

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

**MARIANA ROSSI AVELAR**

**ENTRE O SUPORTE E O CONTROLE:  
A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DA REDE DE SERVIÇOS  
E O PAPEL DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA PREFEITURA  
MUNICIPAL DE CAMPINAS - SP.**

**São Carlos – SP**

**2018**

**ENTRE O SUPORTE E O CONTROLE:  
A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DA REDE DE SERVIÇOS  
E O PAPEL DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA PREFEITURA  
MUNICIPAL DE CAMPINAS - SP.**

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

**ENTRE O SUPORTE E O CONTROLE:  
A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DA REDE DE SERVIÇOS  
E O PAPEL DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA PREFEITURA  
MUNICIPAL DE CAMPINAS - SP.**

**MARIANA ROSSI AVELAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional. Linha de Pesquisa: Redes sociais e vulnerabilidade.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano

**São Carlos – SP**

**2018**



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 Dissertação de Mestrado da candidata Mariana Rossi Avelar, realizada em 28/02/2018:

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano  
UFSCar

Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes  
UFSCar

Profa. Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo  
PUCCAMP

*“O poder só é efetivado onde a palavra e o ato não se divorciam, onde as palavras não são vazias e os atos não são brutais, onde as palavras não são empregadas para velar intenções, mas para desvelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para estabelecer relações e criar novas realidades”  
(Hannah Arendt)*

## **Agradecimentos**

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Serrata Malfitano, minha orientadora, por mais essa empreitada compartilhada. Por me guiar pelas trilhas dessas redes infinitas, pela compreensão nos momentos em que a vida apertou e pela acolhida, não só acadêmica, mas de vida. Em 2018, somam-se quase nove anos juntas, na busca por um pensamento sempre crítico, concreto e realista, que possa oferecer desdobramentos práticos na construção de novos sentidos, notadamente para a Terapia Ocupacional.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roseli Esquerdo Lopes, pela cuidadosa leitura e incontáveis apontamentos os quais proporcionaram um texto mais coeso e crítico.

Aos meus pais, Sônia e José Antônio, pelo sempre afeto e incentivo.

À Tamiris e Letícia Carraro, minha família campineira, por estarem sempre correndo lado a lado comigo.

À Dayane e Letícia Páscoa, por oferecerem seu tempo e serem suporte em inúmeros momentos.

A todos os meus parceiros de trabalho no Centro de Saúde, por serem pacientes comigo. Especialmente à Elaine e Dóris, parceiras de vida, por permitirem que me dedicasse à dissertação e por entenderem a delicadeza do momento.

E o agradecimento especial ao vô Fábio, avô querido e afetuoso, que ao nos deixar no último ano, deixou também uma grande marca.

## Lista de Ilustrações

### Lista de figuras

Figura 1: Foto aérea da cidade de Campinas.....	32
Figura 2: mapa de Campinas a partir da divisão distrital.....	54
Figura 3: Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação.....	57
Figura 4: Serviços de saúde da região Leste.....	58
Figura 5: Serviços de Assistência Social da região Leste.....	60
Figura 6: Serviços de Educação da região Leste.....	62
Figura 7: Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação.....	63
Figura 8: Serviços de saúde da região Norte.....	64
Figura 9: Serviços de Assistência Social da região Norte.....	65
Figura 10: Serviços de Educação da região Norte.....	67
Figura 11: Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação.....	68
Figura 12: Serviços de saúde da região Noroeste.....	68
Figura 13: Serviços de Assistência Social da região Noroeste.....	69
Figura 14: Serviços de Educação da região Noroeste.....	70
Figura 15: Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação.....	71
Figura 16: Serviços de saúde da região Sudoeste.....	72
Figura 17: Serviços de Assistência Social da região Sudoeste.....	73
Figura 18: Serviços de Educação da região Sudoeste.....	74
Figura 19: Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação.....	75
Figura 20: Serviços de Saúde da região Sul.....	76
Figura 21: Serviços de Assistência Social da região Sul.....	77
Figura 22: Serviços de Educação da região Sul.....	79
Figura 23: Produção das participantes do encontro sobre as dificuldades vivenciadas na rede de Campinas.....	132
Figura 24: Produção das participantes do encontro com relação aos objetivos, facilitadores e dificultadores do trabalho em rede para a terapia ocupacional.....	133
Figura 25: Arquitetura do panóptico.....	141

### Lista de gráficos

Gráfico 1: Projeção de população residente em Campinas em 1º de julho de 2015.....	32
Gráfico 2: Número de escolas/nível.....	44
Gráfico 3: número de matrículas por série escolar entre os anos de 2008 e 2015.....	44
Gráfico 4: número de estabelecimentos de saúde em Campinas.....	52
Gráfico 5: Total populacional por distrito (2013) .....	55
Gráfico 6: Percentual de menção aos serviços que integram as redes.....	119
Gráfico 7: Percentual de acordo com o motivo impeditivo para participação nas redes.....	120
Gráfico 8: Percentual de acordo com os objetivos das redes.....	121
Gráfico 9: Reconhecimento do trabalho em rede pela equipe.....	123
Gráfico 10: Reconhecimento do trabalho em rede pela gestão local.....	123
Gráfico 11: reconhecimento do trabalho em rede pela gestão distrital.....	123
Gráfico 12: reconhecimento do trabalho em rede pela gestão municipal.....	123
Gráfico 13: Grau de satisfação com a forma de funcionamento das redes.....	125
Gráfico 14: Avaliação sobre possuir condições de trabalho para participação nas redes.....	128
Gráfico 15: Avaliação acerca da contribuição da terapia ocupacional para as redes.....	129

### Lista de quadros

Quadro 1: Redes mapeadas por região.....	86
------------------------------------------	----

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Índice de desenvolvimento humano municipal de Campinas e seus componentes.....	33
Tabela 2 - Renda, pobreza e desigualdade em Campinas .....	34
Tabela 3 – Indicadores de vulnerabilidade social .....	34
Tabela 4: número de serviços da Proteção Social Básica por distrito.....	37
Tabela 5: número de serviços por tipo de proteção de acordo com a natureza.....	39
Tabela 6: Número de alunos por etapa escolar.....	45
Tabela 7: Número de serviços de saúde por distrito.....	51
Tabela 8: comparativo de estabelecimentos de saúde em Campinas.....	52
Tabela 9: distribuição da população em alta e muita alta vulnerabilidade de acordo com as regiões administrativas do Município.....	55

## SUMÁRIO

1.	Apresentação	1
2.	Introdução	2
	2.1 Redes sociais	4
	2.2 Intersetorialidade	11
	2.3 Redes e território	17
	2.4 Redes e Terapia Ocupacional	22
3.	O local da pesquisa	31
	3.1 O município de Campinas, SP.	31
	3.2 Políticas sociais em Campinas: breves apontamentos históricos	35
	3.2.1 Setor Assistência Social	35
	3.2.2 Setor Educação	41
	3.2.3 Setor Saúde	47
	3.3 O desenho de Campinas a partir de seus distritos	53
	3.3.1 Região Leste	57
	3.3.2 Região Norte	63
	3.3.3 Região Noroeste	68
	3.3.4 Região Sudoeste	71
	3.3.5 Região Sul	75
4.	Metodologia	80
5.	Percursos e Coleta de Dados	81
6.	Resultados	86
	6.1 Mapeamento das Redes	86
	6.2 Entrevista com os representantes distritais: destacando alguns pontos	94
	6.3 Investigação das Redes	106
	6.4 Questionários aplicados junto às terapeutas ocupacionais	117
	6.5 Encontro “A terapia ocupacional nas ações em rede”	130
7.	Discussão	134
	7.1 Os consensos discursivos e os dissensos práticos em torno das redes intersetoriais	134
	7.2 A terapia ocupacional	146
8.	Conclusão	147
9.	Referências	151
10.	Anexos	159

## RESUMO

A formação de redes como estratégia de ação tem se caracterizado como uma temática amplamente discutida e defendida no bojo das políticas sociais, as quais são historicamente organizadas em setores e precisaram (e precisam) ter suas atuações repensadas e reorganizadas na atualidade em vista das crescentes e cada vez mais complexas demandas sociais, as quais emergem principalmente nas sociedades acentadamente desiguais no que diz respeito à distribuição de riquezas e na garantia de acesso aos direitos. Neste contexto, o trabalho intersetorial e em rede é compreendido como um recurso de enfrentamento à questão social e suas consequências e como ferramenta para efetivação de propostas de intervenção junto à população assistida. Nesta temática, objetivou-se investigar a estratégia de articulação intersetorial entre os serviços da rede que compõem as políticas sociais na cidade de Campinas - SP, como possível ferramenta de suporte social, enfocando a atuação de terapeutas ocupacionais. A cidade é considerada pioneira na proposição de iniciativas de articulação intersetorial no campo das políticas sociais, notadamente na saúde. Como método, foram entrevistados 13 dos 15 coordenadores distritais das áreas de assistência social, educação e saúde e aplicado questionário com 17 das 36 terapeutas ocupacionais em atuação na rede municipal. Tais dados permitiram o mapeamento e a caracterização de 78 redes em funcionamento na cidade. Posteriormente, foi realizada a participação e observação em duas redes, por quatro meses, as quais foram escolhidas por indicação dos colaboradores com este estudo e por conveniência. Por fim, nove terapeutas ocupacionais participaram de um encontro dialogado sobre a sua experiência e papel nas redes intersetoriais. Conclui-se que existe um distanciamento entre o discurso da importância das redes e sua prática cotidiana, visto que há consenso em torno da necessidade da intersetorialidade, mas, em contrapartida, não se oferece a possibilidade de mudanças institucionais para sua efetivação. Além disso, a função das articulações parece ser ambivalente: buscam garantir suporte social, mas são também dispositivos de vigilância dos sujeitos. Com relação à terapia ocupacional, considerando a centralidade da (re) inserção social como objetivo da profissão, somada a características como disponibilidade e flexibilidade apresentadas pela categoria, a estratégia das redes intersetoriais é integrada, contudo, não pode ser considerada como específica ou exclusiva deste núcleo profissional.

**Palavras-chave:** Políticas sociais; Redes; Intersetorialidade; Terapia ocupacional.

## **ABSTRACT**

The network action strategy has been characterized by being a theme widely discussed and defended on the center of social policies, which are historically organized in sections. Their actions were (and must be) rethought and reorganized nowadays, considering the ongoing growth of social demands and complexity, especially in societies where social inequality affects wealth distribution and access to basic rights. In this context, intersectional work and network are understood as a resource to fight these social questions and its consequences, as a tool to accomplish proposals of intervention with the assisted population. On this theme we attempt to investigate the strategy of intersectional articulation between services of network composing the social policies, as a social support tool, focusing on the action of occupational therapists. As a method, 13 of the 15 coordinators of the social assistance, education and health areas were interviewed and a questionnaire was applied with 17 of the 36 occupational therapists working in the municipal network. As a method, 13 of the 15 district coordinators of social assistance, education and health were interviewed and a questionnaire was applied with 17 of the 36 occupational therapists working in the municipal network. Such data have allowed the mapping and characterization of 78 networks in Campinas-SP, city is a pioneer on proposition of intersectional articulation initiatives on the fields of social policies, especially on health policies. After the mapping, a participation and observation for four months of two networks were completed, which were chosen after indication of collaborators of this study and also by matters of convenience. Finally, nine occupational therapists participated in a dynamic activity, in order to speak about their experience and role on intersectional networks. The process made possible to verify the gap between the discourse of importance of networks and the everyday practice of it, considering it is consensus that this intersectional work is a need, however possibilities of institutional changes, in the name of effectuating it, are not offered. Beyond that, the purpose of these articulations seems to be ambivalent: they aim to assure social support, but can also act as a surveillance device for subjects. Regarding occupational therapy, it is possible to assure that, considering the social reinsertion as the main goal of this profession and specifics characteristics such as availability and flexibility shown by the profession, the resource of intersectional network is very developed, nonetheless it cannot be considered as specific or exclusive.

**Keywords:** Social Policies; Networks; Intersectoriality; Occupational Therapy.

## 1. APRESENTAÇÃO

Os debates acerca da formação de redes entre serviços como estratégia de ação trazem, em sua maioria, a importância deste recurso e têm permeado os diálogos nos mais diversos cotidianos de trabalho, notadamente dos profissionais que atuam nas políticas sociais, como nos campos da saúde e da assistência social.

Participando deste debate, a temática ganhou um lugar de relevância na minha experiência acadêmica e profissional. Iniciei a graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos em 2009 e, no mesmo ano, passei a participar do Laboratório METUIA, que integra o Grupo de Pesquisa “Cidadania, Ação Social, Educação e Terapia Ocupacional” e o Programa de Extensão “METUIA: Terapia Ocupacional no Campo Social”. Entre os anos de 2011 e 2012, nasceu, como fruto da experiência do programa de extensão que integrava como participante, a pesquisa de Iniciação Científica a qual desenvolvi juntamente com a Professora Ana Paula Serrata Malfitano, intitulada "A Proposição de Gestão de Serviços Sociais à Criança, ao Adolescente e ao Jovem por meio da articulação em Rede: Investigando a Experiência de São Carlos, SP" (AVELAR, MALFITANO, 2013), com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Tal pesquisa se propôs a investigar uma iniciativa municipal de formação de uma rede de articulação entre os diversos serviços ligados à infância e adolescência, intitulada “ReCriAd: Rede da Criança e do Adolescente”. Durante a pesquisa, foram entrevistados técnicos e gestores de alguns segmentos: saúde, educação, assistência social e terceiro setor (Organizações Não Governamentais). A partir das opiniões dos colaboradores com a pesquisa, foram analisadas três categorias: o perfil profissional dos atores sociais componentes da rede; a concepção dos mesmos sobre a existência, o conceito e a relevância da articulação em rede e do trabalho intersetorial; e, por fim, a compreensão sobre o que era a ReCriAd, qual o seu papel no município, como era desempenhada (e se de forma satisfatória ou não) e qual o caminho que deveria ser seguido para alcançar os objetivos postulados. O percurso da pesquisa foi bastante rico para mim, enquanto iniciação à pesquisa, e também como terapeuta ocupacional em formação, pois voltei meu olhar ao papel desta profissão em específico como importante potência na e para a articulação intersetorial.

Depois de finalizada a graduação, em 2013, comecei a cursar a disciplina optativa “Políticas Públicas e Sistemas de Saúde, Assistência Social e Educação”, do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, em vista de meu interesse em permanecer na academia. Finalizei a disciplina e, em 2014, meu rumo como terapeuta ocupacional mudou de direção,

pois fui concursada para atuar na cidade de Campinas/SP, como servidora municipal, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde, intitulada, naquele local, de “Centro de Saúde”, compondo a sua equipe de Saúde Mental. Decidi atender ao chamado e, desde então, estou atuando nesta unidade. Em meu cotidiano de trabalho, o tema da articulação em rede entre os serviços voltou a aparecer, com bastante frequência, desta vez como participante técnica de algumas delas. Ser integrante destes espaços é previsto em meu plano de atuação como trabalhadora da atenção primária. Paralelamente acredito que ser agente ativa (e crítica!) decorre da minha formação e das possibilidades de encontros que pude vivenciar.

Em vista do meu percurso, nasceu o interesse de refletir e dialogar sobre o papel das redes criadas entre os serviços, notadamente as intersetoriais – que serão definidas a seguir, incluindo a função desenvolvida especificamente pelas (os) terapeutas ocupacionais<sup>1</sup> inseridos nestes contextos. Assim, retorna meu interesse pelo campo da pesquisa e a escolha pelo tema de pesquisa em tela.

## 2. INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, destaca-se, no debate sobre as novas formas de gestão de políticas públicas, a elaboração de ações conjuntas e a constituição de espaços de discussão coletivos utilizando a perspectiva da articulação em rede intersetorial entre os serviços, sendo que, no âmbito desta investigação, das políticas sociais.

Inseridos em um contexto no qual o setor público foi fundado utilizando como base organizacional a setorialidade e a hierarquia, tão tradicionais em nosso sistema político, a intersetorialidade surge como recurso ante a complexidade dos problemas sociais atuais, na expectativa do desenvolvimento de ações mais efetivas e condizentes com os “nós” cotidianos dos serviços. Ou seja, as demandas sociais são cada vez mais difíceis de serem cuidadas e respondidas pelo Estado, dada a complexidade trazida por um aprofundamento das desigualdades socioeconômicas e as mudanças socioculturais contemporâneas (REZENDE; BAPTISTA; AMÂNCIO FILHO, 2015).

A Constituição de 1988 inaugura, no campo legislativo, um novo momento na vida federativa, no qual é conferida aos estados e municípios maior autonomia, dando início ao processo de descentralização (ANDRADE, 2004). Além disso, traz como garantia de direitos

---

<sup>1</sup>Fez-se a opção por utilizar o gênero feminino em todas as menções à categoria de terapeutas ocupacionais em vista da predominância de mulheres na profissão.

a todo cidadão o acesso às políticas públicas. Com relação às políticas sociais, um tipo específico de política pública, podemos compreendê-las como uma resposta do Estado à demanda de enfrentamento das relações entre trabalho e capital, no interior de um determinado período histórico (OFFE; LENHARDT, 1984). No processo de luta pelo estabelecimento das políticas sociais, é fundamental o reconhecimento social sobre quais são as demandas prioritárias e que devem receber recursos públicos para atuação. Portanto, reconhecer a presença de demandas sociais e a necessidade, bem como a responsabilidade, de intervenção estatal sobre elas é condição prévia para se abordar esse tema. O que se pretende trazer à luz, mais atualmente, é o papel exercido pela intersetorialidade na organização das ações estatais para e com a população.

Tatagiba (2003, p.21) destaca a tendência à integração das ações como “experiências inovadoras de gestão”, das quais fazem parte também a participação social na elaboração de projetos e programas, além da construção de outras novas relações entre o Estado e seus cidadãos. Por exemplo, para exercer o papel de controle e de avaliação das políticas implementadas. Entretanto, destaca a dificuldade em se desenvolver práticas inovadoras, as quais acabam se perdendo dentro de um modelo tradicionalista de se fazer política.

Do nosso ponto de vista, pela inserção no cotidiano de um serviço que se configura como política social em saúde, a ação em rede, a depender de sua conformação, pode ser considerada como uma possível estratégia política para o desenvolvimento de ações com maior índice de resolutividade. Trabalha-se com a hipótese de que quando se constitui, de fato, como um espaço de participação, pode contribuir para o debate sobre questões relevantes na agenda política, para o fortalecimento das intervenções e para a criação de possibilidades de novas elaborações de estratégias metodológicas de ação. Todavia, discute-se também a possibilidade da utilização equivocada desta estratégia, muitas vezes vista no plano das ideias como solução para as faltas as quais constituem as políticas sociais, principalmente a carência de recursos e de trabalhadores (as).

No âmbito de tais discussões, a literatura apresenta múltiplas referências e definições para redes sociais e sua análise. Opta-se aqui pelo conceito das chamadas *redes sociais de suporte*, ou seja, a articulação social em torno da operacionalização de diferentes serviços e/ou atores sociais, com o objetivo de oferecer maior suporte às populações atendidas.

## 2.1 Redes sociais

A literatura apresenta inúmeras análises e definições para o conceito de rede social, sendo escolhida a caracterização de rede social como um conjunto de sujeitos ligados entre si por relações interpessoais que permitem a transmissão de recursos, extrapolando os limites formais. A densidade de tais redes depende da relação e da quantidade de ligações de cada ator com os demais componentes (GOMIDE; GROSSETTI, 2010). Podem também ser considerados espaços em que as pessoas contam com diversos tipos de suporte, tendo a possibilidade de compartilhar os problemas e tentar encontrar soluções, como um sistema de apoio (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007) ou “a soma das relações que um indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade” (FERRO, 2015, p.488).

Dentre as inúmeras formas de classificar as redes sociais, alguns conceitos são mais difundidos. Pakman (1995) as conceitua como *formais* e *informais*: as ditas *informais* são caracterizadas pelo conjunto de interações espontâneas que surgem em determinado contexto, como aquelas compostas por familiares, amigos, vizinhos, dentre outros. Já as ditas redes *formais* podem ser consideradas aquelas que se interconectam com as políticas sociais – com a participação das unidades de saúde, das escolas e dos serviços da assistência social, por exemplo (BARDI, 2013).

Sluzki (2007) nomeia as redes sociais como: *primária*, constituída pela família, parentes, amigos, vizinhos e colegas, sendo desenvolvida no campo relacional, os tipos de relação, níveis de proximidade e apoio nas questões do cotidiano; e *secundária*, constituída por instituições de assistência, saúde, educação e comunitários, ou seja, é a rede de serviços que o indivíduo utiliza e que possibilita intervenções de cuidado. Assim, em princípio, o que Packman classifica como formais seriam similares às secundárias nesta última definição, e as informais similares às primárias. Tal conceito vai ao encontro da proposição de Castel (1998) acerca das redes de sociabilidade primária e secundária e sua função na integração social dos indivíduos na sociedade.

Souza, Souza e Tocantins (2009) reforçam o conceito de rede *primária*, citado acima, mas também afirmam que as redes sociais de apoio *secundárias* podem ser subdivididas da seguinte forma: formal ou informal; de terceiro setor; de mercado; ou mistas, diferenciando-se pelo *tipo de troca* realizada: a reciprocidade, o direito, o dinheiro ou uma combinação desses meios. A rede social de apoio *secundária formal* seria formada por instituições oficiais, como unidades de saúde, de assistência social, da educação, dentre outras, sendo a troca realizada

com base no *direito*. Já a rede *secundária informal* se constitui a partir da rede primária, sendo fomentada pelas dificuldades comuns vivenciadas pelos sujeitos, fazendo com que se unam e troquem serviços a partir da solidariedade. Por exemplo, o sujeito que aciona familiares ou vizinhos, lançando mão da ajuda mútua, para a construção de sua casa. As redes *secundárias de terceiro setor* seriam compostas por associações ou organizações da sociedade civil as quais prestam serviços e não visam lucro, caracterizando-se pelas trocas baseadas tanto no direito como na solidariedade. Por outro lado, as redes *secundárias de mercado*, como o nome já explicita, têm sua existência ligada diretamente ao lucro como, por exemplo, clínicas de saúde privadas, nas quais os vínculos são baseados no dinheiro.

Gonçalves e Guará (2010) listam os seguintes tipos de rede: *redes primárias* ou de proteção espontânea (sustentadas pelos princípios da solidariedade e do apoio mútuo, são constituídas pelo núcleo familiar, pelas relações de amizade e de vizinhança); *redes sócio comunitárias* (constituídas por organizações comunitárias, por associações de bairro e por organização filantrópicas, que sustentadas no princípio da confiança ativa oferecem serviços às suas microlocalidades); *redes sociais movimentalistas* (formadas por movimentos sociais, cujo objetivo gira em torno da defesa dos direitos, da vigilância e da luta pela garantia da participação popular); *redes setoriais públicas* (formadas por serviços de natureza especializada, resultantes da ação do Estado por meio das políticas públicas); *redes de serviços privados* (formadas por serviços especializados fornecidos pela iniciativa privada àqueles que por eles podem pagar). Dentre as redes de caráter socioassistencial, existem as *redes temáticas*, *redes intersetoriais*, *redes territoriais*, *redes organizacionais* e *interinstitucionais* e outras, de natureza híbrida, que sejam ao mesmo tempo territoriais e temáticas.

Fez-se a opção, para este trabalho, pela investigação das *redes intersetoriais*, ou seja, redes formadas por serviços das organizações governamentais ou não governamentais.

Entretanto, é preciso assinalar que, mesmo em se tratando de redes formadas por instituições, muitas das vezes as ações ocorrem de maneira não instituída, ou seja, não são programadas no nível do planejamento da política e/ou do serviço. Com frequência os trabalhadores que atuam na “ponta”, os chamados “burocratas de rua”, segundo Lotta (2012), ou seja, aqueles que estão diretamente na assistência com a população, tecem redes que não estão formalmente instituídas e frequentemente sequer são conhecidas pela gestão pública. Elas ocorrem no cotidiano de seu trabalho, sem horário e local estabelecidos para tal, urgindo da necessidade dos técnicos em solucionar a demanda.

Silva et al. (2014, p.150) defendem que é justamente no fazer cotidiano, em um determinado território, que são levantadas as especificidades locais, os problemas comuns, e então as possíveis soluções ou respostas coletivas. Assim, é após a identificação de aspectos que perpassam o dia a dia daquele território que a rede se forma e tem possibilidade de agir mediante relações intersetoriais, de realizar uma “mudança coletiva da realidade” para, em seguida, alcançar a efetivação da “postura técnica”, que seria a efetivação da política pública.

Ferro (2015, p.493) reitera a afirmação acima, pois acredita que:

O trabalho em rede, enquanto prática, é balizado por micro relações que vão se estabelecendo paulatinamente entre pessoas. A relação de confiança interinstitucional, a elaboração conjunta de projetos e ações, e a história estabelecida entre pessoas e instituições são potencializadas quando forjadas também de maneira longitudinal e, para tanto, necessita de relações e vínculos empregatícios que possam proporcionar sua manutenção longitudinal.

Pontua-se aqui que ambos os tipos de iniciativas, tanto do cotidiano das trabalhadoras e trabalhadores inseridos na política social, quanto dos gestores e governantes, são importantes para a efetivação das redes intersetoriais.

Nota-se, na literatura, assim como no discurso corrente - seja no contexto empresarial, estatal, de movimentos sociais - a ampla defesa e consensualidade em torno da importância do trabalho em rede: fala-se sobre redução de custos; flexibilização de processos de produção e circulação de mercadorias; ampliação de lucros de empresas globalizadas; ou, no caso das políticas sociais, a melhora na eficácia, eficiência e efetividade das ações.

Em importante contraponto, Pereira e Teixeira (2013) defendem que, com o avanço das reformas neoliberais e o advento de nova modalidade de proteção social, o discurso de redes endossa as parcerias público/privado ao defender que a sociedade civil e a iniciativa privada são corresponsáveis pelo bem comum, responsabilidade esta operacionalizada na oferta de bens e serviços. Explicitam que a defesa do trabalho em rede surgiu baseada no discurso da importância da troca de saberes e práticas entre o Estado, as empresas privadas e a sociedade civil organizada. Destacam três fatores os quais contribuem para a disseminação de tal discurso: a globalização, o avanço do neoliberalismo e a ascensão do terceiro setor. Esclarecem:

A lógica empresarial no contexto de globalização se expande, e seus modelos de gestão da força de trabalho e de produção de bens e serviços se deslocam para outros setores da vida social, entre eles a esfera pública. Essa racionalização ou expansão da lógica econômica é camuflada pelo discurso da solidariedade como diferencial entre as redes de políticas sociais e as redes empresariais que mobilizam os diversos atores públicos e privados na provisão social. Todavia, parte de um ponto comum a redução de custos, no caso das políticas sociais, redução de gastos sociais que

passam a contar com os recursos dos parceiros, tais como a infraestrutura que oferecem, o trabalho voluntário, as formas espontâneas de ajuda mútuas e de autoajuda. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p.115).

Desta forma, levanta-se a hipótese do uso do discurso das redes também para um barateamento das ações das políticas sociais, por meio da não especificação de responsabilidades e, portanto, de recursos financeiros pela sua viabilidade; bem como, pela discussão de meios privados para sua efetivação.

