resgatado para ilustrar a ênfase dada por uma terapeuta ocupacional à demanda do SUAS por práticas deslocadas de uma ação clínica.

[Ações:] *Plano de organização do cotidiano dos acolhidos e da residência, acompanhamentos e encaminhamentos.* [Exemplos de atividades/recursos:] *Bom, como no SUAS o terapeuta ocupacional ou qualquer outro profissional da saúde não pode clinicar, organizo para que os moradores frequentem escolas, academias, vão a passeios, centro de reabilitações. Que possam participar da sociedade com autonomia.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em Residência Inclusiva).

A fim de inserir elementos neste debate, recuperou-se o estudo de Bianchi e Malfitano (2013), que investigou a atuação de terapeutas ocupacionais em contextos de vulnerabilidade social, apontando as distinções e as proximidades da área social e da saúde. As autoras constataram que o contexto territorial não deveria definir a natureza do trabalho, pois o mesmo deveria ser norteado pelos objetivos, recursos, especificidades e pelos contornos dos conhecimentos com os quais a categoria dialoga (BIANCHI; MALFITANO, 2013; MALFITANO, 2016). Da mesma forma, como foi verificado nos excertos apresentados anteriormente, Bianchi e Malfitano (2013) identificaram, nos relatos de profissionais que atuam em serviços sociais, a presença de práticas pautadas em raciocínios clínicos da saúde. Segundo elas, o fato “pode apresentar desdobramentos relevantes, uma vez que tais práticas não condizem com os objetivos postulados pela dimensão campo social e a atuação clínica nesse contexto ocasiona o risco de medicalização” das demandas/necessidades (p. 568).

Salienta-se que o risco mencionado parece permear de forma singular as populações acompanhadas nos Centros Dia e Residências Inclusivas. Para compor essa compreensão recorreu-se a França (2014, p. 110) que, ao fazer uma introdução à história social da deficiência, apontou que a crescente racionalização do mundo (desde o século XVI e, sistematicamente, a partir do século XVIII), atribuiu à deficiência domínios que a definiram,

sendo que “a medicina passou a ser um campo de conhecimento privilegiado e de mais impacto na vida das pessoas”. A ideologia da normalização, que se consolidou como pensamento hegemônico no século XVIII, configurava a crença que “por meio da habilitação e reabilitação, deve-se prover, às pessoas com deficiência, serviços que ajam sobre seus corpos para que executem funções mais próximas possíveis do normal<sup>67</sup>” (FRANÇA, 2014, p.111).

Tal ideologia marcou a instrumentalização da deficiência sob o domínio da ciência, em especial da medicina, e as consequências desse processo se fazem presentes nos dias atuais, embora as abordagens e modelos tenham se modificado. Uma perspectiva desenvolvida posteriormente foi o Modelo Social da Deficiência, que subsidiou politicamente a luta dos movimentos sociais e compreendeu que a “deficiência não estaria no corpo das pessoas, constituindo-se um fenômeno eminentemente social, que ocorre nas relações sociais e define o espaço e a vida das pessoas com lesão” (FRANÇA, 2014, p.116). A tendência atual de “politização da deficiência, de torná-la um elemento da composição do corpo da sociedade para além do corpo do indivíduo, não eliminou, entretanto, as tendências médicas e seu grande peso nas representações sociais” (p. 117).

Considera-se relevante, nesta lógica argumentativa, tendo em vista a influência dos processos de normalização na relação serviços-deficiências, ressaltar os riscos de medicalização das problemáticas sociais, não apenas junto às pessoas com deficiências (Centros Dia e Unidades de Acolhimento, quando se trata do SUAS), mas de forma abrangente e intersetorial. Como discute Malfitano (2016, p. 128), vivemos em um “momento político em que muitas proposições de ação estatal, via políticas sociais, têm se dado sob princípios individualizadores de problemas sociais, num momento que carrega uma tendência contemporânea de medicalização da vida social”. De acordo com a autora, neste processo “afasta-se o olhar da pessoa, com relação à sua inserção social coletiva, para priorizar uma explicação individualizadora sobre os problemas que vive, o que, muitas vezes, ganha a dimensão de culpabilização do sujeito” (p. 129).

Barros, em 1990, já nos instigava a refletir sobre a temática da medicalização com a colocação: “para uma sociedade moderna, não basta responder ao velho com o asilo, impõe-se a necessidade de tratá-lo” (p.11), indicando a criação de *problemas* para *soluções* que já

---

<sup>67</sup> “Normalidade, nesse caso, traduz-se na execução de ações como fariam na média as pessoas que não têm deficiência, segundo o esperado para sua idade, sendo assim um conceito bioestatístico. Essa concepção orienta não somente o meio pelo qual os indivíduos se podem inserir socialmente como também quem o pode (ou não)” (FRANÇA, 2014, p.111).

existem a partir de processos de institucionalização e cristalização “da medicina como mecanismo de controle” (p.12) em que os serviços de saúde passaram a ser, cada vez mais, chamados a “controlar contradições que a sociedade define como problema social” (p.13). A autora, desenvolvendo um debate acerca da atuação dos “técnicos de saúde na área social”, problematizou a visão de práticas tecnicistas e fracionadoras, dentre elas, as próprias práticas sociais, apontando a necessidade de “reincorporar ou incorporar” abordagens complexas do social, do político, do técnico (p. 14). Além disso, ainda considera que alguma vezes o sistema de saúde, por meio da ação de seus técnicos, pode enviesar as necessidades de um indivíduo/coletivo e que elas podem ser modificadas ao ponto de se tornarem estranhas à própria população que a vivencia. Em suas palavras:

o profissional que intencione dialetizar seu mandato social necessita buscar um novo modo de conceber o conhecimento e seu saber técnico, cuja constituição tem uma *subordinação* às necessidades do grupo ou da população à qual se destina. Para alcançar a compreensão do que são essas necessidades, precisa reconhecer na população um verdadeiro interlocutor, portador de uma história e de um saber próprio. Em outras palavras, nosso trabalho se destina a indivíduos que são ao mesmo tempo elementos de um coletivo, existem conflitos e contradições que muitas vezes o sistema de saúde vem encobrir, ou até transformar a natureza das necessidades que os geraram. E é essa *mágica* que faz com que a própria população reconheça, como suas, necessidades que inicialmente lhes eram estranhas. Nem sempre percebemos o conjunto de valores e normas que estão implícitos nos procedimentos técnico-assistenciais, quando isolados do contexto histórico e de luta de classes que os produziram e para os quais os técnicos devem obter um consenso *espontâneo*. (BARROS, 1990, p. 14, grifos da autora).

Bianchi e Malfitano (2013) supõem que a falta de apropriação de alguns conceitos da área social pelos terapeutas ocupacionais e de suas metodologias podem se relacionar à fragilidade na formação de profissionais na área. Como apresentado nos resultados da presente pesquisa, nos Capítulos 4 e 5, houve também apontamentos indicando a demanda por incrementos formativos para fundamentar a atuação na assistência social. A formação profissional graduada, de forma geral, segundo as terapeutas ocupacionais colaboradoras, não forneceu todos os subsídios necessários para a prática neste setor, embora muitos buscaram/buscam se fortalecer em estudos pessoais após a graduação. Ainda é possível indicar outro ponto de vista diante desta informação, para além de uma hipótese de fragilidade da formação, que seria sobre a força de uma orientação clínica em saúde na formação dos terapeutas ocupacionais.

Frente a essa colocação, salienta-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional, divulgadas pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO) em dezembro de 2019, orientam para que se efetive uma formação profissional inserida nas políticas sociais, incluindo nominalmente a política de assistência social, em conformidade com as demandas apresentadas pelas colaboradoras desta pesquisa sobre os saberes e atuações dentro do SUAS. Ilustra-se com um trecho das DCNs sobre os princípios para a formação em terapia ocupacional:

defesa e integração dos/aos processos políticos de forma participativa e democrática na relação Estado-sociedade, que garantam o desenvolvimento e o acesso a sistemas universais públicos e gratuitos - como o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social - e de políticas de garantia de direitos a: saúde, educação, assistência social, previdência social, esporte, lazer, justiça e cidadania, trabalho, cultura e meio-ambiente. (RENETO, 2019, Art. 4º, item 2, p.2).

A vontade e/ou a necessidade de profissionais que atuam na área em aperfeiçoar sua formação e prática se tornou explícita durante a realização desta pesquisa, quando algumas das colaboradoras, no momento de sua participação ou posteriormente, entraram em contato por mensagens de *e-mail*, celular e *WhatsApp*® para solicitar materiais (documentos, artigos, livros) sobre as ações na assistência social para melhor sustentarem e fortalecerem suas atuações.

*Diante das perguntas realizadas, gostaria que pudesse socializar informações sobre Terapeutas Ocupacionais que atuam na área da Assistência Social na região e referências bibliográficas para que contribuam nas nossas ações socioassistenciais.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em Unidade de Acolhimento).

Essa busca pode refletir a insuficiência de produções e publicações de referências específicas sobre a assistência social e também um acesso restrito às produções de conhecimento desenvolvidas no âmbito da Terapia Ocupacional Social, por exemplo. Diante da compreensão sobre a demanda por contornos para as práticas, ressalta-se que em síntese as atuações das profissionais inseridas no SUAS são permeadas por ao menos duas perspectivas:



a social e a da saúde. A perspectiva da saúde, quando adotada em problemáticas marcadamente sociais, incorre no risco na redução dos processos vivenciados, podendo gerar ações de medicalização da vida. Incorporar a perspectiva social se mostra como uma forma coerente de abordar com centralidade as necessidades sociais dos sujeitos e tecer articulações em rede, a fim de ampliar o repertório de respostas para as demandas colocadas. Neste sentido, considera-se que a Terapia Ocupacional Social, concernente ao que denominamos de perspectiva social, possibilita que o trabalho profissional encontre subsídios para se efetivar sob pressupostos e ações especificamente sociais.

A Terapia Ocupacional Social, utilizada como aporte teórico deste estudo, constitui-se como possibilidade para refletir e informar as práticas na assistência social na amplitude dos serviços socioassistenciais que compõem o SUAS. Verificou-se, entretanto, que a articulação deste referencial como fundamentação para práticas em Centros Dia e Residências Inclusivas foi pouco mencionada pelas colaboradoras e pouco explorada na literatura. Dessa forma, identifica-se que essa pode ser uma importante perspectiva para novas investigações que se dediquem ao debate sobre a atuação da terapia ocupacional junto às pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social, por exemplo, a partir de práticas informadas pela Terapia Ocupacional Social. Enfatiza-se que esta subárea busca compor um campo interdisciplinar, intersetorial e de interfaces, atuando na “contramão de ações de medicalização dos problemas sociais, buscando, efetivamente, recursos para a ação que visem à inserção e participações sociais, com os limites estruturais da sociedade desigual em que vivemos” (MALFITANO, 2016, p. 130).

Assim, embora neste tópico se tenha enfatizado os Centros Dia e Unidades de Acolhimento, por serem as unidades onde as terapeutas ocupacionais estão majoritariamente inseridas, acredita-se que a discussão não deva ser focada nas deficiências dos usuários acompanhados por estas unidades, pois não é o aspecto que caracteriza as práticas das profissionais na assistência social. Estas, como as demais trabalhadoras do SUAS, apresentam-se aptas para atuar em todos os diferentes equipamentos que compõem o sistema. Os Centro Pop, CREAS e CRAS, por exemplo, que apresentaram uma menor inserção (em números absolutos) da categoria, constituem-se como importantes espaços de estruturação dos fluxos nas redes socioassistenciais, com possibilidades potentes na composição das equipes de trabalho, pelas características de atuação de terapeutas ocupacionais com enfoque na proteção social.

A fim de adensar a discussão sobre essas características da atuação profissional em

todas as unidades socioassistenciais consideradas no estudo, são retomados a seguir elementos provenientes dos relatos, das narrativas e das observações sobre as práticas, visando destacar aspectos para refletir sobre como terapeutas ocupacionais desenvolvem seu trabalho no SUAS.

### **6.1.2 Sobre o trabalho em ato: práticas de terapeutas ocupacionais na assistência social**

Para analisar as informações sobre as práticas de terapeutas ocupacionais, com base no referencial teórico adotado, ratifica-se inicialmente que Castel forneceu elementos para pensar e compreender uma das perspectivas sobre a construção da assistência social como política pública. Neste sentido, na defesa das políticas e direitos sociais, o autor assume como pilares de sua teoria o trabalho e o suporte relacional sociofamiliar, para compreender os eixos de integração/não integração social. Retoma-se brevemente quais são e que circunscrevem as diferentes zonas do espaço social, de acordo com a coesão que asseguram. Conforme Castel delineou:

estar dentro da *zona de integração* significa dispor de garantias de um trabalho permanente e que se pode mobilizar suportes relacionais sólidos; a *zona de vulnerabilidade* associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional; a *zona de desfiliação* conjuga a ausência de trabalho e isolamento social. (CASTEL, 1994, p.30, grifos do autor).

Dessa forma, as pessoas suscetíveis às intervenções sociais estariam ameaçadas não apenas pelos escassos recursos materiais, como também pela “labilidade do seu tecido relacional” (CASTEL, 1994, p.23). Nessa perspectiva, compreende-se que um dos meios de promoção da proteção social se daria pelo pilar das relações sociais e familiares, que poderia ser intermediada pela *zona de assistência*.

Observando mais especificamente o eixo da inserção relacional e de suas transformações, Castel indicou desafios intrínsecos, pela heterogeneidade que comporta, ressaltando que suas complexidades abarcam a necessidade de distinguir e correlacionar fatores como as variáveis familiar e cultural, os modos de vida e a participação em valores concretos que estruturam a vida cotidiana e dão sentido à sua reprodução, particularmente “através do investimento nas práticas comuns e na cumplicidade produzida pelo sentimento de pertencer a um mesmo meio” (CASTEL, 1994, p. 39).

Pautando-se neste referencial e considerando a complexidade da inserção relacional, o

contexto econômico, político e social brasileiro e as influências que produzem na organização social, enfatiza-se especialmente a esfera das sociabilidades para fazer a leitura e a análise das práticas de terapeutas ocupacionais na assistência social, no desenvolvimento de ações voltadas para a constituição/manutenção de redes sociais de suporte e seu fortalecimento.

Utiliza-se Castel como elaborador de uma teoria com potencial para informar a ação profissional, bem como em consonância com as proposições das políticas públicas socioassistenciais. Segundo a PNAS, a convivência, o fortalecimento de vínculo e, por conseguinte, o fortalecimento da rede de suporte são bases para promoção da proteção social, nos diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2004a).

#### 6.1.2.1 As práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS: O que fazem? Como fazem?

A discussão sobre a atuação profissional a partir das respostas do questionário *online*, entrevistas e dos diários de campo, elaborados durante as visitas de acompanhamento às colaboradoras, buscou contemplar elementos que emergiram de diferentes momentos das práticas, como a chegada dos usuários e o acesso ao serviço de terapia ocupacional, a identificação de demandas dos sujeitos/coletivos/territórios pelas profissionais e outras características das práticas específicas em assistência social. Dessa forma, optou-se por estruturar a discussão sobre elas se pautando nesses diferentes momentos, traçando uma analogia ao itinerário das ações das terapeutas ocupacionais no SUAS.

Cabe destacar novamente, antes de prosseguir, que a discussão realizada abrange os resultados provenientes de todas as unidades socioassistenciais consideradas no estudo. Portanto, os conteúdos que serão visitados com maior aprofundamento são aqueles que mostraram destaque por terem sido referidos de forma preponderante pelas participantes ou pela originalidade da ação.

##### 6.1.2.1.1 *Acessando a terapia ocupacional no SUAS*

A discussão deste item se inicia pelas formas de acesso dos usuários às terapeutas ocupacionais nos serviços, ou seja, como se dá a chegada das pessoas para o acompanhamento profissional na assistência social, de acordo com as colaboradoras deste estudo. Verificou-se que, de forma geral, o ingresso nas unidades socioassistenciais são também as modalidades de acesso à própria terapeuta ocupacional que, como os demais

técnicos, realiza o acolhimento nas unidades.

Observou-se que, pelos resultados apresentados nos capítulos anteriores, de forma geral os usuários não tiveram um direcionamento específico de demanda para determinados profissionais nos diferentes serviços, na compreensão de que todos buscam a ampliação da proteção social das pessoas que acessam as unidades de forma indiferenciada, pelo menos inicialmente. Dessa forma, constatou-se que grande parte dos usuários que chegam aos equipamentos não buscam por terapia ocupacional em específico, não sendo necessariamente encaminhados à categoria pela especificidade da formação profissional.

Diante dessa compreensão, vale retomar como tem se dado o acesso dos usuários/famílias aos serviços socioassistenciais, de acordo com as informações fornecidas pelas colaboradoras. Foram amplamente mencionadas: demanda espontânea, busca ativa, encaminhamentos tanto de serviços socioassistenciais quanto de serviços e políticas setoriais (saúde, educação, justiça, etc.), conselhos de direitos, denúncias realizadas via ministério público, ou setores e ouvidorias especializadas, como o disque 100<sup>68</sup>.

Durante as visitas realizadas (acompanhamentos das profissionais), constatou-se que há tipos de acesso mais frequentes que pareceram variar de acordo com a complexidade do nível assistencial e a população-alvo para o acompanhamento. As instituições da Proteção Social Especial de média complexidade, como os Centros Dia, por exemplo, parecem receber menos usuários por demanda espontânea que os CRAS. Acredita-se que isso aconteça pela própria capacidade de atendimento da unidade, pelo tipo de serviço que ofertam e também por ser necessário um sistema de referenciamento com maior especificidade na triagem, pelas particularidades da população acompanhada.

De maneira geral, os tipos de encaminhamentos mencionados pelas terapeutas ocupacionais estão em consonância com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009a), que delineiam, dentre outros direcionamentos, as formas de acesso aos serviços, conforme o quadro apresentado a seguir.

---

<sup>68</sup> O Disque 100 se refere ao “Disque Direitos Humanos, um importante canal de comunicação do Estado com a sociedade, disponível 24 horas, todos os dias, por meio do tridígito 100. As chamadas são gratuitas e podem ser originadas de qualquer terminal telefônico (fixo ou móvel), em todo o território nacional. Trata-se de serviço de utilidade pública, considerado o “pronto-socorro” dos direitos humanos, por meio do qual podem ser relatadas violações que acabaram de ocorrer ou que ainda estejam em curso, essencial para se romper o ciclo de violência” (BRASIL, 2017c, p. 5).

Quadro 29 – Descrição sobre as formas de acesso ao SUAS, de acordo com as unidades e serviços socioassistenciais.

UNIDADE	SERVIÇO	FORMA DE ACESSO
CRAS	PAIF	Procura espontânea; busca ativa; encaminhamento da rede socioassistencial; encaminhamento das demais políticas públicas
CRAS	SCFV	Procura espontânea; busca ativa; encaminhamento da rede socioassistencial; encaminhamento das demais políticas públicas
Domicílio	Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas	Encaminhamentos realizados pelos CRAS ou pela equipe técnica de referência da Proteção Social Básica do município
CREAS	PAEFI	Demanda espontânea; identificação e encaminhamento dos serviços de proteção e vigilância social; encaminhamento de outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais, dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e do Sistema de Segurança Pública
CREAS	Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC)	Encaminhamento da Vara da Infância e da Juventude ou, na ausência desta, pela Vara Civil correspondente.
Centro Dia CREAS Domicílio Referenciada Unidade	Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.	Demanda espontânea (membros da família e/ou da comunidade); busca ativa; encaminhamento dos demais serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas setoriais; encaminhamento dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.  Acesso condicionado a pessoas com deficiência e idosas com dependência, seus cuidadores e familiares com vivência de violação de direitos que comprometam sua autonomia
Centro Pop	Serviço especializado para pessoas em situação de rua	Demanda espontânea; encaminhamentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, de outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais e dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direito
Casa Lar e Abrigo Institucional (voltados à crianças e adolescentes)  Abrigo institucional e Casa de Passagem (voltados à adultos e famílias)  Abrigo institucional (voltados à mulheres em	Serviço de Acolhimento Institucional	Formas de acesso varia de acordo com a população:  <i>Crianças e Adolescentes:</i> determinação do Poder Judiciário; requisição do Conselho Tutelar  <i>Adultos e famílias:</i> encaminhamento de agentes institucionais de Serviço Especializado em Abordagem Social; encaminhamentos do CREAS ou demais serviços socioassistenciais, de outras políticas públicas setoriais e de defesa de direitos; demanda espontânea

situação de violência)  Residências inclusivas (voltados à jovens e adultos com deficiência)  Casa Lar e Abrigo Institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI) (voltados à idosos)		<i>Idosos, mulheres em situação de violência e pessoas com deficiência:</i> requisição de serviços de políticas públicas setoriais, CREAS, demais serviços socioassistenciais, Ministério Público ou Poder Judiciário
Repúblicas	Serviço de Acolhimento em Repúblicas	Demanda espontânea; encaminhamento de agentes institucionais do Serviço Especializado em Abordagem Social; encaminhamentos do CREAS, demais serviços socioassistenciais e/ou de outras políticas públicas
Unidade de referência da Proteção Social Especial e residência da Família Acolhedora	Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	Determinação do Poder Judiciário
Unidades referenciadas ao órgão gestor da Assistência Social	Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências	Por notificação de órgãos da administração pública municipal, da Defesa Civil e pela identificação da presença nas ruas

Fonte: BRASIL, 2009a. Elaboração própria.

Por essa relação das unidades/serviços/aceessos apresentados no quadro, é possível sintetizar as formas como os usuários acessam a terapia ocupacional no SUAS. Entretanto, buscando ainda melhor compreender os encaminhamentos amplamente referidos pelas colaboradoras, dar-se-á ênfase aqui à apreensão dos termos: 1) procura ou demanda espontânea, 2) busca ativa, 3) encaminhamentos pelos demais serviços socioassistenciais, 4) encaminhamentos realizados pelas demais políticas públicas setoriais e 5) órgãos de garantia de direitos.

1) A *procura* ou *demanda espontânea* são termos usados para indicar uma das possibilidades de acesso a determinados serviços do SUAS que acontece pela iniciativa espontânea de sujeitos, familiares e grupos de pessoas que reconhecem necessidades socioassistenciais e procuram pelo serviço. Documentos de Orientação Técnica para as unidades socioassistenciais como CRAS, CREAS, Centro Pop, por exemplo, mencionam o termo demanda/procura espontânea como uma das formas de acesso à política, mas não a definem (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011g; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011h).

As terapeutas ocupacionais, frente às demandas espontâneas, mostraram realizar, assim como os demais técnicos, o acolhimento das questões apresentadas pelas pessoas que procuram o serviço, bem como efetivar os encaminhamentos necessários dentro da própria unidade ou em outras instâncias da rede intersetorial, conduzindo esse referenciamento quando identificada a sua necessidade. Neste sentido, o terapeuta ocupacional se revela como um profissional que pode dispor de conhecimentos e atitudes importantes para acolhimentos resolutivos das procuras espontâneas, por presumidamente desenvolver em sua formação habilidades relacionadas a processos empáticos e à escuta qualificada<sup>69</sup>, elementos relevantes para o processo inicial de acolhida das necessidades dos usuários e de suas famílias.

2) A *busca ativa* tem como enfoque “os potenciais usuários do SUAS cuja demanda não é espontânea ou encaminhada por outras instâncias” e se caracteriza pela busca das necessidades sociais nos territórios. Por meio dela acredita-se que seja possível contribuir para a sensibilização da população a participar de ações, projetos e serviços, além de oferecer aos técnicos uma maior aproximação e conhecimento acerca do território e das famílias, em sua ação cotidiana (BRASIL, 2009b, p. 30). De acordo com o Caderno de Orientações Técnicas para os CRAS, a busca ativa tem como estratégia:

o deslocamento da equipe de referência para conhecimento do território; os contatos com atores sociais locais (líderes comunitários, associações de bairro etc.); obtenção de informações e dados provenientes de outros serviços socioassistenciais e setoriais; campanhas de divulgação, distribuição de panfletos, colagem de cartazes e utilização de carros de som. (BRASIL, 2009b, p. 30).

As terapeutas ocupacionais mostraram que, por meio dos diversos recursos e atividades empregados em suas práticas, tais como articulações com diferentes atores sociais, grupos/oficinas, recursos expressivos e artísticos, entre outros<sup>70</sup>, dispõem de ferramentas que possibilitam a proximidade com o contexto de vida dos sujeitos/coletivos/territórios e a articulação das redes de serviços, favorecendo a busca ativa nos espaços de abrangência das unidades. O trabalho no território, com atividades que extrapolam os espaços físicos dos equipamentos (domicílios, centros comunitários, praças, serviços que compõe a rede intersetorial, entre outros), as articulações institucionais e o contato com os atores sociais

---

<sup>69</sup> Aqui compreendida como a escuta atenta, disponível, sem julgamentos prévios ou preconceitos.

<sup>70</sup> Nota-se que termos mencionados para referir-se às práticas das colaboradoras, tais como atividades e cotidiano, constituem-se conceitos chave em terapia ocupacional e que fazem parte da formação profissional e da constituição das especificidades da atuação em termos dos públicos-alvo e objetivos da ação.

locais, foram práticas referidas pelas colaboradoras da pesquisa como parte da sua atuação, levando à compreensão de que as terapeutas ocupacionais se configuram como técnicas que desenvolvem a busca ativa em seu cotidiano de trabalho, com habilidades para realizá-la.

3) O encaminhamento pelos *demais serviços socioassistenciais* diz respeito às trajetórias de referenciamentos e contrarreferenciamentos na própria rede de serviços da assistência social, nos seus diferentes níveis de complexidade. De acordo com a PNAS, a articulação da rede dos serviços socioassistenciais, com base no território, constitui-se um caminho para superar fragmentações existentes na assistência social (BRASIL, 2004a). Segundo Giaqueto (2010) “a rede surge da percepção conjunta dos problemas comuns e da possibilidade de resolvê-los de maneira integrada. Por isso que a linguagem da rede é uma linguagem de vínculos” (GIAQUETO, 2010, p.96).

Entende-se que a rede de serviços do SUAS, descrita na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e organizada em Proteção Social Básica e Especial (de média e alta complexidades), busca garantir a integralidade da atenção socioassistencial. O itinerário desenvolvido no percurso dessa rede pode ser qualificado/otimizado por articulações consistentes, pautadas na comunicação adequada entre os serviços, em que os técnicos têm possibilidades de buscar os suportes para responder às demandas sociais dos sujeitos e suas famílias em outros equipamentos e equipes, de acordo com a finalidade e nível de complexidade de cada um deles.

4) Os encaminhamentos realizados pelas *demais políticas públicas setoriais*<sup>71</sup> podem ser compreendidos como aqueles em que o acesso se dá pelo referenciamento de outros setores, como a saúde e a educação. Atenta-se que a assistência social, na composição da seguridade social, constitui-se uma política de proteção social, como a Previdência e a Saúde. Desta forma, considera-se que “prover proteção social não é especificidade de uma única política, em seu sentido pleno, ela vai acontecer somente de forma integrada com as demais políticas, pois os riscos sociais fazem parte do campo de relações da vida humana” (VELHO, 2018, p.73). Sendo assim, a intersetorialidade é uma das bases para a busca de proteção social.

---

<sup>71</sup> “As políticas econômica e social correspondem a uma segmentação de áreas de intervenção, bastante independentes, configurando uma organização de trabalho à qual corresponde uma estrutura organizacional verticalizada e setorializada. O Poder Executivo do Governo Federal é organizado por Ministérios, cada qual cuidando de uma política setorial – Ministério da Saúde, da Educação, da Previdência e outros. Isso se repete com as Secretarias de Estado que compõem a estrutura dos governos estaduais e chegam, do mesmo modo, ao governo municipal, com as respectivas Secretarias Municipais setoriais” (GIAQUETO, 2010, p.91). Giaqueto (2010, p.91) aponta reflexões críticas a essa organização pelo entendimento de que “essa lógica de operação do Estado responde melhor à especialização do saber e às corporações profissionais do que às necessidades e expectativas da população a que as ações e serviços se destinam”.



À assistência social não se pode atribuir a tarefa de realizar exclusivamente a proteção social. Esta compete, articuladamente, às políticas de emprego, saúde, previdência, habitação, transporte e assistência, nos termos do artigo 60 da Constituição Federal. Se essa articulação não for estabelecida, corre-se dois riscos: o primeiro, de superdimensionar a assistência social e atribuir a ela funções e tarefas que competem ao conjunto das políticas públicas; e o segundo, de restringir o conceito de proteção social aos serviços socioassistenciais; neste caso, o conceito de proteção social passa a ser confundido com a assistência social e perde sua potencialidade de se constituir em amplo conjunto de direitos sociais. (CFESS, 2011, p. 9).

Conectando-se à citação descrita anteriormente do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) sobre a importância de as diversas políticas atuarem conjuntamente, observa-se que, do mesmo modo como *as demais políticas setoriais* encaminham demandas para a assistência social, este setor também desenvolve articulações com a rede intersetorial. A articulação entre setores se mostrou uma prática amplamente mencionada nas respostas das terapeutas ocupacionais, corroborando sua relevância na composição das ações técnicas.

5) *Os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos*, de acordo com Baptista (2012, p.187) referem-se a diferentes instituições que atuam conforme suas competências legislativas em diferentes níveis governamentais<sup>72</sup>.

As instituições ligadas ao sistema de justiça – a promotoria, o judiciário, a defensoria pública, o conselho tutelar – aquelas responsáveis pelas políticas e pelo conjunto de serviços e programas de atendimento direto (organizações governamentais e não governamentais) nas áreas de lazer, educação, saúde, trabalho, esportes, lazer, cultura, assistência social; aquelas que representando a sociedade, são responsáveis pela formulação de políticas e pelo controle das ações do poder público e, ainda, aquelas que têm a possibilidade de disseminar direitos, fazendo chegar a diferentes espaços da sociedade o conhecimento e a discussão sobre os mesmos: a mídia (escrita, falada e televisiva), o cinema e os diversificados espaços de apresentação e de discussão de saberes como as unidades de ensino (infantil, fundamental, médio, superior, pós-graduação) e de conhecimento e crítica (seminários, congressos, encontros, grupos de trabalho). (BAPTISTA, 2012, p.187).

---

<sup>72</sup> A gama de políticas, programas, instituições e serviços que compõem o sistema de garantia de direito foi descrito na literatura com maior ênfase no âmbito da assistência à criança e à juventude. Segundo Baptista (2012, p.189) “a ideia de estruturação de um sistema de garantia de direitos, na área da criança e do adolescente, foi evocada pela primeira vez por Wanderlino Nogueira no III Encontro Nacional da Rede de Centros de Defesa, realizado em Recife em outubro de 1992”. Mais de dez anos depois do evento, em 2006, houve a deliberação da Resolução número 113, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, indicando os parâmetros para institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

A autora destaca que um dos princípios norteadores da construção de um sistema de garantia de direitos é a sua transversalidade, considerando a abordagem dos direitos de forma integral para fortalecer as iniciativas do sistema em suas diferentes dimensões. A terapia ocupacional constitui uma categoria profissional que integra equipes de muitos destes setores apontados, desenvolvendo práticas permeadas pela promoção da garantia de direitos, particularmente na assistência social, onde a temática ganha centralidade em seu trabalho. Saliencia-se que, dentre os órgãos de garantias de direito, as instituições vinculadas ao sistema judiciário foram mencionadas de forma bastante frequente nos relatos das terapeutas ocupacionais colaboradoras, como um setor de atuação próxima à assistência social, particularmente pelos trâmites relacionados aos encaminhamentos das violações/garantias de direito, em âmbito judicial, tão presentes nas vivências dos usuários do SUAS.

Caminhando na discussão sobre as formas de acesso às terapeutas ocupacionais no SUAS, destaca-se a referência de momentos em que as profissionais relataram ser chamadas pela equipe/gestão/usuários como o técnico mais indicado a “responder” a determinadas situações. Atenta-se, entretanto, que essa forma de acesso à terapia ocupacional nos serviços socioassistenciais não se dá via de regra e não necessariamente ocorre no momento em que o usuário ingressa a unidade.

*[Os usuários] vêm pela triagem, não vêm para um acompanhamento específico da terapia ocupacional, vêm para um acompanhamento do Serviço Especializado de Atendimento Domiciliar, por exemplo, um acompanhamento que é multi e interdisciplinar. É quando acontece a consultoria, o PAEFI fala: “Estou com um caso que eu precisava da avaliação de um terapeuta ocupacional”. Então volta naquele exemplo que eu falei: quando tem algo que eles não compreendem, falam assim “Eu preciso de um terapeuta ocupacional para me ajudar a olhar isso”. Por exemplo, um caso onde a cuidadora do idoso tem leve transtorno mental e a equipe do PAEFI fica em dúvida: “Será que essa pessoa consegue fazer o cuidado? Vamos fazer visita!” (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CREAS, Carlos).*

*É mais assim, para mim vem mais por busca ativa ou então se for algo muito específico, alguma criança que nasceu com microcefalia, alguma criança com deficiência, elas pensam logo assim “A terapeuta ocupacional é a parte da reabilitação”, aí eles encaminham para mim, mas eu digo logo “Olha, eu não faço atendimento clínico, o que posso fazer são orientações, encaminhar algum grupo”. (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CRAS, Tarsila).*

Como nos fragmentos anteriores e em outros exemplos descritos nos resultados, é possível verificar que os profissionais são requeridos e recebem encaminhamentos mais específicos, particularmente em situações marcadas pela necessidade do manejo técnico junto às pessoas com deficiências físicas, intelectuais ou doenças mentais, como também discutido no primeiro item deste capítulo, sobre as características da inserção profissional. Considera-se que o reconhecimento do repertório profissional para este tipo de intervenção é legítimo na medida em que a formação em terapia ocupacional é composta por competências específicas para a atuação junto a essas populações. Somado a isso, observou-se que tal singularidade pode potencializar as possibilidades de contribuição na equipe socioassistencial.

Concomitante à valorização do conhecimento profissional, ressalta-se o delicado limiar que distingue a atuação da categoria nos setores da assistência social e da saúde. Dessa forma, sem deslegitimar as intervenções e as habilidades próprias da formação, retoma-se a importância de não deslocar o papel do técnico da assistência social, sob o risco de fragilizar as respostas às demandas do setor, da população e de promover a medicalização dos problemas sociais. Esses encaminhamentos não normativos/procedimentais demandam de terapeutas ocupacionais uma forte apropriação do seu papel de técnico socioassistencial para executar as ações necessárias.

As especificidades dos encaminhamentos na assistência social parecem compor a rotina de trabalho das profissionais, assim como dos demais técnicos, de formas particulares. Cabe destacar que os assistentes sociais, por exemplo, em determinadas unidades, possuem atribuições também específicas, com encaminhamentos próprios da sua área de atuação/conhecimento.

Buscando traçar sínteses sobre as formas de acesso às terapeutas ocupacionais no SUAS, ressalta-se a acolhida generalista pelas diferentes categorias profissionais e a marca da interdisciplinaridade, possibilitando ingressos integrados e equânimes nos serviços socioassistenciais. As colaboradoras em foco neste estudo, como parte da equipe que pode realizar as atividades concernentes a esses acessos, configuram-se como profissionais com habilidades para receber e executar diferentes tipos de encaminhamentos. Acredita-se que a contribuição desse debate se situe nas constatações do fortalecimento da identidade da categoria com aspectos interdisciplinares, como um profissional, que se distancia de um debate corporativista.

#### 6.1.2.1.2 Primeiros passos: o reconhecimento de demandas dos sujeitos/coletivos/territórios no contexto do SUAS

A aproximação com os sujeitos/coletivos/territórios e o reconhecimento/apreensão/identificação<sup>73</sup> das realidades sociais pelos técnicos nos serviços socioassistenciais se constituem momentos-chave para os acompanhamentos na assistência social<sup>74</sup>. Entende-se que as proposições da área com potencial transformador e significativo consideram as situações concretas de vida dos sujeitos/coletivos/territórios, no bojo da compreensão do seu contexto socio-histórico-cultural. Neste sentido, acredita-se que no processo de apreensões sobre as necessidades sociais dos usuários do SUAS se deva partir da concepção de que elas não se configuram como questões de responsabilidade individuais e/ou grupais, pois as situações apresentadas para a assistência social são decorrentes de uma base de desigualdade estrutural e histórica (CEFESS, 2011, p.7).

A intervenção profissional na política de Assistência Social não pode ter como horizonte somente a execução das atividades arroladas nos documentos institucionais, sob o risco de limitar suas atividades à “gestão da pobreza”, sob a ótica da individualização das situações sociais e de abordar a questão social a partir de um viés moralizante. (...) Isso porque todas as situações sociais vividas pelos sujeitos que demandam a política de Assistência Social têm a mesma estrutural e histórica raiz na desigualdade de classe e suas determinações, que se expressam pela ausência e precariedade de um conjunto de direitos como emprego, saúde, educação, moradia, transporte, distribuição de renda, entre outras formas de expressão da questão social. (CEFESS, 2011, p.7).

A partir dessa premissa, resgata-se as formas mais frequentes de como as terapeutas ocupacionais referenciam entrar em contato com as realidades sociais e os caminhos adotados na identificação das demandas nos serviços socioassistenciais. Retomou-se, das informações apresentadas nos resultados (particularmente no Capítulo 5), elementos preponderantes nos discursos e práticas, no momento de identificar as necessidades, a saber: o

---

<sup>73</sup> Considera-se que os termos reconhecimento, apreensão e identificação das demandas sociais são complementares e igualmente relevantes para a discussão. Acredita-se que, para se aproximar das realidades de vida, torna-se importante *reconhecer*, de forma macro e micros social, os impactos da questão social e dos fatores que atravessam as situações de vulnerabilidade e desfiliação social daquela população. Assim, possibilitando maior *apreensão* do cenário, no sentido da apropriação e compreensão das problemáticas sociais, havendo concomitantemente a identificação da demanda que se pretende/que seja possível buscar mudança, intervir. Dessa forma, será utilizado o termo identificação, no entendimento de que os demais estão intrínsecos e articulados.

<sup>74</sup> Entende-se que a atuação do terapeuta ocupacional e o início dos processos mediados nas atividades se iniciam desde os primeiros contatos com a população acompanhada ou mesmo anteriormente à relação presencial, na busca pelo reconhecimento estrutural do contexto no qual estão inseridos.

diálogo, a escuta, o acolhimento, a observação, a articulação com outros serviços e profissionais que já conheciam o usuário/família, além do processo inicial de acompanhamento/atendimento.

De forma geral, os recursos/estratégias/metodologias mencionados pelas colaboradoras denotaram uma abordagem de ordem qualitativa para a aproximação das necessidades sociais dos sujeitos. Neste sentido, Galheigo (2003, p. 108) sustenta que as metodologias de caráter qualitativo se mostram mais adequadas para terapeutas ocupacionais realizarem apreensões sobre a vida cotidiana e sobre o entendimento das relações entre “sujeito-cotidiano-história-sociedade”.

Enfatizando os objetivos do setor da assistência social, entende-se que as abordagens utilizadas fornecem maior aporte para atuação nas vulnerabilidades sociais a partir do eixo de inscrição relacional<sup>75</sup>, como fundamentado por Castel (2015). Portanto, as formas de buscar compreender a realidade dos sujeitos/coletivos/territórios mencionadas pelas colaboradoras, parecem ser sensíveis à identificação dos aspectos relacionados à proteção/desproteção social, no que tange à estruturação (ou da falta de estruturação) das redes sociais de suporte.

Vale retomar que os aspectos mencionados estão em linearidade com algumas das habilidades profissionais que as entrevistadas apontaram como essenciais para atuar na assistência social. Quais sejam: habilidades de escuta, diálogo, empatia, sensibilidade, não fazer julgamentos, habilidade para criar vínculos, entre outras. Almeida e colaboradoras (2012, p.38), corroborando alguns desses resultados, apresentaram a escuta, o acolhimento e “a geração e manutenção de relações ancoradas na autonomia do Outro” como habilidades importantes para as terapeutas ocupacionais que atuam em contextos socioassistenciais.