Na defesa de tais argumentos, Pereira e Teixeira (2013, p.117) explicitam que, somada à crise econômica e à diretriz de redução ou “otimização” de custos e recursos, a ideia de rede surgiu como parte das novas estruturas organizacionais das empresas, “no interior do modelo de competição capitalista, marcado pelos processos de globalização, de financeirização do capital, pela reestruturação produtiva e pela disseminação da lógica neoliberal”, sendo essa lógica replicada pelo Estado, no caso nas políticas sociais. Sob a égide do capital, o Estado mantém superficial a possibilidade de interferência das políticas sociais na sociedade, limitando-as assim à tarefa de manutenção da força de trabalho; sob o manto do neoliberalismo, deixa de interferir de forma direta e efetiva, inclusive desmontando, os sistemas de proteção social. Como resultado, dá-se o nó da impossibilidade em responder às reais necessidades da população.

Teixeira (2002) afirma que, nas sociedades latino-americanas, a disseminação do tema *redes* se relaciona também a outros dois fenômenos: a descentralização e a democratização política. Estes estão intrinsecamente relacionados, sendo a descentralização muitas vezes considerada facilitadora para o processo de democratização, visto que pode garantir e incentivar a participação da sociedade civil nos processos decisórios. Neste sentido, segundo Pereira e Teixeira (2013, p.114), a estratégia das redes pode ser considerada um instrumento de luta para “a superação da centralização das decisões no Estado na formulação e implementação de políticas públicas, em direção à constituição de relações mais horizontais entre a sociedade e o poder estatal”.

Assim, é preciso diferenciar o que se compreende, sob a ótica de diferentes perspectivas políticas, as funções da descentralização, da participação e das redes: há a defesa da participação nas ações de decisão e de controle social; ou advoga-se acerca do repasse de responsabilidade para a sociedade civil como forma de desregulamentar e flexibilizar as ações do Estado. Ainda sobre essa discussão, é importante destacar o papel exercido pelas instituições do dito terceiro setor nas políticas sociais, que tem caráter público, porém não são

estatais, e trazem à tona os problemas relacionados à mercantilização dos direitos e o processo de refilantropização.

De acordo com Amaral e Bosi (2017), o termo *rede* é considerado um *transconceito*. Segundo os autores, *rede* pode ser definida a partir de múltiplas concepções, ou seja, extrapola os limites de um domínio disciplinar específico e, por isso, é necessário demarcar a partir de qual compreensão se discute. Além disso, os autores também destacam cinco dimensões das redes – *unidades*, *conectividades*, *integração*, *normatividade* e *subjetividade*. Destacam ainda que a separação em dimensões deve ser entendida apenas como um recurso de exposição, visto que “todos os planos se articulam, em recursão” (p.427).

Com relação à primeira dimensão – *unidades* há uma amplitude semântica sobre o que se compreende, no caso de redes de serviços, como unidades, também denominadas pontos fixos. Podem ser incluídos aí serviços, dispositivos, trabalhadores, equipes, usuários. Os autores defendem a necessidade de delimitação, ao se tratar sobre o tema, de quais seriam essas unidades.

A *conectividade* diz respeito às diversas maneiras de fazer e manter contato e irão variar de acordo com a necessidade e disponibilidade das unidades da rede. De acordo com Amaral e Bosi (2017) os dois aspectos fundamentais desta dimensão são os pontos fixos, que como já adianta o nome, são estáveis, e as relações produzidas entre esses pontos, relações estas que podem ser compreendidas como “fluxos, conexões, vínculos, inter-relações, interfaces (p.428)”.

A *integração* é compreendida como produto da continuidade e da complementariedade das intervenções. Ressalta-se que a integração não ocorre de maneira aleatória: ocorre ao seguirem-se diretrizes e objetivos comuns, criando-se uma identidade reticular, que difere da identidade individual de um ou outro serviço. Segundo os autores, a necessidade de continuidade ocorre quando o sujeito precisa de contínuas intervenções semelhantes ao longo da vida, que podem ser desenvolvidas pelo mesmo profissional ou serviço; enquanto a complementariedade é o processo de ações entre diferentes serviços ou setores em vista da complexidade da situação.

A quarta dimensão das redes – *normatividade*, diz respeito à autonomia no controle e gestão das redes. De acordo com Amaral e Bosi (2017), é necessário que haja um objetivo em vista (ainda que nem sempre consensual) e que se normatize, em alguma medida, as ações realizadas pelos serviços, mesmo na ausência de protocolos, afim de tornar possível a

todos os pontos da rede as diretrizes para determinadas situações, os fluxos a serem seguidos e a responsabilidade de cada serviço e setor. Paralelamente, as redes intersetoriais devem ser flexíveis, para que situações singulares possam entrar em pauta e para que se permita emergir novas possibilidades.

A última dimensão – a *subjetividade refere-se* às pessoas envolvidas e é transversal às quatro anteriores, pois permeia todo o funcionamento das articulações entre serviços. De acordo com Amaral e Bosi (2017, p.432), é o “componente humano que cria, modifica e extingue seus processos”. Esta dimensão é permeada por quatro subdimensões: *protagonismos, vínculos afetivos, interesses e sentidos/valores*. De acordo com os autores, “a produção de sentidos que ocorre dentro do trabalho modifica as atividades desenvolvidas” (AMARAL; BOSI, 2017, p.432).

No bojo de tais discussões, questiona-se se as redes intersetoriais, formadas pelos serviços, podem se configurar com as características de um espaço público, possibilitando a disputa de diferentes projetos políticos, incluindo diferentes visões de redes e intersetorialidade. Segundo Dagnino (2002), são nos espaços públicos que são expressas as reivindicações populares e pode se construir um sentimento de pertencimento, representando uma interlocução possível, inclusive no debate de diferentes ideias para a criação de novas opiniões, espaço no qual parâmetros públicos podem ser (re) construídos a partir das demandas da sociedade, tornando a agenda política mais condizente às reais necessidades daquela comunidade ou território, e as ações mais facilmente elaboradas, implementadas e avaliadas, visto que partiram daqueles que farão usufruto das mesmas.

Defende-se aqui que as redes intersetoriais formadas pelos serviços podem ser consideradas espaços públicos de participação, a depender de sua conformação e seus objetivos, integrando assim o processo decisório das políticas públicas. Pode-se dizer também que a rede se configurará como uma forma de suporte adequada às demandas sociais quando todos os envolvidos se sintam pertencentes ao processo de decisão e engajados com seu sucesso. Além dos trabalhadores (as) e gestores (as), no caso das redes intersetoriais, é imprescindível ampliar esse debate para a sociedade civil como um todo. De acordo com Telles (1994), a existência de espaços públicos de participação garante que se formule as temáticas sociais cotidianas na linguagem pública do direito, evitando encaminhamentos baseados nos códigos da vida privada, o que caracterizaria uma não-cidadania.

Podemos afirmar que, nos desafios vividos em uma sociedade com raízes históricas na desigualdade, como a nossa, a construção da esfera pública concretiza o ideal democrático, visto que: as decisões políticas tornam-se permeáveis à influência de setores da sociedade civil, geralmente mantidos à margem desses processos; um maior número de interesses, demandas e propostas são ouvidos, o que é essencial na luta contra a exclusão social e proporciona uma revisão de prioridades; contribui para a consolidação de uma cultura de direitos, na qual o outro é reconhecido como cidadão (Grupo de Estudos sobre a Construção Democrática, 1988-1999). Adicionalmente, Costa (1999) afirma que o espaço público não pode nunca se caracterizar como um mercado de interesses: deve ser, na verdade, a arena que media os processos de articulação de consensos normativos e de reconstrução reflexiva de valores.

Akerman et al. (2014) propuseram alguns caminhos analíticos em torno da questão das redes intersetoriais e um destes diz respeito à participação social. Denominam a questão como “a Babel entre as políticas públicas e a vida cotidiana”, questionando:

Empreendimentos intersetoriais facilitam ou impedem a participação social? Que redes são tecidas pelos cidadãos em busca de suas necessidades? Quais as dissonâncias entre a formulação de políticas, a opinião de especialistas e as necessidades percebidas pela população? Quem de fato permeia os processos e negociações acerca da formação da agenda política? (p. 4.297)

Além disso, fazem outra importante provocação: “o papel adotado pelo Estado ou por um dispositivo de gestão, no caso a intersectorialidade, tem capacidade de aumentar o cacife de quem está fora do jogo”? (p.4.293). Em caso de avaliação positiva, será a participação social nas conformações de rede um processo, ou um resultado? (AKERMAN et al., 2014).

Esta investigação não alcançou os impactos das redes intersetoriais no cotidiano e percepção dos usuários dos serviços, mas se compreende ser este um debate essencial a ser desenvolvido por futuras pesquisas.

Acredita-se que é preciso, sempre, lançar mão da reflexão crítica a fim de garantir a não reprodução de discursos esvaziados de sentido, ainda mais quando tais discursos são utilizados como resposta para todas as falhas ou faltas, fato recorrente ao tratar-se do tema em questão. Como afirma Martinho:

Há aqui um problema: quando tudo indiscriminadamente torna-se rede, essa vigorosa ideia-força perde brilho e poder explicativo e, o que é pior, deixa de ostentar algumas de suas características mais preciosas: seu poder criador de ordens novas e seu caráter libertador. Quando tudo é rede, estruturas velhas e novas, modos convencionais e modos inovadores de fazer, estratégias de opressão e estratégias de libertação confundem-se sob uma pretensa mesma aparência. Se não puder

estabelecer algumas distinções, o conceito de rede deixa de ter sentido e passa a não servir para nada. (MARTINHO, 2003, p.9)

Em síntese, com base na literatura apresentada, defende-se que as redes constituídas entre a articulação de serviços operacionalizadores das diferentes políticas sociais podem se configurar como redes de suporte social para a população atendida. Contudo, para tanto, é necessário levar em consideração a forma como se estabelecem, de que maneira se compõem e como atuam, pois, nem toda articulação em rede garantirá, a priori, apoio social.

## **2.2 Intersetorialidade**

Geralmente, na literatura encontramos o tema redes, quando nas políticas sociais, vinculado diretamente à intersectorialidade. De acordo com Inojosa (2001, p.105), intersectorialidade pode ser compreendida como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”. Ou seja, algo bastante similar à proposição das redes.

Partimos do pressuposto, indo ao encontro do que defende Bronzo (2007), que intersectorialidade e rede de serviços não são sinônimos, mas podem ser complementares. Isto porque a articulação em rede entre diferentes serviços não pressupõe, necessariamente, alterações nas estruturas, dinâmicas ou características de determinada instituição ou política. Pois, os serviços e seus trabalhadores podem se articular entre si, sem necessariamente sofrer alterações em seus cotidianos. Já o preceito da intersectorialidade precisaria envolver alterações mais profundas, no que concerne aos processos institucionais no desenho e conteúdo das políticas setoriais (BRONZO, 2007).

A intersectorialidade deve estar articulada à possibilidade de criação de novas estratégias políticas de ação, e não somente a soma de recursos ou pessoas, levando em consideração as especificidades territoriais e populacionais (INOJOSA, 2001), conferindo às políticas maior capacidade de integrar a complexidade das problemáticas com que atuam.

Bronzo (2007, p.11) defende que a base da intersectorialidade é constituída pela perspectiva da integralidade. Segundo a autora “grande parte da literatura mais atual sobre gestão pública reconhece a ocorrência de mudanças substanciais nesse campo, expressas na tensão entre especialização e integralidade”. Pontua que a especialização se faz necessária,

visto que é preciso atender a mais variada sorte de demandas, mas, em contraponto, a integralidade possibilitará a visão global sobre os sujeitos e suas necessidades. Partindo do pressuposto da integralidade, a intersetorialidade pode apresentar os elementos necessários para tornar as políticas públicas responsivas e adequadas, de fato, aos problemas identificados, visto que a gestão setorializada das políticas já não é mais capaz de fazê-lo. Entretanto, é importante ressaltar que, frente à complexificação das questões de uma sociedade rodeada por faltas e falhas, a intersetorialidade se configura como uma das alternativas possíveis, visto que se faz necessária uma remodelagem das velhas estruturas organizacionais.

O tema da intersetorialidade também dá margem para a coletivização dos problemas. Bronzo (2007), ao estudar as políticas de enfrentamento à pobreza, defende que a intersetorialidade permite que os problemas sejam coletivamente compreendidos e enfrentados, não só pelo conjunto das políticas, mas também pelo conjunto dos diversos atores e setores sociais. Destaca que, para a intersetorialidade, é necessária a conexão entre diversos atores e diferentes setores, sejam eles governamentais, privados, sociais ou do terceiro setor.

Autoras como Bronzo (2007), Monnerat e Souza (2009) dizem, inclusive, da estratégia intersetorial/interdisciplinar como um *novo paradigma*, em contraponto à tradição especificista e parcializada da ciência moderna e do governo tradicional. Bronzo (2007, p.11) afirma ainda que novos referentes, como as redes, utilizados dentro do escopo da intersetorialidade, “marcam a fragilização de estilos monopolistas, autossuficientes e hierárquicos, que sustentavam os modelos tradicionais de governo”.

A autora discute ainda a “dupla dimensão da concepção de intersetorialidade” que pode ser, ao mesmo tempo: *conceitual/substantiva*, no plano da concepção do problema e apreensão da realidade, no sentido de mudanças de hábitos culturais advindos da setorialidade histórica; e *institucional/organizacional*, no campo da gestão ou operacionalização dos serviços e políticas. Pauta a intersetorialidade como um meio de gestão, que pode se conformar a partir de diversos critérios, como: faixa etária, por exemplo, no caso de políticas e ações voltadas a adolescentes; território; temas específicos, como álcool e outras drogas; ou coletivos, por exemplo, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, grupos étnicos.

Agir intersetorialmente não é algo dado, assim como não é dado sobre o que e em que sentido essa ferramenta será utilizada. Bronzo (2007) pontua que as ações dependerão da

*centralidade do tema* na agenda pública; da efetivação por parte da gestão *dos arranjos e alterações institucionais* necessárias para viabilizar a horizontalidade das políticas; bem como as *alterações nas rotinas*, práticas de trabalho e metodologias de entrega dos bens e serviços. Tarefas estas, na nossa compreensão, bastante trabalhosas se levadas em consideração a rigidez dos cotidianos institucionais e a extensa tradição da setorialidade.

Defende-se que a intersectorialidade não substitui as ações setoriais, como já foi discutido no ponto acima, acerca das redes. A intersectorialidade configura-se como mais uma ferramenta no enfrentamento às ações descompassadas e sobrepostas, estimulando a criação de novas proposições, novas estratégias de intervenção, a partir do diálogo e o debate entre diferentes pontos de vista. Entretanto, é preciso dar possibilidade de materialização aos desdobramentos deliberados, para que a intersectorialidade saia da exclusividade do plano das ideias e atinja as práticas. De maneira similar às redes, é um tema que se difundiu rapidamente e que foi apropriado nos discursos, de maneira que não necessariamente se desdobre em ações efetivas. Trata-se de um tema aparentemente consensual. Segundo Bronzo:

Grande parte da literatura salienta basicamente o mesmo conjunto de questões: a estratégia da intersectorialidade pode permitir maior eficiência e resultados mais significativos quanto ao impacto e sustentabilidade das políticas, evitando sobreposições de ações e garantindo maior organicidade às mesmas. Permite, sobretudo, uma resposta integral e dessa forma, mais adequada e pertinente aos problemas identificados (BRONZO, 2007, p. 16).

De acordo com Monnerat e Souza (2009), as principais publicações sobre o tema, assim como o tema das redes, são oriundas das áreas de Administração Pública e Saúde Coletiva, havendo produção mais escassa no campo da Educação e, mesmo reivindicando a ação intersectorial como princípio norteador, da Assistência Social. Amaral (2015) destaca a presença de uma quantidade maior de artigos sobre o tema no campo da saúde coletiva.

Não é incomum encontrar na literatura proveniente do campo da saúde uma perspectiva “bastante endógena”, como chamaram as autoras acima referidas, visto que as publicações levam a compreensão de que são os outros setores que devem se aglutinar ao primeiro para intervir sobre problemas de saúde. Ou ainda aborda ações de articulação no setor saúde, entre serviços, e nomeia tal estratégia de rede. Afirmam ainda que, no que concerne à política de Assistência Social, destaca-se que se tem investido na sua (re) construção com base na intersectorialidade, visto que o tema consta nos programas do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), na concepção do Sistema Único de Assistência

Social (SUAS) e também no Programa Bolsa Família (PBF)<sup>2</sup>. Paralelamente, também em período recente, afirma-se que a Educação, em decorrência da continuidade de indicadores como alta taxa de evasão e analfabetismo, tem se voltado para a possibilidade de práticas intersetoriais como resposta aos problemas estruturais os quais afetam o aprendizado e desempenho dos alunos.

No escopo da gestão urbana e das políticas públicas, a intersetorialidade, assim como as redes, são consideradas prerrogativas à otimização de recursos “humanos” e financeiros, pois combatem a ineficácia das políticas setoriais. A questão do *planejamento de ações* se faz central em todos os trabalhos que tratam do assunto, pois a negociação de interesses seria “a chave para a construção de sinergias entre diferentes atores e áreas de política”, sendo este planejamento a “síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos” (MONNERAT; SOUZA, 2009, p.204).

Com relação ao consenso estabelecido acerca do tema, assim como foi discutido no ponto *redes sociais*, é preciso estar atento. A maioria das iniciativas, em vista da descentralização das políticas, é realizada em âmbito local, além de ser bastante experimental e, não raro, fica retida aos limites deste localismo (ANDRADE, 2004). Ao encontro, Monnerat e Souza (2009, p.219) destacam o pouco esforço dos governos estadual e federal em atentar-se aos problemas gerados pela fragmentação e descoordenação de programas e políticas sociais, o que “parece reforçar a tese de que quanto mais distante dos problemas concretos da população mais a lógica setorial se impõe”, estando a estratégia intersetorial dependendo da colaboração entre os trabalhadores e trabalhadoras, comprometidos com a qualidade das ações.

Há uma inquietação no interior do aparelho do Estado sobre como trabalhar com a complexidade. Sobre a intersetorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006, p. 280).

O planejamento, efetivação e avaliação das ações intersetoriais são permeados por incontáveis desafios. Dialogar, debater e refletir com pessoas advindas dos mais diversos

---

<sup>2</sup>Programa federal de transferência de renda direcionado às famílias em situação de extrema pobreza (renda mensal até R\$ 85,00 por pessoa) e de pobreza (renda mensal entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00 por pessoa, que tenham gestantes, crianças e/ou adolescentes entre 0 e 17 anos). O valor do benefício básico é de R\$ 85,00, mas varia de acordo com a composição familiar.

setores, com as mais diversas características, requer paciência e abertura. Além disso, vivemos em tempos de violência extrema e, por isso, a sociedade parece clamar por paz. Nesse contexto, se institui uma “cultura da paz”, na qual todo tipo de discórdia é considerado inapropriado, maléfico e danoso, prezando-se, dessa forma, pelo consenso de opiniões. Entretanto, no que diz respeito à legitimidade e à efetivação de novas ações, não é possível encontrar soluções satisfatórias evitando ou contornando os conflitos que venham a surgir. É necessário reconhecer o conflito e sua legitimidade para, a partir daí, construir consensos. É por meio do debate que se viabiliza e efetiva o estabelecimento de prioridades para a agenda pública, a partir de uma perspectiva democrática.

O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, sua possibilidade está na faculdade de reconhecimento dos limites de poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições. Este reconhecimento de insuficiência não é propriamente uma facilidade para humanos, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006, p. 107).

Como formas e condições para viabilizar as ações intersetoriais, é possível destacar: a promoção de mecanismos os quais facilitem e permitam o diálogo, os fluxos de informação e comunicação (MONNERAT; SOUZA, 2009); levar em consideração, sempre, problemas concretos, de sujeitos concretos, em territórios concretos (MENDES, 1996); estabelecer marcos e pautas comuns de ação, negociar interesses e neutralizar resistências às mudanças (BRONZO, 2007); adoção de posturas mais cooperativas, disposição para compartilhar informações e restabelecer fluxos, reorientar a forma de provisão dos serviços públicos de modo a ajustá-los às demandas e necessidades identificadas (VEIGA; BRONZO, 2005).

Em síntese, de acordo com Monnerat e Souza (2009, p. 209):

Na esteira dessa preocupação, é mister inventar novas institucionalidades para nosso sistema de proteção social, que sejam capazes de promover melhores resultados sociais. E, neste cenário, a intersetorialidade surge como uma estratégia alternativa de gestão social, muito embora sua implementação exija a superação de desafios nada triviais (MONNERAT, SOUZA, 2009, p. 209).

Porém, um contraponto faz-se necessário à proposição bem-intencionada da intersetorialidade: a relação e predominância das práticas intersetoriais voltada para a população pobre. A focalização das políticas e dos programas sociais em direção aos segmentos mais pobres é histórica (DONZELOT, 1980). Assim, não é de se estranhar um grande número de publicações que discute o tema da intersetorialidade como forma de enfrentamento à complexidade que é a pobreza e suas afetações. Entretanto, preocupa a

possibilidade de utilização dessa estratégia como forma de controle dos pobres. Afinal, se é uma estratégia tão defendida, porque não é para todos?

Foucault (1995), em “O sujeito e o poder”, discute a questão do poder pastoral –forma de controle exercida por diferentes figuras, a partir de determinado regime de saber, tendo se inserido as instituições, no século XVIII, como um desses pastores. Ao considerarmos as políticas sociais e suas instituições, apesar do caráter universal, no caso da política de saúde e de educação, é inegável a utilização em maior escala pela população pobre. Já a política de assistência social é restrita a essa população. Considerando a conformação intersetorial e, a depender da forma como se efetiva nos diferentes territórios, não podemos deixar de notar, com frequência, o uso desse recurso como aumento exponencial na possibilidade de poder das instituições envolvidas sobre aqueles que são alvo de suas intervenções. Por exemplo, não raro, é possível notar trocas de informações que causam uma superexposição da vida de determinada família, sujeita a julgamentos, represálias e interferências dos técnicos executores da política.

Além disso, é importante observar os limites postos às políticas públicas, especialmente as políticas sociais. Lopes et al. (2014, p. 592) destacam quatro importantes questões:

No Estado capitalista, baseado na valorização privada do capital e na venda do trabalho enquanto forma-mercadoria, em que essas estruturas têm intrinsecamente caráter classista, quais são as funções que competem a essas políticas? Quais são os limites objetivos a que estão sujeitas, dentro do leque de elasticidade paradigmático desse Estado, sejam quais forem os atores situados à frente dele? Quais são, portanto, as ações possíveis nesse contexto e em que medida são estas definidoras de mudanças observáveis e estáveis? Como inserir nesta análise os temas da cidadania, das transformações sociais, no sentido da construção de um mundo socialmente menos injusto?

Akerman et al. (2014) afim de investigar a questão da intersetorialidade propõem 23 questões para o debate, que contemplam perguntas acerca dos objetivos, atores envolvidos, forma de operacionalização, entre outras. Afirmam que há “um ativismo intersetorial que ainda não se funda numa práxis que tenha potência criativa suficiente para influenciar novas arquiteturas de governança das políticas públicas” (AKERMAN, 2014, p.4294). Isto porque, segundo Shankardass et al. (2012), após revisão de literatura acerca de ações intersetoriais governamentais com objetivo de promover equidade na saúde, constataram grande distanciamento na quantidade de publicações que de fato aprofundavam mecanismos de integração. O que pode ser explicitado pela questão do financiamento – 16% do total, versus 84% que não foram capazes de estabelecer processos de gestão inovadores e mais integrados,

permanecendo no âmbito de estratégias as quais estabeleceram algum tipo de compartilhamento de informação e cooperação entre os atores envolvidos. Adicionalmente, em estudo bibliográfico recente acerca da temática, Amaral (2015) conclui que a maior parte dos artigos publicados reconhece a estratégia intersetorial como fundamental, contudo não supre as necessárias mudanças conceituais e epistemológicas na esfera macropolítica.

A título de conclusão, Akerman et al. (2014) defendem que há uma “polissemia do vocábulo intersetorialidade e multiplicidade de questões de pesquisa” e, por isso, advogam pelo termo “IntersetorialidadeS” (p.4.297), estando suas conformações sujeitas ao tempo histórico, à conjuntura e aos atores envolvidos no processo. Ilustram a questão a partir das três “ondas” da intersetorialidade:

A 1ª onda – Utilitarista, reforça o Estado mínimo e tutelado pelo mercado “passa o pires” e compartilha responsabilidades; a 2ª onda – Racionalizadora, detecta que há fragmentação nas políticas e nas ações que comprometem a efetividade do Estado e busca eficiência; a 3ª onda, está por vir – a Interdependência generosa em que a intersetorialidade não é apenas a instalação de arranjos multisetoriais, mas a decisão ético-política deliberada de que o Estado e sua gestão e políticas servem ao interesse comum. (AKERMAN et al., 2014, p.4.297-4.298)

Em vista desta pluralidade, defendem a necessidade de pesquisas que possam fornecer aporte teórico em torno do tema, a fim de favorecer um salto entre o que hoje são experimentos na gestão pública para de fato uma práxis de governo.

### **2.3 Redes e território**

Com frequência, é possível notar na literatura a qual discute o tema das redes e da intersetorialidade referências à noção de território. Monnerat e Souza (2009) defendem que a perspectiva de intervenção sobre problemas complexos se associa fortemente à noção de território. Isto porque:

A requisição de se trabalhar focado em dado território justifica-se em razão de que um dos maiores obstáculos à ação intersetorial é o fato de que cada área de política determina sua região geográfica de atuação. Assim, a definição de uma área comum para a ação das diferentes políticas setoriais é condição primeira para promover a intersetorialidade (MONNERAT, SOUZA, 2009, p. 204).

Adicionalmente, afirmam que o conceito de território, mesmo sendo utilizado com frequência, não é tratado de modo consistente na maioria dos estudos disponíveis. Defendem

que o aprofundamento desta questão se faz necessário para o avanço das discussões sobre intersectorialidade (MONNERAT, SOUZA, 2009).

De acordo com Raffestin (1993), é necessário diferenciar espaço e território. O autor defende que o espaço é anterior ao território, sendo o território “o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa)” (p.143), ou seja, ao se apropriar de um espaço, o ator o territorializa. Adicionalmente, defende que o território é “o espaço onde se projetou um trabalho” (p.144) e, conseqüentemente, o território é também marcado pelas relações de poder. Em uma leitura marxista, o espaço pode ser considerado como a matéria prima, por não ter valor de troca e, paralelamente, o território é seu produto, pois se apoia no espaço, envolve as relações e “se inscreve num campo de poder” (RAFFESTIN, 1993, p. 144).

De acordo com Milton Santos (2005, p.255), possivelmente uma das referências centrais no que diz respeito ao tema, “é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social”. Isto porque é uma noção que necessita de constante revisão, que transita de acordo com o tempo histórico e a complexificação da sociedade. Santos defende que “o que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida”.

Raffestin (1993) explica, ainda, que as pessoas ou grupos populacionais vão ocupando pontos no espaço, de maneira regular ou aleatória; com ordenamento político, cultural, econômico e/ou social, resultado da lei da oferta e da procura. Assim, imprimem naquele espaço um sistema de *malhas, nós e redes*, constituindo-se, a partir daí, um território. Destaca que esse sistema é organizado de maneira hierárquica e é de onde se originam as estruturas de poder. Isso permite a coesão e a integração do território, bem como a imposição ou manutenção de uma(s) ou outra(s) ordens. Destaca, ainda, que toda tessitura se dá em determinado limite: “falar de território é fazer uma referência implícita a noção de limite que, mesmo não sendo traçado, como em geral ocorre, exprime a relação que um grupo mantém com uma porção do espaço” (RAFFESTIN, 1993, p. 153).

Adicionalmente, Souza (2013, p. 56) afirma que “as vidas que se expressam nos territórios constituem uma dimensão existencial do próprio território.” Ao encontro, Lopes et al. (2014, p. 602) afirmam que:

O território pode ser definido como a 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.

Monken (2008) refere ainda que território lembra limites e restrições ao acesso daqueles que a ele não pertencem. Originalmente, a noção de território liga-se ao conceito de ambiente e sua relação com a sobrevivência das espécies, ou seja, as condições vitais existentes sobre a superfície terrestre para continuidade da vida. De acordo com Monken (2008, p.4):

Na geografia, pode-se identificar duas grandes matrizes do termo território: a primeira — jurídico-política — deriva da geografia política clássica e estabelece uma ligação vital entre Estado e território; a segunda — etológica — considera que a territorialidade humana é análoga à animal e está na base da constituição de territórios.

Nesta lógica, considera-se o Estado como um produtor de território, inclusive como concepção mais difundida na geografia, que diz respeito ao uso do território como base do Estado-nação, ou seja, a “acepção de território como área, superfície ou extensão de terra, controlada por uma jurisdição político-administrativa, base geográfica da soberania de um Estado” (COELHO NETO, 2013, p.23). Entretanto, é preciso lidar com o território a partir da chave de leitura do *poder*, como defende Raffestin e, assim, considerar a atuação de todos atores, o que inclui o Estado.

Considerando o *poder* como elemento chave do território, pode-se afirmar que as tessituras realizadas são ambíguas, pois podem tanto assegurar o funcionamento das atividades daquela população, quanto garantir o controle da mesma. Essas tessituras se entrelaçam e se cortam, de maneira não linear, e de modo infundável (RAFFESTIN, 1993). De acordo com Sack (1986), o território pode ser considerado como uma estratégia que, a partir do controle de uma dimensão espacial, é utilizado para, de alguma maneira, influenciar e afetar recursos e pessoas.

Goulart et al. (2010) realizaram uma retomada histórica com relação aos usos feitos pelo Estado brasileiro do território, mais especificamente no campo das políticas públicas e sociais. Afirmam que, até os anos 1980, ou seja, até o período de redemocratização, a formulação das políticas sociais era baseada em três características: no clientelismo, no corporativismo e no isolamento burocrático. Após os anos de 1980, e com o processo de descentralização, foram adotadas as perspectivas da participação e da articulação entre os atores sociais. Já na década seguinte, pautou-se a busca por eficiência, eficácia e efetividade na ação estatal, abrindo caminho para a articulação entre Estado, sociedade civil e instituições

privadas nas localidades (GOULART et al., 2010), incluindo a desresponsabilização estatal pela execução de políticas. Ou seja, no discurso neoliberal de necessidade de enxugamento de gastos, justificaram-se os processos de terceirização, sendo as estratégias intersetoriais consideradas argumentos para tais práticas. Permeia-se aí o discurso de *valorização do território*, visto que as pessoas e instituições ali instaladas, via a “solidariedade”, poderiam ser produtoras das políticas sociais com menor participação estatal (GOULART et al., 2010):

Muitas das iniciativas estavam voltadas para o incentivo à formação de redes, entre atores sociais (individuais ou coletivos) e atores governamentais ou somente entre atores sociais, visando inserir as regiões na economia globalizada (GOULART et al., 2010, p.391).

Não por acaso, no campo das políticas sociais, especialmente na área da saúde - em razão do modelo de gestão implantado com o Sistema Único de Saúde (SUS), a discussão de território retomou sua centralidade no mesmo período em que o território passou a ser estratégico na garantia de eficiência das ações. O território passou a ser utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados que permitissem a elaboração de intervenções pela rede de serviços daquela localidade. É possível considerar a caracterização de base territorial como um dos princípios organizativos mais importantes para as políticas sociais, pois possibilita singularizar a população e seus problemas, além de dimensionar os impactos dos sistemas sobre os níveis de saúde da população. Permite ainda o estabelecimento de uma relação de responsabilidade entre os serviços e a população adscrita, afinal “cada situação-problema ou território irá demandar uma resposta diferenciada de articulação” (AKERMAN et al., 2014, p.4.295).

Entretanto, Righi (2010), baseando-se na forma como o SUS é estruturado, afirma que as redes assistências, quando pensadas de maneira hierarquizada, tendem a desconsiderar os territórios, operando articulações meramente funcionais entre os serviços:

Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar equipamentos por área de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos (RIGHI, 2010, p. 64)

Ao encontro, Souza (2013, p. 243-4) afirma que é preciso superar o território como mero produtor de demandas, para que se passe a utilizá-lo, de fato, como parte produtora da política:

Desta perspectiva, o território é somente um espaço de produção de demanda e a rede um lugar de oferta técnica de cuidado que tende ao isolamento temático e à especialização da atenção. A construção de redes territoriais de produção de saúde busca superar a percepção de que o território é apenas um lugar produtor de demandas que requerem ofertas técnicas, e busca afirmar que o território é um espaço vivo que requer diálogos e coproduções de ordem política e social.

Para que isso seja efetivado, então, defende-se que é necessário superar a hierarquia existente nas políticas sociais, de forma geral, e não apenas na saúde, visto que os demais setores se organizam de maneira similar. Assim, segundo Righi (2010, p. 65):

O conceito de *rede* representaria uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde, visto que nas redes não há centro: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de *poder*, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado em processos mais flexíveis. É, portanto, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo.

A partir desse conceito, é possível considerar o território e as produções ali tecidas como fundamentais para a existência de redes. Além disso, é importante pontuar que os equipamentos mais próximos territorialmente à população, geralmente, são as escolas e serviços da atenção/proteção básica, como as Unidades Básicas de Saúde (ou Unidades de Saúde da Família) e os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Neste sentido, Souza (2013) defende que são estes serviços e profissionais os mais possibilitados em manter a comunicação entre a rede de serviços e os territórios existenciais dos usuários.

Retomando a discussão do *poder*, o qual caracteriza o território, também é possível afirmar que as redes podem alterar as relações de poder. As redes de serviços, ao se proporem a acompanhar os movimentos do território, visto que as relações de poder que ali permeiam geram instabilidade, precisam estar flexíveis a se modificarem. Só assim, compreendendo o território como um espaço de pertencimento, de classe, e permeado por relações de poder, é que as articulações entre os serviços da rede poderão se concretizar como estratégia de suporte social e, principalmente, como ferramenta para a garantia de direitos.

Adicionalmente, no plano concreto, é também fundamental que os serviços estejam organizados de maneira a facilitar os fluxos como, por exemplo, estando localizados em territórios contíguos. Isso porque, não raro, observamos delimitações realizadas pelas gestões municipais as quais não favorecem o estabelecimento desse trânsito, seja dividindo de maneira diferente os territórios em cada Secretaria, ou oferecendo serviços localizados a distâncias imensas, o que, além de dificultar o deslocamento do usuário, impede de maneira

significativa a formação de redes. De acordo com Coelho Neto (2013), a rede de serviços é capaz de produzir processos de desterritorialização como de territorialização.

#### **2.4 Redes e Terapia Ocupacional**

Para compreender o papel desempenhado pelas terapeutas ocupacionais nas ações das redes de serviços intersetoriais faz-se necessário, ainda que brevemente, retornar à fundação das políticas públicas, com destaque às sociais, em paralelo à gênese e consolidação desta profissão em específico.

Segundo Lopes (1999), a terapia ocupacional surgiu no início do século XX, nos países denominados de primeiro mundo, com destaque para Canadá, Estados Unidos e Inglaterra. De acordo com a autora, as terapeutas ocupacionais se enquadravam na categoria de “trabalhadores do consenso”, assim denominados pela função exercida dentro dos serviços da área social. Isto porque, naquele contexto, considerando o acirramento da divisão social do trabalho entre os séculos XIX e XX, a oferta de serviços nesta área se consolidou, afim de funcionar como forma de apaziguamento para as demandas e os conflitos oriundos da classe trabalhadora, inclusive dos ideais revolucionários e socialistas, por parte da elite capitalista (LOPES, 1999). Ainda segundo a autora, vale destacar que a predominância das trabalhadoras mulheres se dava justamente pela questão moral embutida no trabalho de consenso, ou seja, características como docilidade e instinto materno eram vistas como próprios das mulheres e adequados para o tipo de assistência prestada, além de seu caráter caritativo.

Bezerra (2011), ao realizar uma retomada histórica da terapia ocupacional, explicita as idas e vindas desta categoria no que diz respeito à sua legitimação e suas funções perante ao Estado capitalista monopolista. Lopes (1999) explica que, durante o pós I Guerra Mundial, o Estado, cumprindo suas funções nesse contexto, passou a intervir de maneira mais sistemática nas áreas sociais - para a readaptação e reabilitação dos sujeitos, tida como uma das possíveis soluções pacíficas para a reconstrução nacional. Foi neste período que se deu a aproximação da terapia ocupacional, ainda que de maneira subalterna, à medicina, com intuito de conferir maior legitimidade técnica e científica à categoria, notadamente no campo da reabilitação física e moral (Lopes, 1999).

Tendo em vista este cenário, é possível afirmar que a terapia ocupacional teve como base de sustentação funcional-ocupacional nos países destacados as políticas sociais estatais (BEZERRA, 2011), com a consolidação de uma postura mais técnica e científica

(consequentemente com caráter de menor contestação ideológica e mais “conciliadora”) após a crise de 1929, período de maior evidência de intervenção estatal no plano social (LOPES, 1999).

Neste âmbito, pode-se dizer que a profissão cumpria de maneira objetiva o papel de manutenção da força de trabalho, visto que estava diretamente ligada à saúde dos trabalhadores, na função da reabilitação. É importante lembrar que as políticas sociais cumprem, ao mesmo tempo, a função de atender aos interesses do capital e também responder às pressões populares por melhores condições de vida. Naquele momento histórico, pode-se concluir que a terapia ocupacional foi utilizada como mecanismo, pelo Estado, para cumprir tal função. Bezerra (2011, p. 115) afirma, então que:

Assim, a vinculação da profissão com o Estado capitalista e a questão social é inerente a sua própria existência (...) estando a profissão, portanto, permeada, desde a sua origem, pela contraditoriedade, da relação capital x trabalho.

Com relação ao contexto de desenvolvimento da profissão especificamente no Brasil, é possível destacar como as duas primeiras principais vias de inserção no mercado de trabalho: as instituições de caridade, ou seja, entidades da sociedade civil, geralmente de cunho religioso, bastante atuantes na prestação de serviços no país, nas quais se encontravam institucionalizadas as pessoas com deficiência e transtorno mental; e os programas de reabilitação profissional da previdência social (BEZERRA, 2011).

A ampliação das políticas sociais durante o regime ditatorial gerou novas demandas à categoria, ao mesmo tempo em que gerou maior aproximação com as ciências humanas, na busca por outras respostas ao agravamento da questão social. Vale ressaltar que este momento, muitas vezes denominado “crise de identidade”, em vista da abertura do diálogo com diferentes campos do saber, gerou mobilizações, como é característico das crises. Neste período, Bezerra (2011, p. 125) prefere denominar o processo vivenciado de “reconfiguração da terapia ocupacional”.

Considerando aquele cenário como o de maior expressão das contradições do capitalismo no Brasil, as profissionais, na tentativa de ofertar resposta, passaram a discutir e efetivar importantes mudanças. Ocorreu a ampliação da entrada da categoria no mercado de trabalho, principalmente no que diz respeito à atuação em grandes instituições, reforçando dois aspectos: do assistencialismo e do controle (SOARES, 1991). Paralelamente, as

terapeutas ocupacionais passaram a ter contato direto com as mais variadas faces do processo de pauperização da classe trabalhadora (BEZERRA, 2011). Pode-se dizer, também, que se ampliou o escopo de atuação para outros campos, para além do campo da saúde e da reabilitação, especificamente.

Adicionalmente, em meados da década de 1970 emergiram, durante a “abertura democrática”, movimentos sociais, dentre os quais, no campo das reivindicações para a saúde, importante protagonismo das lutas de usuários e trabalhadores da saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização. Assim, os profissionais ligados a estes segmentos populacionais passaram a ser requisitadas para outras tarefas, como parte da nova política assistencial. A terapia ocupacional, então, começou a integrar os serviços extra hospitalares (LOPES, 1999).

A Constituição de 1988 se apresentou como importante marco para a atuação das terapeutas ocupacionais, nos três pilares da seguridade social – saúde, previdência social e assistência social, com destaque, naquele momento, ao marco legal do Sistema Único de Saúde. Entretanto, este marco da garantia de direitos não esteve livre das contradições da sociedade capitalista, visto que se deu em meio a plena expansão do neoliberalismo, o que acarretou, junto a expansão das políticas sociais efetivadas pelo Estado, o alargamento do chamado “terceiro setor” para o cumprimento desta função (BEZERRA, 2011). A terapia ocupacional, obviamente, não foi poupada desta contradição, e até os dias atuais podemos observar a grande entrada desta categoria nas instituições privadas que executam as políticas sociais, inclusive no contexto alvo dessa investigação.

A partir desta breve retomada histórica, é possível observar as reentrâncias políticas e sociais pelas quais se deu a entrada da terapia ocupacional em diferentes campos e núcleos de atuação. Também se faz necessário, ainda que rapidamente, destacar alguns pontos da formação das terapeutas ocupacionais. Apesar de as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação, de 2002, apontarem majoritariamente para a atuação no campo da saúde, pode-se compreender também a defesa pela formação de um profissional generalista e crítico. Foram elencados, abaixo, cinco incisos do artigo 5º - formação de competências e habilidades específicas - das Diretrizes Curriculares, à título de ilustração:

IV - Compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais;

XIV - conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo;  
 XVII - conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização;  
 XXV - desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão;  
 XXX - vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros. (BRASIL, 2002, s/p)

Além disso, ainda no mesmo artigo, fica explicitada a necessidade da terapeuta ocupacional em:

XXXI - conhecer a estrutura anátomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas;  
 XXXII - conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade;  
 XXXIII - conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias;  
 XXXIV - conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos. (BRASIL, 2002, s/p)

Já o artigo 13, acerca da estrutura do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, infere-se no inciso III que deverá assegurar-se que:

As instituições de ensino superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade socioeconômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para *assegurar a formação generalista*. (BRASIL, 2002, s/p) [Grifo nosso]

Adicionalmente, no ano de 2010, a resolução número 383 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, define as competências do Terapeuta Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências, resolução esta considerada por Bezerra (2011, p. 142) como “talvez a mais emblemática expressão” da reconfiguração da terapia ocupacional na contemporaneidade, considerando as mudanças nos anos 2000. Os artigos abaixo destacam a centralidade da atuação da terapia ocupacional nos processos de ruptura, criação e fortalecimento de redes:

Art. 6º O terapeuta ocupacional, no âmbito de sua atuação, planeja e executa atividades orientadas para a participação e facilitação no desempenho ocupacional e expressivo de pessoas com deficiência, com processos de ruptura de rede, de risco, desvantagem e vulnerabilidade social nos diversos ciclos de vida. (COFFITO, 2010, s/p)

E:

Art. 10º O terapeuta ocupacional, no âmbito de sua atuação, trabalha campo social com pessoas, famílias ou grupos em situação de migração, deslocamento, asilo ou refúgio por meio de atividades como tecnologia de mediação sócio-ocupacional a fim de fortalecer e/ou de desenvolver redes de suporte e de trocas afetivas, econômicas e de informações, desenvolvendo estratégias de pertencimento sociocultural e econômico, adaptações ambientais, organização da vida cotidiana, a construção de projetos de vida, acessibilidade e outras tecnologias de suporte para inclusão sociocomunitária e de favorecimento do diálogo intercultural (COFFITO, 2010, s/p)

A partir desta resolução, a terapia ocupacional tem sua entrada regulamentada em todos os três pilares da seguridade social. Em pleno contexto de crise do capital, contexto no qual as taxas de desemprego e de trabalho precarizado alcançam números exorbitantes e, assim, a vulnerabilidade e exclusão social se acentuam, esta categoria profissional permanece dando respostas, mais ou menos diretas, via o Estado, para a manutenção da força de trabalho (BEZERRA, 2011).Entretanto:

As intervenções profissionais são desenvolvidas em um contexto institucional que apresenta contradições, pois, as próprias demandas sociais que chegam a essas instituições são contraditórias, de modo que, a Terapia Ocupacional não cumpre, apenas, uma funcionalidade para o processo de reprodução do capital. O que ocorre é que o profissional, ao tomar consciência crítica do significado do seu papel e de que suas demandas comportam contradições, ele pode, na sua intervenção, ultrapassar essas demandas institucionais e atender, em certa medida, algumas das reais necessidades dos usuários das políticas públicas (BEZERRA, 2011, p. 147).

Ao encontro do que defende o autor, compreende-se aqui que, apesar das terapeutas ocupacionais fazerem parte da classe trabalhadora, que vende sua força de trabalho e está sujeita aos interesses do capital, possui também relativa autonomia e pode – ou deveria – utilizar da perspectiva crítica ao intervir junto às populações, independentemente da política social na qual está inserida, lançando mão de seus recursos para problematizar e construir caminhos concretos na realidade em que atua. Com o intuito de superar a reprodução de ações que objetivam tão somente a manutenção da força de trabalho, podendo então responder às demandas cotidianas das pessoas como parte da rede de suporte social, com base em princípios como a promoção da emancipação e da autonomia.

Considera-se que tal retomada histórica e crítica da profissão se faz essencial para que possamos superar reproduções do *status quo* e, além disso, compreender o processo que resultou na entrada e circulação da terapia ocupacional em diferentes campos de atuação, fator determinante para discutir as possibilidades desta categoria profissional nas ações das redes intersetoriais.

Ao examinar produções em torno da terapia ocupacional social (LOPES et al., 2014; LOPES et al., 2011) por exemplo, é possível encontrar apontamentos fundamentais para uma prática mais crítica - da qual faz parte, em destaque para esta investigação, a articulação social. Acredita-se que a reflexão crítica acerca das ações terapêutico-ocupacionais precede efetivas mudanças de realidade:

Tem se evidenciado a necessidade dos seguintes elementos: o tempo; a disponibilidade do técnico; a agilidade e a *responsabilidade ética e técnica na articulação entre diferentes atores e serviços*; a constituição de uma leitura centrada e conhecedora da realidade social e subjetiva, individual e coletiva; um amplo repertório para a proposição cotidiana de atividades, bem como o alargamento do conceito da atividade; *o conhecimento e o diálogo com a rede de recursos sociais preexistentes na comunidade e na cidade*; a reflexão sobre os limites da relação técnica no cuidado e no acolhimento de questões sociais no âmbito individual. Todos esses elementos nos instigam a refletir sobre os tempos da ação terapêutico-ocupacional no campo social e sobre a disponibilidade necessária para o trabalho cotidianamente direcionado para a urgência de mudanças efetivas da realidade. (LOPES et al., 2014, p.600) [Grifos nossos].

Considerando ainda o campo social, Lopes et al. (2014, p. 594) defendem “articulação de recursos no campo social” e a “dinamização da rede de serviços” como possíveis tecnologias da terapia ocupacional. A primeira consiste na estratégia de “manejar as práticas em diferentes níveis de atenção em torno de objetivos comuns e utilizar os recursos possíveis, compreendidos como dispositivos financeiros, materiais, relacionais, afetivos, sejam eles micro ou macrosociais” (p. 597-8), ou seja, desde o plano individual até os níveis da política e sua gestão. A segunda tem como objetivo “mapear, divulgar e consolidar todos os programas, projetos e ações” voltadas para a população em questão - seja de determinado território e/ou faixa etária e/ou demanda específica, no “intuito de fomentar a interação e a integração entre eles, articulando os diferentes setores e níveis de intervenção, facilitando a efetividade e o direcionamento das estratégias” (p. 598).

Lopes, Borba e Cappellaro (2011) defendem que é a partir de ações em torno da criação e/ou fortalecimento das redes sociais que se faz possível garantir maior autonomia e inserção social de pessoas ou grupos populacionais os quais vivenciam processos de ruptura. Para isso, é necessário que os atores sociais, por exemplo, os profissionais, estejam voltados para uma atuação baseada no território, garantidora de direitos, e que respeite a singularidade dos sujeitos.

É importante lembrar, como foi explicitado na apresentação desta investigação, que a necessidade em compreender a especificidade e/ou as contribuições desta categoria profissional surgiu do cotidiano de trabalho da pesquisadora, terapeuta ocupacional, inserida

na atenção básica de saúde. A partir da vivência neste contexto, ora individualmente, no contato com outros trabalhadores, ora nos encontros com outras terapeutas ocupacionais, com frequência saltava aos olhos a disponibilidade e facilidade de circulação destas profissionais entre os diferentes serviços e/ou setores das políticas sociais.

Além disso, faz-se a defesa que, como profissão que se pauta pelo trabalho acerca dos cotidianos e da (re) inserção social das pessoas, não é possível ser terapeuta ocupacional sem estar comprometido com o tema das redes - seja aquela rede de natureza primária ou secundária, incluindo nesta última a rede de serviços. Afinal, é por ali que todos transitam, é onde as relações se tecem, se aproximam ou se afrouxam. A depender destas, mais ou menos necessidades serão atendidas, mais ou menos direitos serão garantidos.

A investigação em tela objetivou buscar se há a presença de terapeutas ocupacionais compondo as redes, em uma realidade municipal local, e indagar, a partir da perspectiva destas trabalhadoras, qual a função deste técnico dentro da composição de articulação intersetorial de serviços.

A fim de compreender o que vem sendo produzido, especificamente no âmbito da terapia ocupacional acerca da constituição de redes de serviços e da intersetorialidade, foi realizado um levantamento bibliográfico das questões-chave para esta pesquisa. A busca foi realizada em dois periódicos *online* de terapia ocupacional: os Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar<sup>3</sup> e a Revista de Terapia Ocupacional da USP, referências para a área. O primeiro tem as edições disponíveis para consulta *online* de todos os seus volumes, entre os anos de 1990 e 2017, totalizando 60 edições em 25 volumes. Já o segundo periódico está disponível *online* entre os anos de 2002 e 2017, totalizando 48 itens em 28 volumes.

Utilizou-se de duas palavras-chave – “rede” e “intersetorialidade”, em todos os escopos de busca (autor, título, resumo, termos indexados e textos completos). Fez-se esta opção em vista do pequeno número de produções encontradas na busca apenas pelo título. A seleção dos artigos relevantes foi feita pelo título dos trabalhos e, no caso de dúvidas, foi feita a leitura dos resumos. Todos os textos selecionados foram lidos na íntegra e suas informações sistematizadas<sup>4</sup>.

Nos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, ao realizar a busca pela palavra-chave “rede”, foram encontrados 54 artigos, dos quais foram selecionados quatro, se tratando

---

<sup>3</sup>Atualmente *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*.

<sup>4</sup>No Anexo I é possível encontrar tabelas organizadas por periódico e palavra-chave, com os nomes dos artigos selecionados, autoria, ano de publicação, assunto, método utilizado, população estudada, resultados e possíveis observações.

um deles de resumo de tese. Ao utilizar a palavra-chave “intersectorialidade”, foram encontrados seis trabalhos, dos quais dois foram selecionados. Já na Revista de Terapia Ocupacional da USP foram encontrados 198 artigos ao utilizar a palavra-chave “rede”, dos quais 12 foram selecionados, dentre os quais três são editoriais. Já a partir da palavra-chave “intersectorialidade”, encontrou-se 19 publicações, das quais quatro foram selecionadas, havendo um editorial. Os critérios utilizados para a seleção dos trabalhos foram: estar inseridos no contexto de pelo menos uma das políticas sociais de saúde, assistência social e/ou educação; e ter como um dos temas centrais, ainda que não o principal, a discussão em torno da estratégia de articulação em rede entre serviços e/ou a estratégia da intersectorialidade.

A partir do levantamento bibliográfico, foi possível destacar a presença majoritária de artigos que abordam o tema das redes e da intersectorialidade ligados ao campo da saúde, fato que vai ao encontro do que foi discutido acima acerca das “redes sociais” (item 2.1).

Ao pesquisar a palavra-chave “rede”, nos *Cadernos*, um dos textos apresentava foco no campo da saúde, mais especificamente na saúde mental. Outros dois tratavam de redes temáticas – usuários de drogas e crianças e adolescentes em situação de rua, em uma interlocução entre as políticas públicas, mas com importante destaque para a saúde. O último se refere à área da educação. Ao buscar “intersectorialidade”, ambos os trabalhos encontrados se inserem no campo da saúde, um destes especificamente no campo da saúde mental.

Já na *Revista*, 10 dos 12 artigos selecionados a partir da busca por “rede” fazem referência direta ao campo da saúde – apesar de, em algum momento, remeterem a outros campos – e um traz a intersecção entre saúde e educação. Podemos afirmar ainda que, dentro daquele campo, a maior parte das investigações se relaciona com a política de saúde mental, especificamente seis dos dez trabalhos. Barata (2015) afirma que o uso da metodologia de redes tem apresentado crescimento significativo nas estratégias de cuidado em saúde mental, especialmente nas práticas desenvolvidas pelos serviços substitutivos territoriais. Com relação à “intersectorialidade”, três dos quatro trabalhos estão ligados ao campo da saúde, sendo dois deles do campo da saúde mental especificamente.

Também é possível afirmar que o tema das redes está intimamente ligado ao tema da intersectorialidade. Ao realizar a busca por esta palavra-chave, no primeiro periódico, um dos dois textos selecionados já havia sido escolhido na busca pela palavra-chave “rede”. Mais ainda, ao fazer a busca no segundo periódico, todos os textos selecionados já haviam sido escolhidos na busca por “rede”.

Outra questão relevante, suscitada pela busca bibliográfica, é a de que nenhum artigo suscita, objetivamente, a especificidade da terapia ocupacional nas redes. Tal questão é presente em muitas temáticas do campo profissional, dada sua incipiência na institucionalização de pesquisas acadêmicas específicas de seu campo. Assim, considera-se, e defende-se, a partir do que foi discutido no início deste ponto, acerca da correlação do campo da terapia ocupacional com as redes cotidianas das vidas dos sujeitos, que as ações da terapia ocupacional em torno das redes intersetoriais devem ser consideradas como estratégias profissionais, requerendo conhecimento para o seu desenvolvimento.

Defende-se que não se deve tratar este tipo de ação como corporativa ou exclusiva da categoria, dada sua dimensão intersetorial e necessidade de envolvimento de muitos profissionais para sua efetividade, contudo, aponta-se que há grande potência ali armazenada e que deve ser colocada em prática. É importante destacar a interdisciplinariedade inerente, visto que todos os trabalhadores e gestores de políticas sociais devem estar sensíveis e familiarizados com tal prática. Maximino et al. (2017), por exemplo, debatem a importância do papel dos Agentes Comunitários de Saúde no que concerne às redes, visto que são os trabalhadores responsáveis pelo elo entre as redes pessoais da população com as demais redes, notadamente as dos serviços daquele território.

Em consonância com esta visão, acredita-se na relevância da participação de terapeutas ocupacionais no desenvolvimento da operacionalização da rede de serviços, com o intuito de maior acesso aos direitos, com autonomia e liberdade, das pessoas com quem trabalhamos.

Em síntese, tendo em vista os pontos acima elencados em torno das redes, intersetorialidades, território e terapia ocupacional; esta investigação se propôs a conhecer a estratégia de articulação dos serviços para a constituição de redes, na Prefeitura Municipal de Campinas, a partir da perspectiva de profissionais atuantes nos serviços das políticas de assistência social, educação e saúde, enfocando na atuação das terapeutas ocupacionais, com objetivo de conhecer a perspectiva dessa profissão sobre suas ações nas redes de serviços. Para isso, foi necessário realizar o mapeamento das redes intersetoriais existentes no município, além de entrevistas com gestores das políticas de assistência social, educação e saúde, bem como aplicação de questionários e diálogo presencial junto às terapeutas ocupacionais atuantes na Prefeitura. Buscou-se debater criticamente as formações de rede intersetoriais a fim de oferecer pistas para fomentar iniciativas que se pautem pela garantia de direitos e de suporte social, de fato.