Os recursos/estratégias/metodologias reportados na pesquisa apresentaram conformidade com metodologias empregadas na assistência social, no âmbito da acolhida, por exemplo. Identificam-se, então, habilidades e recursos que estão presentes nas práticas referidas pelas profissionais e que fazem parte de um conjunto de características que são necessárias para o trabalho neste contexto, particularmente pelas demandas sociais apresentadas nas unidades.

A partir do exposto, emerge o questionamento sobre a forma como a terapia ocupacional tem reconhecido tais características, presentes na identificação das demandas

---

<sup>75</sup> Utiliza-se este termo, retomando um os pilares indicados por Castel (2015), como um aspecto que, em conjunto com o trabalho, favorece/desfavorece a integração na sociedade.

sociais, como habilidades profissionais que fazem parte do repertório técnico de atuação. Infere-se sobre a necessidade de valorizar esses recursos como arcabouço instrumental para o desenvolvimento das práticas profissionais, no sentido de reafirmar o alargamento da leitura sobre o que é a ação técnica da terapia ocupacional. Diante das demandas nos serviços da assistência social reafirma-se, portanto, que ações como o acolhimento, a escuta, a observação e o diálogo compõem o saber técnico das profissionais e é requerido na execução das ações na assistência social.

Nesta análise, não se deve perder de vista os limites das ações técnicas apontadas e o risco de banalização do processo de estar com o Outro no processo de apreensão sobre as vulnerabilidades sociais. Entende-se, por exemplo, que deve haver o reconhecimento da importância de uma conversa, localizada na esfera institucional ou não, e da sua articulação ao diálogo estruturado como uma ação técnica para apreensão do que se apresenta além do que está explicitado na fala, das realidades sociais, das situações de vulnerabilidade, das violações de direitos, bem como da identificação ou busca de possibilidades para a diminuição, quiçá superação dos cenários apresentados. Distingue-se, ainda, conversas informais sem intencionalidades explícitas, também relevantes para a vivência espontânea do trabalho em ato. Considerando este arcabouço de ações técnicas, presume-se que deva haver investimento para aperfeiçoamento e formação profissional que ofereça bases para a utilização efetiva dos recursos/estratégias/metodologias.

Uma aplicação de tais recursos foi observada no processo de reconhecimento das realidades e histórias de vida, em uma perspectiva dialógica, situado no domínio socio-histórico-cultural, que permearam os discursos das profissionais na assistência social e se mostraram como possibilidades para leituras fundamentadas nas situações e contextos.

[Sobre a potência da formação profissional para atuar na assistência] *Do seu não julgamento, do seu lugar, de se colocar no lugar do outro a partir da cultura do outro.* (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CRAS, Anita).

*Precisamos entender que as coisas que estamos vendo, todas elas têm uma história. São histórias que eu não posso mudar, mas eu preciso entender que essa pessoa está nessa posição, nessa situação, ou a família está nessa situação por uma história, não adianta eu olhar de uma forma aqui, limitada, nesse pontinho, ela tem uma história! Então não adianta eu cobrar dela. Ela pode estar em uma situação de violadora de direitos, mas ela tem uma história, "Porque ela chegou aqui?". Hoje ela é violadora, no passado provavelmente era vítima.* (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CRI, Cecília).

Diante dos relatos, aponta-se que as colaboradoras procuraram se aproximar das demandas sociais a partir de direcionamentos voltados para as culturas e realidades locais, dos espaços e histórias de vida dos sujeitos. Porém, como ressalta Paulo Freire<sup>76</sup>:

não seriam poucos os exemplos que poderiam ser citados, de planos, de natureza política ou simplesmente docente, que falharam porque os seus realizadores partiram de uma visão pessoal da realidade. Porque não levaram em conta, num mínimo instante, os homens em situação a quem se dirigia seu programa, a não ser como pura incidência de sua ação (...). Não podemos, a não ser ingenuamente, esperar resultados positivos de um programa, seja educativo num sentido mais técnico ou de ação política, se desrespeitando a visão particular do mundo que tenha ou esteja tendo o povo, constitui-se numa espécie de “invasão cultural”, ainda que feita com a melhor das intenções. Mas invasão cultural sempre. (FREIRE, 2015, p.117-119).

Transpondo as contribuições de Paulo Freire para o trabalho social, defende-se que devem ser reconhecidos, em igualdade de valores, os conhecimentos acadêmicos e as experiências vividas situadas culturalmente, considerando que, nesses espaços, ambos possuem como objetivos a proteção social e que “usuários e profissionais são sujeitos de conhecimentos e de direitos” (BRASIL, 2017d, p. 20).

Agregando elementos à discussão sobre a aproximação técnica com o universo de vida dos sujeitos-coletivos, Barros (2004) apoia a proposição de caminhos dialógicos em que o terapeuta ocupacional deve romper com as lógicas hierarquizadas no seu posicionamento com o Outro. Segundo a autora, é fundamental o entendimento de que “existem desconhecimentos mútuos que precisam diminuir para que se definam programas de ação em terapia ocupacional”.

É imperativo estabelecer um diálogo, isso significa que terapeuta ocupacional e usuário precisam aprender. Cada pessoa, cada grupo social/comunidade a seu modo, juntos com outros, precisam descobrir as dimensões e possibilidades da realidade. Nesse processo se valoriza o saber de todos. A técnica é composta por tecnologias historicamente e culturalmente definidas. Na ação é preciso que o técnico saiba redimensionar o próprio saber, saiba transitar em relações de alteridades sociais e culturais. (BARROS, 2004, p.95).

---

<sup>76</sup> “Em Terapia Ocupacional Social, alguns princípios adotados são advindos de Paulo Freire, como a forma de trabalhar a partir da noção de processo. Dentre os elementos fundamentais emprestados do autor estão a conscientização e o diálogo (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007, p. 352).

Buscar compreender as vivências do Outro pela valorização de seus saberes está implicado com o processo de identificar o que realmente precisa ser focado nas intervenções e as origens que acarretaram determinada situação de vulnerabilidade. Neste sentido, retoma-se a epígrafe de Franco Basaglia, que nos convida a refletir sobre o papel do técnico como agente de transformação, mediante à localização das necessidades reais dos sujeitos, ao desmascarar os processos que as convertem em algo distinto do que elas são (BASAGLIA, 1986). Esses breves apontamentos descritos por Freire (2015), Barros (2004) e Basaglia (1986), por exemplo, explicitam alguns contornos às ações descritas pelas profissionais que podem conferir características relacionadas às atuações técnicas.

Verificou-se em síntese que os processos de identificação das demandas dos sujeitos/territórios/coletivos desenvolvidos pelas terapeutas ocupacionais têm sido permeados majoritariamente por recursos/estratégias/metodologias de ordem qualitativa, sendo que estes constituem parte de um conjunto de características necessárias para o trabalho na assistência social, considerando as particularidades das demandas sociais acompanhadas nas unidades socioassistenciais. Neste sentido, a contribuição do debate recai na compreensão de que os recursos/estratégias/metodologias de caráter qualitativos se configuram como parte do repertório de atuação técnica da profissional, adequados e necessários ao setor, sendo qualificados ao executá-los por meio de condutas empáticas, dialógicas, horizontalizadas, contextualizadas socio-histórico-culturalmente e, principalmente, comprometidas com a proteção social da população acompanhada.

#### *6.1.2.1.3 Em ato: as práticas de terapeutas ocupacionais no SUAS*

O terapeuta ocupacional se envolve na implementação e execução das políticas socioassistenciais a partir de construções realizadas junto a outros atores (gestores, técnicos, usuários e conselheiros). O profissional, como ator ético-político implicado com as demandas dos serviços e necessidades da população acompanhada pela assistência social, demonstrou dispor de variadas atividades, recursos e materiais para o desenvolvimento de suas práticas, desvelando características da atuação que ratificam suas potencialidades para compor as equipes no SUAS.

Os discursos e as observações das práticas das colaboradoras forneceram subsídios para identificar características sobre as formas *como* terapeutas ocupacionais têm, em ato,



buscado contribuir para a promoção da proteção social<sup>77</sup>. Isso foi apreendido pelos discursos e acompanhamentos de terapeutas ocupacionais na proposição de vivências que favoreceram a relação com o(s) Outro(s) e com os serviços em seu dia a dia, fomentando e articulando redes sociais de suporte. Neste sentido, as atuações profissionais se concretizaram nas camadas triviais do cotidiano, como na organização de horários de transporte para que uma usuária não permanecesse desacompanhada enquanto aguardava diariamente sua prima/tutora chegar do trabalho, ou na sugestão/estruturação/mediação de processos para viabilizar a ida de uma criança à creche, para que a mãe efetivasse uma organização sobre seus afazeres de trabalho.

Compreendeu-se que as intervenções voltadas para as esferas cotidianas sustentaram possibilidades para a ampliação das sociabilidades (primária e secundária), conforme definido por Castel, contribuindo para a criação/ampliação/fortalecimento das redes sociais de suporte dos usuários e de suas famílias. Nos exemplos brevemente mencionados anteriormente, a organização dos horários junto à usuária visou a menor exposição a riscos de novas violações de seus direitos, o que foi efetivado a partir da articulação entre o serviço, familiares e vizinhos (sociabilidade primária e secundária). No segundo caso, a proposição para mediação entre a usuária e a creche se deu pela indicação de momentos ao longo do dia em que ela pudesse retomar atividades de interesse, visando ao favorecimento da sua organização cotidiana com base no estabelecimento de redes de suporte sociais formais (secundárias) que pudessem proporcionar vivências de maior autonomia e menor privação financeira.

Dessa forma, considerando a complexidade das problemáticas sociais, apreende-se que a atuação de terapeutas ocupacionais na assistência social, quando voltadas para as redes sociais de suporte, possuem potencial para operar como elementos que minimizam situações de vulnerabilidades sociais, como indicado por Castel (2015), caminhando no sentido da promoção da proteção social.

Reafirma-se que a fundamentação para a leitura das informações sobre a atuação profissional em relação às vulnerabilidades sociais se deu a partir do eixo da inscrição sociofamiliar, baseado em Castel (2015), que entendeu a dimensão relacional como

---

<sup>77</sup> Quando se menciona aqui a proteção social, engloba-se também a atuação/contribuição conjunta de terapeutas ocupacionais sobre os pilares de referência da PNAS: a vigilância social e defesa social e institucional. Segundo a referida política, a Vigilância Social “refere-se à produção, sistematização de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que incidem sobre famílias/pessoas nos diferentes ciclos da vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos); pessoas com redução da capacidade pessoal, com deficiência ou em abandono; crianças e adultos vítimas de formas de exploração, de violência e de ameaças; vítimas de preconceito por etnia, gênero e opção pessoal; vítimas de apartação social que lhes impossibilite sua autonomia e integridade, fragilizando sua existência”. Já a Defesa Social e Institucional se refere à organização do sistema de forma a “garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais e sua defesa” (BRASIL, 2004a, p. 39).

componente relevante para a inserção social, juntamente com o trabalho.

Articulando os resultados da pesquisa com esses pilares estruturantes para a inserção social (Castel, 2015), apresenta-se que as terapeutas ocupacionais colaboradoras têm atuado em menor proporção na dimensão trabalho/renda e mais consistentemente na criação/ampliação/fortalecimento das redes sociais de suporte. Especificamente sobre intervenções acerca da criação de trabalho, os dados da pesquisa obtiveram apenas dez relatos, oriundos do questionário *online*, os quais explicitamente abordaram a economia solidária, em específico oficinas para geração de renda. Portanto, a grande maioria das práticas descritas revela um movimento majoritário das terapeutas ocupacionais na assistência social voltado para o pilar das redes sociais de suportes.

Propondo-se delinear e ilustrar com maior detalhamento como ocorre a intervenção assim direcionada das profissionais, destacou-se inicialmente a transversalidade das práticas no/com o cotidiano dos sujeitos/coletivos/territórios na assistência social. Para exemplificar essa característica, resgata-se dois fragmentos dos acompanhamentos que compuseram as narrativas descritas do Capítulo 5, relativas às visitas *in loco* no CREAS, no caso de Dona Norma e no Centro dia, no caso de Daniela.

*[Terapeuta ocupacional e advogada do CREAS] indicaram os procedimentos, documentos, pessoas, locais e argumentos para iniciar uma ação judicial e ofereceram suporte para auxiliar a família na sua função protetiva com a idosa. (...) A terapeuta ocupacional, durante o acompanhamento, fez anotações sobre pontos-chave das orientações fornecidas, com linguagem clara [acessível] para entregar à família. As profissionais se disponibilizam para eventuais ajudas neste percurso e reforçaram a importância da mobilização da nora e do filho para o resgate de Norma da situação de negligência de cuidados e ameaças. (Trecho do diário de campo. Acompanhamento da terapeuta ocupacional que atua no CREAS, Catarina).*

*[Terapeuta ocupacional e assistente social do Centro Dia] identificaram inicialmente riscos sociais nos momentos em que Daniela ficava na rua sozinha, aguardando o transporte do lado de fora da casa. Apontaram então a primeira estratégia de contatar a prima para realizar orientações e concomitantemente buscar averiguar com Daniela formas de sua autoproteção, para fortalecer suas iniciativas para realizar pedidos de ajuda. (...) Foram identificadas ao longo da semana situações de vulnerabilidade de Daniela no retorno para sua residência e, assim, no último dia da minha permanência, a equipe técnica conseguiu agendar, para o próximo dia útil, uma visita domiciliar para conversar pessoalmente com a familiar, objetivando apoiar a função protetiva e tomar as demais providências cabíveis ao caso. (Trecho do diário de campo).*

Acompanhamento da terapeuta ocupacional que atua no Centro Dia, Cora).

No primeiro fragmento explicitado, a atuação da terapeuta ocupacional do CREAS se desenvolveu no sentido do fortalecimento da função protetiva da família de Dona Norma, por meio da construção de possibilidades e apoios, junto com a advogada e a assistente social, para que a idosa passasse a morar definitivamente na casa do filho e nora, considerando os desejos e decisões da idosa e mobilizando um suporte relacional sociofamiliar, a fim de minimizar novas situações de violação de seus direitos e superar as já identificadas.

Para tanto, a intervenção realizada foi tecida nas construções cotidianas de Dona Norma e sua família, que precisavam se estruturar diante de um novo cenário de vida. A idosa estava frente a um cotidiano permeado pelo isolamento social, pelas delicadezas e fragilidades do próprio corpo envelhecido e das ameaças do seu companheiro, que passou a se mostrar como risco à sua própria vida. Já sua família estava diante da possibilidade de alteração do cotidiano familiar, a partir da presença de mais uma pessoa residindo na casa e com escassas condições financeiras e estruturais para dispensar cuidados a ela.

As intervenções, partindo das decisões informadas, autônomas e consensuais dos sujeitos envolvidos, pautaram-se em pequenas-grandes proposições de alterações dessa trama cotidiana, em que a terapeuta ocupacional identificou possibilidades de ação por meio da apreensão sobre os fazeres e sobre as relações dos sujeitos em articulação com os contextos de vida socio-histórico-culturais. Essa apreensão se deu pela escuta, diálogo, articulações com a rede de serviços, observações durante a visita e acompanhamento institucional. Concretamente, algumas das ações observadas foram: a articulação com a advogada do CREAS para prestar esclarecimentos sobre as possibilidades jurídicas em requerer os bens materiais de direito para a idosa; fornecimento de subsídios, por meio de informações claras e acessíveis, para que a idosa tomasse as decisões informadas e apoio à família (filho e nora) na decisão de se responsabilizar pelo cuidado de Norma, buscando estratégias práticas sobre a organização diária das atividades junto à idosa.

Neste sentido, a prática profissional, na perspectiva de uma atuação no cotidiano de Dona Norma e de seu entorno, realizada no âmbito das redes relacionais familiares de suporte, configurou-se, de acordo com Castel (2015), como uma das vias de mediação nos processos de vulnerabilidade social, pelo eixo da inscrição sociofamiliar, favorecendo a promoção da proteção social. Dessa forma, apoiar a convivência e o estreitamento dos vínculos da idosa com seu filho, nora e netos pode representar um cotidiano com maiores possibilidades de

autonomia e de proteção social a ela, bem como pode favorecer a criação de novas relações intergeracionais na família.

Entende-se que as relações sociais (nessas esferas da sociabilidade primária e secundária) são estabelecidas, ou não, na dinamicidade da vida, na trama da construção dos cotidianos. Reafirma-se, portanto, que as terapeutas ocupacionais, na aproximação com as realidades sociais desses sujeitos, por meio das atividades, desenvolveram estratégias para atuar nas vulnerabilidades, em intervenções no/com seus cotidianos.

Adotando essa perspectiva, dialoga-se com Galheigo (2003, p.108), na compreensão do conceito de cotidiano na terapia ocupacional, implicado com uma perspectiva crítica para a “retomada histórica e contextualizada do sujeito e sua inserção participante no coletivo”. Com o mesmo direcionamento, Salles e Matsukura (2013, p. 268) delinearão que o cotidiano se estabelece “na relação entre aquilo que é singular do sujeito com o que é coletivo e social”.

Há um foco no dia a dia do indivíduo, nos pequenos acontecimentos e ações, nos detalhes da construção da história do sujeito, em articulação com o contexto social, as formas de produção, as diretrizes políticas, a organização social. O conceito de cotidiano se estabelece na relação do micro com o macro, se constrói na articulação entre o *zoom* focado na vida do sujeito e a grande ocular que capta os processos de produção social. (SALLES, MATSUKURA, 2013, p. 268).

A partir dessa fundamentação, compreende-se que, no segundo fragmento apresentado, a atuação da terapeuta ocupacional no Centro Dia, da mesma forma considerou elementos que compuseram as relações estabelecidas no cotidiano de Daniela para buscar promover sua proteção social, sendo que os pormenores do dia a dia da usuária, nas atividades que realizava, foram os pontos-chave de ação propostos.

Compreendendo que a vulnerabilidade permeia “as ações mais ordinárias do cotidiano” dos sujeitos-coletivos (COSTA, 2016, p. 141), o acompanhamento da usuária se deu, por exemplo, quando a profissional buscou entender as possibilidades de horários do trabalho da prima de Daniela, para que ela chegasse em casa em tempo compatível com o transporte do serviço, no momento em que acessou as cuidadoras e o motorista para negociar os horários que o transporte a levaria, no intuito de que ela não permanecesse sozinha, entre outros agenciamentos cotidianos. Essa estruturação de horários junto à equipe, análise para proposição de novas agendas e articulações com a família, com cuidadoras, transporte e

vizinhos, explicita uma dimensão concreta do agir junto no/com o cotidiano dos atores envolvidos na situação. Neste cenário, essa atuação se fez com o *zoom* focado na vida cotidiana da família da usuária, sendo atravessada por processos macrosociais, como aqueles situados, por exemplo, nas vulnerabilidades inerentes às questões de gênero, culturais e socioeconômicas que incidem naquela comunidade e na sociedade.

Como pode ser observado, as respostas produzidas no âmbito da assistência social articuladas ao cotidiano dos sujeitos podem estar associadas a diferentes espaços: nos territórios, nas famílias, nos serviços públicos e em diferentes lugares em que “as relações sociais se fortalecem ou se fragilizam” (BRASIL, 2017d, p. 14). Nessa intervenção, a profissional pareceu buscar fortalecer Daniela e os suportes sociais familiares, bem como de sua vizinhança, para que esta mulher tivesse minimizados os riscos de ter novamente seus direitos violados, expandindo a potencialidade do que Castel (2015) denominou como sociabilidade primária.

Com base nos acompanhamentos e se reportando novamente ao autor supracitado, compreende-se que as intervenções das terapeutas ocupacionais, em ambos os acompanhamentos se deram em direção à promoção da proteção social, voltadas às ações que mobilizaram as redes sociais de suporte, tanto no âmbito da sociabilidade primária, quanto secundária (CASTEL, 2015).

Tomando a ação no/com o cotidiano em uma perspectiva grupal, descreve-se a seguir um trecho de uma entrevista em que a terapeuta ocupacional atuava nas demandas sociais, abrangendo várias mulheres moradoras no território que aquela unidade abrange.