### **3. O LOCAL DA PESQUISA**

#### **3.1 O município de Campinas, SP.**

A escolha do município de Campinas-SP como contexto a ser estudado decorre de seu pioneirismo no campo do debate e da implementação de estratégias intersetoriais para responder às demandas da população campineira. Pesquisas anteriores (RIMOLI, 2005; MALFITANO, 2008) relataram experiências no local. Além disso, existe a aproximação da proponente desta pesquisa com a rede municipal, por motivo da atuação como terapeuta ocupacional inserida em um serviço de saúde da prefeitura. Entende-se, assim, que isso fortalece a escolha, na medida em que se espera que esta inserção possa facilitar o acesso ao campo, juntamente com o reconhecimento dos limites implícitos a esta situação, bem como se intenciona produzir reflexões que possam ser compartilhadas posteriormente com o lugar de trabalho.

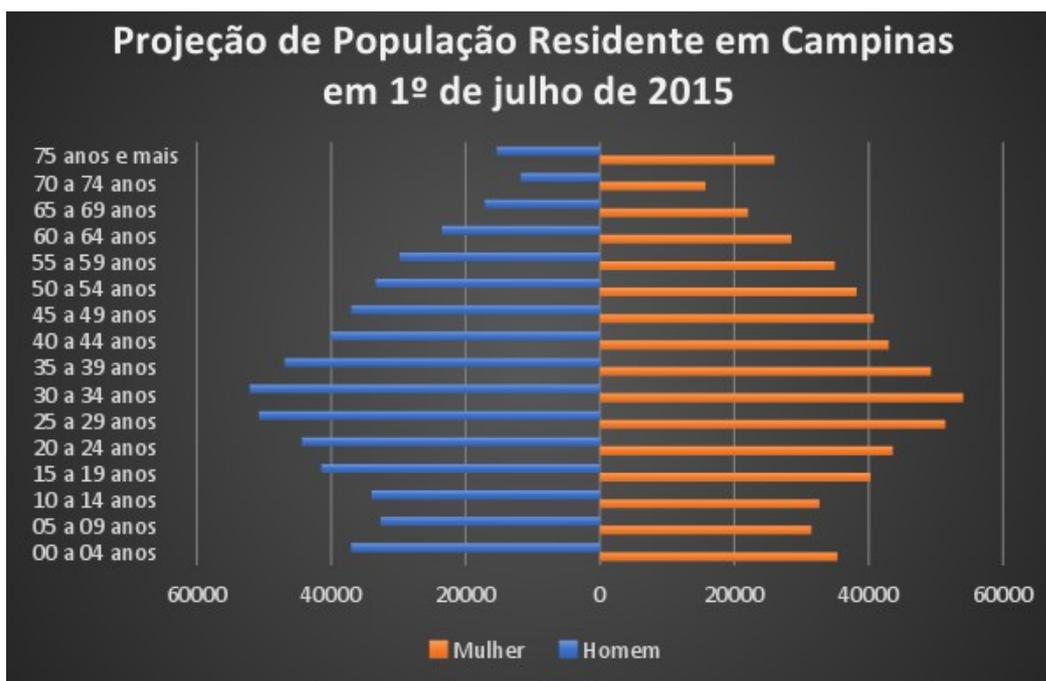
O município de Campinas, localizado no interior do estado de São Paulo, tem como data oficial de fundação o dia 14 de julho de 1774. O desenvolvimento econômico, social e cultural da cidade lhe permitiu disputar, no final do século XIX, a primazia com a capital do estado. Com a dinâmica econômica e demográfica de Campinas e região, começa a nascer uma nova metrópole paulista, configurada hoje como Região Metropolitana de Campinas – RMC (CAMPINAS, 2015). A tabela abaixo ilustra a configuração populacional do município, segundo o censo mais recentemente disponibilizado (2011). Para o ano de 2017, estima-se o total de 1.182.429 habitantes e a densidade demográfica de 1.359,6 habitantes por km<sup>2</sup>.

Figura 1— Foto aérea da cidade de Campinas



Fonte: <http://www.portaldarmc.com.br/>. Acesso em 10 outubro 2017.

Gráfico 1— Projeção de população residente em Campinas em 1º de julho de 2015



Fonte: SEADE, 2015

Vale ressaltar que, entre as décadas de 1930 e 1940, a cidade passou a receber uma população significativa de migrantes e imigrantes procedentes das mais diversas regiões do estado, do país e do mundo, os quais chegavam à Campinas atraídos pela instalação de um novo parque produtivo (composto de fábricas, agroindústrias e estabelecimentos diversos). Neste período, portanto, a cidade de Campinas passou a vivenciar um novo momento histórico, marcado pela migração e pela multiplicação de bairros nas proximidades das

fábricas, dos estabelecimentos e das grandes rodovias em implantação - Via Anhanguera, Rodovia dos Bandeirantes e Rodovia Santos Dumont, consecutivamente (IBGE, 2013). Tal informação faz-se relevante visto que, em decorrência desta grande instalação de migrantes e a falta de estrutura local, começaram a se formar os grandes bolsões de pobreza do município. Em torno das rodovias estão os bairros ou complexos habitacionais os quais mais demandam a efetividade das políticas sociais para o cuidado das vulnerabilidades e promoção do acesso à cidadania para todos.

Durante o Censo 2010 do IBGE foi realizado um levantamento acerca dos moradores de Campinas residindo em aglomerados denominados subnormais, o qual apontou cerca de 40 mil domicílios (40% em área de risco) correspondendo a 12,9% da população vivendo em favelas. Comparado à média nacional, o percentual ultrapassa o dobro (que está em torno de 6%).

Em contrapartida, segundo informações coletadas no Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2013), o Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM) está situado na faixa “muito alto” (entre 0,800 e 1): 0,805, sendo que a dimensão que mais contribui para este IDHM é Longevidade, com índice de 0,860, seguida de Renda, com índice de 0,829, e de Educação, com índice de 0,731. Este índice coloca Campinas na 28ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros.

Tabela 1 – Índice de desenvolvimento humano municipal de Campinas e seus componentes

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,408	0,614	0,731
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	44,77	56,84	67,71
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	38,44	71,63	93,61
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	59,37	77,75	87,20
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	35,61	62,42	69,52
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	22,52	43,92	53,20
IDHM Longevidade	0,746	0,801	0,860
Esperança de vida ao nascer (em anos)	69,74	73,07	76,59
IDHM Renda	0,775	0,808	0,829
Renda per capita (em R\$)	995,15	1.223,77	1.390,83

Fonte: PNUD (2013)

Ainda segundo o Atlas (PNUD, 2013), é possível observar a evolução do percentual de pobreza no município entre os anos de 1991 e 2010.

Tabela 2—Renda, pobreza e desigualdade em Campinas

<b>Renda, Pobreza e Desigualdade - Campinas – SP</b>			
	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Renda per capita (em R\$)	995,15	1.223,77	1.390,83
% de extremamente pobres	0,99	1,52	1,06
% de pobres	5,48	6,24	3,16
Índice de Gini <sup>5</sup>	0,53	0,57	0,56

Fonte: PNUD (2013)

Na Região Metropolitana de Campinas, a cidade com maior Índice de Gini, ou seja, com maior desigualdade, é Campinas (IBGE/Censos Demográficos 1991; 2000; e 2010), dado esperado pela sua proporção e centralidade na movimentação econômica da região.

Na tabela abaixo, é demonstrado o panorama geral acerca de alguns índices que caracterizam a vulnerabilidade social no município:

Tabela 3 – Indicadores de vulnerabilidade social

<b>Vulnerabilidade Social - Campinas – SP</b>			
	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>Crianças e Jovens</b>			
Mortalidade infantil	23,60	18,06	11,81
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	72,27	44,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	13,27	5,17	4,05
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	7,07	4,92
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	1,69	2,71	1,85
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	5,55	4,86
<b>Família</b>			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	8,28	9,32	10,72
% de vulneráveis e dependentes de idosos	0,90	1,04	0,83
% de crianças com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais	1,77	3,02	2,30
<b>Trabalho e Renda</b>			
% de vulneráveis à pobreza	17,46	18,34	11,39
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	31,33	21,66
<b>Condição de Moradia</b>			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	94,02	97,26	97,30

Fonte: PNUD (2013)

De acordo com dados recentes (IBGE, 2015), o salário médio mensal dos trabalhadores formais no município era de quatro salários mínimos, sendo a porcentagem de pessoas ocupada de 41%. Paralelamente, 30,2% dos domicílios apresentam rendimento

<sup>5</sup> Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda, no qual 0 representa situação de total igualdade e 1 representa completa desigualdade - neste caso, só uma pessoa deteria toda a renda do município.

mensal de até meio salário mínimo por pessoa, o que o colocava Campinas na posição 394 entre as 645 cidades do estado.

Segundo dados do SEADE, disponíveis na página virtual da própria Prefeitura Municipal de Campinas (CAMPINAS, 2016), o município foi classificado, nos anos de 2006 e 2008, no grupo 2, de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, o que significa que, embora o município possua níveis de riqueza elevados, não exhibe bons indicadores sociais, demonstrando um padrão de inequidade social.

### **3.2 Políticas sociais em Campinas: breves apontamentos históricos**

Para que seja possível compreender a atual organização do município no qual realizou-se a investigação no que diz respeito às políticas sociais de assistência social, educação e saúde, julga-se necessária uma breve retomada histórica da constituição destes setores, tendo como pano de fundo as diretrizes nacionais, mas com foco nas particularidades desta cidade.

#### **3.2.1 Setor Assistência Social**

De acordo com a lei federal número 12.435, de 2011, a qual altera a lei 8.742 acerca da organização da Assistência Social:

Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais (BRASIL, 2011, s/p).

Assim, diferentemente das políticas sociais de Saúde e Educação, a política de Assistência Social é dirigida aos segmentos mais pobres da população, ou seja, não apresenta uma proposição universal, mas sim focal para sua ação. Pode-se discutir que, em linhas gerais, aqueles que acessam os serviços públicos de saúde e educação são, de fato, as pessoas pobres. Entretanto não há, como na política de assistência social, diretrizes que regulem o acesso de acordo com critérios de renda.

Segundo dados do Plano Municipal de Assistência Social – PMAS 2014/2017 (CAMPINAS, 2014) o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi implantado em Campinas, assim como em quase todo o território nacional, no ano de 2005.

Historicamente, de acordo com Rossin (2014), anteriormente à implantação do SUAS, Campinas seguia a estrutura brasileira de organização da assistência social, a qual era baseada nas ações de organizações de iniciativa privada, geralmente de cunho religioso, para assistir aos pobres. Nacionalmente foi criada, em 1942, a Legião Brasileira de Assistência Social – LBA, de iniciativa particular, em seguida incorporada e financiada pelo Estado, dando início à tradição das relações entre público e privado no campo da proteção social.

Ainda segundo a autora, em Campinas, na década de 1980, o modelo que garantia atendimento à população era ofertado pelo “Serviço de Coordenação de Entidades Sociais”, serviço este gerido pela Secretaria de Promoção Social e responsável por transferir recursos às entidades as quais realizavam projetos e eram supervisionadas pela prefeitura.

É importante destacar que os serviços que integram o SUAS são organizados por níveis de complexidade, sendo eles a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE), sendo esta última subdividida em Proteção Especial de Média Complexidade e Proteção Especial de Alta Complexidade.

De acordo com a Lei 12.435 de 2011, que altera a lei 8.742 acerca da organização da Assistência Social, a Proteção Social Básica (PSB) é composta por um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios os quais têm como objetivo prevenir situações de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2011). As ações devem ser desenvolvidas com centralidade pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), considerados porta de entrada da política de assistência social, responsáveis por articular as ações no território e entre a rede socioassistencial, sendo este equipamento responsável pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF. A Proteção Social Básica também tem em sua composição os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV) e o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio, o qual atende pessoas com deficiência e idosos (BRASIL, 2014).

De acordo com documento municipal, entre os anos de 2005 e 2006, foram abertos 11 CRAS no município de Campinas. Entretanto os atendimentos ofertados, até final do ano de 2013, eram executados por instituições particulares, com exceção de dois CRAS, que têm administração direta municipal desde sua criação. De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social (2014, p.34), na X Conferência Municipal de Assistência Social avaliou-se que “o Município não vinha conseguindo avançar com a celeridade necessária, na sua responsabilidade pública principalmente no que diz respeito à execução direta de serviços

socioassistenciais”. É destacado que, no mesmo ano, foram convocados novos servidores públicos para compor principalmente a proteção social básica, o que permitiu a estas unidades operar diretamente o PAIF.

Na tabela abaixo é possível identificar todos os serviços da Proteção Social Básica por distrito:

Tabela 4— número de serviços da Proteção Social Básica por distrito

Região	Distrito de Assistência Social	CRAS	SCFV	Oferta Privada
	Oferta Estatal	Oferta Estatal	Oferta Estatal	
Norte	1	2	0	38
Sul	1	2	1	28
Leste	1	2	1	25
Sudoeste	1	3	1	16
Noroeste	1	3	0	21
Total	5	12	3	128

Fonte: SMCAIS, 2014

Já a Proteção Social Especial tem como objetivo o atendimento de indivíduos e suas famílias que vivenciaram situações de violação de direitos. Visa contribuir para prevenir que tais situações não sejam agravadas, lançando mão de ações e orientações que se direcionem à promoção de direitos, à preservação e ao fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais além de utilizar recursos para reverter situações de risco (CAMPINAS, 2014).

De acordo com o Plano Municipal, a PSE:

oferta serviços, programas e projetos especializados nos casos de ocorrência de violência física, psicológica e sexual; abandono e negligência; exploração sexual, abuso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua (criança, adolescente e adulto), de trabalho infantil, idosos em situação de risco, mulheres vítimas de violência, pessoas necessitando de cuidados especializados em decorrência de deficiência ou processo de envelhecimento, entre outras situações de violação dos direitos. (SMCAIS, 2014, p. 56)

Ainda na PSE, são considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimento a famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2014), integram a PSE de média complexidade: o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (PAEFI); o Serviço Especializado em Abordagem Social; o Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com

Deficiência, Idosas e suas Famílias; e o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Destaca-se que o principal equipamento da PSE de média complexidade é o Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS, tendo sido implantado em Campinas no ano de 2008. Entretanto, a maior parte dos serviços, assim como na PSB, é de natureza privada. No ano de 2014, a rede executora do PAEFI constituía-se por 11 entidades beneficentes de assistência social, responsáveis pelo atendimento de 1.320 famílias (SMCAIS, 2014).

Já o atendimento de Alta Complexidade da PSE é voltado para a proteção de famílias e indivíduos que já estejam com seus direitos violados e cujos vínculos familiares e comunitários se romperam. Integram esta proteção: o Serviço de Acolhimento Institucional; o Serviço de Acolhimento em República; o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; o Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências (BRASIL, 2014). Os principais serviços são os abrigos, casas lares, casas de passagem e residências inclusivas. De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social (2014, p.67), o “objetivo principal dos serviços de acolhimento é promover a reintegração familiar e/ou comunitária de indivíduos e famílias bem como o fortalecimento da reconstrução de uma vida autônoma”.

Na tabela abaixo faz-se um comparativo do número de serviços por tipo de proteção de acordo com a natureza (pública ou privada).

Tabela 5—Número de serviços por tipo de proteção de acordo com a natureza

<i>Serviços Socioassistenciais por área de proteção social</i>	<i>Oferta Estatal</i>	<i>Oferta Privada</i>
<b>Proteção Social Básica</b>		
DAS	5	
CRAS	11	
PAIF	11	
SCFV	03	100
CCII	-	28
<b>Total da Proteção Social Básica</b>	<b>30</b>	<b>128</b>
<b>Proteção Social Especial de Média Complexidade</b>		
CREAS	03	-
PAEF	02	14
LA	-	02
PSC	-	01
Abordagem Social	-	03
PCD/Centro dia	-	01
Serviço Especializado para pessoas em situação de rua	01	03
Serviço de Proteção Especial para idosos	-	01
<b>Total Proteção Social Especial de Média Complexidade</b>	<b>06</b>	<b>25</b>
<b>Proteção Social Especializada de Alta Complexidade</b>		
Abrigo Institucional para crianças e adolescentes	01	06
Abrigo Especializado para crianças e adolescentes	0	01
Casa lar para crianças e adolescentes	0	13
Casa lar para adolescentes grávidas e/ou com filhos	0	01
Casa de passagem para crianças e adolescentes	0	02
Família Acolhedora	01	01
República para jovens e adultos	0	02
Casa de Passagem para jovens e adultos	0	01
Abrigo institucional para pessoas em situação de rua	01	03
Abrigo para idosos	01	10
Abrigo institucional para mulheres vítimas de violência de gênero	01	0
Serviço de proteção em situação de calamidades públicas e emergências	01	0
<b>Total Proteção Social Especializada de Alta Complexidade</b>	<b>06</b>	<b>40</b>
<b>Serviços Complementares</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>Total Geral</b>	<b>42</b>	<b>213</b>

Fonte: SMCAIS, 2014.

Mesmo com os avanços pontuados no que diz respeito à contratação de servidores e servidoras públicas pela Secretária Municipal de Assistência Social, ainda hoje a operacionalização dos serviços socioassistenciais conta com maior número de serviços terceirizados. Assim, a rede privada não atua de forma complementar, conforme as diretrizes da política de assistência social – a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL,

2014) e Normal Operacional Básica de Recursos Humanos no Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2011). Em verdade, as instituições privadas são majoritárias no SUAS Campinas.

Em decorrência desse quadro, Rossin (2014) afirma que, mesmo com os incontáveis avanços trazidos pela implantação do SUAS, frutos de luta e resistência, não se rompeu com a rede de atendimento filantrópico, geralmente de cunho religioso. Encontrou-se, na verdade, no *cofinanciamento*, oferecido pelo Estado ao terceiro setor, uma nova forma neoliberal para a execução dos serviços, estratégia está que reforça o lugar da caridade na política de assistência social, característica carregada historicamente por este setor (MONTANO, 2002).

Além disso, as terceirizações ou privatizações precarizam os contratos de trabalho dos técnicos, afetando diretamente a qualidade do serviço oferecido e a manutenção dos trabalhadores e trabalhadoras no posto de trabalho. Rossin (2014) ainda pontua que é importante destacar o fato dessa realidade repetir-se no contexto estadual e nacional, conforme é possível observar no Censo SUAS entre 2007 e 2011 e nos dados da XIX Conferência Nacional de Assistência Social, dados estes que demonstram um crescimento nas contratações precárias e decréscimo das contratações com vínculos mais permanentes.

Segundo Yazbek (2009, p. 155):

Trata-se de um contexto em que são apontadas alternativas privatistas e refilantropizadas para questões relacionadas à pobreza e à exclusão social. Cresce o denominado terceiro setor, amplo conjunto de organizações e iniciativas privadas, não lucrativas, em clara definição, criadas e mantidas com apoio do voluntariado e que desenvolvem suas ações no campo social, no âmbito de um vastíssimo conjunto de questões, em espaços de desestruturação (não de eliminação) das políticas sociais, e de implementação de novas estratégias programáticas como, por exemplo, os programas de Transferência de Renda, em suas diferentes modalidades.

No que diz respeito, especificamente, à articulação da política municipal de assistência social com a rede de serviços intersetorial, é possível encontrar no Plano Municipal 2014-2017 algumas indicações que fazem alusão a este tipo de ação. Por exemplo, para o referido quadriênio, o fortalecimento da intersetorialidade aparece como desafio para a gestão municipal e é tratado como condição imprescindível e estratégica de gestão, a partir da articulação diversas áreas de conhecimento.

Para a proteção social especial de média complexidade, destacou-se novamente o fortalecimento da intersetorialidade, e também da territorialidade como metas, articulando as demais políticas públicas, com destaque para a Política de Saúde Mental; e a construção

intersetorial, inclusive com a participação dos usuários e suas famílias, no Plano Individual de Atendimento Familiar (PIFA).

Sobre populações específicas: apontado como desafio para a gestão do Centro Dia o atendimento às pessoas com deficiência, pois constatou-se a necessidade de aprimoramento do acesso ao serviço, sendo que, para tanto, instituir-se-ia uma comissão gestora intersetorial que contaria com as secretarias de Saúde, Assistência Social e da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida. Sobre os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, apontou-se a necessidade de assegurar sua atenção integral. Para o atendimento à população em situação de rua, destacou-se as articulações com a área de saúde clínica e mental, para inserção dos usuários em situações relacionadas à dependência química nas residências terapêuticas e também no Consultório de Rua. Ainda, foi levantado o programa “jovem.com – cidadania digital”, que tem como objetivo promover a inclusão social de adolescentes e jovens a partir da inclusão digital, o qual deve ser gerido de maneira compartilhada entre as Secretarias de Assistência Social, Cultura, Pessoas com Deficiência e Mobilidade, Transporte, Educação e IMA<sup>6</sup>, devendo se constituir como um espaço de referência para a comunidade, de forma transversal e intersetorial (SMCAIS, 2014).

Dentre as deliberações da X Conferência Municipal de Assistência Social, destaca-se o eixo de gestão dos serviços:

Garantir a intersetorialidade com todas as políticas, incluindo o poder legislativo e judiciário, por meio de regulamentação do gestor, para concretização do SUAS (...) e garantir recursos para criação de um seminário intersetorial para construção coletiva de uma política municipal para a população em situação social de rua cujo perfil é identificado por mapeamentos realizados pelos serviços (SMCAIS, 2014, p.19).

### **3.2.2 Setor Educação**

Partiremos do período denominado como reconstrução nacional, a partir de 1930, especificamente a Constituição de 1934, na busca por compreender o processo de implantação das escolas públicas no município de Campinas para a constituição da política municipal de Educação. Foi nesse período que se deu início à modernização nacional, paralelamente à construção de uma política de escolarização em massa fomentada pelo Estado. Incluiu-se na Carta de 1934 a tarefa delegada às indústrias e empresas agrícolas em oferecer ensino primário gratuito aos seus empregados. Além disso, pela primeira vez, abriu-se um capítulo

---

<sup>6</sup>Informática de Municípios Associados - empresa de economia mista que presta serviços nas áreas de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e é responsável pelo desenvolvimento, manutenção e evolução de todos os sistemas que atendem à Prefeitura Municipal de Campinas.

especial para a educação e para cultura, o qual incumbiu o Estado de fixar o Plano Nacional de Educação, compreendendo o ensino de todos, inclusive sua gratuidade, até o nível primário. Entretanto, as próximas decisões não sustentaram tal prerrogativa: a Constituição de 1946, por exemplo, limitou a gratuidade das escolas secundárias e superiores públicas àqueles que comprovassem pobreza (BOSI, 1986).

De acordo com Bosi (1986, p. 65) o golpe de 1964 e a carta de 1967 foram uma revanche “contra tudo o que de socializante e popular o Estado vinha construindo”, não prevendo, por exemplo, dotações orçamentárias precisas para o ensino público. Com a influência da filosofia liberal sob o Estado autoritário, desresponsabilizou-se o poder público da tarefa de garantir educação.

Silva (2012) refere que no estado de São Paulo, e também no município de Campinas, o início do século XX foi marcado pela acentuada diferença entre as escolas urbanas e rurais. A autora defende que “tal dualidade nos leva à problematização de que a política e o discurso modernizador lançados nos anos 1930 no Brasil acabaram por consolidar, ao que tudo indica, projetos educacionais diferenciados para os grupos sociais” (p.4), que perdura até os dias atuais. De acordo com a autora, era papel da escola pública a disseminação da cultura nacional, a partir da educação moral (da moral católica) e cívica, com vistas a uniformização da população e a eliminação de quaisquer formas de organização autônoma da sociedade.

Nesse interim, instalou-se a compreensão de que modernidade e civilização se opõem à ruralidade, sendo então a cidade o local de progresso, partindo da ideologia liberal, principalmente após os anos 1960, quando a população urbana supera, em número, a rural (SILVA, 2012). A autora afirma ainda que o movimento iluminista estabeleceu o debate acerca da garantia da educação a todos, mas que é necessário, no entanto, considerar os limites impostos às classes populares, para as quais foi (e é) delegada “uma educação mais rápida, reduzida a um treino e a uma disciplina para o trabalho” (p.182). Pode-se considerar esse contexto comum às políticas sociais de maneira geral, sendo necessário levar em consideração sua ambivalência, já que são, ao mesmo tempo, instrumento de controle social pelo Estado, mas também fruto de lutas por direitos: “transcorre, pois, uma idealização da liberdade, mas na verdade o indivíduo é moldado por modos racionais de civilidade” (p. 182). Tal ambiguidade demarca a constituição e o desenvolvimento da educação pública nas sociedades capitalistas.

Saviani (1999), partindo da teoria da escola como Aparelho Ideológico do Estado (AIE), destaca:

Como AIE dominante, vale dizer que a escola constitui o instrumento mais acabado de reprodução das relações de produção de tipo capitalista. Para isso ela toma a si todas as crianças de todas as classes sociais e lhes inculca durante anos a fio de audiência obrigatória 'saberes práticos' envolvidos na ideologia dominante. (p.33-4)

A partir desse pressuposto, mas também das demais teorias não-críticas e crítico-reprodutivistas, é possível compreender o caráter segregador, marginalizador e seletivo inculcado na história da educação (SAVIANI, 1999), que atualmente se ilustra, de maneira bastante simbólica, por exemplo, no atual projeto de Reforma do Ensino Médio<sup>7</sup>. No entanto, Saviani (1999) defende que, do ponto de vista teórico, é possível pensar em uma teoria da educação crítica, que se consolidaria, pragmaticamente, pela retomada vigorosa da “luta contra a seletividade, a discriminação e o rebaixamento do ensino das camadas populares” (p. 42), luta essa, segundo ele, repleta de armadilhas, mas necessária no enfrentamento à marginalização das camadas populares.