*Veio uma demanda do conselho tutelar e a gente fez questão de fazer essa oficina em um centro comunitário próximo a essas famílias, para que elas não precisassem se deslocar até o CRAS (...). Foi um espaço onde eu tive muita autonomia para fazer do jeito que eu quisesse, eu estava sozinha (...) e pude escutar muito elas [mães]: “Por quê? O que acontece? Qual a dificuldade enquanto mãe?”. Então elas trouxeram algumas demandas, por exemplo, a deficiência dos filhos que não conseguem acompanhar a escola, uso de drogas dos filhos e foram trazendo algumas demandas que eu acolhi e, a partir dessa acolhida, eu fui trazendo profissionais que falavam sobre esse tema para compartilhar com elas (...). A resposta que a gente teve foi muito bacana, a gente estava ali próximo, no território, foi muito familiar, muito próximo. (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CRAS, Anita).*

Nesse exemplo, a terapeuta ocupacional realizou uma ação que extrapolou a atuação

no cotidiano de uma família para uma proposição de mediação mais ampla, com possibilidades de convivência e criação/fortalecimento de vínculos sociais no agrupamento das demandas e na abrangência coletiva das necessidades apresentadas pela comunidade. A colaboradora buscou responder ao encaminhamento pelo reconhecimento das demandas sociais que perpassavam as mães daquele território, por meio do trabalho com o grupo de mulheres.

Compreende-se que a profissional, ao favorecer a criação de espaços para mediar a(s) relação(ões) com o(s) Outro(s), agiu na constituição dos espaços de convivência e compartilhar de demandas comuns, o que deflagra a compreensão de que as demandas não são individualizadas, mas sim sociais e concernentes àquele contexto. Tais ações podem ter se configurado na criação e/ou ampliação de redes sociais de suporte, apoiando conexões relacionais formais e informais naquela comunidade e, a depender dos vínculos constituídos, componentes que possibilitem maior grau de proteção social.

Este exemplo retoma o ponto acerca do uso de grupos/oficinas em diferentes serviços socioassistenciais, que marcou amplamente os discursos sobre as práticas das terapeutas ocupacionais na assistência social, podendo-se inferir que foram utilizados como uma importante estratégia para a criação/ampliação/fortalecimento das redes sociais de suporte.

*É importante saber trabalhar em grupo, conceito de grupo, porque eu acho que o grupo é muito potente, mas também muito difícil. Então acho que buscar referências de trabalho em grupo é muito importante. No trabalho em grupo, mesmo ele não sendo terapêutico, é bem difícil conduzir um grupo em geral, ser criativo, saber trabalhar em equipe. (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CRAS, Anita).*

Embora a realização de grupos e oficinas não seja considerada uma ação específica no escopo profissional, a formação de terapeutas ocupacionais fornece ferramentas necessárias para que os desenvolvam no contexto da assistência social. As informações do estudo permitem constatar que a realização desses tipos de acompanhamento, mesmo não sendo exclusivamente atribuída às profissionais, apresentou-se como uma das características da atuação no setor, sendo uma das práticas mais realizadas em diferentes unidades do SUAS, presente em 84%<sup>78</sup> das ações descritas.

---

<sup>78</sup> Totalizaram 204 os terapeutas ocupacionais que mencionaram “grupos” nas respostas à questão número 27, “Quais tipos de acompanhamentos os terapeutas ocupacionais realizam nesta unidade?”. Destaca-se que a

Ao se referir ao trabalho com grupos, atenta-se para o fato de que o termo abrange múltiplas possibilidades/modalidades para a realização dessa atividade, como os grupos socioeducativos, espaços compartilhados para escuta, de acolhimento, fala, de reflexão, discussões, aprendizagem, grupos lúdicos, de socialização, de convivência com populações específicas, reuniões, palestras, campanhas socioeducativas, dentre outros (TEIXEIRA, 2010). Esta variedade compôs as práticas profissionais das colaboradoras, como descrito particularmente no Capítulo 4 e ilustradas a seguir com trechos de respostas do questionário *online*.

*Mediação de processos grupais: grupos de convivência, oficina de jogos cooperativos, grupos de sensibilização (terapia socioassistencial), roda de conversa - troca de experiências, atendimento às famílias.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em Centro de Convivência).

*Dinâmicas e vivências, vídeos, músicas, acolhida, apresentações dialogadas, oficinas de artesanato, grupo de atividades, a depender da demanda e perfil dos grupos.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em CRAS).

*Rodas de conversa, grupos focais, atendimento individual.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em CRAS).

*Referenciamento para a rede socioassistencial e intersetorial na perspectiva de acesso a direitos, oficinas e grupos socioeducativos, atendimento familiar, visita domiciliar.* (Trecho de uma das respostas do questionário online. Terapeuta Ocupacional atua em Centro Pop).

Os exemplos buscaram retratar a multiplicidade das atividades na modalidade grupal desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais no setor. Essas informações permitem indicar que os grupos e oficinas expressam possibilidades de intervenções criativas nos caminhos de atuação nas vulnerabilidades sociais apresentadas pelos usuários e suas famílias, alinhadas com as demandas da assistência social e com enfoque nas esferas relacionais e em seus cotidianos.

Discutindo o contexto de práticas, Almeida et al. (2012, p.39) salientou que “a

---

modalidade grupal apareceu por vezes como único tipo de ação, mas na maior parte das respostas foi apontada junto a outros acompanhamentos, como familiares, individuais e gestão.

possibilidade de propor e orientar atividades grupais tem se somado a outros esforços para qualificar a assistência aos usuários, em consonância com o que se vem preconizando na legislação”. Também apoiando a potencialidade das práticas grupais e coletivas para a busca da proteção social, Teixeira (2010, p. 295) ressaltou que os grupos não devem ser utilizados como instrumentos para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade com perspectivas individualizadoras, de responsabilização das famílias pela busca de problemas sociais “e nem com fins terapêuticos e subjetivistas”.

As ações em grupos destacadas pelas profissionais estão em concordância com as práticas preconizadas no setor nos diferentes níveis assistenciais, constando nos diferentes Cadernos de Orientações Técnicas disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social<sup>79</sup>, referente às unidades CREAS, Centro Pop, CRAS (incluindo os documentos sobre o PAIF), serviços de acolhimento, entre outros.

Dessa forma, valoriza-se este tipo de ação do terapeuta ocupacional na assistência social, ressaltando a potencialidade da modalidade de acompanhamento grupal para favorecer a promoção da convivência, da construção/consolidação dos vínculos, apoiando consistentemente a mediação para a criação/ampliação/fortalecimento das redes sociais de suporte formais e informais. Salienta-se que tanto a convivência<sup>80</sup> quanto o fortalecimento de vínculo<sup>81</sup> foram objetivos que permearam as práticas das colaboradoras, não apenas nos grupos/oficinas, mas também em diferentes espaços socioassistenciais.

Retoma-se que, além dos grupos/oficinas, outros tipos/modalidades de acompanhamentos/ações fizeram parte das práticas profissionais mencionadas pelas colaboradoras, como acolhimentos/acolhidas, acompanhamentos individuais e familiares, visitas domiciliares e articulação das redes. Entende-se que essas ações socioassistenciais

---

<sup>79</sup> Disponível em: <http://mds.gov.br/central-de-conteudo/assistencia-social/publicacoes-assistencia-social>. Acesso em 23 de dezembro de 2019.

<sup>80</sup> A *convivência* pode ser compreendida como um processo e como uma metodologia na assistência social para desenvolver os acompanhamentos nos diferentes tipos de serviços socioassistenciais. As situações de convivência são criadas, preparadas e experimentadas em uma abordagem horizontalizada (usuários-grupos-comunidades-técnicos) com a finalidade de fortalecer e diversificar formas de relacionamentos. Essas situações de convivência podem se concretizar por meio de “encontros, conversações e fazeres” permeados e caracterizados por elementos como: a escuta, postura de valorização/reconhecimento, situações de produção coletiva, exercício de escolhas, tomada de decisão sobre a própria vida e de seu grupo, experiência de diálogo na resolução de conflitos e divergências, reconhecimento de limites e possibilidades das situações vividas, experiência de escolher e decidir coletivamente, experiência de aprender e ensinar horizontalmente, experiência de reconhecer e nominar suas emoções nas situações vividas e experiência de reconhecer e admirar a diferença (BRASIL, 2017d, p.56).

<sup>81</sup> O *fortalecimento de vínculos* na assistência social reafirma a necessidade de lidar com vulnerabilidades no âmbito relacional como uma responsabilidade pública, integrante a uma política que busca combater desigualdades e promover o desenvolvimento da sociedade (BRASIL, 2017d; CASTEL, 2015).



descritas não são atribuições específicas dos terapeutas ocupacionais, mas que a categoria pode e deve executá-las, contribuindo com o setor e com as populações acompanhadas, a partir das características de sua formação profissional, por serem particularmente voltadas para perspectivas relacionadas às apreensões e análises do cotidiano, nas repercussões das vulnerabilidades sobre ele e das potencialidades, presentes nas esferas cotidianas, para superação das situações violadoras de direitos.

Baseado nos resultados da pesquisa, verifica-se que é possível fazer a transposição da totalidade dessas ações referidas pelas colaboradoras em categorias de recursos e tecnologias sociais<sup>82</sup>, assim como nomeadas no âmbito da Terapia Ocupacional Social, a saber: a) *Oficinas de Atividades, Dinâmicas e Projetos*; b) *Acompanhamentos Singulares e Territoriais*; c) *Articulação de Recursos no Campo Social* e d) *Dinamização da Rede de Atenção* (LOPES, 2014 et al., p. 594). No intuito de ilustrar esse processo de articulação entre a descrição feita por Lopes (2016), sobre as categorias e recursos/tecnologias sociais, e as informações provenientes dos resultados da pesquisa, apresenta-se a seguir trechos da compreensão sobre cada item e excertos das entrevistas com terapeutas ocupacionais.

a) *Oficinas de Atividades, Dinâmicas e Projetos*, lançando mão do potencial formador e transformador da atividade, já que a dimensão sociopolítica e cultural dos diferentes fazeres permeia os cotidianos, favorecendo a autovalorização dos sujeitos e possibilitando a produção de vida com sentidos, com vistas à emancipação pessoal e social. (LOPES, 2016, p. 45).

*Ilustrando: O artesanato só era meio, então isso ficou muito nítido! Porque não é que pouco importava o que elas faziam, mas na verdade, importava muito o que elas queriam fazer. (...) Na maior parte das vezes eu não “ensinava” as atividades, eram elas mesmas. Então eu falava “Quem é que sabe fazer isso? Trazendo essa conscientização de que elas tinham potencial e fortalecer isso, uma ensinar para a outra, as trocas (...). E eu dava suporte, orientação, estava muito mais nos relacionamentos entre elas, com as formas de lidar, porque eram muitas as fragilidades. (...) Começaram a levar as práticas para fora, então elas faziam ali o grupo comigo, mas se encontravam nas casas para fazer as atividades, porque para fazer artesanato não precisavam de mim; precisavam para ajudar a se relacionar e diminuir as tensões e melhorar a convivência. Serem mais reflexivas com as coisas que elas faziam e não faziam. Mostrava, por exemplo, que eu não*

---

<sup>82</sup> Para Lopes et al. (2014, p. 591), as tecnologias sociais “podem ser compreendidas como produtos, técnicas ou metodologias replicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representem alternativas para a transformação social”. Bava (2004, p. 116) as considera como métodos e técnicas interdisciplinares caracterizadas por permitir “impulsionar processos de empoderamento das representações coletivas da cidadania”, tornando-os aptos para desenvolver alternativas que se orientam “pela defesa dos interesses das maiorias e pela distribuição de renda”.

*estava ali fazendo um favor, “Isso é direito de vocês, o que vocês têm são direitos que são assegurados!” e começar a trabalhar esse posicionamento, esse empoderamento deles, de direitos sociais. Eram deles! E sobre os posicionamentos, muitas vezes a gente os viu se posicionando frente a autoridades (...), então eles começaram a conseguir se posicionar, se expressar.* (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CRI, Cecília).

Neste excerto, a terapeuta ocupacional se apresenta junto com o artesanato, como recurso mediador das relações, explicitando o potencial das atividades na terapia ocupacional para a produção de convivência, de autonomia, de “emancipação pessoal e social”, como mencionado por Lopes (2016, p. 45). Infere-se que os diferentes grupos/oficinas podem possibilitar os fazeres compartilhados, despertando interesses, oportunidades e a construção de laços relacionais que incidem no cotidiano por meio das trocas favorecidas e mediadas pelas terapeutas ocupacionais. Estes espaços promovem a convivência e o entrelaçar de conexões junto a pessoas das comunidades (sociabilidade primária) (CASTEL, 2015), sustentada inicialmente pelo serviço (sociabilidade secundária) e, por vezes, extrapolada para os espaços de vida, como descrito no fragmento.

b) *Acompanhamentos Singulares e Territoriais* que, partindo da escuta atenta acerca das necessidades das pessoas e dos grupos, buscam o equacionamento de questões essenciais em suas vidas, muitas vezes determinadas pela desigualdade social, pela falta de acesso a serviços e bens sociais. (LOPES, 2016, p. 45).

*Ilustrando: Uma coisa que eu fiz e que fez bastante diferença foi começar a sair com eles para as compras. Até então, tudo o que era deles, a casa [Residência Inclusiva] comprava com o benefício ou com o dinheiro que a prefeitura mandava. Iniciei um trabalho para que eles fossem comprar (...), fomos nos equipamentos próximos da residência: no mercado, na padaria... tem umas vendas lá perto. Depois, fizemos um bazar (...), lembro que levei moradores e eles falavam “Olha, nós moramos ali, nós vamos fazer um bazar!” e aí o pessoal foi conhecendo e foi incrível.* (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua em Unidade de Acolhimento, Mario).

O fragmento descrito demonstra o acompanhamento singular e territorial do terapeuta ocupacional que, na apreensão dos territórios, dos espaços de vida, como recursos para atuação nos cotidianos dos usuários, favoreceu o acesso a bens sociais. Tais experiências singulares na assistência social, como relatado, mostram potencial para produzir, na relação

entre o terapeuta ocupacional e os sujeitos/coletivos/territórios/, oportunidades de vivências de circulação/acesso e experimentações de fazeres mediados pelos profissionais, o que pode vir a favorecer a autonomia e a participação social dos usuários. Entende-se que são elementos-chave na construção/fortalecimento da rede social de suporte. Dentro da esfera dos *acompanhamentos singulares e territoriais* estão compreendidas as ações que foram nomeadas pelas colaboradoras como acompanhamentos individuais, familiares e as visitas domiciliares. Assim, concebe-se que as práticas realizadas pelas terapeutas ocupacionais possuem as características e os potenciais descritos por Lopes (2016) de oportunizar vivências e acessos.

c) *Articulação de Recursos no Campo Social*, compreendida como uma estratégia de intervenção que se tece envolvendo as ações focalizadas em determinados indivíduos, grupos, coletivos, comunidades, até aquelas do nível da sociedade civil, da ação política e da gestão. (LOPES, 2016, p. 45).

*Ilustrando: [O terapeuta ocupacional na assistência social deve] conhecer como o serviço se organiza, os programas, os níveis de proteção, o público que deve ser atendido. A distinção clara de que é um trabalho que acontece no campo social, não é um trabalho que vai ser terapêutico ou de reabilitação, enfim, que vai ser nessas dimensões. O conhecimento sobre as demais políticas e como elas podem dialogar, com a saúde, com a educação, com a própria habitação, cultura, lazer; porque acho que um trabalho essencial do SUAS, do serviço de assistência social é essa articulação, o acesso aos outros direitos sociais, às outras políticas. Conhecimento sobre direitos, sobre como é que se constitui essa questão no país, os benefícios de transferência de renda, a que se propõem, enfim, sua finalidade. O conhecimento sobre violações de direitos, violências, o impacto da violência no cotidiano, nas relações; as questões e os estudos sobre família.* (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no Centro Pop, Clarice).

O trecho da entrevista retrata a percepção da colaboradora sobre os conhecimentos necessários para a terapeuta ocupacional atuar na área social, a partir de elementos que envolvem a dimensão política, micro e macrosocial. Ressalta-se tal atuação como uma matriz para a prática da terapia ocupacional na assistência social, entendendo a profissional como executora das políticas públicas sociais, no exercício de intervir junto às vulnerabilidades a caminho da proteção social.

Associando outros relatos à esfera da *articulação de recursos do campo social*, destaca-se que foram apontadas algumas intervenções em dimensões mais coletivas, como

ações comunitárias em campanhas socioeducativas (contra diferentes tipos de violência, por exemplo). Neste sentido, retoma-se dois dos princípios da Terapia Ocupacional Social que reafirmam conformidades com as possibilidades de práticas na assistência social, são eles: a “perspectiva coletiva da apreensão das realidades dos grupos populacionais” e a “articulação entre o micro e macrosocial” (MALFITANO, 2016, p.125). Esses direcionamentos conduzem o desenvolvimento de ações que não individualizem as problemáticas sociais, contextualizando as situações apresentadas pelos sujeitos e suas famílias na sociedade em que vivem.

d) *Dinamização da Rede de Atenção* a determinados grupos populacionais e/ou comunidades e sua interação com os diferentes setores e níveis de intervenção. (LOPES, 2016, p. 45).

*Ilustrando: Quando temos [terapeutas ocupacionais] que fazer as reuniões de rede, as construções da rede, conseguimos construir porque conseguimos conversar com facilidade com todas as áreas, temos um pouco da compreensão delas (...). Já na formação, a gente tem contato com um pouquinho de cada área e consegue entender e conversar com facilidade com todas elas, e é por isso que eu já tenho visto terapeutas ocupacionais desabrochando e em posições de liderança em várias áreas, porque a gente consegue conversar com todos de uma forma muito tranquila, entender as diferenças de conceitos. (Trecho de uma das respostas da entrevista. Terapeuta Ocupacional atua no CRI, Cecília).*

O fragmento apresentado aponta potencialidades das terapeutas ocupacionais nos processos de articulações das redes socioassistenciais e intersetoriais. O trecho, além de indicar a realização dessa dinamização pela colaboradora, também apontou a formação profissional como um elemento que pode favorecer a terapeuta ocupacional na realização da ação.

A *Dinamização da Rede de Atenção* é aqui destacada como uma das ações extensivamente presentes nas práticas das colaboradoras, verificada em todas as entrevistas, visitas e em grande parte dos questionários *online*. Assim, a articulação da rede socioassistencial e intersetorial pode ser considerada também uma característica da prática da terapia ocupacional na assistência social. Infere-se que, na intervenção de terapeutas ocupacionais, essa articulação se dá como um dos fundamentos para uma atenção integral relacionada ao pilar da sociabilidade secundária (CASTEL, 2015), fundamental para ampliação/fortalecimento da rede social de suporte dos sujeitos.

Em cada um dos fragmentos das práticas anteriormente descritas e nos resultados do trabalho como um todo, emergiram saberes e fazeres profissionais por meio de atividades contextualizadas nos cotidianos dos sujeitos, em movimentos que buscaram resistir e/ou superar situações de vulnerabilidades relacionais, macro e microsociais, dentre elas: conflitos, abandono, preconceito/discriminação, apartação, confinamento, isolamento, violência, entre outros (BRASIL, 2017d, p.41).

As intervenções nessas situações de vulnerabilidade mostraram serem realizadas pelos terapeutas ocupacionais a partir de ações conjuntas com outros profissionais, sendo a interdisciplinaridade também uma característica importante das práticas na assistência social. Como apresentado nos resultados do campo descritos no Capítulo 5, a atuação interdisciplinar, em diferentes modalidades de acompanhamento, apareceu como uma constante nas unidades socioassistenciais. Neste sentido, Costa (2016) corrobora teoricamente tal cenário ao argumentar que diante da multidimensionalidade e complexidade dos problemas sociais, diretrizes como a da interdisciplinaridade, junto a intersetorialidade e a integralidade, foram incorporadas no processo de implementação das políticas setoriais, como na assistência social.