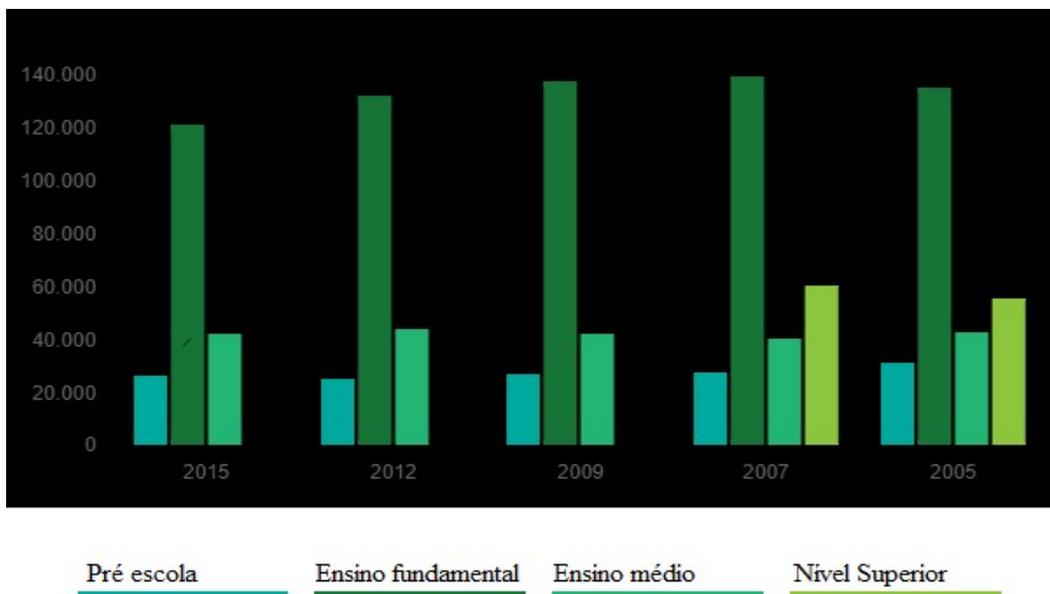
Na cidade de Campinas, atualmente, alguns dados apresentados pelo estudo “Dados sobre a educação de Campinas – Um panorama social, econômico e educacional” (TELLES, 2015) demonstram o desdobramento da história rapidamente relatada acima: foi constatada a taxa de analfabetismo (considerando pessoas com mais de 15 anos) mais elevada nas regiões periféricas do município que, apesar de ser menor do que a média nacional, representa 3,2% da população, ou seja, 28.275 pessoas; além disso, somente 12,8% das escolas avaliadas entre 2007 e 2011 apresentavam estrutura adequada, sendo o pior desempenho das escolas municipais, em contraponto às estaduais - dado este inferior à média da região sudoeste e do estado de São Paulo; em 2010, apenas 69% dos adolescentes entre 15 e 17 anos encontravam-se no nível escolar adequado para a idade, sendo que 15% estavam fora da escola; e, no que concerne à educação superior, especificamente para os cursos de graduação presencial, em 2013, apenas 16,8% dos matriculados proviam de escolas estaduais, enquanto 83,2% se formaram na rede privada. No que diz respeito às creches, apenas 39,9% das crianças menores de três anos eram assistidas, com maior proporção de não atendidos nas periferias, enquanto a meta do Plano Nacional de Educação é de 50% de cobertura.

---

<sup>7</sup>Lei nº 13.415 de 16/02/2017. De acordo com a lei, o novo currículo será formado de acordo com o itinerário formativo escolhido pelo estudante - linguagens, matemática, ciências da natureza, ciências humanas e formação técnica. As disciplinas de Filosofia e Sociologia, Educação Física e Artes serão obrigatórias apenas na Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Adicionalmente, a nova legislação prevê que a formação técnica ocorra dentro da carga horária do ensino regular, desde que o aluno continue cursando português e matemática.

Abaixo, é possível observar dados acerca do número de alunos matriculados por nível entre os anos de 2005 e 2015.

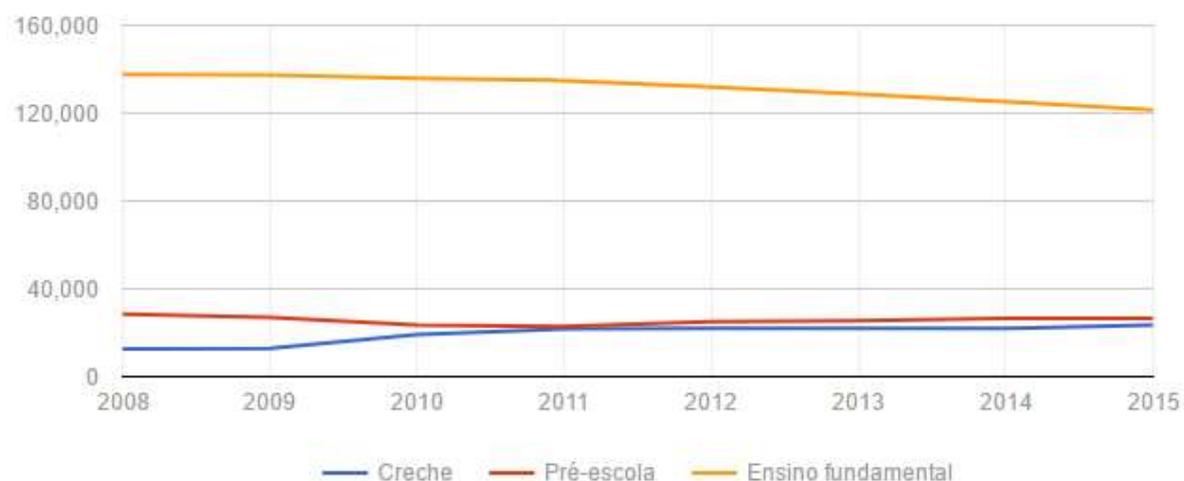
Gráfico 2– Número de escolas/nível



Fonte: IBGE, 2017.

No gráfico abaixo, é possível observar de maneira mais evidente o decréscimo no número de matriculados no ensino fundamental entre os anos de 2008 e 2015:

Gráfico 3–Número de matrículas por série escolar entre os anos de 2008 e 2015



Fonte: IBGE, 2015.

Diferentemente da política de assistência social, a política de educação é oferecida, majoritariamente, por serviços de administração pública estatal – seja pelas escolas

municipais ou pelas estaduais. Ainda assim é preciso destacar a situação da educação infantil, que se encontra majoritariamente terceirizada, inclusive por instituições filantrópicas e de cunho religioso, assim como acontece na política de assistência social. Segundo dados da relação dos empregos terceirizados, em 2016 o município contava com mais de 1.600 funcionários trabalhando mediante tal tipo de contratação.

No ano de 2015, pode-se observar que o Plano Municipal de Educação (CAMPINAS, 2015) gerou importantes divergências ao colocar em pauta a questão da precarização do trabalho pelos serviços terceirizados. O documento gerado pelas Conferências regionais e pela Conferência Municipal de Educação determinava, por exemplo, a ampliação da oferta de educação infantil em creches, na rede pública municipal direta, e também a reincorporação das unidades escolares públicas com gestão indireta para a responsabilidade da SME. Entretanto, a gestão municipal suprimiu ou modificou os excertos que tratavam dessa questão, de modo a dar margem à privatização.

Além da terceirização, forma específica de privatização, também é necessário discutir a questão das escolas particulares, que, apesar de não serem diretamente financiadas pelo Estado, caracterizam importante problemática. Em Campinas, ao tratarmos de Educação Básica, as escolas particulares têm representatividade expressiva na absorção de crianças e adolescentes locais.

Na tabela abaixo, é possível observar o número de alunos por etapa entre as escolas municipais, estaduais e privadas:

Tabela 6—Número de alunos por etapa escolar

	<b>Creches</b>	<b>Pré Escola</b>	<b>Anos iniciais</b>	<b>Anos finais</b>	<b>Ensino Médio</b>	<b>EJA</b>	<b>Ed. Especial</b>	<b>Total de escolas</b>
<b>Municipal</b>	17.756	15.136	10.821	7.740	0	5.384	0	209
<b>Estadual</b>	0	0	40.087	30.412	35.017	5.042	0	171
<b>Particular</b>	9.113	10.646	19.996	13.762	7.731	151	284	217

Fonte: QEDu, 2017. (<http://www.qedu.org.br/>. Acesso em 19 de nov. de 2017)

Ao analisar a distorção idade-série, no que diz respeito à proporção de alunos com atraso escolar de dois anos ou mais para todo o Ensino Básico, é possível observar que, nos anos iniciais, ou seja, entre o 1º e o 5º anos, o índice é de 6% dos alunos nas escolas públicas,

enquanto que nas escolas privadas é de 3%. Entre o 6º e 9º anos, de 13% nas públicas e 5% nas privadas. Já no Ensino Médio, é de 15% nas públicas e, novamente, menos da metade nas particulares: 6%. O censo também permite acessar a porcentagem de crianças e adolescentes que atingiram o nível adequado de aprendizado em português e matemática na rede pública de ensino. No 5º ano, 64% das crianças foram avaliadas como adequadas para português e 57% para matemática. Para o 9º ano, os números são ainda mais preocupantes, visto que apenas 32% tem o conhecimento considerado adequado para português e apenas 15% em matemática. Assim, infelizmente, torna-se bastante evidente de que forma a dicotomia público *versus* privado, na oferta de um direito social como a educação, gera importante desigualdade.

Acrescenta-se que Campinas tem sido palco, atualmente, de intensos debates e polêmicas com relação ao campo da Educação, principalmente pelas atuais proposições feitas por vereadores da Câmara Municipal, como o veto à inclusão da “ideologia de gênero”, como denominado pelo vereador Campos Filho (DEM), no Plano Municipal de Educação em 2015 (CAMPINAS, 2015); além do recente “Programa Escola Sem Partido”, do vereador Tenente Santini, do PSD (CAMPINAS, 2017). Ressalta-se que tais proposições foram aceitas, de maneira quase unânime, pelos demais vereadores, o que ilustra o grande conservadorismo que o município de Campinas vivencia.

No que diz respeito, especificamente, à articulação de serviços intersetorial, foi encontrado de maneira acentuadamente mais escassa, nas literaturas consultadas, a aclamação por essa estratégia para o setor Educação. Dentre as 20 metas colocadas no Plano Nacional de Educação, por exemplo, é possível encontrar menção à intersetorialidade em se tratando de famílias contempladas por programas de transferência de renda, na educação de jovens e adultos com deficiência e no que diz respeito ao Programa Mais Educação, que prevê a oferta de educação em tempo integral. Os trechos foram destacados abaixo, respectivamente:

Ainda na mesma perspectiva de atendimento intersetorial, é destacável a Estratégia 1.14: “fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso e da permanência das crianças na educação infantil, em especial dos beneficiários de programas de transferência de renda, em colaboração com as famílias e com os órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância”. (p.17)

Promover a *articulação intersetorial* entre os órgãos e políticas públicas de saúde, assistência social e direitos humanos, em parceria com as famílias, a fim de desenvolver modelos de atendimento voltados à continuidade do atendimento escolar na educação de jovens e adultos com deficiência e transtornos globais do desenvolvimento com idade superior à faixa etária de escolarização obrigatória, para assegurar a atenção integral ao longo da vida (Estratégia 4.12). (p.24)

O programa Mais Educação tem sido uma das principais ações do governo federal para ampliar a oferta de educação em tempo integral, por meio de uma *ação intersetorial* entre as políticas públicas educacionais e sociais, contribuindo, desse modo, tanto para a diminuição das desigualdades educacionais quanto para a valorização da diversidade cultural brasileira. Conta com a participação dos Ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Ciência e Tecnologia, do Esporte, do Meio Ambiente, da Cultura, da Defesa e também da Controladoria-Geral da União. (p.29)

No plano municipal de Educação de Campinas, a menção à intersetorialidade é feita ao se tratar de metas para a educação inclusiva:

Promover a articulação intersetorial entre órgãos gestores das políticas públicas de saúde, transporte, assistência social, direito da pessoa com deficiência e direitos humanos, em parceria com as famílias e com a sociedade civil, com o fim de desenvolver modelos de atendimento voltados à manutenção e à continuidade do atendimento escolar, das pessoas com deficiência e transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, no ensino regular obrigatório, além daquelas com idade superior à faixa etária de escolarização obrigatória, de forma a assegurar a atenção integral ao longo da vida; de forma colaborativa entre União, Estado e Município. (s/p)

No mesmo documento, a intersetorialidade é colocada como meio para a concretização da meta “elevação da escolaridade/diversidade”:

Articulação intersetorial e intergovernamental para a concretização da expansão da escolaridade da população brasileira, envolvendo as áreas de educação, saúde, trabalho, desenvolvimento social, cultura, ciência e tecnologia, justiça, entre outros (s/p).

E também na meta acerca da escolarização de jovens e adultos:

Realizar censo dos jovens e adultos não escolarizados e com ensino fundamental e médio incompletos, para identificar a demanda ativa e por vagas na educação de jovens e adultos em Campinas, sob responsabilidade do poder público, em parceria intersetorial e com a sociedade civil, com a periodicidade regular, conforme prevê a Lei nº 9.394/1996 (LDB), a partir da vigência deste plano. (s/p)

Contudo, é preciso assinalar que a natureza das escolas e seu serviço ofertado é bastante distinto dos serviços de assistência social e saúde, trazendo características fim muito próprias, que não se caracterizam pela articulação de serviços, mas sim na oferta da escolarização formal propriamente dita. Desta forma, tais diferenças entre os setores são esperadas, devido a natureza diferenciada deste setor.

### 3.2.3 Setor Saúde

No que concerne ao *setor saúde*, Campinas recebeu seu primeiro estabelecimento de saúde no ano de 1846, um ano antes ainda de ser efetivada na categoria de cidade. Tratava-se

de um estabelecimento estatal, o “Centro de Saúde de Campinas”. A expansão de instituições ligadas à medicina aconteceu nos anos seguintes, entre os anos de 1870 e 1900, quando o município foi afetado por diversas epidemias, dentre estas a de febre amarela. Paralelamente, ao final do século, a aristocracia rural passou a residir em Campinas, o que favoreceu a instalação de mais serviços. Destaca-se que eram, em geral, instituições de caráter hospitalar para o isolamento de doentes pobres, vítimas das epidemias. Como exemplo, inaugurou-se em 1876 a Santa Casa de Misericórdia e em seguida Hospitais privados foram fundados com o objetivo de prestar atendimento àqueles que tinham condições de pagar pelo serviço (NASCIMENTO et al., 2007).

Ainda de acordo com Nascimento et al. (2007), Campinas vinha se constituindo como importante polo de assistência à saúde, com predomínio de instituições privadas, quando em 1925 implantou-se um novo modelo, nos moldes norte-americanos, com foco na prevenção de doenças, principalmente no que diz respeito a ações de higiene. Paralelamente, foram fundadas três instituições históricas da cidade: a maternidade de Campinas (1916), a Seção de Assistência Médica da Prefeitura Municipal de Campinas (1922) e o Sanatório Dr. Cândido Ferreira (1924).

Nos anos que seguiram, com a criação das Caixas Previdenciárias, é possível dizer de um novo marco na prestação de cuidados em saúde: os trabalhadores eram atendidos pelas Caixas; aos proprietários de terras e outras camadas da burguesia dispunham de assistência médica e hospitalar privadas; e aos pobres era ofertado cuidado “filantrópico” e/ou público, via Santa Casa e alguns poucos ambulatórios. Ao final dos anos 1930, o estado passou a instalar diversos centros de saúde e hospitais psiquiátricos.

De acordo com Silva (1996), no início dos anos 1950, a cidade contava com 22 estabelecimentos de saúde, dentre estes: 15 hospitais, três clínicas, um dispensário e três serviços oficiais de saúde pública, havendo predomínio de serviços privados, e estando os serviços públicos ainda restritos à vacinação, à puericultura e ao controle de moléstias infectocontagiosas. Finalmente, em 1966, instituiu-se a Secretaria de Saúde do município, denominada Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, desmembrada dois anos depois em duas secretarias (NASCIMENTO et al., 2007).

Ao longo dos anos 1970, importantes marcadores influenciariam a saúde em Campinas. Instalou-se na cidade a Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico - Unimed, que, após convênio com uma indústria dos arredores, se tornou a maior empresa privada de saúde

naquela região (SILVA, 1996). Paralelamente, na mesma década, Smeck (1989) destaca a luta e as reivindicações dos movimentos sociais e populares pela saúde pública. Seguindo a tendência do movimento nacional, a participação popular se intensificou e, enfrentando as tensões com o Estado, conquistou uma melhor estruturação da assistência por meio, principalmente, da implantação da rede básica, na época constituída pelos Postos Comunitários de Saúde (PCS) - o que contribuiu para a organização dos serviços em níveis de atenção, tendo sido implantados em princípio nas regiões periféricas (SMECKE, 1989), as quais haviam se expandido largamente pelo intenso fluxo migratório daquela década (L'ABBATE, 1990).

Vale ressaltar também que a presença de duas grandes universidades – a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a Pontifícia Universidade Católica (PUC), com departamentos comprometidos com o tema da saúde pública, contribuiu de forma significativa com o processo de Reforma Sanitária.

Nascimento et al. (2007), ao analisarem documentos oficiais datados da década de 1980, afirmam que, em 1987, a gestão municipal firmou convênio com o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, tendo em vista a municipalização dos serviços de saúde, e iniciou o processo de divisão regional, partindo do princípio de descentralização, ao criar as Diretorias Regionais de Saúde I, II e III.

Os autores também pontuam que, no mesmo ano, foi realizado o primeiro concurso público da Secretária de Saúde, além de ser ano de início da elaboração do projeto do Hospital Ouro Verde, importante marco na assistência hospitalar ao considerarmos o acentuado crescimento populacional e a escassez de leitos na região. Infelizmente, o que era o projeto de um hospital público de administração direta tornou-se foco de interesse das terceirizações e o Complexo Hospitalar já foi inaugurado sob a administração de uma empresa privada, a SPDM - Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, no ano de 2008, sendo a luta pela municipalização pautada até os dias atuais pelos movimentos sociais e pelo Conselho Municipal de Saúde.

Campinas é palco também de significativa história no que diz respeito ao cuidado em saúde mental. Além deste tema já ser objeto de atenção nos Postos Comunitários de Saúde, em 1989 foi realizado no município o I Seminário de Saúde Mental, contando com a presença de profissionais de saúde e administradores municipais. Além disso, em 1990, foi implantado o convênio de cogestão com o hospital psiquiátrico "Cândido Ferreira", com o objetivo de

substituição do manicômio por outro modelo de atenção em saúde mental. Os usuários ali internados passaram a ter seu cuidado repensado sob o princípio da desinstitucionalização (MEDEIROS, 1994). Assim, o município já tinha duas grandes frentes de ação no que diz respeito à assistência em saúde mental: a rede básica, via os postos de saúde, e pelo convênio com os serviços “Cândido Ferreira”.

Em 1994, dando continuidade ao processo de descentralização administrativa, foram criadas quatro Secretarias de Ação Regional. Três anos depois, foram substituídas pelos cinco distritos de saúde, sendo que esta organização permanece até os dias atuais. Neste período, especificamente no ano de 1996, foi consolidada a gestão plena do SUS no município. Em 1999, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispunha de uma rede básica com 45 Centros de Saúde – forma como é intitulada a unidade de atenção básica no município (NASCIMENTO et al., 2007). Hoje, quase 20 anos depois, são 62 (CAMPINAS, 2017).

O modelo de assistência à saúde como é organizado hoje teve início na gestão municipal de 2001 a 2004, quando se implantou o Programa de Saúde da Família associado ao Paidéia – o “Projeto Paidéia de Saúde da Família”, idealizado por Gastão Wagner Campos. O Programa utiliza do antigo e clássico conceito grego que significa “desenvolvimento integral do ser humano” e baseia-se no trabalho com um conceito ampliado de família, com vistas a expandir as redes de apoio entre as equipes, as famílias e outras organizações, levando em consideração as necessidades tanto da coletividade quanto dos indivíduos (CAMPINAS, 2001). Segundo o documento local, baseia-se nas seguintes diretrizes: clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local, cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a equipe local de referência, acolhimento e responsabilização, sistema de cogestão e capacitação.

No referido modelo, os centros de saúde foram organizados com equipes locais de referência, divididas em “equipe clássica”, com um médico generalista, um enfermeiro, um dentista, dois auxiliares de consultório dentário e técnico de higiene bucal, auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, que deveriam dar cobertura a 700 famílias ou 3.500 pessoas; e “equipe ampliada”, com um médico pediatra, um médico ginecologista/obstetra, um dentista e um técnico de higiene dental para dar cobertura a 1.400 famílias ou sete mil pessoas (NASCIMENTO et.al., 2007).

Segundo dados do portal da Secretaria Municipal de Saúde, em Campinas é dimensionado um Centro de Saúde para aproximadamente cada 20.000 habitantes. No total,

são 62 centros com 183 equipes. Levando em consideração a projeção populacional para o ano de 2017, são aproximadamente 6.500 pessoas por equipe, ou 19.000 pessoas por Centro de Saúde. Segundo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (CAMPINAS, 2014), Campinas é hoje polo regional e referência com relação à rede de saúde para cerca de três milhões de pessoas e dezenas de municípios. Adicionalmente, afirma-se que aproximadamente 50% dos cidadãos campineiros dependem unicamente das ações da saúde pública.

Na tabela abaixo, é possível observar o número de serviços dentre os principais tipos de oferta e por distrito:

Tabela 7—Número de serviços de saúde por distrito

	<b>Norte</b>	<b>Sul</b>	<b>Leste</b>	<b>Sudoeste</b>	<b>Noroeste</b>
<b>Atenção Básica</b>	12	16	10	12	12
<b>Serviço de Atendimento Domiciliar</b>	1	1	1	1	1
<b>Serviços da rede psicossocial (CAPS, Centro de Convivência)</b>	2*	4*	3*	2*	4*
		1		2	1
<b>Atenção hospitalar/ Pronto Atendimento</b>	2	2	1*	1*	1*
					1

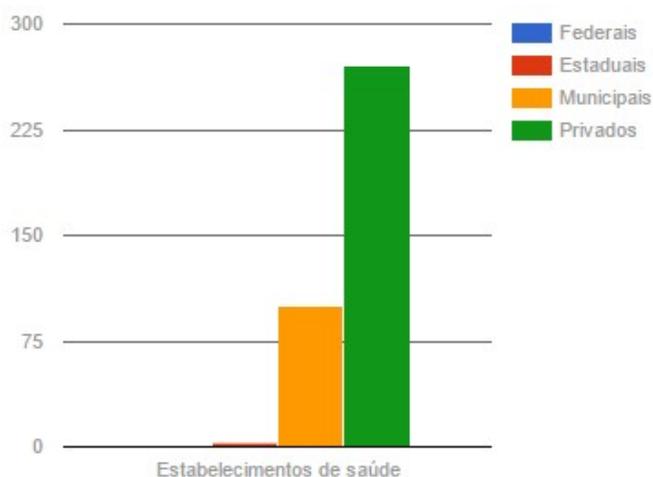
\*Serviço terceirizado

Fonte: CAMPINAS, 2017.

O município tem convênio com 12 instituições privadas: Fundação Dr. João Penido Burnier, Instituição Padre Haroldo Rahm, Fundação Síndrome de Down, a APAE, a Irmandade de Misericórdia de Campinas, o Grupo Vida, a APASCAMP - Associação de Pais e Amigos de Surdos de Campinas, a Maternidade de Campinas, a Beneficência Portuguesa, a Casa da Criança Paralítica, a Organização Social Vitale Saúde, e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, totalizando mais de 3.500 trabalhadores. Além disso, é necessário considerar o número de estabelecimentos que prestam serviços privados, seja via plano de saúde ou não. De acordo com dados do IBGE, Campinas conta com 100 estabelecimentos de saúde municipais em contraponto a 270 privados.

O que demonstra que a terceirização das políticas sociais está presente em todos os setores locais.

Gráfico 4— número de estabelecimentos de saúde em Campinas



Fonte: IBGE, 2010.

Tabela 8—Comparativo de estabelecimentos de saúde em Campinas

Variável	Campinas	São Paulo	Brasil
Federais	0	29	950
Estaduais	3	181	1.318
Municipais	100	5.640	49.753
Privados	270	8.365	42.049

Fonte: IBGE, 2010.

O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (CAMPINAS, 2014) destaca a questão da política de organização de redes, visto a importância destas na organização do SUS, trazendo como exemplos a oncorede, a rede cegonha, a urgência e emergência, entre outras. Também destaca que:

Outro enorme desafio da SMS está nas interfaces e intersetorialidade com outras secretarias e outros entes federativos como o nível federal, estadual e outros municípios. Uma constante articulação com todas estas instâncias é que dá equilíbrio financeiro e de ações. (CAMPINAS, 2014, p.9)

Ainda sobre as indicações do Plano (CAMPINAS, 2014), com relação à intersetorialidade, a mesma aparece como meta, notadamente para a atenção básica, visando ao acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado. Para este objetivo, dentre as ações listadas, pode-se observar o mapeamento da área de abrangência das unidades de saúde, bem como o mapeamento dos equipamentos sociais do território,

compreendendo-os como potenciais parceiros. A intersetorialidade entre serviços é também citada, ao se discutir a diretriz de implementação de um novo modelo de gestão, sendo a principal ação elencada o oferecimento de seminários e outras estratégias de formação para gestores e trabalhadores da rede de saúde.

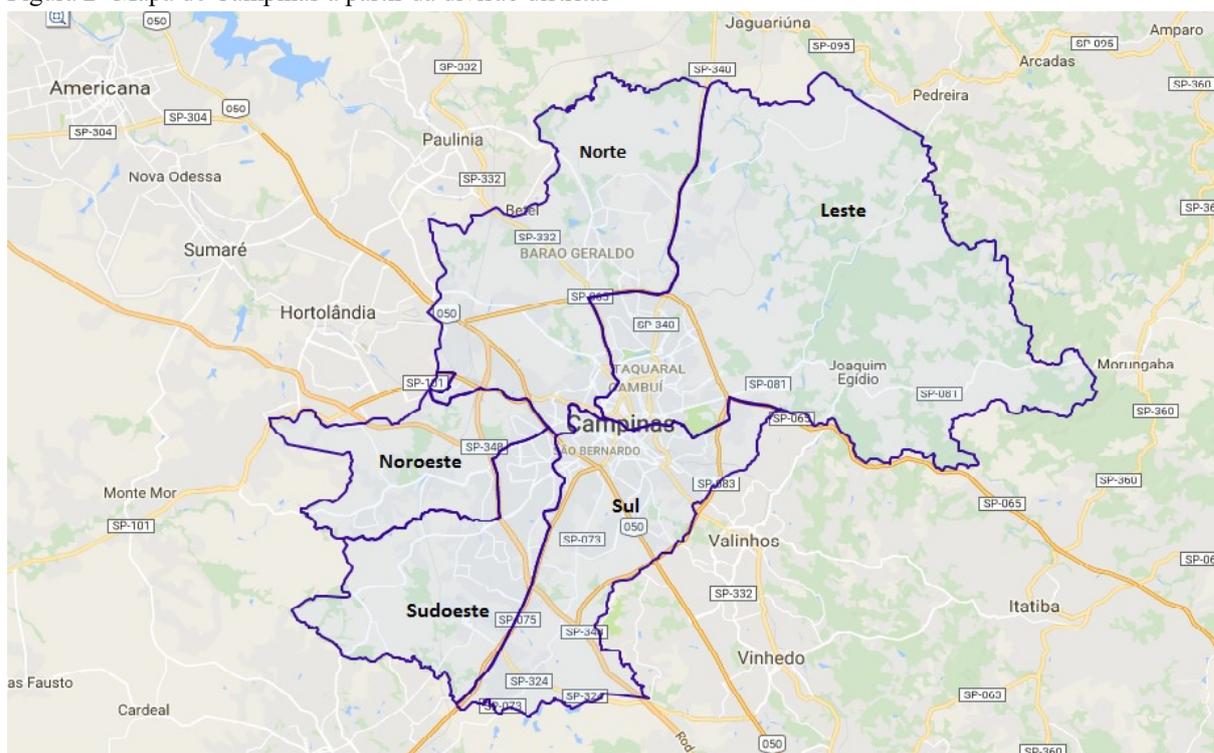
Por fim, se afirma que, apesar dos grandes avanços nos últimos 25 anos, o subfinanciamento deste setor ainda se mostra como importante barreira para o seu funcionamento com qualidade (CAMPINAS, 2014).