Segundo Japiassu (1994, p.2) o trabalho interdisciplinar supõe uma interação das disciplinas, uma interpenetração que se dá desde a “comunicação das ideias até a integração mútua dos conceitos (contatos interdisciplinares), da epistemologia e da metodologia, dos procedimentos, dos dados”. Para o autor, o trabalho interdisciplinar visaria, utopicamente, a unidade dos saberes. De acordo com Almeida et al. (2012, p.38) este é um aspecto bastante conhecido na categorial profissional, sendo que “temos compartilhado de forma responsável e ativa junto às equipes as dificuldades e buscas para superar concepções assistencialistas que, com diferentes faces, se apresentam no trabalho”.

A partir das ações interdisciplinares podem ser construídas lógicas de responsabilidades e possibilidades profissionais ético-políticas que não fragmentem o sujeito usuário da política de assistência social (CEFESS, 2011, p.28). Desse modo, embora o trabalho interdisciplinar esteja presente em grande parte das intervenções, como apresentado nos resultados, não se pode negligenciar as habilidades profissionais para a definição de responsabilidades, sendo necessário identificar papéis e atribuições nas unidades socioassistenciais.

Em síntese, constata-se que as terapeutas ocupacionais na assistência social atuam nos/com cotidianos, por meio de acolhimentos, trabalhos de grupos/oficinas, acompanhamentos individuais, familiares, visitas domiciliares, atuação em rede intersetorial,

todas ações aqui compreendidas como atividades em terapia ocupacional, que possibilitam a intervenção para a ampliação das redes sociais de suporte, nos níveis primário e secundário, como caminhos para contribuir com a proteção social dos sujeitos, famílias, grupos e coletivos.

Assim, a partir dessas características, acredita-se ter explicitado alguns subsídios que possibilitam ratificar a proposição de que a terapia ocupacional se constitui como uma categoria profissional que, na composição da equipe socioassistencial, contribui para responder às demandas do setor e às necessidades da população, no sentido de criar/ampliar/fortalecer as redes sociais de suporte no caminho para a promoção da proteção social.

*Conclusões*

Este trabalho nasceu de inquietações sobre os fazeres da terapia ocupacional contextualizados na política de assistência social, sendo pensado e estruturado em uma conjuntura sociopolítica diferente do cenário em que ele se encerra. No atual momento político em que vivemos, expressam-se novas angústias e inquietações, acreditando ser importante iniciar a conclusão da pesquisa retomando os princípios que a definiram e permearam seu conteúdo sobre a defesa da assistência social como política pública social, de direito dos cidadãos brasileiros, gratuita e de direção universal. Reitera-se ainda a importância do reconhecimento das formas de constituição e da trajetória da assistência social, assim como descrito por Castel, em referência à história da França, desde as iniciativas assistencialistas até o seu estabelecimento como um direito social, das influências e atravessamentos deste histórico na assistência social atual, bem como suas contradições, em defesa da atualidade deste direito social.

Dada essa colocação, retorna-se às indagações que moveram a construção da pesquisa, a respeito de como tem se dado a inserção de terapeutas ocupacionais no SUAS, quem são/quantas são, onde atuam as profissionais na assistência social e quais são as práticas que têm realizado neste setor.

Diante do caminho percorrido, um primeiro apontamento conclusivo feito ao se deparar com os resultados das diferentes etapas do campo da pesquisa foi que haviam múltiplas informações e percursos possíveis para explorar, pensar e desenvolver, em decorrência da riqueza de dados que emergiram sobre o trabalho das profissionais no setor de assistência social. Dentre as possibilidades, optou-se por enfatizar a discussão sobre a inserção e as práticas de terapeutas ocupacionais, assim como contornado pelos objetivos inicialmente traçados. Com esse direcionamento se buscou os subsídios necessários para defender a tese de que *as terapeutas ocupacionais se inserem no SUAS como trabalhadoras da política de assistência social e, por meio das características e particularidades de sua atuação, podem contribuir para responder às demandas do setor e às necessidades da população, no sentido de buscar favorecer a promoção da proteção social*. Os elementos que sustentam a afirmativa foram emergindo dos resultados das diferentes etapas da pesquisa.

Do ponto de vista da inserção profissional, o mapeamento de terapeutas ocupacionais proveniente dos dados ministeriais e envio dos questionários, apresentados nos Capítulos 3 e 4, permitiram concluir que a categoria tem atuado na assistência social, correspondente a aproximadamente 9% das profissionais do país vinculadas ao setor em 2017. Encontram-se distribuídas nas diferentes unidades socioassistenciais e regiões do país, com preponderância



da região Sudeste, e maior concentração nos Centros Dia e Unidades de Acolhimento. Tais dados denotam a necessidade de fortalecimento da inserção da terapia ocupacional em unidades públicas socioassistenciais, como os CRAS, CREAS e Centros Pop, sendo que terapeutas ocupacionais apresentaram possibilidades de atuação para compor os diferentes equipamentos que integram o sistema.

Discutindo sobre a presença majoritária das profissionais nos Centros Dia e Unidades de Acolhimento, foi possível inferir a existência de duas perspectivas que permearam as práticas das colaboradoras nessas unidades com maior proporção de profissionais no país: a social e a da saúde. Essa construção se voltou para a análise sobre os riscos de medicalização dos problemas sociais, levando a concluir que as terapeutas ocupacionais, no desenvolvimento do seu trabalho, particularmente dentro das unidades citadas, devem estar atentas à fundamentação e objetivos de suas práticas, a fim de não deslocar o seu papel de técnico no acompanhamento das problemáticas sociais da população no âmbito dessa política.

Na perspectiva apresentada, considera-se a Terapia Ocupacional Social como uma subárea da terapia ocupacional concernente à perspectiva social, com possibilidade para refletir e informar as práticas na assistência social em sua amplitude de serviços que compõem o SUAS. A Terapia Ocupacional Social busca fundamentar ações que sejam críticas à medicalização dos problemas sociais, voltando-se a recursos que visem a inserção e participações sociais dos sujeitos, podendo se voltar ao princípio da proteção social, observando os limites estruturais da sociedade desigual em que vivemos e suas inerentes condições (MALFITANO, 2016).

Neste sentido, trabalhos teóricos sobre a atuação de terapeutas ocupacionais na área são de grande relevância para o compartilhamento e fortalecimento da ação profissional no âmbito social, assim como para alimentar e dialogar com o debate que se coloca. Aponta-se particularmente o estímulo aos estudos e experiências embasados na Terapia Ocupacional Social, que já tem se dedicado ao desenvolvimento de trabalhos teóricos relacionados, carecendo, contudo, de maior profundidade e dedicação de parte de seus esforços especificamente às experiências no SUAS.

Sobre as práticas profissionais, conclui-se primeiramente que o referencial teórico adotado ofereceu lentes importantes para a compreensão dos fazeres profissionais na área. Em articulação com a fundamentação de Castel (2015), verificou-se, nas informações provenientes dos questionários, entrevistas e visitas (relatadas nos Capítulos 4 e 5), elementos que caracterizaram a atuação de terapeutas ocupacionais no âmbito do SUAS, desde o

momento em que as pessoas acessam as profissionais nas unidades, na identificação das demandas socioassistenciais e nas demais ações realizadas.

Sobre o momento inicial, verificou-se que comumente não há encaminhamentos específicos à terapia ocupacional, sendo que o ingresso nas unidades socioassistenciais se configura como os caminhos de acesso às profissionais que, como os demais técnicos, podem realizar o acolhimento. Neste processo se enfatizou um acolhimento generalista marcado pela interdisciplinaridade, possibilitando ingressos integrados nos serviços socioassistenciais.

Após se efetivar o acesso, as terapeutas ocupacionais referiram identificar as demandas dos sujeitos/territórios/coletivos por meio de recursos/estratégias/metodologias de ordem qualitativa, como o diálogo, a escuta, o acolhimento, a observação, a articulação com outros serviços e profissionais que já conheciam o usuário/família, entre outros. Esses elementos compõem um conjunto de características necessárias ao trabalho na assistência social, tendo em vista as particularidades das demandas sociais do setor.

Entendeu-se, portanto, que os recursos/estratégias/metodologias mencionados devem ser reconhecidos como parte do repertório de atuação profissional, ampliando o escopo do que se compreende por ação técnica e qualificando-os por meio de condutas empáticas, dialógicas, horizontalizadas, contextualizadas socio-histórico-culturalmente e, principalmente, comprometidas com a proteção social da população acompanhada.

No íterim do desenvolvimento das práticas diárias promovidas pelas terapeutas ocupacionais na assistência social, constatou-se que são realizadas atividades como acolhidas, acompanhamentos individuais, familiares, visitas domiciliares, articulação em rede intersetorial e trabalho com grupos/oficinas. No âmbito da diversidade dessas ações, algumas características marcaram as práticas, dentre elas se destacou o trabalho em grupo, pela frequência com que foi citado/utilizado e também por fazer parte das atribuições de algumas terapeutas ocupacionais nos serviços, mesmo não sendo uma atuação específica da categoria.

Além dos grupos, a articulação das redes e o caráter interdisciplinar das atuações foram práticas constante nos discursos das colaboradoras. Observa-se uma lacuna acerca de ações voltadas para coletivos, ou seja, foram poucas experiências de ordem mais política, articuladas à organização da sociedade civil e outras formas possíveis de intervenção da categoria. A identificação desses fazeres apresentaram elementos compreendidos como *o que* as profissionais têm realizado como técnicos na assistência social.

Abrangendo o rol das informações sobre as práticas profissionais, identificou-se, pelos

exemplos do trabalho em ato, pelas falas e acompanhamentos juntos às terapeutas ocupacionais, que as intervenções estiveram atravessadas por atuações no/com os cotidianos dos sujeitos, famílias e coletivos, voltadas à ampliação das redes sociais de suporte, nos níveis de sociabilidades primária e secundária (CASTEL, 2015). Apreendeu-se, considerando as práticas e a complexidade das problemáticas sociais, que a atuação profissional, quando voltada para as redes sociais de suporte, possuem potencial para operar como elementos que contribuem para minimizar e/ou superar situações de vulnerabilidades sociais, como indicado por Castel (2015), caminhando no sentido da promoção da proteção social. Assim, entendendo o cotidiano como objeto de atuação profissional neste cenário de prática, associado aos objetivos das ações localizados na proteção social, compreendeu-se alguns aspectos sobre *como* as terapeutas ocupacionais têm atuado na assistência social.

As características de inserção e práticas das terapeutas ocupacionais no SUAS (*o que e como*), foram elencadas por meio das sínteses elaboradas pelas perspectivas das pesquisadoras, pelas vivências, dados do estudo e chaves de leitura utilizadas. Atenta-se, portanto, para o fato de que esses resultados contam com as informações fornecidas pelas colaboradoras e também com a leitura das práticas observadas pelas autoras a partir do lugar/posicionamento anteriormente explicitado na apresentação do trabalho.

Com o conteúdo apresentado nesta tese, espera-se que os desdobramentos do material possam estar associados a variadas dimensões, com implicações relacionadas à formação de profissionais, à prática cotidiana de terapeutas ocupacionais, à pesquisa na área e quiçá às políticas públicas.

No âmbito da formação profissional, por exemplo, os dados confirmaram pesquisas anteriores no campo da Terapia Ocupacional Social<sup>83</sup> e suscitaram o debate para a necessidade da inserção de conteúdos mais específicos relacionados às políticas de assistência social e a atuação profissional nas unidades socioassistenciais, além de aventar o indicativo sobre a importância da pós-graduação voltada para a área. Desse modo, as informações indicam pistas para o incremento da formação profissional no país, no que se refere à política de assistência social, sem perder de vista que as construções em relação à formação profissional encontram-se em contínuo debate, como pode ser verificado pelas recentes publicações sobre as Diretrizes Nacionais Curriculares, produzidas pela RENETO.

No que tange à atuação cotidiana nos serviços socioassistenciais, espera-se que a

---

<sup>83</sup> Retoma-se a pesquisa de Pan (2014), por exemplo, que apontou o campo social como uma área inserida de forma minoritária nos currículos.

identificação das profissionais e caracterização de algumas de suas práticas possa oferecer subsídios para disparar reflexões sobre possíveis caminhos de intervenção, bem como a criação de espaços de diálogo e aprimoramento/qualificação profissional, o que pode ser fomentando posteriormente a esta pesquisa, por meio de articulações em rede com as profissionais vinculadas ao SUAS. Para as pesquisadoras, o processo do estudo revelou o interesse e a importância de movimentos coletivos/compartilhados entre as terapeutas ocupacionais para a consolidação da ação profissional na assistência social.

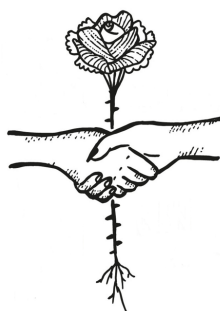
Em relação às pesquisas na área, entende-se que os dados e sua análise expressam uma contribuição no sentido de compilar informações acerca da inserção e prática, apostando neste movimento como um impulso para outros estudos relacionados, evidenciando o expressivo número de profissionais no país inseridos na assistência social. Ainda sobre a pesquisa, em composição às políticas públicas, entende-se que o desvelar de informações a respeito das regiões e unidades com menor/maior inserção profissional abre possibilidades para o entendimento sobre as lacunas/potencialidades da atuação das profissionais e suas propostas para ações mais qualificadas na assistência social. A terapia ocupacional se revela uma categoria que tem se inserido em unidades socioassistenciais e assim reconhecer as possibilidades de atuação profissional pode demonstrar novos caminhos para compor o SUAS. Neste sentido, não se pode perder de vista que o fortalecimento das práticas da categoria no setor está intrínseco à luta e defesa das políticas públicas de proteção social no país.

Observa-se ainda que a presente pesquisa, cumprindo um papel exploratório, despertou debates/proposições com indicativos para novos estudos e outras construções de saberes profissionais neste contexto de práticas. Alguns exemplos de temáticas que emergiram durante a elaboração, particularmente pelos resultados da pesquisa e que não puderam ser tratados neste momento foram: os processos de trabalho de terapeutas ocupacionais na assistência social, os desafios macro e microestruturais para efetivação do trabalho, aprofundamentos sobre a formação em terapia ocupacional para atuar no SUAS, a inserção de terapeutas ocupacionais como gestoras no sistema, especificidades no acompanhamento de terapeutas ocupacionais junto a populações a partir do enfoque de gênero, raça/etnia e deficiências, experiências vinculadas a movimentos sociais, entre outras temáticas.

Salienta-se, diante das tarefas futuras que se colocam às terapeutas ocupacionais, a continuidade, no momento presente, do desenvolvimento de práticas imersas no compromisso profissional ético-político na assistência social, traduzido pelo engajamento na construção de atuações emancipatórias visando, por meio da proteção social, experiências de uma sociedade

mais igualitária ou menos injusta para todos.

*Por fim, gostaria de concluir e pontuar que vocês, terapeutas ocupacionais trabalhadoras(es) do SUAS, não estão sozinhas(os)! O potente percurso desta pesquisa possibilitou compreender que são muitos os desafios do trabalho na assistência social e que são muitas(os) as/os profissionais empenhados na construção de uma sociedade mais igualitária! Sigamos com força e resistência!*



*\*Ilustração adaptada de Thereza Nardelli*

## REFERÊNCIAS

- ABRATO/ Metuia. *Terapia Ocupacional na Assistência Social*. 2011.
- ALMEIDA, M. C.; SOARES, C. R. S.; BARROS, D. D.; GALVANI, D. Processos e práticas de formalização da Terapia Ocupacional na Assistência Social: alguns marcos e desafios, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 33-41, 2012.
- ALMEIDA, M. C.; SOARES, C. R. S. Terapia Ocupacional e Assistência Social: subsídios para uma inserção crítica no campo. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p.155-177.
- AOTA. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, A. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo – 3. ed. traduzida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 26, n. especial, p. 1 - 49, 2015.
- ARAÚJO, L. S.; OLIVEIRA, T. S.; PATRICIO, T. A. S. Estudo sobre a prática da terapia ocupacional no sistema único de assistencial social (SUAS) no município de Belém. *Revista NUFEN*, São Paulo, v. 3, n. 2, p.69-96, 2011.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Tradução de Leonel Valandro e Gerd Bornheim. São Paulo: Abril Cultural, 4.ed., 1973. 377 p. (Coleção Os Pensadores, v. 2).
- AZEVEDO, B. M. S.; CARVALHO, S. R. O Diário de Campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M.E. (org.). *Conexões saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 204-219.
- BAPTISTA, M. V. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 109, p. 179-199, 2012.
- BARROS, D. D. Operadores da saúde na área social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 11-16, 1990.
- BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 95- 103, set./dez. 2002.
- BARROS, D. D. Terapia ocupacional social: o caminho se faz ao caminhar. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 90-7, set./dez., 2004.
- BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional social: Concepções e perspectivas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (org.). *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 347-353.
- BASAGLIA, F. O homem do pelourinho. Centro de Estudos Educação e Sociedade – CEDES. *Educação & Sociedade*, Campinas, n. 25, 1986. p.73-95.

- BAVA, S. C. Tecnologia social e desenvolvimento local. In: LASSANCE JR, A. *et al.* *Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004. p. 103-116.
- BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. ABEPSS, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf). Acesso em 14 de agosto de 2019.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. C. *Políticas Sociais: Fundamentos e História*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 213 p. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).
- BENETTON, J.; MARCOLINO, T. Q. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013.
- BEZERRA, W.; TRINDADE, R.L.P. A terapia ocupacional na sociedade capitalista e sua inserção profissional nas políticas sociais no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 429-437, 2013.
- BIANCHI, P. C.; MALFITANO, A. P. S. Terapia ocupacional e atuação em contextos de vulnerabilidade social: distinções e proximidades entre a área social e o campo de atenção básica em saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 563-574, 2013.
- BOBBIO, N. *Estado, governo e sociedade*. Para uma teoria geral da política. São Paulo: Editora paz e terra, 2007. 173 p.
- BOBBIO, Norberto. *A teoria das formas de governo*. Brasília: Editora UNB, 1981. 179 p.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. *Elementos de Amostragem*. São Paulo: ABE - Projeto Fisher, Edgard Blücher, 2005. 290p.
- BORBA, P. L. O.; LOPES, R. E. Organizações não governamentais, jovens Pobres e educadores sociais nas cidades. *EccoS – Revista Científica*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 437-452, 2010.
- BORBA, P. L. O.; LOPES, R. E. Possíveis lugares para o terapeuta ocupacional nas Organizações Não Governamentais. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p. 241-254.
- BORBA, P. L. O. *et al.* Entre fluxos, pessoas e territórios: delineando a inserção do terapeuta ocupacional no Sistema Único de Assistência Social. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 203-214, 2017.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF,

Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. *Lei n. 8.742*, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. *Lei n. 8.856*, de 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeutas e Terapeuta Ocupacional. Brasília, DF, 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8856.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8856.htm). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 145* de 15 de outubro de 2004. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Decreto n. 5.209* de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa\\_familia/decreto/Decreto\\_no\\_5209\\_de\\_17.09.2004-1.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/decreto/Decreto_no_5209_de_17.09.2004-1.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 130* de 15 de julho de 2005. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2005/resolucoes-cnas-2005/>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 269* de 13 de dezembro de 2006. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2006/resolucoes-cnas-2006/>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 01* de 25 de janeiro de 2007. Publica o texto da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/legislacao/resolucoes/legislacao/resolucoes/arquivos-2007/resolucoes-normativas-exercicio-de-2007>. Acesso em: Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 172* de 20 de setembro de 2007. Recomenda a instituição de Mesa de Negociação na forma estabelecida na Norma Operacional de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social/NOB-RH/SUAS. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2007/resolucoes-normativas-exercicio-de-2007>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 109* de 11 de novembro de 2009a. Aprova a Tipificação Nacional de serviços socioassistenciais. Brasília, DF, 2009a. Disponível em:



<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/legislacao/resolucoes/arquivos-2009/resolucoes-normativas-de-2009/>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Orientações Técnicas*: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, 1. ed., Brasília, DF, 2009b. 72 p. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_Cras.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. *Lei n. 12.435* de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Orientações Técnicas*: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. SUAS e População em Situação de Rua. v. 3., Brasília, DF, 2011b, 116p. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_centro\\_pop.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf). Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 17* de 20 de junho de 2011. Ratifica a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de assistência Social – NOB-RH/SUAS e Reconhece as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/legislacao/resolucoes/arquivos-2011/arquivos-2011/>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social*: Anotada e Comentada. Brasília, DF, 2011d. 144p. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/NOB-RH\\_SUAS\\_Anotada\\_Comentada.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. JANUZZI, P. M. (responsável). *O Censo Suas como processo de aprimoramento e institucionalização da Política de Assistência Social no Brasil*. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2011e. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/374>. Acesso em: 9 de janeiro de 2018.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 34* de 28 de novembro de 2011. Define a Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social e estabelece seus requisitos. Brasília, DF, 2011f. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/resolucoes/2011/Resolucao%20n%20%2034\\_2011.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2011/Resolucao%20n%20%2034_2011.pdf). Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Orientações Técnicas*: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília - DF,

2011g. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Perguntas e Respostas*: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Brasília - DF, 2011h. v. 2. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/02-livreto-perguntas-respostascentropoprua-impressao.dez.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Centro Dia de referência para pessoas com deficiência*: orientações técnicas sobre o serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência e suas famílias, ofertado em Centro Dia. Brasília, DF, 2012a, 170p. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/caderno\\_centro\\_dia\\_orientacoes\\_tecnicas2.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_centro_dia_orientacoes_tecnicas2.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Orientações técnicas sobre o PAIF*. 1. ed. Brasília - DF, 2012b. v. 2. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Orientacoes\\_PAIF\\_2.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - Passo a passo*. Brasília - DF, 2013a. Disponível em: <<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/eventos/Passo%20a%20Passo%20-%20Reordenamento%20SCFV.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS. *Centro Dia de Referência*. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias – Perguntas e Respostas. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia\\_social/CENTRO-DIA\\_Per\\_Resp.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/CENTRO-DIA_Per_Resp.pdf). Acesso em: 30 dez. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução no. 6* de 13 de março de 2013. Aprova a expansão qualificada de Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2013/resolucoes-cnas-2013/>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução n. 15* de 5 de junho de 2014. Orienta os Conselhos de Assistência Social – CAS quanto à sua organização e ao seu funcionamento como instância de participação e de controle social do Programa Bolsa Família (PBF). Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2014/resolucoes-cnas-2014/>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Orientações sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas - Perguntas e Respostas*. Brasília - DF, 2014b. Disponível em:

<[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/caderno\\_residencias\\_inclusivas\\_perguntas\\_respostas\\_maio2016.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maio2016.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. *SUAS 10. Diversidade no SUAS: realidade, respostas, perspectivas*. Brasília, DF, 2015a. 88p. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia\\_social/Suas10Anos\\_2015.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/Suas10Anos_2015.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Unidades de Acolhimento*, 2015b. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. *II Plano Decenal Da Assistência Social (2016/2026): Proteção Social para todos/as os/as brasileiros/as*. Brasília, DF, 2016a. 139p. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/II\\_Plano\\_Decenal\\_AssistenciaSocial.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/II_Plano_Decenal_AssistenciaSocial.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. *Lei nº 13.341*. Altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e revoga a Medida Provisória nº 717, de 16 de março de 2016. Brasília, DF. 2016b. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13341-29-setembro-2016-783668-publicacaooriginal-151144-pl.html>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social - MDS. *Decreto n. 8.869, de 5 de outubro de 2016*. Institui o Programa Criança Feliz. Brasília, DF, 2016c. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21292775/do1-2016-10-06-decreto-n-8-869-de-5-de-outubro-de-2016-21292718](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21292775/do1-2016-10-06-decreto-n-8-869-de-5-de-outubro-de-2016-21292718). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Caderno de Orientações Técnicas. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos*. Brasília - DF, 2016b. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia\\_social/cartilha\\_paif\\_2511.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/cartilha_paif_2511.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social - MDS. *Portal Censo SUAS*. Publicações Censo 2010-2017. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/portal-censo/>. Acesso em: 23 mar. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social - MDS. *Participação do SUAS no Programa Criança Feliz*. Brasília, DF, 2017b. 68p. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/SUAS\\_no\\_CriancFeliz.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/SUAS_no_CriancFeliz.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos - MDH. *Balanço ouvidoria: Disque Direitos Humanos/ Relatório 2017*. Brasília, DF, 2017c, Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/dados-disque-100/relatorio-balanco-digital.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2019, 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social – MDS. *Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos*. Brasília, DF, 2017d. 76 p. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/concepcao\\_fortalecimento\\_vinculos.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social - MDS. *O benefício de prestação continuada – BPC: Guia para Técnicos e Gestores da Assistência Social*. Brasília, DF, 2018a. 38p. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Guia/Guia\\_BPC\\_2018.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/Guia_BPC_2018.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social - MDS. *Portaria n. 956*, de 22 de março de 2018. Dispõe acerca do Programa Criança Feliz no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social. Brasília, DF, 2018b. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/crianca\\_feliz/portarias/Portaria\\_n9562018\\_Dispoe\\_acerca\\_do\\_PCF.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/crianca_feliz/portarias/Portaria_n9562018_Dispoe_acerca_do_PCF.pdf). Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS. *Cartilha do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social– BPC*. Brasília, DF, sem data. Disponível em [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/cartilhas/cartilha-bpc-final.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cartilhas/cartilha-bpc-final.pdf). Acesso em 15 de janeiro de 2019.

BRITO, D. S. D. L. et al. *Assistência social na rede APAE: ofertas socioassistenciais para pessoas com deficiência - Documento norteador*. Federação Nacional das APAES. Brasília - DF. 2019. Disponível em: [http://iporã.apaepr.org.br/uploads/DOCUMENTONORTEADOR\\_ASSISTÊNCIA%20SOCIAL\\_FINAL\\_17052019.pdf](http://iporã.apaepr.org.br/uploads/DOCUMENTONORTEADOR_ASSISTÊNCIA%20SOCIAL_FINAL_17052019.pdf). Acesso em: 5 dez. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (org.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Ipea, 2013. 494 p.

CARLOTO, C.; MARIANO, S. *As mulheres nos programas de transferência de renda: manutenção e mudanças nos papéis e desigualdades de gênero*. In: 13º Congresso da Rede Mundial de Renda Básica. São Paulo: [S.n.], 2010.

CARRO, M. S. *A assistência social no universo da proteção social: Brasil, França, Argentina*. 2008. 250 f. Tese (Doutorado em assistência social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil. O longo caminho*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 236p.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação, precariedade do trabalho e a vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde e Loucura 4*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. p. 21-48.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. *Caderno CRH*, Salvador, n. 26/27, p.19-40, jan./dez.1997.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução Iraci D. Poleti. 12 ed. Petrópolis - RJ, Vozes, 2015. 611 p.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C.; BELFIORE-WANDERLEY, M. (org). *Desigualdade e a questão social*, São Paulo: Editora EDUC, 2017, 368 p.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social*. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha\\_CFESS\\_Final\\_Grafica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2019. (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

CHAGAS, J. N. M.; BARROS, D. D.; ALMEIDA, M. C.; COSTA, S. L. (org.). *Terapia Ocupacional na Assistência Social*. Rio de Janeiro, RJ, CREFITO2, 2015.

CHIACHIO, N. B. A construção dos serviços de assistência social como política social pública. 2011. 228 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CISNE, M. A “feminização” da assistência social: apontamentos históricos para uma análise de gênero. *III Jornada Internacional de Políticas Públicas*, São Luís, MA, 2007.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Dados estatísticos. 2017. Disponível em: : <http://coffito-br.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Conteudos?id=7a78081c-cba0-47bd-b0c7-6e374c661418>. Acesso em 02 de janeiro de 2019.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. *Resolução n. 383*, de 22 de dezembro de 2010.

COSTA, L. A. A terapia ocupacional no contexto de expansão do sistema de proteção social. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p. 135-153.

COUTO, B. R. *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 198p.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: do que estamos falando? In: MATO, Daniel (Coord.). *Políticas de Ciudadanía y Sociedad Civil en tiempos de globalización*. Caracas: FACES, Universidad Central de la Venezuela, 2004. p. 95-110. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Venezuela/faces-ucv/20120723055520/Dagnino.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

DEWIS, J. O. *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos*. 2013. 53 f. Monografia (Bacharel em Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

- DIAS, S. A. D.; PARENTE, J. R. F.; VASCONCELOS, M. I. O.; DIAS, F. A. C. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. 179 p.
- DUARTE, M. L. M. C. *Terapia ocupacional e a questão social no Brasil: uma análise de suas publicações*. 2016. 96f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.
- DUAYER, M.; MEDEIROS, J. L. Miséria brasileira e macrofilantropia: psicografando Marx. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, jul/ dez., p.237-262, 2003.
- EIDT, L. B. *Pensamento conservador, assistência social e a matricialidade sociofamiliar: um museu de grandes novidades*. 2018. 120f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.
- FERNANDES, R. C. Privado porém público: o terceiro setor na América Latina. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 156p.
- FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 251p.
- FLEURY, S. A seguridade social inconclusa. In: FLEURY, S. *A era FHC e o governo Lula: transição?* Brasília: Inesc, 2004. p. 121-150.
- FRANÇA, T. H. A normalidade: uma breve introdução à história social da deficiência. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v. 6, n. 11, p. 105-123, 2014.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 59. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015. 253 p.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 336 p.
- FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (org.). *Metodologia da pesquisa educacional*. São Paulo: Cortez, 2000, p.69-90.
- FRITZEN, J.P. A feminização da assistência social: discutindo gênero e sua interface com a proteção social. *Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*. Florianópolis, 2015.
- GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003.
- GALHEIGO, S. M. Terapia Ocupacional social: uma síntese histórica acerca da constituição de um campo de saber e de prática. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p. 49-68.

GIAQUETO, A. A descentralização e a intersetorialidade na política de assistência social. *Revista Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. IX, n. 10, p. 79-102, 2010.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974. 312 p.

GOMES, G.; BARDI, G.; MONZELI, G.; VILELA, J.; MACEDO, M. D.; SILVA, O. L. R. (orgs). *A Terapia Ocupacional: Contribuições ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS)*. Câmara técnica da Terapia Ocupacional nos contextos sociais. Volume 1. Rio de Janeiro, RJ. CREFITO 2, 2013.

GOZZI, A.P. N.F.; OGATA, M.N.; CARRETA, R.Y.D. Considerações sobre o feminino na terapia ocupacional: a produção de conhecimento na história da profissão. *Anais XI Jornadas Latino Americanas de Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia*, Curitiba, p. 198. 2016.

HOFLING, H. M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos do Centro de Estudos Educação e Sociedade - CEDES*, Campinas, ano XXI, n. 55, p. 30-41, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 de novembro de 2018.

IRMANDADE CASA DE MISERICÓDIA DE SÃO PAULO (ISCM-SP). *Roda dos Expostos (1925-1961)*. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/portal/site/quemsomos/museu/pub/10956/a-roda-dos-expostos-1825-1961>. Acesso em: 12 de setembro de 2018. Sem data.

JACCOUD, L. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília, MDS/UNESCO, 2009, p. 57-86.

JACCOUD, L.; BICHR, R.; MESQUITA, A. C. O SUAS na proteção social brasileira: transformações recentes e perspectivas. *Novos estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 37-53, 2017.

JAPIASSU, H. *A questão da interdisciplinaridade*. Entrevista concedida no Seminário Internacional sobre Reestruturação Curricular, promovido pela Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre. 1994. Disponível em: <http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Formação%20Continuada/Artigos%20Diversos/interdisciplinaridade-japiassu.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

KOWARICK, L. Viver em Risco: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 63, p. 9-30, 2002.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 42-48, 2004.

LOPES, R. E. *Cidadania Políticas Públicas e Terapia Ocupacional no contexto das ações de saúde mental e da pessoa portadora de deficiência no Município de São Paulo*. 1999. 539f. 2v. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

LOPES, R. E. *et al.* Recursos e tecnologias em Terapia Ocupacional Social: ações com jovens pobres na cidade. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 591-602, 2014.

LOPES, R. E. Cidadania, direito e terapia ocupacional social. *In:* LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p. 29-48.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. Traçados teórico práticos e cenários contemporâneos: a experiência do Metuia/UFSCar em terapia ocupacional social. *In:* LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p. 297-304.

LOPES, R. E.; BARROS, D. D.; MALFITANO, A. P. S. Terapia Ocupacional Social: aportes para o desenho de um campo. *In:* CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C.R.C. (org.). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática II*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. No Prelo.

LUVIZARO, N. A.; GALHEIGO, S. M. Considerações sobre o cotidiano e o habitar de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional em abrigo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 191-199, 2011.

MALFITANO, A. P. Contexto Social e atuação social: generalizações e especificidades na terapia ocupacional. *In:* LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p.117-133.

MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2005.

MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e Terapia Ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, 2011.

MAROTO, G. N. V. Relações institucionais na reabilitação e o desafio do discurso histórico da Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 4, n.7, p. 36-42, 1993.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 220p.

MARX, K. *O Capital*. v. 1, 3. ed., São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MELLO, L. I. A. John Locke e o individualismo liberal. *In:* WEFFORT, F. *Os clássicos da política*. São Paulo: Editora Ática, 2011. 287 p.

MESTRINER, M. L. *O Estado entre a filantropia e a Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 2001. 320 p.

MISSE, M. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, São Paulo, n. 79, p. 15-38, 2010.



MONTAÑO, C. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro Setor”. *Revista Lutas Sociais*, NEILS/PUC-SP, São Paulo, n. 8, p. 53-64, 2002a.

MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social*. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Editora Cortez, 2002b. 288 p.

MONTAÑO, C. Pobreza, "questão social" e seu enfrentamento. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 110, p. 270-287, 2012.

MORAIS, A. C.; MALFITANO, A. P. S. O Terapeuta Ocupacional como executor de medidas socioeducativas em meio aberto: discursos na construção de uma prática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 531-542, 2016.

MOREIRA, R. L. *Companhia Siderúrgica Nacional: uma decisão política*. Sem data. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/>. Acesso em 10 de novembro de 2018.

MOTA, A. E. Questão social e serviço social: um debate necessário. In: MOTA, A. E. (org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 21-57.

MOTA, A. E.; MARANHÃO, C. H.; SITCOVSKY, M. As tendências da política de assistência social, o SUAS e a formação profissional. In: MOTA, A. E. (org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 180-198.

NARDI, H. C. A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 37-56, 2003.

NASCIMENTO, A. C. O. Mulheres e papéis de gênero no Programa Bolsa Família. *O Social em Questão*. Rio de Janeiro, Ano XIX, n. 35, p. 375 - 400, 2016.

OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. 386p.

PAN, L. C. *Políticas de ensino superior, graduação em terapia ocupacional e o ensino de terapia ocupacional social no Brasil*. 2014. 224 f. Dissertação (Mestrado em terapia ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

PAZ, F. A. R. A precarização no trabalho do assistente social na política de assistência social. *VII Jornada Internacional de Políticas Públicas*, São Luís/ MA, 2015.

PEREIRA, M. E. R.; TASSIGNY, M. M.; BIZARRIA, F. P. A. Terceirização e Precarização do Trabalho na Política Pública de Assistência Social. *Administração Pública e Gestão Social*, Viçosa, v. 9, n. 3, p.171-183, 2017.

PERES, T. H. A. Comunidade Solidária: a proposta de um outro modelo para as políticas sociais. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 5, n.1, p. 109 – 126, jan.-jun. 2005.

PINHEIRO, M. F. O público e o privado na educação: um conflito fora de moda? In:

FÁVERO, O. (org.) *A educação nas constituintes brasileiras: 1823-1988*. Campinas: Autores Associados, 1996. 302 p.

PIRES, F. C. P. G. *A institucionalização da função vigilância socioassistencial no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*. 2016. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PRATES, J. C. A conjuntura brasileira e os impasses aos processos democráticos. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 275 - 281, ago./dez. 2017.

RENETO. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional. *Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional*, 2019.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

SANTOS, B. S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. Tradução de Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979. 89 p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. *Guia de Orientações Técnicas Centro de Convivência do Idoso*. São Paulo, 2014. 22 p.

SILVA, C. R. *Políticas Públicas, Educação, Juventude e Violência da Escola*. 2007. 184f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

SILVA, C. R.; PINHO, R. J.; MARTINS, M. S.; RICCI, T. E. Revitalização como valorização dos usuários e da equipe: a experiência do Centro Pop. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 681-692, 2017.

SILVEIRA, J. I. Assistência social em risco: conservadorismo e luta social por direitos. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 130, p. 487-506, 2017.

SIQUEIRA, L. *Pobreza e serviço social: diferentes concepções e compromissos políticos*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. 320 p.

SPOSATI, A. *A menina LOAS: um processo de construção de assistência social*. São Paulo: Cortez, 2007a. 84 p.

SPOSATI, A. Assistência social: de ação individual a direito social. *Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC*, n. 10 – jul./dez. 2007b.

STUCHI, C. G. O reconhecimento do direito à Assistência social. In: OLIVINDO, K. A. F.; ALVES, S.M. C.; ALBUQUERQUE, S. A. (org). *Olhares sobre o direito à assistência social*. Brasília, DF: Fiocruz. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2015. p. 107-124.

SURJUS, L. T. L. S. Terapia ocupacional, trabalho e deficiência intelectual: subsídios para a atuação no Sistema Único da Assistência Social. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 899-907, 2017.

TEIXEIRA, J. B. O reconhecimento de categorias profissionais de nível superior no SUAS: apontamentos extraídos do Encontro Nacional dos Trabalhadores do SUAS. In: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Gestão do Trabalho no âmbito do SUAS: uma contribuição necessária*. Brasília: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. p. 123-140.

TEIXEIRA, S. M. Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza? *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 286-297, 2010.

TELLES, V. S. *Direitos Sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 194 p.

TORRES, L. H. A casa da roda dos expostos na cidade do rio grande. *Biblos*, Rio Grande, n. 20. p. 103-116, 2006.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O. Proteção Social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. *Ciência e Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 731-741, 2009.

VALLADARES, L. Cem anos pensando a pobreza (urbana) no Brasil. In: BOSCHI, R. R. (org.). *A construção do espaço público no Brasil*. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1991, p. 81-109.

VELHO, A. J. Z. *Acolhida social coletiva: garantia de proteção social no CRAS*. 2018. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

VERONEZE, R. T. A Política de Assistência Social brasileira e a ameaça temerária aos direitos sociais. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v.16, n. 2, p. 345-359, 2017.

VIANNA, E. E. S. *Terapia Ocupacional Social: diálogos com a Política Nacional de Assistência Social*. 2013. 189 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

VIOTTI DA COSTA, E. Introdução ao estudo da emancipação política. In: MOTA, C.G. *Brasil em perspectiva*. 20ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p.64-93.

YAZBEK, M. C. Estado e Políticas Sociais. *Praia Vermelha* (UFRJ), Rio de Janeiro, v. 18, p. 72- 94, 2008.

## APÊNDICE A

**A ATUALIDADE DA OBRA DE ROBERT CASTEL PARA O DEBATE SOBRE A QUESTÃO SOCIAL E AS PROTEÇÕES SOCIAIS**

A obra de Robert Castel tem sido utilizada como fundamentação teórica para estudos que abrangem temáticas como: *questão social*, *trabalho*, *vulnerabilidade social*, *proteções sociais* entre outras. Buscando compreender como as contribuições das obras de Robert Castel são recuperadas por pesquisadores na atualidade e se há releituras e proposições que divergem ou avançam nos conceitos e ideias do autor, foi realizado um levantamento em quatro diferentes bases de dados, que acumulam artigos publicados pela comunidade científica.

A busca pelos artigos ocorreu de abril a maio de 2017, nas bases de dados *Scielo*, *Scopus*, *Web of Science* e *SocINDEX*, utilizando o termo “Robert Castel”. O levantamento inicial resultou em 132 artigos, sendo que 15 foram provenientes da *Scielo*, 27 da *Scopus*, 32 da *Web of Science* e 58 da *SocINDEX*. Nestes levantamentos não foram utilizados nenhum tipo de filtro e optou-se por realizar a busca básica nas diferentes bases de dados sem selecionar assunto, descritores, palavras-chave, procurando abranger o maior número de artigos.