### **3.3 O desenho de Campinas a partir de seus distritos**

Em razão do grande porte do município e obedecendo à diretriz da descentralização da gestão das políticas sociais Campinas é dividida em cinco regiões administrativas (distritos sul, sudoeste, leste, norte e noroeste), como fica destacado no mapa abaixo. Cada secretaria possui uma unidade distrital, a qual se propõe a facilitar a comunicação entre servidores e gestores, e também organizar de forma mais particularizada as demandas de cada região. Entretanto, destaca-se que a forma como foi feita a divisão distrital difere entre as Secretarias, por exemplo de Saúde e Assistência Social, sendo que a área de abrangência de cada distrito será diferente para cada setor. Ou seja, um serviço da saúde, por exemplo, do distrito Leste, não necessariamente estará no mesmo distrito Leste da Secretaria de Assistência Social. Vale ressaltar que tal questão deve receber importante destaque, visto provavelmente irá interferir na elaboração de articulações em rede entre setores.

A Secretaria Municipal de Educação, especificamente, atua de modo descentralizado por meio dos cinco Núcleos de Ação Educativa Descentralizada (NAEDs). Estes também foram divididos conforme as regiões geograficamente definidas pela política de descentralização da Prefeitura Municipal de Campinas, entretanto recebem este nome específico, e compreendem as Escolas Municipais de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos (EJA), além das escolas particulares e instituições situadas em suas áreas de abrangência.

Figura 2—Mapa de Campinas a partir da divisão distrital

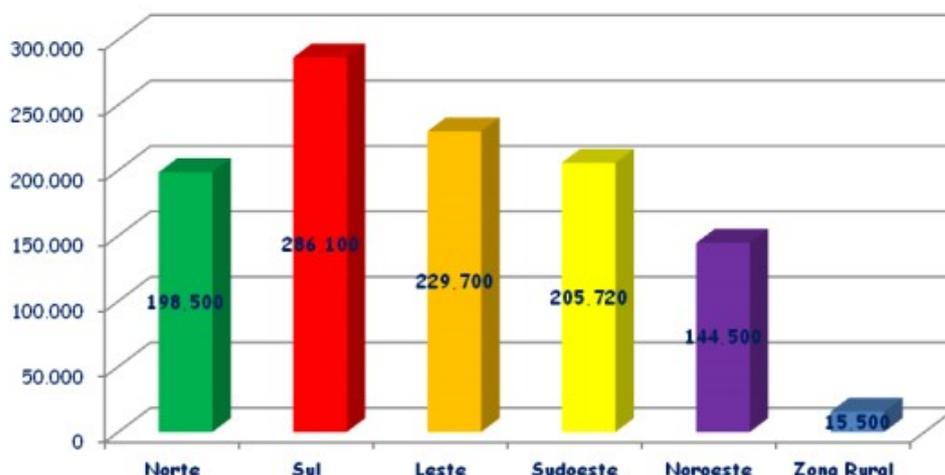


Fonte: CAMPINAS, 2017

Considera-se relevante pontuar, ainda que brevemente, algumas características de cada região, visto que a distribuição de serviços deve seguir critérios quantitativos e qualitativos no que diz respeito ao perfil populacional.

Conforme pode se observar no gráfico abaixo, a região mais populosa do Município é a região Sul (26,49%), seguida pela região Leste (21,26%), Sudoeste (19,04%), Norte (18,37%) e Noroeste (13,37%), sendo pouco expressivo, mas não menos importante, o quantitativo da população rural (1,43%).

Gráfico 5— Total populacional por distrito (2013)



Fonte: CAMPINAS, 2014.

É possível constatar, a partir da tabela abaixo, que a maior concentração de população de alta e muito alta vulnerabilidade se dá nas regiões Sul e Leste, representando 26,4% e 21,2% respectivamente, do total da cidade. Isso significa que praticamente metade da população campineira em situação de alta ou muito alta vulnerabilidade<sup>8</sup> se encontra entre estas duas regiões. Além disso, na região leste, destaca-se a grande disparidade no que diz respeito às condições habitacionais, pois abriga, ao mesmo tempo, residências, condomínios luxuosos e também muitos imóveis abandonados, cortiços, dentre outros, na região mais central da cidade.

Tabela 9—Distribuição da população em alta e muita alta vulnerabilidade de acordo com as regiões administrativas do Município

Região	Total da população	Total da população em vulnerabilidade alta ou muito alta
Norte	198.500	26.202
Sul	286.100	37.765
Leste	229.700	30.320
Sudoeste	205.720	27.155
Noroeste	144.500	19.074
Rural	15.500	2.046
<b>Total</b>	<b>1.080.000</b>	<b>142.562</b>

Fonte: CAMPINAS, 2014.

<sup>8</sup>São critérios para se determinar o grau de vulnerabilidade: rendimento, idade dos responsáveis pelos domicílios, presença de mulheres chefes de família e crianças com menos de seis anos.

Adicionalmente, com relação às regiões sudoeste e noroeste, especificamente nas regiões mais periféricas, observa-se acentuado crescimento demográfico, com concentração de boa parte da população pobre. Destaca-se a expansão ocorrida na região noroeste com a instalação de conjuntos habitacionais públicos, como por exemplo o Residencial Jardim Bassoli (integrante do Programa Minha Casa Minha Vida), o que, sem dúvida, elevou a densidade demográfica desta região.

Dentro destes contextos, articulam-se as ações de rede entre serviços, sejam elas intersetoriais ou intrasetoriais. Buscou-se, neste contexto, mapear tais articulações no município e caracterizar brevemente as suas funções e ações realizadas. O termo mapeamento é aqui utilizado na compreensão da localização geográfica das ações de redes intersetoriais, com o intuito de descrevê-las em termos de localização, tendo como base a divisão administrativa distrital aplicada no município, além de considerar como parte do mapeamento a descrição de suas características empregadas. Além disso, buscou-se compreender se a articulação entre serviços resulta em debates que se revertem em discussão entre os profissionais participantes e quiçá em proposições políticas.

Abaixo é possível observar a distribuição regional de serviços, baseado no Infomapa, disponibilizado no site das Secretarias de Assistência Social, Educação e Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas. Optamos aqui por utilizar a divisão regional da Secretaria de Assistência Social, por ser aquela com mais informações disponíveis. Pela escolhida estabelecida, são apresentadas ressalvas com relação aos serviços que compõe cada distrito.

### 3.3.1 Região Leste

Figura 3— Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação

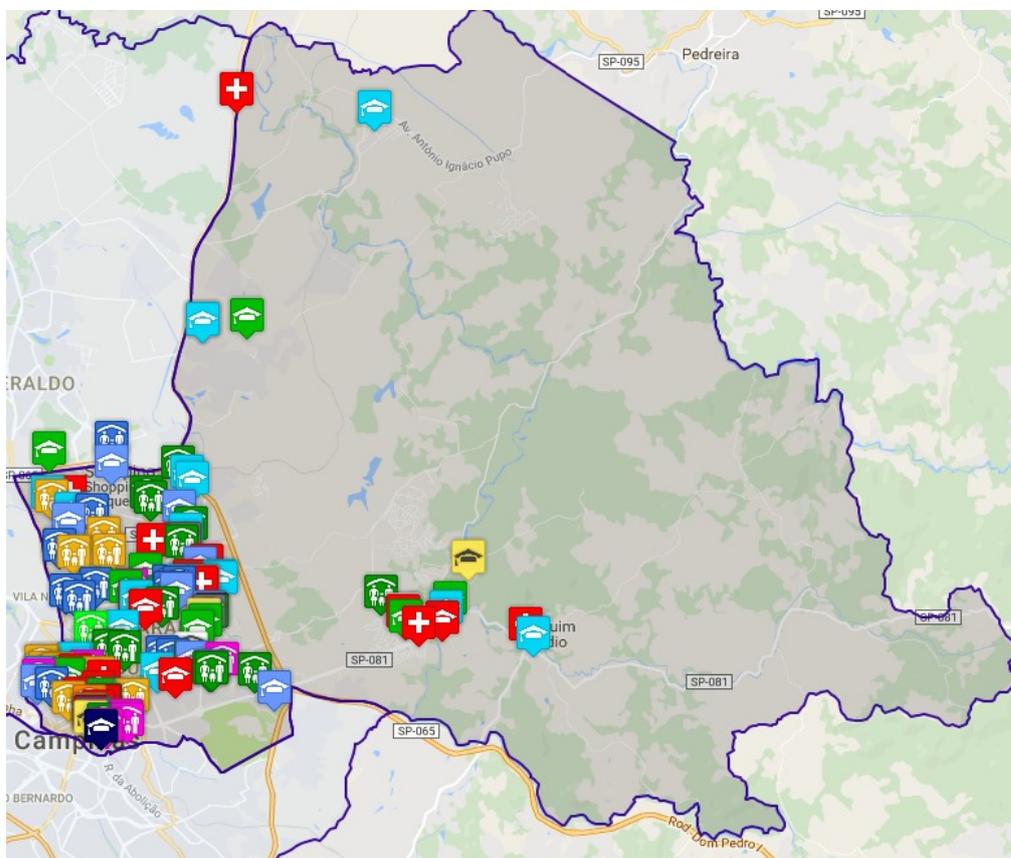
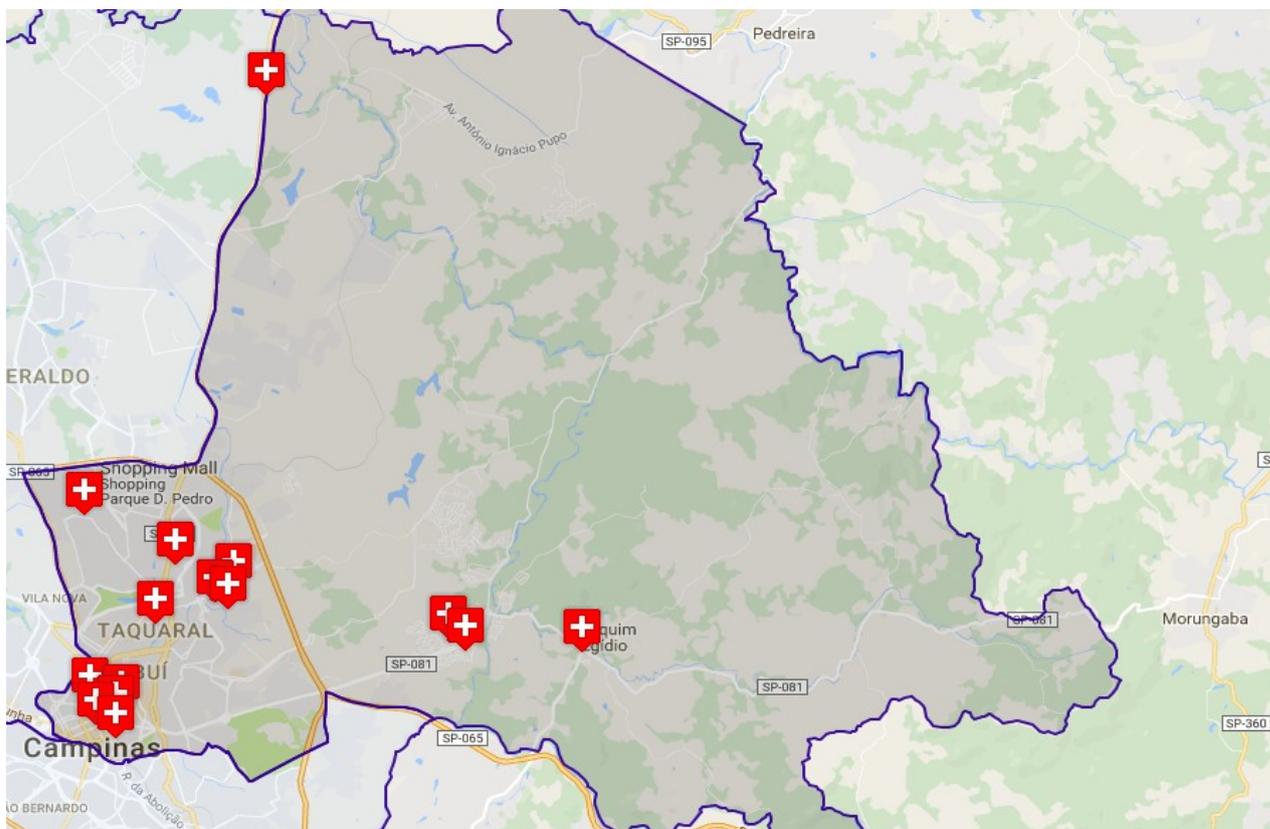


Figura 4– Serviços de saúde da região Leste



10 centros de saúde: Carlos Gomes, “Dr. Luiz de Tella” (Vila Costa e Silva), Parque São Quirino, “Dr. Igor Carlos Del Guercio” (Vila 31 de Março), “Antonio da Costa Santos (Conceição), Boa Esperança, “Cônego Milton Santana” (Taquaral), “Dr. Mário de Campos Bueno Júnior” (Centro), Sousas e “José Ignácio Júnior” (Joaquim Egídio).

Unidade de Pronto Atendimento - Centro (fechada em 2017)

Ambulatório de Especialidades - Policlínica II (na divisão regional da SMS consta na região Sul)

Centro de Reabilitação em Reabilitação Jorge Rafful Kanawayt – CRR (Referência para todo o município)

Centro de Lactação Banco de Leite Humano (pela divisão regional da Secretária de Saúde encontra-se no Distrito Norte)

Centro de Referência à Saúde do Idoso (Referência para todo o município)

Não constam no mapa, mas constam no site da Secretaria de Saúde:

Vigilância em Saúde – VISA Leste

Serviço de Atendimento no Domicílio – SAD Leste-Norte

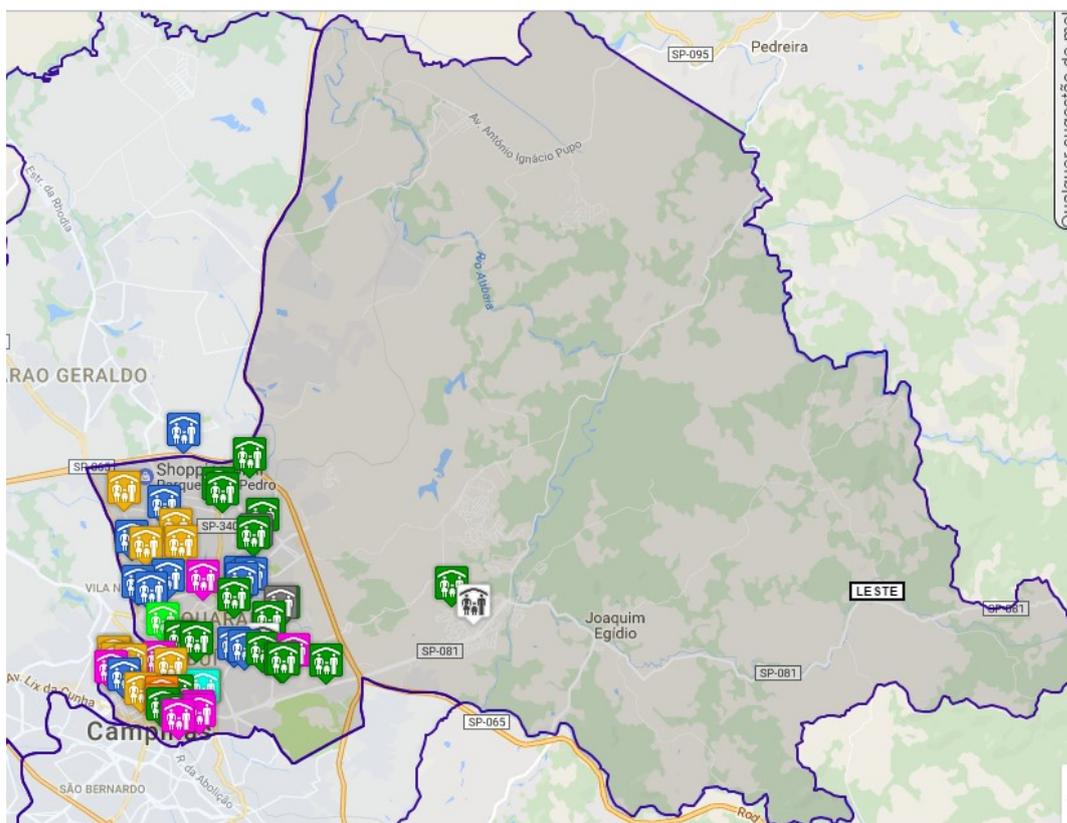
Centro de Atenção Psicossocial Adulto - CAPS III Esperança

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD Reviver

Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil – CAPS IJ Carretel

Ambulatório de Especialidades – Policlínica I

Figura 5– Serviços de Assistência Social da região Leste



### 1 Distrito de Assistência Social – DAS Leste

18 Entidades Co financiadas de Proteção Social Básica (PB): Associação Nazarena Assistencial Beneficente - ANA - Jardim Nilópolis, Sociedade Educativa de Trabalho e Assistência – SETA, Sociedade Educativa de Trabalho e Assistência - SETA - unidade II, Associação Anhumas Quero Quero – Anhumas, Sociedade Educativa de Trabalho e Assistência - SETA - Vila Nogueira, Sociedade Educativa de Trabalho e Assistência - SETA – Guaraçaí, Instituição Padre Haroldo Rahm - Jardim Boa Esperança, Serviço Social Nova Jerusalém, Centro Educacional Integrado Padre SantiCapriotti – CEI, Lar Escola Nossa Senhora do Calvário, Associação Cornélia Maria Elizabeth Van HylckamaVlieg - Sousas - Centro Cultural Cândido/ FUMEC, Centro Assistencial Cândida Penteado de Queiroz Martins, Grupo Comunitário Criança Feliz, Associação Anhumas Quero-Quero - Vila Brandina, Sociedade Feminina de Assistência à Infância – Centro, Obra Social São João Bosco – Centro, Aprendizado Doméstico Santana, Sociedade dos Irmãos da Congregação de Santa Cruz Cecoia – Sousas.

12 Entidades Co financiada de Proteção Social de Alta Complexidade (PEA): Associação Beneficente dos 13 Pais - Lar Da Criança Feliz, Centro de Controle e Investigação Imunológica Dr. Antônio Carlos Corsini, Cáritas Arquidiocesana de Campinas - Casa dos Amigos de São Francisco de Assis, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Casa Lar 01, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Casa Lar 06, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Casa Lar 02, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Casa Lar 04, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Casa Lar Adolescente Grávida, Instituição Padre Haroldo Rahm - República Masculina, Instituição Padre Haroldo Rahm - Abrigo Especializado Casa Esperança, Instituição Padre Haroldo Rahm - República Feminina, Instituição Padre Haroldo Rahm - Botafogo - Casa Verde - Casa de Passagem Especializada.

2 Centros de Referência da Assistência Social: Recanto Anhumas e Flamboyant.

01 Centro de Referência Especializado da Assistência Social

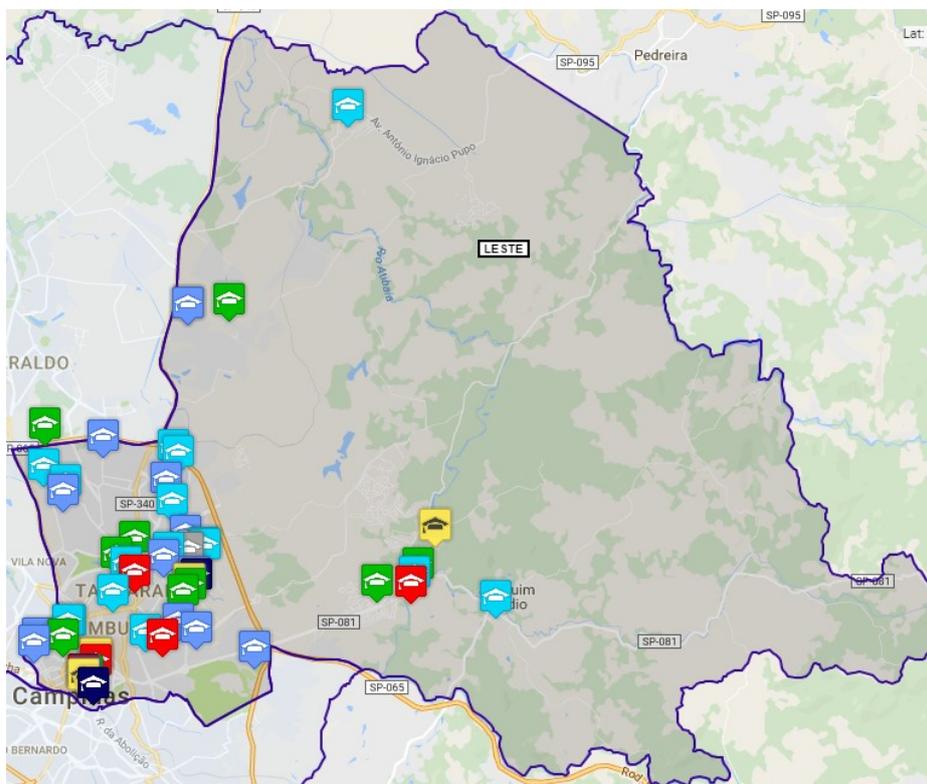
7 Entidades co financiadas Proteção Social de Média Complexidade (PEM): Sociedade Educativa de Trabalho e Assistência - SETA - Unidade Norte, SOS Ação Mulher e Família, Assistência Social da Paroquia do Sagrado Coração de Jesus, Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância – CRAMI, Associação Cornélia Maria Elizabeth Van HylckamaVlieg - Bosque - SOS Rua, Centro de Orientação ao Adolescente de Campinas - COMEC - Bosque I, Associação Franciscana de Assistência Social Coração de Maria - AFASCOM – Bosque.

02 Centro POP: Sares – Serviço de Acolhimento Referenciamento Social – Centro POP Unidade I, Centro POP Sares – Unidade II.

10 SMASA: Casa Do Idoso E Da Idosa, SAPECA – Serviço De Proteção Especializada à Criança e ao Adolescente, CMPCA – Centro Municipal De Proteção à Criança e ao Adolescente, CMPCA II, Coordenadoria Setorial Da Mulher, Coordenadoria De Políticas Para A Diversidade Sexual, Coordenadoria Setorial De Promoção Da Igualdade Racial, Abrigo Renascer, Coordenadoria de Prevenção às Drogas, CRI – Centro De Referência ao Idoso.

03 Entidade co financiadas de Serviço Complementar (SC): Centro Educacional Integrado Padre SantiCapriotti – CEI, Centro de Educação Especial Síndrome de Down, AssociaçãoCornélia Maria Elizabeth Van HylckamaVlieg – Sousas.

Figura 6– Serviços de Educação da região Leste



14 Unidades de Ensino Fundamental

0 CEI Nave Mãe/Bem Querer

01 EMEF

3 CEPROCAMP

5 creches

4 EJA

17 CEI

11 entidades conveniadas

### 3.3.2 Região Norte

Figura 7— Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação

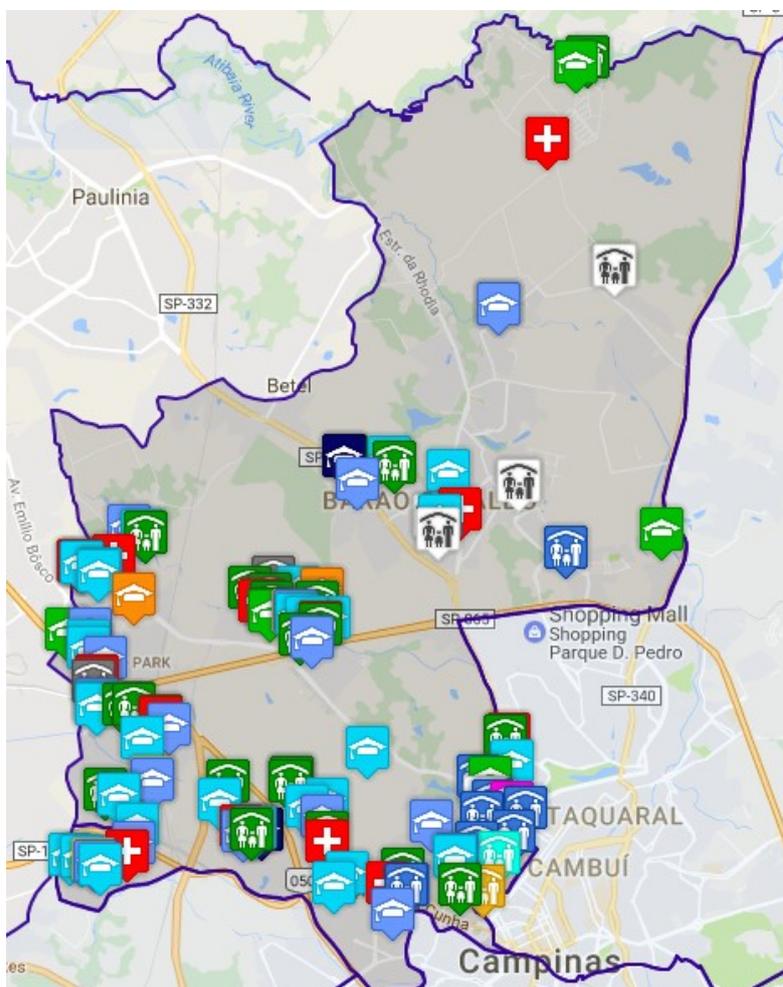
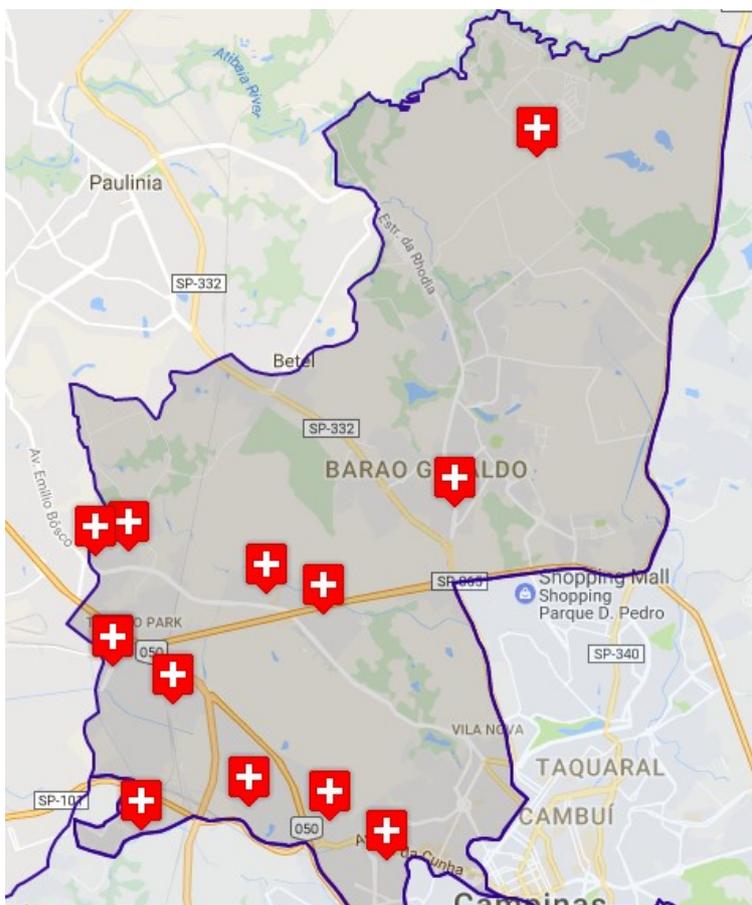


Figura 8– Serviços de saúde da região Norte



12 Centros de Saúde: Aurélia, Eulina, “Osvaldo Serra Von Zuben” (Vila Boa Vista), Parque Santa Bárbara, Rosália, Vila Padre Anchieta, “Amadeu Mende dos Santos” (Santa Mônica), Jardim São Marcos, “Dr. Cássio Menezes Raposo do Amaral”, San Martin, Barão Geraldo e Village.

Unidade de Pronto Atendimento Vila Padre Anchieta

Não constam no mapa, mas estão relacionados no site da Secretaria de Saúde:

Vigilância em Saúde – VISA Norte

Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) Leste-Norte

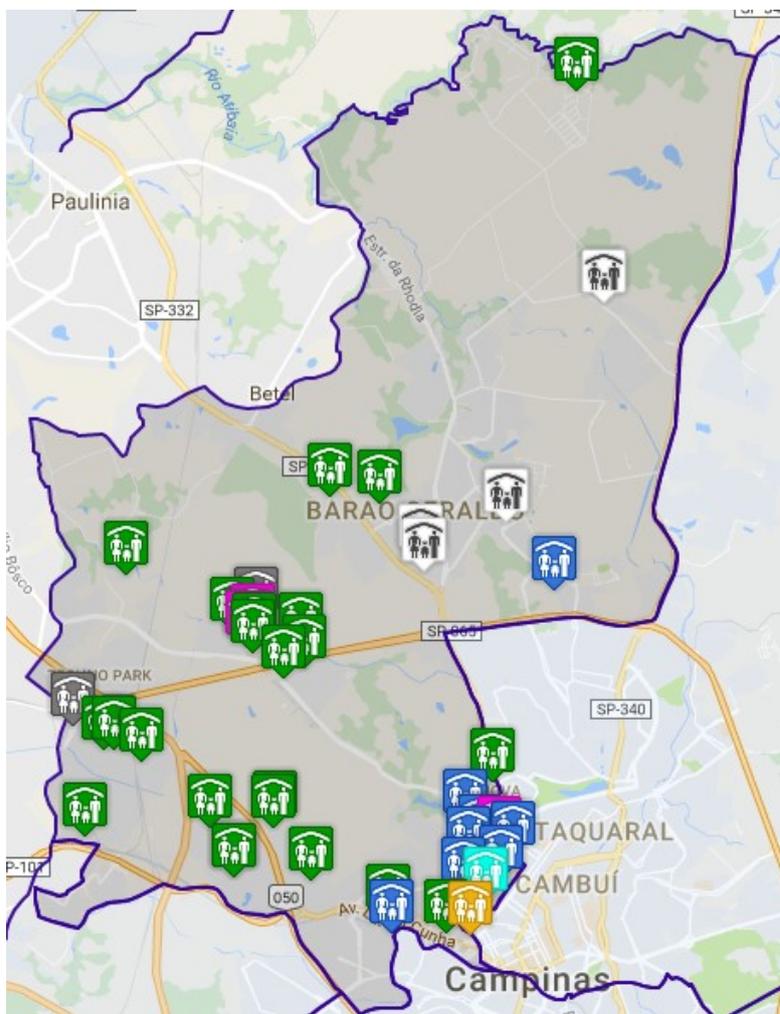
Centro de Atenção Psicossocial Adulto - CAPS III Estação

Ambulatório do CEASA

Farmácia Popular do Brasil – Unidade II Guanabara

Centro de Lactação – Banco de Leite Humano (consta na região Leste)

Figura 9– Serviços de Assistência Social da região Norte



#### 1 Distrito de Assistência Social – DAS Norte

24 Entidades Co financiadas de Proteção Social Básica (PB): Obra Social São João Bosco - Vida Nova, Centro De Orientação Familiar - Jardim Chapadão, Lar Campinense de Bem Estar a Criança e ao Adolescente, Ação Forte, Associação Beneficente da Boa Amizade ABBA, Instituição Assistencial Dias da Cruz, Associação Beneficente Semear - Parque Via Norte, CPTI - Centro Promocional Tia Ileide - Parque Shalon, CPTI - Centro Promocional Tia Ileide - Regina Amélia, Fundação Irmã Ruth de Maria Camargo Sampaio - Firmacasa - Unidade I, CPTI - Centro Promocional Tia Ileide - Chácara Boa Vista - Sede / Administração, Centro Espirita Allan Kardec - Educandário Eurípedes, Associação das Franciscanas Missionárias do

Coração Imaculado de Maria, União Cristã Feminina, Associação Civil Carmelitas da Caridade, Grupo Primavera, Associação Beneficente Campineira - Núcleo São Marcos, Associação Beneficente Direito de Ser, CPTI - Centro Promocional Tia Ileide (Fórum Da Família) - Jardim Sete de Setembro, Movimento Assistencial Espirita Maria Rosa - Sopa Do Grameiro, Associação Beneficente Semear - Vila Olímpia, Sociedade Pró-Menor Barão Geraldo, NAS - Núcleo de Ação Social, AMIC - Associação dos Amigos da Criança - Village - Ed. Francisco Cândido Xavier.

8 Entidades Co financiada de Proteção Social de Alta Complexidade (PEA): Lar dos Velhinhos de Campinas, Associação De Educação Do Homem De Amanhã - Guardinha - Convívio II, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Casa Lar 03, Instituição Padre Haroldo Rahm – Guanabara - Casa de Passagem Adultos - Nossa Casa, Cáritas Arquidiocesana de Campinas - Casa Transitória Antônio Fernando Dos Santos, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Casa Lar 05, Casa de Maria De Nazaré - Jardim Chapadão - Casa Betel, Associação Beneficente Dos 13 Pais - Lar Da Criança Feliz - Casa Lar.

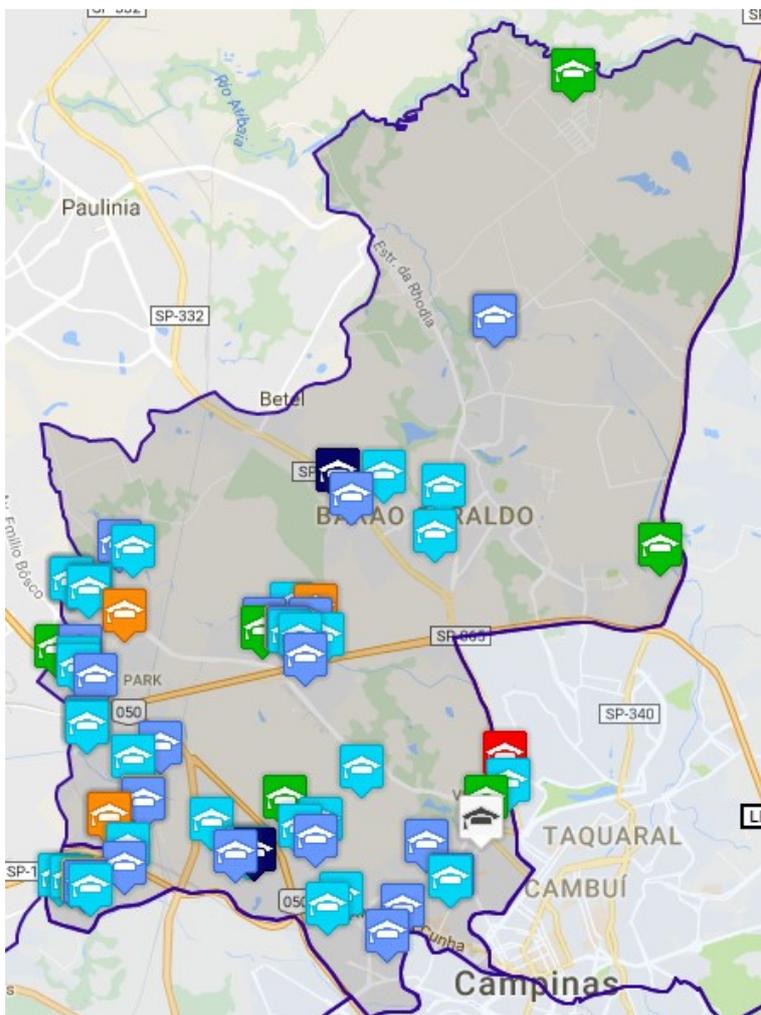
2 Centros de Referência da Assistência Social: CRAS Vila Reggio e CRAS Espaço Esperança.

4 Entidades co financiadas Proteção Social de Média Complexidade (PEM): CPTI - Centro Promocional Tia Ileide (Fórum da Família) - Jardim Sete de Setembro, Associação Beneficente Direito de Ser, Ação Forte, Centro de Educação e Assessoria Popular - CEDAP - Vila Itapura.

01 SMASA: SAMIM – Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante.

05 Entidades co-financiadas de Serviço Complementar (SC): Instituto de Pedagogia Terapêutica Professor Norberto de Souza Pinto, Casa de Repouso Bom Pastor, Fundação Síndrome de Down, SOBRAPAR - Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Craniofacial.

Figura 10– Serviços de Educação da região Norte



21 Unidades de Ensino Fundamental

3 CEI Nave Mãe/Bem Querer

0 EMEF

2 CEPROCAMP

1 Escola de Educação Infantil

1 creche

5 EJA

28 CEI

06 entidades conveniadas

### 3.3.3 Região Noroeste

Figura 11– Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação

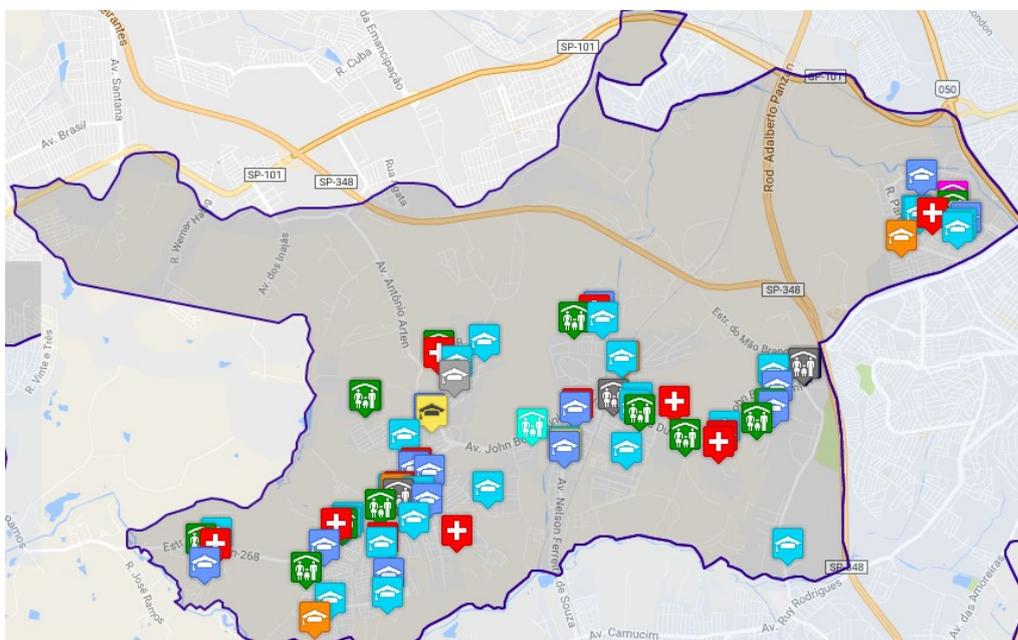
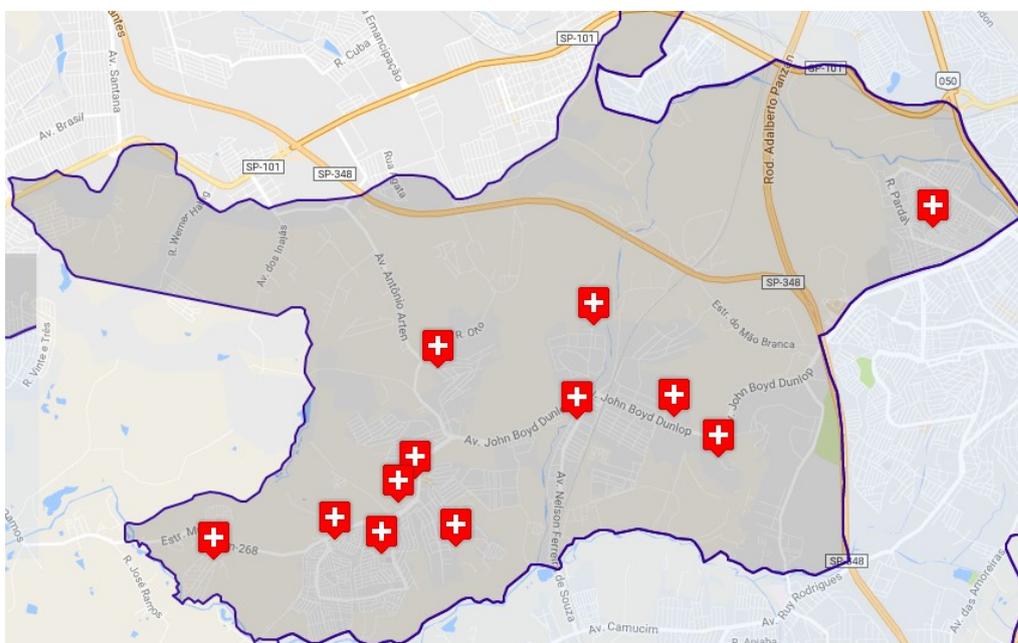


Figura 12– Serviços de saúde da região Noroeste



11 Centros de saúde: Integração, Santa Lúcia (na relação de serviços da SMS está na região sudoeste), Satélite Íris, “Dr. João Gumercindo Guimarães” (Jardim Florence), Rossin, “Margarida Santos da Silva” (Parque Floresta), “Dr. Francisco José Monteiro Salles” (Parque Valença), Jardim Lisa, Campina Grande, Santa Rosa, “JencabemaFenz” (Itajaí).



## 1 Distrito de Assistência Social – DAS Noroeste

11 Entidades Co financiadas de Proteção Social Básica (PB): Projeto Gente Nova - Vila Castelo Branco, Projeto Gente Nova - Satélite Íris, Casa De Maria De Nazaré - Satélite Íris - Casa Hosana, Aprendizado Doméstico Sant'Ana - Jardim Florence, Associação Evangélica Assistencial, Aprendizado Doméstico Sant'Ana - Jardim Rossin, Fundação Gerações, Centro Comunitário da Criança do Parque Itajaí e Região, Aldeias Infantis SOS Brasil - Campinas - Parque Floresta, Projeto Gente Nova - Jardim Bassoli, Centro de Educação e Assessoria Popular - CEDAP - Campina Grande.

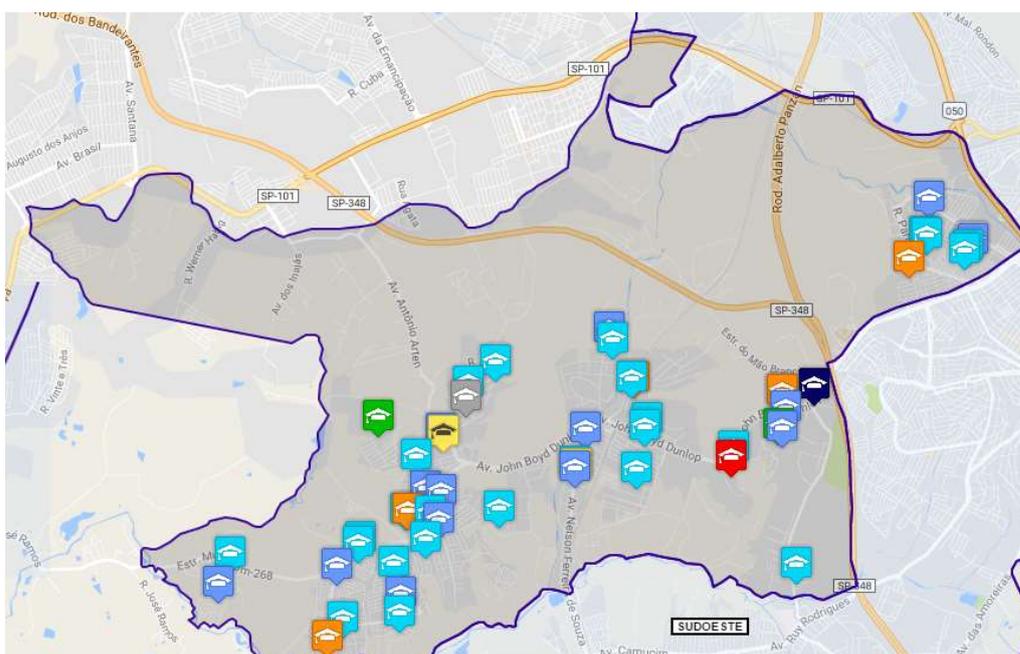
0 Entidades Co-financiada de Proteção Social de Alta Complexidade (PEA).

3 Centros de Referência da Assistência Social: CRAS Satélite Íris, CRAS Florence e CRAS São Luís.

1 Entidade co financiadas Proteção Social de Média Complexidade (PEM): Projeto Gente Nova - Jardim Garcia.

01 CREAS (não consta no mapa, foi inaugurado recentemente)

Figura 14– Serviços de Educação da região Noroeste



14 UEF

5 CEI Nave mãe/Bem querer

01 EMEF

01 CEPROCAMP

### 3.3.4 Região Sudoeste

Figura 15– Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação

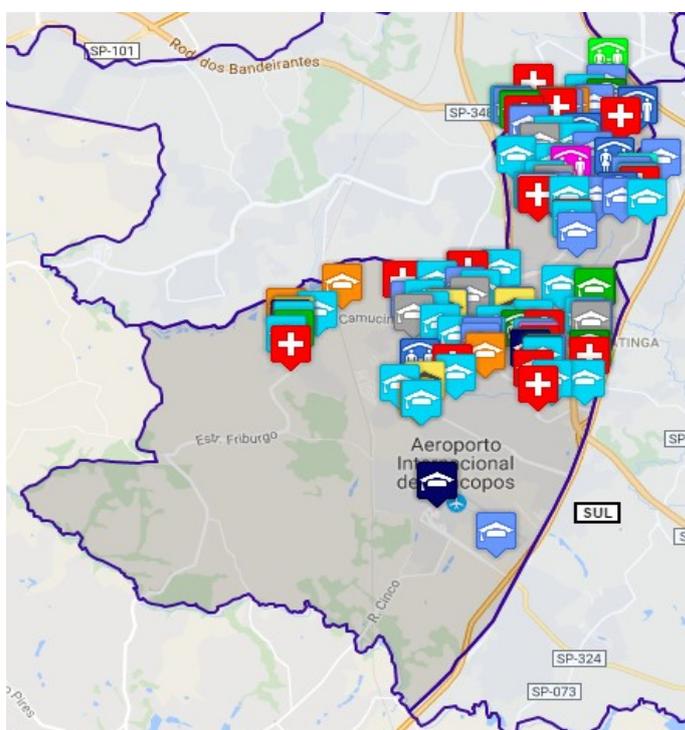
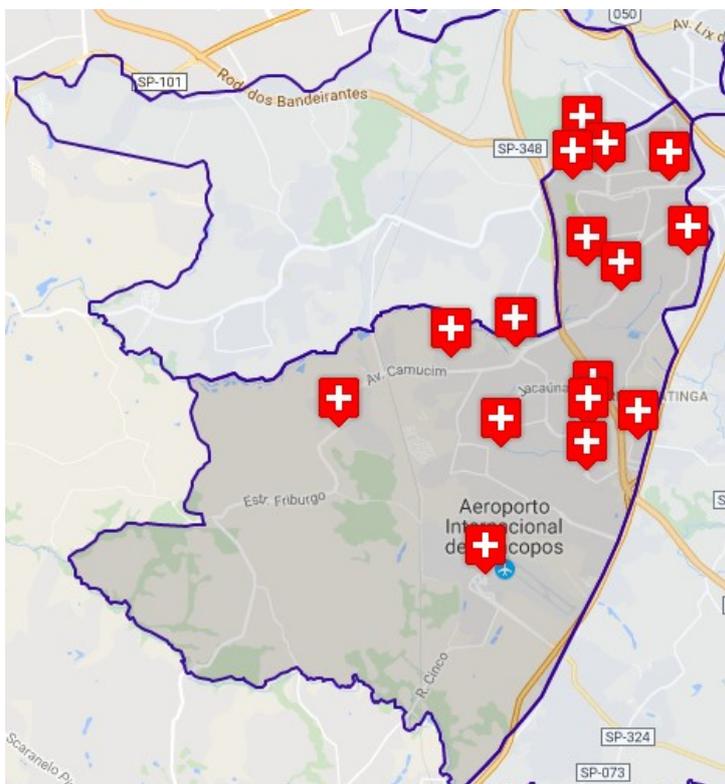


Figura 16– Serviços de saúde da região Sudoeste



13 Centros de Saúde: “Tancredo Neves” (Tancredão), “Dr. Armando Rocha Brito Junior” (Jardim Capivari), “Dr. Claudio Luiz da Silva Braga” (Vista Alegre), DIC I, “Dr. Manoel Affonso Ferreira” (DIC III), Santos Dumont (Itatinga), “Dr. Moisés Liberman” (Santo Antônio), “Ana Rodrigues Matoso” (São Cristóvão), Jardim Aeroporto, União de Bairros, “Pedro de Aquino” (Balão do Laranja), Ipaussurama, Perseu Leite de Barros (estes três últimos não constam na relação de serviços da SMS desta região - são da região Noroeste).

Hospital e Maternidade Celso Pierro consta no mapa, mas na divisão da saúde fica na região noroeste e é um serviço administrado pela PUC (conveniado com a prefeitura).

Laboratório Municipal

Complexo Hospitalar Ouro Verde (não é de gestão da prefeitura, OS Vitalle)

Não constam no mapa, mas estão relacionados no site da Secretaria de Saúde:

Centro de Saúde “Renato Paulo Henry” (Jardim Santa Lúcia) e Centro de Saúde “Dr. José Roberto Miccoli” (Vila União)

Vigilância em Saúde – VISA Sudoeste

Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD Sudoeste

Centro de Atenção Psicossocial Adulto – CAPS III Novo Tempo

Centro de Atenção Psicossocial Adulto – CAPS III “David Capistrano da Costa Filho”

Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil – CAPS IJ Espaço Criativo

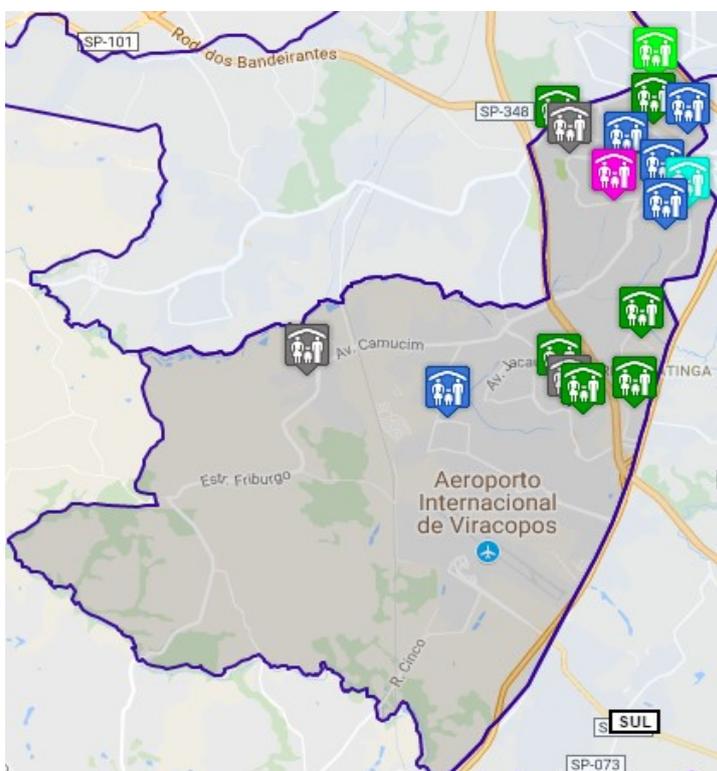
Centro de Convivência Tear das Artes

Botica da Família

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Sudoeste

Centro de Triagem e Acompanhamento – CTA Ouro Verde

Figura 17– Serviços de Assistência Social da região Sudoeste



1 Distrito de Assistência Social (DAS) Sul

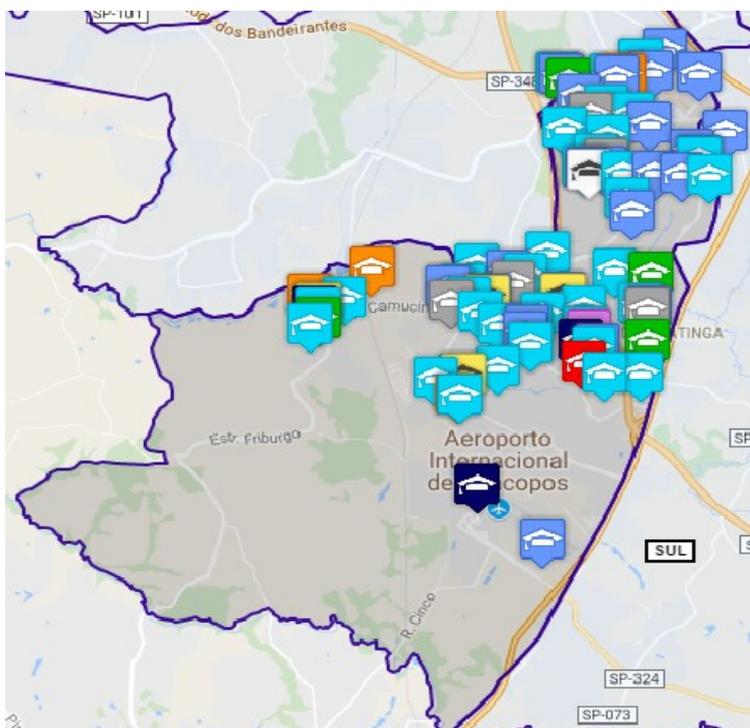
7 Entidades Co financiadas de PB (proteção básica): Associação Beneficente Salém, Centro Promocional Nossa Senhora da Visitação, Centro Comunitário Jardim Santa Lúcia, Sociedade das Filhas de Nossa Senhora do Sagrado Coração - Casa da Criança Maria Luísa Hartzler, AAPICAMP - Associação dos Aposentados Pensionistas e Idosos de Campinas e Região, Associação Nazarena Assistencial Beneficente - ANA, Centro de Estudos e Promoção da Mulher Marginalizada - CEPROMM.

05 Entidade Co financiada de PEA (Proteção Social de Alta Complexidade): Lar Beneficente Sã Doutrina Espiritual do Sétimo Dia, Casa dos Menores de Campinas - Casa Lar dos Irmãos 4, Casa Dos Menores de Campinas - Casa Lar dos Irmãos 5, Associação de Educação do Homem de Amanhã - Guardinha - Convívio I, Associação de Apoio a portadores de Aids Esperança e Vida.