Para a primeira etapa da análise e seleção do material foi considerado o ano, autor e idioma das publicações. Excluiu-se os artigos publicados antes do ano 1995, os manuscritos em idiomas diferentes de português, inglês, francês e espanhol e publicados por Castel como autor (principal ou coautor). Destaca-se que o período selecionado para incluir os artigos foi delineado em decorrência do ano de publicação da primeira edição do livro “As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário”, utilizado como principal referência do autor para fundamentar as discussões tratadas no estudo.

Assim, nesta etapa da seleção foram excluídos: três manuscritos da base de dados *Scielo* (dois repetidos na própria base e um de autoria do próprio Castel); na *Scopus*, foram excluídos sete artigos (um de autoria do próprio Castel, quatro excluídos pelo ano de publicação anterior a 1995 e dois pelo idioma, sendo dois no idioma alemão); na base de dados *Web of Science* foram excluídos 10 artigos (cinco de autoria do próprio Castel, três pelo ano de publicação anterior a 1995 e dois pelo idioma, sendo dois no idioma coreano) e na

*SocINDEX* foram 36 artigos excluídos (dois repetidos na própria base, 15 excluídos pelo ano de publicação, seis pelo idioma, sendo cinco no idioma alemão e um finlandês e 13 escritos pelo próprio Castel, sendo uma entrevista e um resumo de livro). Obteve-se nesta etapa o total de 76 artigos.

Após esta triagem inicial, realizou-se a segunda etapa que consistiu na leitura dos títulos e resumos. Os manuscritos com temáticas não convergentes à pesquisa foram excluídos (sendo seis na *Scielo*, 10 na *Scopus*, seis na *Web of Science* e cinco na *SocINDEX*), totalizando 49 artigos. Os artigos excluídos por temáticas centravam em discussões sobre: interface com a saúde, psiquiatria, trabalho compartilhado (*coworking*) e temas específicos como infância, prostituição e fotografia.

Deste material selecionado, identificou-se o aparecimento do mesmo artigo em mais de uma base de dados, reduzindo em números o total da amostra (considerando a *Scielo* a primeira base, os materiais repetidos foram: quatro na *Scopus*, oito na *Web of Science* e cinco na *SocINDEX*). Assim, excluindo desta somatória os manuscritos que apareciam repetidos em uma ou mais base de dados, o total de artigos obtidos foi de 32. A Tabela 1 ilustra o total de artigos/base de dados.

Tabela 1 – Número de artigos nas bases de dado e etapas do levantamento sobre Robert Castel

Base de dados	Total de artigos	Primeira etapa (Ano/ autor/ idioma)	Segunda etapa (Tema)	Terceira etapa (Repetição dos artigos)
Scielo	15	12	6	6
Scopus	27	20	10	6
Web of Science	32	22	16	8
SocINDEX	58	22	17	12
Total	132	76	49	32

Fonte: Elaboração própria.

### 1.1. SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS

A seguir o quadro 32 apresenta os artigos selecionados (título do artigo, autor, periódico, ano e base de dados).

Quadro 1 – Artigos selecionados (Título, autor, periódico, ano, periódico) e base de dados – levantamento na literatura sobre Robert Castel

	<b>Título</b>	<b>Autor/a(s)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Base de dados</b>
1	Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate	Francisco Beckenkamp Vargas	Caderno CRH	2016	SciELO, Scopus, Web of Science
2	Vidas precárias entre normalização e movimentação	Nicolas Wasser	Sociologias	2016	SciELO, Scopus, Web of Science
3	Robert Castel's Les métamorphoses de la question sociale (1995)	Marcel van der Linden	International Labor and Working-Class History	2016	Scopus, Web of Science
4	La cuestión social y su articulación con el trabajo social	Sandra del Pilar G. Contreras	Tabula Rasa	2015	SciELO
5	Introducción a través de la figura de Robert Castel	Eva M. Sotomayor Morales; María L. G. Gascón	Revista Internacional de Sociología	2014	Scopus, Web of Science, SocINDEX
6	Individuación, precariedad, inseguridad; Desinstitucionalización del presente?	María Victoria Sordini	Sociológica	2014	SocINDEX
7	Un inédit de Robert Castel: brève présentation	Michel Chauvière	ALTER, European Journal of Disability Research	2013	Scopus
8	Estado do Bem-Estar Social e desfiliação social	Alair Suzeti da Silveira	Política & Sociedade	2013	SocINDEX
9	Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel	Claude Martin	ALTER, European Journal of Disability Research	2013	Scopus
10	Robert Castel, penseur du social	Jean-Michel Belorgey	ALTER, European Journal of Disability Research	2013	Scopus
11	Robert Castel	Jacques Donzelot	Esprit	2013	Scopus, Web of Science
12	Robert Castel, the sociologist when faced with the social blindness in memoriam	Eva M. Sotomayor Morales	Revista Internacional de Sociología	2013	Web of Science, SocINDEX
13	In memoriam. Robert Castel	François Dubet	Sociologie du travail	2013	SocINDEX
14	Robert Castel (1933-2013) In memoriam	Nicolas Duvoux	Revue française de sociologie	2013	Web of Science, SocINDEX
15	Change and thoughts of change. Correspondence with Robert Castel	Jean-Pierre Faguer	Revue philosophique	2013	Web of Science
16	L'ambivalence politique du "social" dans les sociétés capitalistes: Arendt avec Castel	Annette Disselkamp e Richard Sobel	Raisons politiques	2012	Scopus
17	Human security and the rise of the social	Patricia Owens	Review of International Studies	2012	Scopus
18	Posibilidades y límites de la propuesta de construcción de una sociología pública.	Maribel Nuñez Cruz	Sociológica	2011	SocINDEX
19	Recensiones. El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo	Elena Roldán García	Cuadernos de Trabajo Social	2011	SocINDEX
20	Technologies du risque et technologies de soi : Gouverner les jeunes par la prévention pénale des risques	Martin Dufresne e Jennifer Goupil	Nouvelles pratiques sociales	2010	SocINDEX

21	De Robert Castel. A Discriminação Negativa – Cidadãos ou Autóctones?	Rafael Salatini	Revista Sociedade e Estado	2010	SocINDEX
22	Waiting for the crisis: Regarding Robert Castel's rising uncertainties	Jacques Donzelot	Esprit	2009	Web of Science
23	Negotiating insecurity: law, psychoanalytic social theory and the dilemmas of the world risk society	John D. Cash	The Australian feminist law journal	2009	SocINDEX
24	Robert Castel, La montée des incertitudes	Helene Garner	Travail et Emploi	2009	SocINDEX
25	Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel	Nelson Arteaga Botello	Sociológica	2008	SciELO, Web of Science, SocINDEX
26	Castel, L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?, Seuil et La République des Idées	Serge Paugam	Sociologie du travail	2004	SocINDEX
27	A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos	Henrique Caetano Nardi	Psicologia & Sociedade	2003	SciELO, Web of Science
28	Affiliation and disaffiliation in the suburbs: Reflection on examples taken from Saint-Denis and Aubervilliers.	Marie-Hélène Baqué, Yves Sintomer	Revue française de sociologie,	2001	Web of Science
29	Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi Entretiens sur la construction del'individu moderne.	Jean-Michel Servais	International Labour Review	2001	SocINDEX
30	Público, privado e o indivíduo no novo capitalismo	Pedro Fernando Bendassoli	Tempo Social	2000	SciELO
31	Inclusion et exclusion à l'aune de la sociologie luhmannienne: L'exemple de la pauvreté au Canada	Stephen Schecter e Bernard Paquet	Sociologie et sociétés	2000	SocINDEX
32	The metamorphoses of social questions - A chronicle of wage-paying	Bernard Lepetit	Annales. Histoire, Sciences Sociales	1996	Web of Science

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à caracterização do material encontrado no levantamento, verificou-se que a distribuição dos artigos ao longo dos anos se mostra linear, com um intervalo de publicações de quatro anos, no período entre 1996 e 2000, e posteriormente entre 2004 e 2008. A partir de 2008, identificou-se publicações em todos os anos até 2016, com variações no número de artigos nos diferentes períodos. Destaca-se o ano de 2013, com uma concentração de publicações, provavelmente em decorrência do ano do falecimento de Robert Castel e as homenagens que na ocasião recebeu (nove artigos). Enfatiza-se as produções recentes como a resenha crítica do livro *Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*, publicada em 2016, por Marcel van der Linden, reforçando a atualidade da obra escrita em 1995.

Em relação ao idioma dos manuscritos verifica-se 16 artigos em francês, seguido por sete em português, seis em espanhol e três em inglês; sendo observada a predominância das publicações na língua de origem do autor, conforme esperado.

Os tipos de publicações variaram entre artigos de reflexão, abordando discussões conceituais (12), resenhas críticas (11), homenagens ou editoriais (8) e relato de experiência com discussão teórica (1). Os materiais foram publicados em 24 revistas diferentes, sendo a maior parte na área de abrangência da sociologia. Os periódicos “*Sociológica*” e “*ALTER, European Journal of Disability Research*” tiveram a maior frequência de artigos, sendo três artigos publicados em cada uma delas.

Quadro 2 – Periódicos em que os artigos selecionados estão publicados – levantamento na literatura sobre Robert Castel

<b>Periódico</b>	<b>Artigos</b>
ALTER, European Journal of Disability Research	3
Caderno CRH	1
Cuadernos de Trabajo Social	1
Esprit	2
Histoire, Sciences Sociales	1
International Labor and Working-Class History	1
International Labour Review	1
Nouvelles pratiques sociales	1
Política & Sociedade	1
Psicologia & Sociedade	1
Raisons politiques	1
Review of International Studies	1
Revista Internacional de Sociología (RIS)	2
Revista Sociedade e Estado	1
Revue française de sociologie	2



Revue philosophique	1
Sociologias	1
Sociológica	3
Sociologie du travail	2
Sociologie et sociétés	1
Tabula Rasa	1
Tempo Social	1
The Australian feminist law journal	1
Travail et Emploi	1

Fonte: Elaboração Própria.

## 1.2. SOBRE O CONTEÚDO DOS ARTIGOS

A inserção dos conceitos desenvolvidos por Castel nos textos levantados é central, na maior parte dos artigos (21). Esta forma predominante do uso dos conceitos de Castel pode refletir o mecanismo de busca utilizado no levantamento, que foi referente ao nome do próprio autor. Os demais artigos tiveram uma inserção intermediária dos conceitos (10 artigos), considerando textos que se embasaram nas ideias e conceitos do autor, mas também abrangeram outras referências e temáticas. Um artigo, por fim, apresentou uma inserção mais pontual utilizando os conceitos de Castel em passagens específicas do texto para desenvolver um argumento.

As publicações mais frequentes foram os artigos de reflexão (12) seguido pelas resenhas críticas (11). Os artigos de reflexão retomaram conceitos e desenvolveram ideias relacionados aos temas: trabalho, precariedade, questão social, inclusão/exclusão social, serviço social, políticas sociais, proteção social, vulnerabilidade social, desfiliação social, propriedade social, Estado de bem-estar social, incertezas, insegurança e risco.

Foram identificadas resenhas de oito livros diferentes, sendo que as obras mais resenhadas foram: "*La Montée des incertitudes*", de 2009 (O aumento das incertezas) (três), seguido de "*Metamorfoses da questão social: crônica do salário*", de 1995 (duas).

As homenagens para o autor abordaram tanto os aspectos da vida pessoal e profissional quanto sua obra e produção intelectual. Apenas um relato de experiência apresentou uma discussão teórica sobre desfiliação e afiliação em uma perspectiva teórico-prática, de uma experiência francesa.

Outros autores foram mencionados nos textos, a partir conceitos relacionados às temáticas abordadas, alguns deles: Weber, Durkheim, Offe, Foucault, Hannah Arendt, Karl Marx, Judith Butler, Fernández e Alemán, Bernard Friot, Alain Suppiot, Fournier e

Questiaux, Goffman, Basaglia, Hannah Arendt, Pagan; Sennett; Bauman; Bourdieu, Zoll. Destes, sobressaíram, pela frequência que foram citados: Durkheim, Foucault e Karl Marx.

Afim de identificar as proposições nos artigos selecionados que divergem ou avançaram nos conceitos desenvolvidos por Castel, foi dada ênfase aos materiais que apresentam algum tipo de posicionamento crítico ao autor.

Em 1996, Lepetit, em uma resenha crítica acerca do livro *Metamorfoses da questão social: crônica do salário*, apresentou críticas ao uso sociológico que Castel faz da história. Segundo ele, Castel utilizaria a história para fazer a explicação de conceitos que não são tão lineares para defender sua tese. A desfiliação, por exemplo, não se apresenta ao longo do tempo como progressiva e linear, como argumenta o autor para sustentação de suas explicações históricas.

Em 2000, Schechter e Paquet descrevem que as duas principais teorizações para discutir inclusão/exclusão social na França são de Robert Castel e Serge Paugam. Os autores fazem uma discussão sobre a pobreza, a insegurança social e a exclusão social, com ênfase no cenário canadense, seu objeto de análise, apresentando dados do país. Utilizam Castel para fundamentar alguns conceitos, como precariedade e desfiliação, mas apontam que há algumas desvantagens em descrever a pobreza com base na argumentação de Castel, devido a ausência de verificações estatísticas do autor. Assim, pontuam que o conceito se tornaria vago para ser usado na pobreza contemporânea ao passo que alguns números revelam que as pessoas que vivem em exclusão são em menor número do que a sua teoria sugere. Os autores colocam que o conceito de pobreza pode se enquadrar mais na realidade francesa do que na canadense.

Nardi, em 2003, fundamentado em Castel, discute a propriedade social como possibilidade de problematizar os modos de subjetivação contemporânea. Segundo Nardi, a organização da sociedade salarial proposta por Castel permite pensar a construção da propriedade social como suporte da existência e como garantia do gozo dos direitos de forma igualitária. As transformações dos modos de subjetivação associadas ao novo modelo de acumulação capitalista reinstauraram a desigualdade e a insegurança como forma de revitalizar a competição enquanto valor central da sociedade neoliberal. Propõe em seu artigo utilizar o modelo de Castel para pensar os análogos da propriedade social construídos na história brasileira e que marcam a relação entre os modos de subjetivação e o trabalho. A crítica ao Castel está no argumento de que considera a sua perspectiva demasiadamente durkheimiana e assim deixaria de inserir as desigualdades presentes no interior da sociedade salarial e não lidaria com os conflitos internos, como um ponto de vista que se contenta com

uma situação de “dominação digna”.

Em 2008, Botello analisou os conceitos de vulnerabilidade e desfiliação social desenvolvidos na obra de Castel. O objetivo do texto foi mostrar como os conceitos derivam da discussão que Castel estabelece com a microsociologia de Erving Goffman e a genealogia de Michel Foucault. Nesta discussão, Botello informa que considera a perspectiva de Castel incerta quando reduz o indivíduo ao efeito das estruturais sociais, impedindo de pensar como o criador de suas próprias formas de ação. O autor argumenta que a fragilidade das relações comunitárias e o fortalecimento do Estado protegeria o indivíduo, mas também proporcionaria o seu retraimento.

Wassen, em 2016, fez uma resenha crítica do último livro de Isabell Lorey, “O governo dos precários”, uma teórica social e política da Alemanha que trata do entrecruzamento da precariedade como novo dispositivo governamental na era do pós-fordismo e como carregador de capacidades transformativas. Neste livro a autora, inspirada pela multiplicidade dos movimentos *EuroMayDay* e *Occupy*, amplia a noção de precariedade de Castel e propõe uma reflexão sobre as alternativas políticas a partir da recusa à sensação de insegurança. Wassen ressaltou a contribuição do livro para o estudo sociológico de protestos sociais recentes, assim como das relações de trabalho, discutindo a abordagem inovadora da autora.

Vargas, também em 2016, discutiu conceitualmente a noção de precariedade do trabalho, tendo em vista que ela é amplamente utilizada na sociologia, sem que um significado preciso tenha sido formulado. Propõe uma abordagem relacional e construtivista, que procura articular as condições objetivas e subjetivas de produção do fenômeno em questão. Para tanto, parte do debate sobre o conceito de trabalho, a fim de melhor definir em que consiste sua precariedade. Argumenta, igualmente, a necessidade de situar esse debate no âmbito de quadros teóricos mais amplos de interpretação sociológica. Identifica duas dimensões cruciais na análise da precariedade do trabalho, a relação de emprego ou trabalho e a atividade laboral propriamente dita, discutindo as perspectivas teóricas de Castel e Paugam. Discute por fim algumas implicações desse debate para a realidade brasileira, sustentando a importância de dar um tratamento multidimensional ao fenômeno. Sua crítica a Castel traduz-se no apontamento de que alguns autores possuem uma perspectiva mais ampliada sobre o termo precariedade.

Assim, verificou-se que, em geral, as críticas a Castel estão relacionadas: ao uso da história para defender seus argumentos sociológicos, suas ideias e debates sobre a

precariedade e visão reformista do Estado. Considerando estas importantes avaliações críticas sobre sua obra observa-se que a maior parte as contribuições de Castel ainda se mantêm atuais nas diferentes esferas de discussão que se propôs a fazer. As publicações recentes e a utilização atual dos conceitos reafirmam seus pensamentos e encorajam a possibilidade de trabalhar a partir dos pensamentos do autor. Entre os debates reafirmados nas obras encontradas estão: a questão social, a desfiliação, a centralidade do trabalho na questão social, a questão contemporânea do não salário, o pertencimento social (desfiliação) e a coesão social.

Particularmente no âmbito da assistência social o autor fornece aportes históricos e conceituais que possibilitam desenvolver o debate pela perspectiva adotada pelas políticas públicas sociais brasileiras que admite, por exemplo, as condições relacionadas à coesão social e situações de vulnerabilidade de pessoas, famílias, grupos e coletivos, buscando proposições socioassistenciais que minimizariam tais condições. Assim, as contribuições de Castel, além de se manterem atuais, traduzem coerência conceitual com as discussões técnicas e políticas que se pretende abordar.

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

*Você está sendo convidado a participar do estudo “Qual é a ‘SUAS’? A terapia ocupacional e os serviços socioassistenciais que integram o Sistema Único de Assistência Social”, por ser terapeuta ocupacional e atuar na rede SUAS. Este estudo tem como objetivo identificar a forma de inserção e o contexto da atuação do terapeuta ocupacional no SUAS, descrever e analisar as suas práticas nos diferentes serviços e unidades socioassistenciais no âmbito da rede SUAS.*

*Caso aceitar colaborar com este estudo, pedimos que responda ao questionário apresentado a seguir, que tem tempo estimado de 30 minutos para o preenchimento. Esclareço que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento e suas respostas serão retiradas da análise. Caso a sua participação provoque qualquer desconforto poderá interromper e encerrar sua participação. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo pessoal ou profissional. Ressalta-se que sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo.*

*Ressalta-se que sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de subsídios para compreender as potencialidades e fragilidades da inserção do terapeuta ocupacional no SUAS, fortalecendo a atuação profissional na área. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (034) 991527818, com Marina Leandrini de Oliveira, ou pelo e-mail [marinaleandrini@gmail.com](mailto:marinaleandrini@gmail.com).*

*Agradecemos a sua colaboração!*

- Concordo em participar do estudo  
 NÃO Concordo em participar do estudo

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO

#### **I. Informações pessoais**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo:  Feminino     Masculino

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cidade (que reside e trabalha): \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### **II. Informações sobre a formação profissional**

1. Em qual instituição de ensino se graduou em terapia ocupacional? \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

- 0 a 2 anos e 11 meses
- 3 a 5 anos e 11 meses
- 6 a 10 anos e 11 meses
- mais de 11 anos

2. Após sua graduação fez alguma atividade de pós graduação?

- Não.
- Sim.

3. Se sim, qual atividade?

- Curso de curta duração.
- Curso de longa duração.
- Especialização.
- Aprimoramento profissional.
- Residência.
- Mestrado.
- Doutorado.
- Outros.

Indique qual(is) a(s) pós-graduação(ões) realizada(s), especificando a área (tema), instituição e o período. Caso assinale mais de uma alternativa, especificar todas elas.

---

---

4. Você fez alguma formação/curso para atuar no SUAS, que não foi explicitado acima?

- Não.
- Sim.

Qual? \_\_\_\_\_

5. Você gostaria de ter feito alguma atividade de capacitação ou pós-graduação e não fez?

- Não.
- Sim. Qual atividade de capacitação ou pós-graduação gostaria de fazer?

Qual o motivo por não ter realizado até o presente momento?

---

6. Teve disciplina(s) ou conteúdo(s) durante a graduação que abrangeram a atuação do terapeuta ocupacional no SUAS?

- Sim.
- Não.
- Parcialmente, com pouco conteúdo específico.

7. Considera que a graduação ofereceu a formação necessária para atuar no SUAS?

- Sim.
- Não.
- Parcialmente.

Comente: \_\_\_\_\_

---

### **III. Informações Profissionais**

**Equipe**

8. Qual unidade socioassistencial atua?

CRAS.

CREAS.

Centro POP.

Unidade de Acolhimento. Especifique \_\_\_\_\_

Outras. Qual? \_\_\_\_\_

9. Qual o número total de profissionais na unidade? \_\_\_\_\_

10. Quais profissionais (cargos/ funções) existentes na unidade?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Qual é o tipo de processo de seleção para ingressar nesta unidade?

Concurso público.

Processo Seletivo.

Outros. Qual? \_\_\_\_\_

12. Há trabalho em equipe na unidade? Como ocorre?

\_\_\_\_\_

13. Como as pessoas são encaminhadas para cada profissional?

\_\_\_\_\_

14. É realizada supervisão institucional ou formação para a equipe?

Não.

Sim. Qual frequência?

\_\_\_\_\_

15. Qual a sua jornada de trabalho da unidade?

20 horas semanais.

30 horas semanais.

40 horas semanais.

Outro. Qual?

\_\_\_\_\_

16. Qual a sua remuneração como o terapeuta ocupacional para este trabalho?

De 1 a 2 salários mínimos.

De 3 a 5 salários mínimos.

De 5 a 7 salários mínimos.

De 7 a 10 salários mínimos.

Acima de 10 salários mínimos.

**Experiência Profissional**

17. Antes de iniciar seu trabalho na assistência social, você atuou em outra área?

Não.

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

18. Teve experiências prévias na assistência social?

Não.

Sim. Quais e por quanto tempo? \_\_\_\_\_

19. Qual o tempo de atuação profissional na Unidade atual? \_\_\_\_\_

20. Atualmente, trabalha em outro lugar além desta instituição?

Não

Sim. Onde? \_\_\_\_\_

21. Você tinha o desejo/vontade de trabalhar na área da assistência social?

Não.

Sim.

Nunca havia pensado em atuar na assistência social, mas tinha perspectivas positivas.

Nunca havia pensado em atuar na assistência social e tinha perspectivas negativas em relação à área de atuação.

Nunca havia pensado em atuar na assistência social e não fazia ideia do que esperar deste trabalho.

22. Atualmente, qual o seu nível de satisfação com sua atuação no SUAS.

Insatisfeito(a).

Parcialmente satisfeito(a).

Satisfeito.

Comente a resposta sobre sua satisfação:

#### **IV. Prática Profissional**

23. Qual o seu cargo na unidade socioassistencial?

Terapeuta Ocupacional.

Outros. Qual? \_\_\_\_\_

24. Quais as ações socioassistenciais que desenvolve? \_\_\_\_\_

25. Qual o seu vínculo com a instituição?

Servidor público.

Servidor temporário.

Comissionado.

Outros. Qual? \_\_\_\_\_

26. Quais são as principais populações que o terapeuta ocupacional acompanha nesta unidade? \_\_\_\_\_

27. Quais os tipos de acompanhamentos a terapia ocupacional realiza nesta unidade?

individual.

grupal.

familiar.

gestão.



( ) outros. Quais \_\_\_\_\_

28. Quais as principais ações do terapeuta ocupacional nesta unidade?

\_\_\_\_\_

29. Dê exemplos de atividades e de recursos que você utiliza cotidianamente no seu trabalho.

\_\_\_\_\_

30. De forma, sintética, descreva um dia típico do seu trabalho.

\_\_\_\_\_

31. De forma geral, quais são os objetivos do seu trabalho na unidade?

\_\_\_\_\_

32. Você utiliza algum referencial teórico para embasar a sua prática?

( ) Não.

( ) Sim.

Qual? \_\_\_\_\_

33. Qual a importância da terapia ocupacional neste contexto de atuação (unidade socioassistencial, integrada na Assistência Social)?

\_\_\_\_\_

34. Você considera que o(a) terapeuta ocupacional tem reconhecimento do seu trabalho no SUAS pelos profissionais da equipe e gestão?

( ) Sim.

( ) Não.

( ) Parcialmente.

35. Você considera que o(a) terapeuta ocupacional tem reconhecimento do seu trabalho no SUAS pelas pessoas que utilizam a unidade socioassistencial?

( ) Sim.

( ) Não.

( ) Parcialmente.

#### **IV. Indicação profissional e continuação do estudo**

36. Qual profissional terapeuta ocupacional você considera uma referência ou que ocupa um papel de destaque na área da assistência social em sua região? Cite o nome deste profissional

e comente como você acredita que ele colabora e/ou colaborou com a área e com a sua prática.

37. Você teria interesse em colaborar com um estudo sobre a Terapia Ocupacional no SUAS por meio de uma entrevista?

**V. Observações Pessoais**

38. Se quiser, deixe aqui um comentário que você considera importante para complementar as informações descritas acima, fique à vontade.

---

---

Muito obrigada pela sua colaboração!

## APÊNDICE C

### Roteiro de Entrevista

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

#### **Identificação do profissional** *(obter dados do questionário, apenas conferir)*

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

#### **Identificação do local de trabalho** *(obter dados do questionário, apenas conferir)*

Cidade e estado do local de trabalho: \_\_\_\_\_  
 Unidade socioassistencial: \_\_\_\_\_  
 Carga horária de trabalho: \_\_\_\_\_  
 Função: \_\_\_\_\_  
 Vínculo: \_\_\_\_\_  
 Equipe da unidade: \_\_\_\_\_  
 Se atua em mais de uma unidade descreva aqui em quais: \_\_\_\_\_  
 Tempo que atua na unidade: \_\_\_\_\_  
 Tempo que atua no SUAS: \_\_\_\_\_  
 Tempo de formação como terapeuta ocupacional: \_\_\_\_\_

#### **Roteiro para questões**

*Este trabalho tem como objetivo identificar a inserção e as práticas da terapia ocupacional nas unidades que compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Gostaria que ficasse à vontade para conversar sobre a sua atuação neste contexto e para tirar dúvidas caso ocorram.*

#### **Sobre a formação profissional**

01. Me conte sobre seu percurso profissional.
02. Conte como foi o processo de chegada na assistência social. Antes de iniciar esse trabalho, você já tinha o desejo de atuar nessa área?
03. Sobre sua formação na graduação:
  - a). Durante sua graduação, você aprendeu/ teve contato com conteúdos específicos para atuar na assistência social? Você avalia sua formação na graduação como adequada para atuar na assistência social?
  - b). Quais conteúdos que você teve contato/ aprendeu na graduação te ajudam para atuar neste contexto de prática?
  - c). Quais as potências e fragilidades da sua formação para atuar na assistência social?

04. Você percebe que sua trajetória profissional técnica e acadêmica (trabalhos anteriores ou formações como especializações, capacitações entre outros) interfere em sua atuação na unidade hoje? De que forma?

05. Você utiliza conceitos/ fundamentos que orientam teoricamente a sua prática na assistência social? Caso sim, quais são?

06. Quais as características ou conhecimentos você considera serem essenciais para o terapeuta ocupacional que atua na assistência social?

07. Você tem alguma sugestão para a formação na graduação e/ou pós-graduação no âmbito da terapia ocupacional na assistência social?

<b>Sobre a atuação profissional</b>
-------------------------------------

08. Sobre a terapia ocupacional na assistência social:

a). Como você vê a inserção da terapia ocupacional na assistência social?

b). Quais são as contribuições da terapia ocupacional na assistência social?

c). Como você vê a participação do terapeuta ocupacional para a constituição e fortalecimento do SUAS?

09. Descreva a rotina de uma semana típica do seu trabalho na unidade socioassistencial que você atua (considere aqui também as atividades que você desenvolve quinzenalmente ou mensalmente, como reuniões, capacitações, entre outros).

Período/dia	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã					
Tarde					
Ocasionalmente/ Frequência					

\* Especificar População/ equipe envolvida

10. Qual é o público/ população que frequenta a unidade que você trabalha? Existe algum público mais frequente?

11. Quais os profissionais compõem a equipe na sua unidade?

12. Como a população da unidade acessa a/o terapeuta ocupacional? (Indicação/ encaminhamentos/acolhimento/avaliação).

13. Nas ações que descreveu, quais as principais populações que você acompanha? Na unidade, é proposto a você um enfoque do terapeuta ocupacional direcionado a alguma população em especial? (Por ciclo de vida e/ou por situação social e/ou outros).

14. Existem ações realizadas apenas pelo terapeuta ocupacional na unidade?

Caso sim, quais? Caso não, você acha que alguma ação deveria ser específica do terapeuta ocupacional?

15. Sobre identificação das demandas e avaliação:

- a) Como você avalia e identifica demandas dos usuários/ comunidade?
- b) Quais os recursos (estratégias, abordagens, técnicas, entre outros) você utiliza para avaliar e identificar demandas e necessidades das pessoas e da comunidade?

16. Que recursos você utiliza em sua prática profissional para o desenvolvimento das suas ações profissionais?

17. Como são realizados os registros das ações profissionais? Todos os profissionais fazem da mesma maneira ou há especificidades em relação aos registros por quem compõe a equipe?

18. A equipe de sua unidade utiliza algum recurso para acompanhamento e/ou avaliação do trabalho realizado? (supervisão, estatísticas, pessoas que utilizam a unidade, ação dos gestores, modelos avaliativos, entre outros)?

19. Como terapeuta ocupacional, você utiliza algum acompanhamento e/ou avaliação específico de suas ações profissionais? Se sim, quais?

20. Seu trabalho é desenvolvido prioritariamente (maior parte das ações) com a equipe profissional, de forma interdisciplinar, ou de forma individual? Você conseguiria mensurar quantas ações são individuais e quantas são em equipe? Você poderia me contar uma situação que atuou sozinho e uma situação em equipe?

21. Sobre o desenvolvimento do seu trabalho como terapeuta ocupacional na unidade:

- a). Existem elementos que facilitam o desenvolvimento de seu trabalho? Quais?
- b). Existem elementos que dificultam o desenvolvimento do seu trabalho? Quais?

22. O que você mais gosta de desenvolver no seu trabalho? Poderia me contar uma situação sobre esta (s) ação (s)?

23. Tem algo que gostaria de mudar em seu trabalho? Se pudesse fazer um trabalho melhor, como seria?

24. Você conhece outros terapeutas ocupacionais inseridos na assistência social? Possui contato com eles? Sente que a categoria se comunica/fortalece adequadamente no âmbito da assistência social?

25. Relate uma experiência (um caso acompanhado) como terapeuta ocupacional nesta unidade que ilustre sua atuação. Fique à vontade para escolher aquele caso que mais marcou sua jornada profissional neste trabalho.

- Por favor, indique algum profissional/ prática/ unidade socioassistencial na terapia ocupacional que você considera um exemplo positivo para os demais profissionais ou que tenha “destaque na área”.

- Gostaria de fazer alguma consideração que não foi pontuada sobre o trabalho do terapeuta ocupacional no sistema único de assistência social?

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Entrevista)

Eu, Marina Leandrini de Oliveira, estudante do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar do estudo sobre a terapia ocupacional no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), intitulado “*Qual é a ‘SUAS’? A terapia ocupacional e os serviços socioassistenciais que integram o Sistema Único de Assistência Social*”.

A proposta desse estudo é identificar a forma de inserção e o contexto da atuação do terapeuta ocupacional no SUAS, descrever e analisar as suas práticas nos diferentes serviços e unidades socioassistenciais no âmbito da rede SUAS.

Você foi selecionado (a) para participar deste estudo por ser terapeuta ocupacional e atuar no SUAS. A participação consiste primeiramente em responder um breve questionário e se tiver interesse será convidado posteriormente a participar de uma entrevista com tópicos sobre aspectos que envolvem seu o trabalho no SUAS.

O questionário será encaminhado por meio e-mail ou redes sociais e você responderá de acordo com a sua disponibilidade. Se participar da entrevista, será agendada uma data e horário para realizá-la, também de acordo com a sua disponibilidade, contando com o recurso de vídeo do Software Skype®<sup>84</sup>. As perguntas não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, esclareço que a sua participação na pesquisa pode gerar algum tipo de desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais e de trabalho, sendo que você está livre para solicitar pausas nas entrevistas e tem garantida a liberdade de não responder a quaisquer perguntas e interromper, encerrar e/ou retirar a sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Ressalta-se que sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Serão atribuídos codinomes, com garantia de anonimato nos resultados e publicações.

Solicito sua autorização para gravação das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para confirmarem e validarem as informações.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de subsídios para a comunidade técnica e acadêmica compreender as potencialidades e fragilidades da inserção do terapeuta ocupacional no SUAS, em âmbito nacional, oferecendo assim caminhos para delinear os próximos passos do trajeto teórico, prático e político para o fortalecimento da ação profissional na área e conseqüentemente (indiretamente) o incremento das ações sociais nos serviços socioassistenciais, beneficiando a população alvo destes serviços. Os resultados da pesquisa serão divulgados para que os participantes tenham acesso a todos os resultados da pesquisa.

---

<sup>84</sup> Software gratuito da empresa Microsoft® que oferece a realização de chat e chamada de voz e vídeo. Disponível em: <https://www.skype.com/pt-br>

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (034) 99152-7818 ou (16)3351-9787 (Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

**Endereço para contato:**

Pesquisador Responsável: Marina Leandrini de Oliveira

Endereço: Rua São Joaquim, 885, Apto 33 – São Carlos – SP – CEP: 13560-300

Contato telefônico: (34)991527818

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

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Marina Leandrini de Oliveira

Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### (Visita/ acompanhamento dos terapeutas ocupacionais em campo)

Eu, Marina Leandrini de Oliveira, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar de um estudo sobre a terapia ocupacional no Sistema Único de Assistência Social, intitulado “*Qual é a “SUAS”? A terapia ocupacional e os serviços socioassistenciais que integram o Sistema Único de Assistência Social*”.

A proposta desse estudo é identificar a forma de inserção e o contexto da atuação do terapeuta ocupacional no SUAS, descrever e analisar as suas práticas nos diferentes serviços e unidades socioassistenciais no âmbito da rede SUAS.

Você foi selecionado (a) para participar deste estudo por ser terapeuta ocupacional e atuar no SUAS. A sua participação nesta etapa do estudo tem o intuito de auxiliar na compreensão sobre a rotina de trabalho do terapeuta ocupacional no SUAS por meio de um estudo de caso. Se aceitar participar, você deverá apresentar aspectos que envolvem seu trabalho no SUAS por meio de relatos, imagens (fotos) e vídeos e permitir a visita da pesquisadora em seu local de trabalho. Ressalta-se que se for necessário a pesquisadora fará contato com os responsáveis pela unidade socioassistencial em que atua para solicitar a permissão para a visita. Serão agendadas datas e horário, de acordo com a sua disponibilidade, contando com o recurso de vídeo do Software Skype®<sup>85</sup> para possibilitar relatos anteriores a visita e os materiais (fotos e vídeos) poderão ser encaminhados por e-mail ou redes sociais.

A participação no estudo não será invasiva à sua intimidade, entretanto, esclareço que se a pesquisa gerar algum tipo de desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais e de trabalho, poderá solicitar pausas, e tem garantida a liberdade para interromper e/ou encerrar a sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Ressalta-se que sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Serão atribuídos codinomes, com garantia de anonimato nos resultados e publicações.

Solicito sua autorização para gravação de relatos e partes da visita. As gravações realizadas serão transcritas pela pesquisadora e apresentadas para confirmar e validar as informações. Se houver despesas diretamente relacionadas à sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento. Você tem direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de subsídios para a comunidade técnica e acadêmica compreender as potencialidades e fragilidades da inserção do terapeuta ocupacional no SUAS, em âmbito nacional, oferecendo assim caminhos para delinear os próximos passos do trajeto teórico, prático e político para o fortalecimento da ação profissional na área e conseqüentemente (indiretamente) o incremento das ações sociais nos serviços socioassistenciais, beneficiando a população alvo destes serviços. Os resultados da pesquisa serão divulgados para que os participantes tenham acesso a todos os resultados da pesquisa.

---

<sup>85</sup> Software gratuito da empresa Microsoft® que oferece a realização de chat e chamada de voz e vídeo. Disponível em: <https://www.skype.com/pt-br>



Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (034) 991527818. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Marina Leandrini de Oliveira

Endereço: Rua São Joaquim, 885, Apto 33 – São Carlos – SP – CEP: 13560-300

Contato telefônico: (34)991527818

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

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Marina Leandrini de Oliveira

Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**APÊNDICE E****TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

São Carlos, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pelo presente termo, fica autorizada a presença da terapeuta ocupacional e doutoranda Marina Leandrini de Oliveira, na unidade \_\_\_\_\_, no período de cinco dias, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, para acompanhamento das ações da terapeuta ocupacional \_\_\_\_\_.

Este acompanhamento está vinculado à pesquisa de doutorado desenvolvida no Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO – UFSCar), sob orientação da Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano, e foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da UFSCar (protocolo 029465/2017).

A referida pesquisa tem como título provisório: “Qual é a “SUAS”? A terapia ocupacional e os serviços socioassistenciais que integram o Sistema Único de Assistência Social”; e o objetivo é “Identificar a forma de inserção e o contexto da atuação do terapeuta ocupacional no SUAS, descrever e analisar as suas práticas nos diferentes serviços e unidades socioassistenciais no âmbito da rede SUAS”.

---

Autorização

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO A

10/08/2017

SEI/MDS - 0691120 - Despacho



**MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL**  
**COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Despacho nº 18 /2017/SNAS/DGSUAS/CGGTEP

Processo nº 71000.049355/2017-00

Interessado: Caio Nakashima, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação,  
Coordenação de Apoio Administrativo

Em, 10 de agosto de 2017.

Assunto: **Resposta à solicitação de dados sobre os profissionais terapeutas ocupacionais que atuam no Sistema Único de Assistência Social.**

Senhoras Professoras,

Ao cumprimentá-las em nome da Coordenação – Geral de Gestão do Trabalho e Educação Permanente do SUAS, nos referimos à solicitação dos dados (nome, local de trabalho e contato) dos trabalhadores Terapeutas Ocupacionais que compõem as equipes deste Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Esta coordenação entende que o contato deve ser realizado com o Gestor Municipal, cujo quadro de trabalhadores do SUAS apresente os profissionais supracitados. A informação quanto aos municípios que possuem trabalhadores do SUAS com a formação acadêmica no curso de Terapia Ocupacional pode ser obtida no Censo SUAS através do link <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>, no ícone “Gestão Municipal” e nas planilhas de RH de cada Equipamento.

Os telefones e e-mails dos gestores municipais para a realização dos contatos encontram-se disponíveis no CadSUAS, cujas informações estão publicizadas no link <http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/recarregarTipoEntidade.html>.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

**Maria Izabel de Amorim**

Coordenação-Geral de Gestão do Trabalho e Educação Permanente do SUAS.

10/08/2017

SEI/MDS - 0691120 - Despacho



Documento assinado eletronicamente por **Maria Izabel de Amorim, Coordenador(a)-Geral de Gestão do Trabalho e Educação Permanente**, em 10/08/2017, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 10, inciso II, da Portaria nº 390/2015 do Ministério do Desenvolvimento Social.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://aplicacoes.mds.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://aplicacoes.mds.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0691120** e o código CRC **A753189E**.

Referência: Processo nº 71000.049355/2017-00

SEI nº 0691120