03 CRAS: Campos Elíseos, Nelson Mandela, Novo Tempo.

01 Entidade co financiadas PEM (Proteção Social de Média Complexidade): Centro Comunitário Jardim Santa Lúcia.

Figura 18– Serviços de Educação da região Sudoeste



26 Unidades de Ensino Fundamental

5 CEI Nave Mãe/Bem Querer

05 EMEF

3 CEPROCAMP

01 EEI

01 creche

05 EJA

37 CEI

4 entidades conveniadas

01 Unidade de educação musical

### 3.3.5 Região Sul

Figura 19– Mapa com serviços de saúde, assistência social e educação

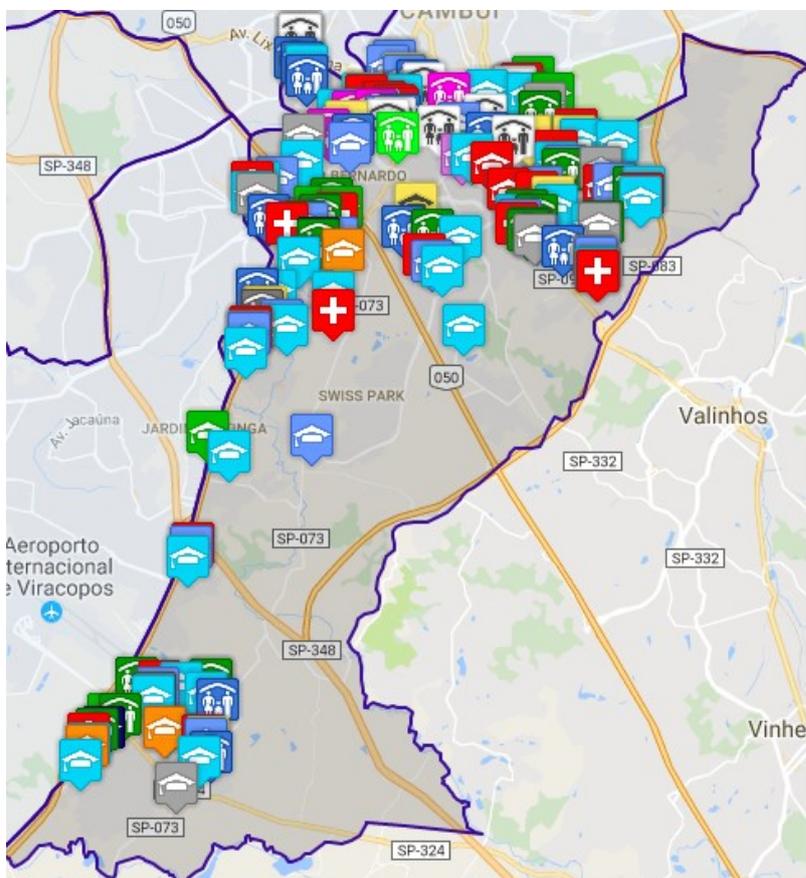
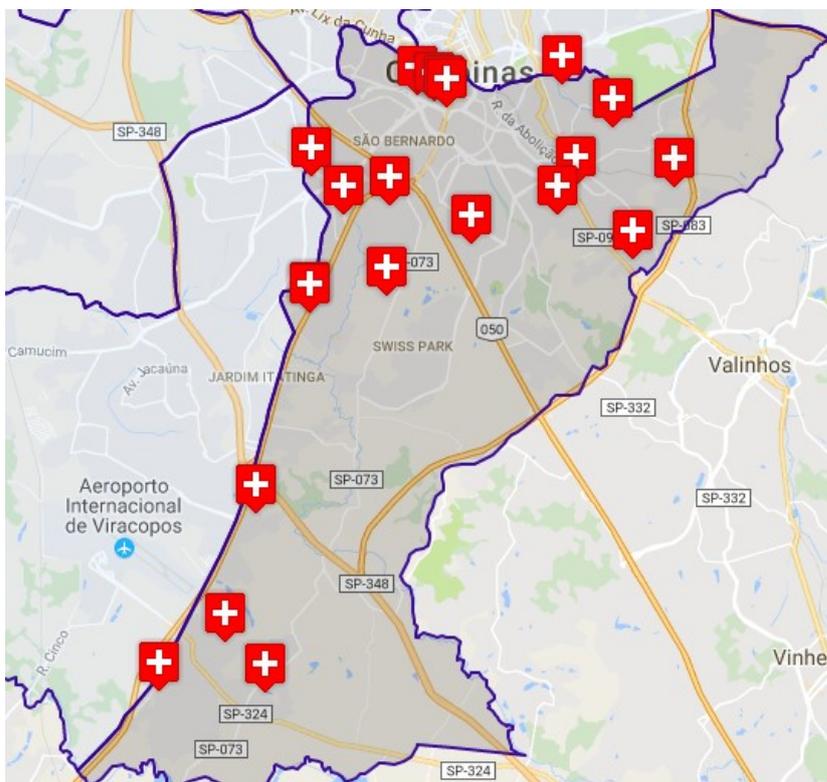


Figura 20– Serviços de Saúde da região Sul



17 Centros de Saúde: “Dr. Manoel Rios Muraro” (Jardim Paranapanema), “Dr. Ernesto Sierra Hunovitch” (Vila Orosimbo Maia), “José Batista” (Jardim Esmeraldina), “Sebastião de Moraes” (Jardim Santa Odila), Vila Ipê, “ Dr. Paulo Camargo Ferraz” (Jardim São Vicente), Faria Lima, Vila Rica, “Antônio Moneta Júnior” (Parque Oziel), Monte Cristo, “Jaime Cesar Correa Lima” (Parque da Figueira), Carvalho de Moura, Jardim São José, “Francisco Alves dos Santos” (Nova América), Campo Belo, Jardim São Domingos, “Dom Bruno Gamberini” (Jardim Fernanda).

Centro de Referência Saúde do Trabalhador - CEREST (é referência para todo o município)

Unidade de Pronto Atendimento – P.A. São José

Hospital Municipal Mario Gatti (referência para todo o município)

Policlínica III

Não constam no mapa, mas estão relacionados no site da Secretaria de Saúde:

Vigilância em Saúde – VISA Sul

Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD Sul

Centro de Atenção Psicossocial Adulto – CAPS III “Antônio da Costa Santos”

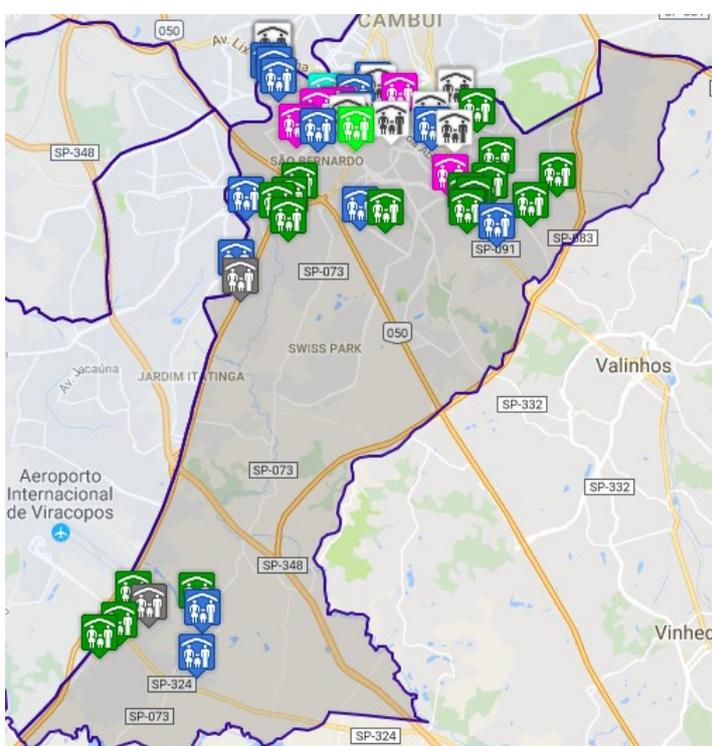
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD Independência

Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil – CAPS IJ Roda Viva

Ambulatório de Especialidades – Policlínica II (no mapa consta na região Leste)

Centro de Convivência Portal das Artes

Figura 21– Serviços de Assistência Social da região Sul



### 1 Distrito de Assistência Social (DAS) Sul

18 Entidades Co financiadas de Proteção Social Básica (PB): Associação De Educação Do Homem De Amanhã - AEDHA – Guardinha; Centro Sócio Educativo Semente Esperança – CSESE; Aprendizado Doméstico Sant Ana - Jardim Esmeraldina; Associação Assistencial, Promocional E Educacional Ressurreição – APER; Associação De Assistência Social São João Vianney; Agência Adventista De Desenvolvimento E Recursos Assistenciais Central Brasileira; Associação Beneficente Semeando Esperança – ABESE; Associação De Assistência Social São João Vianney Casa Marcondes Pinheiro; Centro Social Lírio Dos Vales; Centro Social Bertoni; AMIC - Associação Dos Amigos Da Criança - Monte Cristo; Instituto Paulo Freire De Ação Social; Obra Social São João Bosco - Parque Oziel; Fundação

Eufraten - Funebem - Epv III - Escola Preparatória Para A Vida III - Jd Do Lago II; Fundação Eufraten - Funebem - Epv - Escola Preparatória Para A Vida I - Vila Palmeiras; Casa De Maria De Nazaré - Jd Liza - Casa Dos Anjos; Obra Social São João Bosco - Jardim Campo Belo; Obra Social São João Bosco - Jardim Dom Gilberto.

14 Entidades Co financiada de Proteção Social de Alta Complexidade (PEA): UNIASEC - União De Amor Ajuda E Salvação Em Cristo; UNIASEC - União De Amor Ajuda E Salvação Em Cristo - Grandes Amigos; Associação De Educação Do Homem De Amanhã - Casa Lar Crer & Ser - Unidade II; Assistência Vicentina Frederico Ozanam De Campinas; Associação De Educação Do Homem De Amanhã - AEDHA – Guardinha; Associação Casa De Apoio Santa Clara; Lar Evangélico Alice De Oliveira; MVM - Movimento Vida Melhor; Casa Dos Menores De Campinas - Casa Lar Feminina; Associação De Educação Do Homem De Amanhã - Casa Lar Crer & Ser - Unidade I; Associação Franciscana De Assistência Social Coração De Maria - AFASCOM - Von Zuben; Casa Dos Menores De Campinas - Casa Lar Dos Irmãos 3; Casa Dos Menores De Campinas - São Domingos – Abrigo; Casa Dos Menores De Campinas - Casa Lar Masculina.

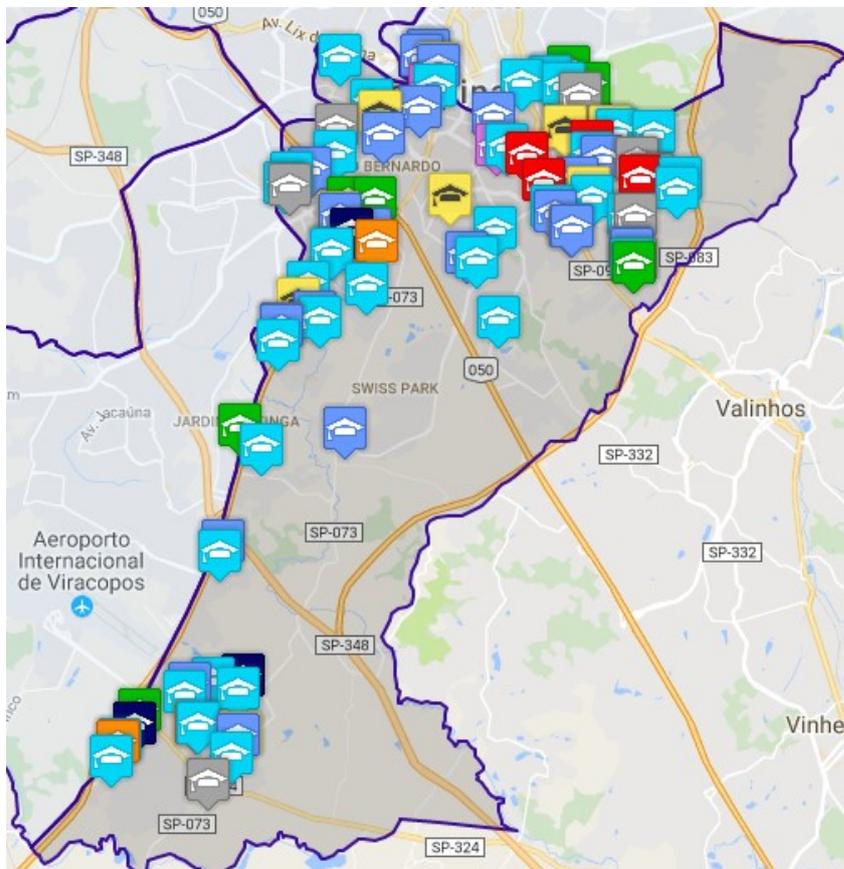
2 Centros de Referência da Assistência Social: Bandeiras e Campo Belo.

1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social

6 Entidades co financiadas Proteção Social de Média Complexidade (PEM): Sorri; Centro De Orientação Ao Adolescente De Campinas - COMEC - Ponte Preta; Lar Da Amizade Ilce Da Cunha Henry; 2 Unidades Da Sociedade Educativa De Trabalho E Assistência – Seta; Associação Franciscana De Assistência Social Coração De Maria - AFASCOM - Vila Georgina.

9 Entidade co financiada de Serviço Complementar (SC): Associação De Pais E Amigos De Surdos De Campinas APASCAMP; Associação Beneficente Semear - Vila Industrial; Associação Pestalozzi De Campinas; Centro De Apoio E Integração do Surdocego E Múltiplo Deficiente Cais; Pró-Visão Sociedade Campineira De Atendimento Ao Deficiente Visual; Casa Da Criança Paralitica De Campinas CCP; Associação De Pais E Amigos Dos Excepcionais De Campinas APAE; Associação Para O Desenvolvimento Dos Autistas Em Campinas ADACAMP; Instituto Campineiro Dos Cegos Trabalhadores.

Figura 22– Serviços de Educação da região Sul



25 Unidades de Ensino Fundamental

4 CEI Nave Mãe/Bem Querer

11 EMEF

3 CEPROCAMP

4 creches

09 EJA

36 CEI

8 Entidades conveniadas

2 Unidades de Educação Musical

#### 4. METODOLOGIA

Para que seja possível realizar uma investigação que se aplique ao campo social, que privilegie as interações e as relações sociais, faz-se necessária a utilização de chaves de leitura capazes de compreender a complexa realidade contemporânea, assegurando seu caráter coletivo e histórico, com intuito de superar o discurso positivista hegemônico, centrado em indivíduos (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 1999).

Enquanto pesquisadora, inserida no contexto estudado, ou seja, participante do objeto de pesquisa, pode-se indagar da fragilidade da imparcialidade durante o processo de investigação em vista desta aproximação. Aqui, compartilho de Malfitano (2011) acerca da proposição de que é possível e benéfica a realização de um trânsito constante entre prática e pesquisa, desde que reconhecidos os limites implícitos no processo. Defende-se que é no diálogo entre o que acontece no contexto local, a política social e a investigação científica que é possível promover a reflexão e compreender de que forma certas mudanças ocorrem. Ao apreender o contexto microssocial, se faz a oportunidade de pensar o contexto macrossocial das políticas públicas. Ao permitir o trânsito entre teoria e ação, se faz a oportunidade de apreender a realidade a partir da reflexão crítica, pensando a partir de um lugar privilegiado de análise o qual pode estabelecer a relação da parte com o todo. No momento em que o objeto a ser analisado é caro ao pesquisador, em vista de sua inserção original naquele local, as vivências se tornam elementos potencializadores e fomentadores, pois foi este o fator que desencadeou o desejo da pesquisa. Além disso, estar inserido no contexto o qual se investiga permite maior orientação e acesso a informações. Faz-se a ressalva de que nenhum método por si só garante a investigação e apreensão de seus objetivos, mas funciona como elemento facilitador da aproximação com aquilo que se investiga. Destaca-se ainda o fato de que nenhuma investigação é neutra, e que olhar “de longe e de fora” não garante imparcialidade.

Nesta proposição, olhar “de dentro e de perto” enriquece o processo de pesquisa. Em síntese, valoriza-se o papel de técnico-investigador a fim de produzir “maiores informações, compreensões e análises de realidades complexas, como aquelas presentes na contemporaneidade, visando à transformação de contextos e à possibilidade de ação para transformação” (MALFITANO, 2011, p. 323).

## 5. PERCURSOS E COLETA DE DADOS

Todas as secretarias propostas foram consultadas com o convite de colaboração com o estudo e solicitação de autorização para contato junto aos gestores distritais e às terapeutas ocupacionais atuantes naquele setor.

Cada uma das secretarias solicitou diferentes trâmites para autorizar a realização da pesquisa de campo. A Secretaria de Saúde possui órgão específico, denominado CETS – Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde, o qual se responsabiliza pela análise e liberação de pesquisas e outras ações relacionadas à educação permanente, capacitações, dentre outros. As Secretarias de Assistência Social e Educação solicitaram que fosse protocolada, no setor de protocolos do Paço Municipal, a solicitação de autorização para a realização das entrevistas e das demais ações de campo, sendo necessária a autorização de alguns representantes da gestão envolvidos com os departamentos ligados aos setores nos quais a pesquisadora teria entrada.

O retorno por parte da Secretaria de Assistência Social foi prontamente favorável à realização da pesquisa, tendo sido solicitado apenas que a pesquisadora apresentasse, presencialmente, para a coordenadora da Setorial de Proteção Social Básica e para as coordenadoras dos DAS, os objetivos e métodos que seriam utilizados ao longo da investigação. Logo após a apresentação o parecer foi favorável.

No que diz respeito à Secretaria de Educação foi recebido, em um primeiro momento, parecer contrário à realização da pesquisa, com justificativa de que o tema e campo do projeto não seriam adequados aos espaços escolares e, considerando que terapeutas ocupacionais atuam nos espaços de saúde, segundo a justificativa apresentada, sugeriu-se que o pedido fosse encaminhado à Secretaria de Saúde. Entretanto, foi mencionado que realizam interlocução em “momentos de estudos de caso intersetoriais”. Assim, a pesquisadora entrou em contato com a Secretaria com intuito de esclarecer os objetivos e métodos da investigação, o campo de atuação do terapeuta ocupacional, para além do setor saúde, e então a entrada em campo foi aprovada.

O CETS emitiu parecer favorável, entretanto orientou a pesquisadora que deveria aguardar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Após o parecer de aprovação, foi iniciado do campo nos serviços de saúde.

Para que fosse possível contemplar os objetivos da investigação em tela, foram propostas quatro etapas.

Na **primeira etapa**, foram realizadas entrevistas com coordenadores ou representantes dos distritos descentralizados das Secretarias de Saúde, Assistência Social e Educação, nomeados respectivamente de Distrito de Saúde (DS), Distrito de Assistência Social (DAS) e Núcleo de Ação Educacional Descentralizada (NAED). Este recorte foi proposto em vista da centralidade destas três políticas sociais na atual pauta de debates, mas não se excluía a possível inclusão de outras políticas, como Cultura, Esporte e Lazer, Habitação e outras, caso estivessem vinculadas às três citadas primeiramente. Cada setor conta com cinco distritos, localizados nos territórios de cada região. Dos 15 coordenadores das cinco regiões dos três setores investigados, foi possível realizar a entrevista com 13 colaboradores. A transcrição das entrevistas foi enviada a todos os colaboradores da pesquisa, sendo que dos 13 entrevistados, três retornaram com sugestões de mudança em seu texto, as quais não alteravam o conteúdo da entrevista. Tal etapa teve como finalidade realizar o mapeamento das redes intersetoriais existentes a partir do que é conhecido pela gestão dos distritos, compreendendo ser o local que teria maior possibilidade de aglutinar tal informação. O mapeamento teve como finalidade localizar geograficamente as redes intersetoriais e descrevê-las de acordo com os objetivos elencados pela administração distrital.

Inicialmente, foi feito contato com as coordenadoras dos DAS, visto que até então era o setor autorizado e disponível para a investigação. Após diversas tentativas em se marcar as entrevistas, foi sugerido pelas mesmas que a entrevista fosse realizada de forma coletiva, assim haveria menos problemas relacionados à indisponibilidade de agenda. A sugestão foi aceita e a entrevista coletiva foi realizada com quatro das cinco coordenadoras dos DAS – Norte, Noroeste, Sul e Leste, estando uma delas de férias à época. Esta última entrevista foi realizada após seu retorno, individualmente.

A dificuldade em agendar as entrevistas se repetiu no contato com as coordenadoras dos distritos de Saúde, visto que as únicas formas de contato eram o e-mail e telefone institucionais. Pelas atribuições da função, compreende-se que estas gestoras circulam de forma intensa e com bastante frequência estão comprometidos com reuniões, o que impossibilitou, por inúmeras vezes, o contato telefônico direto com a pessoa, tendo como única possibilidade deixar recados com outros trabalhadores daquele local. A coordenadora de um dos distritos referiu estar indisponível e sugeriu que a entrevista fosse realizada com uma das apoiadoras institucionais, cargo subordinado à coordenadora que também atua nos distritos, possibilidade está já esperada no projeto inicial da pesquisa. Um coordenador havia sido contatado diversas vezes, via e-mail, telefone institucional e pessoal, mas não ofereceu

disponibilidade ao longo do período viável para esta etapa e, compreendendo a dificuldade de agenda, considerou-se necessário dar seguimentos às demais etapas do campo, sendo realizadas assim quatro, e não cinco, entrevistas no setor saúde.

Em relação aos representantes das NAEDs não foi diferente. Somado a isso, quatro dos cinco representantes foram substituídos no início da nova gestão municipal, em fevereiro de 2017. Todos os substitutos já atuavam nas NAEDs, com outras funções, portanto se considerou que não haveria prejuízos em coletar os dados com os mesmos, ao invés de tentar contato com os representantes anteriores. Foram realizadas quatro entrevistas, pois uma das pessoas não compareceu no dia marcado e, em seguida, não retornou aos novos contatos realizados. Destaca-se que o contato com os gestores da educação foi o que causou maior estranhamento, em princípio, provavelmente em vista da origem da pesquisadora.

A **segunda etapa** percorrida, concomitantemente à anterior, foi a aplicação de um questionário (Anexo 5) *online* com terapeutas ocupacionais que atuam em serviços geridos pela Prefeitura Municipal de Campinas. Do universo de 43 terapeutas ocupacionais atuantes na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Campinas, 36 estariam em exercício profissional, para as quais foram enviados questionários, sendo que se obteve a colaboração de 17 trabalhadoras. A partir deste instrumento, objetivou-se complementar a composição do mapeamento das redes intersetoriais e identificar características desta categoria profissional no trabalho em rede. Perguntou-se quais articulações essas trabalhadoras participavam; qual a compreensão acerca do papel da terapeuta ocupacional na articulação da rede; se o perfil profissional é compatível com a atuação em rede e porquê; qual sua compreensão em relação ao trabalho em rede; qual a importância desta forma de gerir as políticas sociais; e o que considera que a profissão contribui (ou não) para o desenvolvimento do trabalho de articulação intersetorial e em rede dos serviços. Foi realizada a aplicação de um questionário piloto junto a uma terapeuta ocupacional trabalhadora da rede terceirizada da Secretaria de Saúde, possibilitando sugestões e ajustes para a elaboração da versão definitiva utilizada.

O CETS ofereceu a listagem do quadro de terapeutas ocupacionais em dezembro de 2016, com o nome das trabalhadoras, local e distrito de atuação de 43 terapeutas ocupacionais. Entretanto, constatou-se que quatro destas exerciam cargos de gestão no nível central da Prefeitura (duas no Departamento de Saúde, uma no Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional, e duas na Coordenação Setorial de Relações do Trabalho) e, muito provavelmente, não poderiam contribuir com as questões suscitadas, visto que os objetivos da investigação estão voltados àquelas que exercem atividades mais diretamente

ligadas à assistência nos distritos. Adicionalmente, durante as tentativas de contato, foi informado que: uma das trabalhadoras havia se aposentado no mesmo ano, uma acabara de entrar em licença maternidade, e uma esteve de licença temporária de saúde durante o período de coleta de dados, sendo que a primeira atuava na atenção básica em saúde e as duas últimas em serviços “meio” (serviços de referência para todo o município). Assim, no total, como dito anteriormente, foram convidadas 36 pessoas.

O contato foi feito via telefone institucional, único contato disponível. Quando foi possível encontrar a trabalhadora em sua unidade via telefone, foi solicitado o e-mail pessoal e o questionário foi enviado eletronicamente. Entretanto, houve muitos empecilhos para acessar as terapeutas ocupacionais via telefone institucional, pois diversas vezes era recebida a informação de que a pessoa ou não estava, ou encontrava-se em atendimento, ou estava realizando uma ação em outro local, sem contar as inúmeras vezes em que o telefone estava ocupado ou sem resposta, como é comum no cotidiano atarefado das unidades de saúde. Sendo assim, foi tentado contato via redes sociais *online* ou pela entrega do questionário impresso presencialmente nos locais de trabalho. Assim, foi obtida devolutiva de 17 pessoas, ou seja, 40,5% do total de terapeutas ocupacionais da rede e 47,2% das terapeutas ocupacionais selecionadas e contatadas.

A **terceira etapa** compreendeu a participação da pesquisadora nas reuniões de duas redes intersetoriais escolhidas a partir das informações coletadas pelas entrevistas e questionários. O objetivo foi observar a dinâmica efetivada com vistas a identificar fatores de facilitam e dificultam o trabalho. Para a escolha das redes, levou-se em consideração:

1. A efetividade da participação intersetorial;
2. A presença de terapeutas ocupacionais na composição da rede;
3. A diversidade de configurações das redes;
4. A abertura dada pelos mediadores e participantes para a observação da pesquisadora nas atividades;
5. A avaliação feita pelos coordenadores e terapeutas ocupacionais durante a fase de mapeamento sobre o bom funcionamento da rede e sua resolutividade. Este último critério foi elencado a fim de proporcionar a escolha de redes nas quais ocorressem experiências consideradas interessantes de organização e ação e que, por isso, poderiam auxiliar a pesquisadora a destacar elementos-chave para o sucesso das articulações intersetoriais.

Levando em consideração os cinco critérios apresentados, foram escolhidas duas experiências de articulação entre serviços para observação, em distritos distintos e coordenadas por serviços de diferentes Secretarias, a fim de diversificar as experiências. Com objetivo de preservar a identidade dos sujeitos, foram dados nomes fictícios às redes, são eles: Rede Alecrim, voltada para discussão de casos de crianças e adolescentes, e Rede Lavanda, que se pauta pelo debate em torno de famílias e indivíduos considerados em situação de vulnerabilidade social de uma região. A pesquisadora participou de quatro encontros em cada uma das redes intersetoriais, em um período de quatro meses.

Com o objetivo de debater de maneira mais aproximada sobre o papel da terapia ocupacional nas ações das redes intersetoriais, como **quarta etapa**, retornou-se a estas trabalhadoras pelo oferecimento de uma atividade com caráter formativo, realizada através de um encontro dialogado, com o intuito de produzir material para reflexão nesta pesquisa e também para as trabalhadoras envolvidas com as redes intersetoriais em seu cotidiano. O encontro foi realizado em parceria com o CETS e coordenado pela pesquisadora e orientadora da pesquisa, denominada “A terapia ocupacional nas ações em rede” (convite no Anexo 4). A participação a liberação do trabalho, além de proporcionar um momento exclusivo de reflexão e debate para esta categoria profissional, oferecendo elementos teóricos e práticos acerca do tema da articulação em rede intersetorial entre os serviços municipais. Contou com a presença de nove profissionais atuantes na Atenção Básica em Saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Pretendeu-se, adicionalmente, dialogar sobre as experiências de trabalho em rede intersetorial, com foco nos casos de sucesso e de fracasso vivenciados pelas terapeutas ocupacionais, além de discutir sobre os resultados encontrados nas fases anteriores da pesquisa.

Por fim, planeja-se, após o término do estudo, o retorno para os participantes da pesquisa sobre o que foi compreendido e apreendido durante o processo, com perspectivas de incentivar e auxiliar o trabalho em rede. Sugere-se que a pesquisadora possa apresentar os resultados da pesquisa durante encontros acordados nos distritos descentralizados dos diferentes setores, sendo os trabalhadores interessados convidados para o diálogo.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Mapeamento das Redes

Dentro dos dados coletados, foram elencadas logo abaixo as iniciativas da articulação intersetorial – as “redes”, segundo informações dos colaboradores deste estudo. Logo após a listagem, há uma breve descrição sobre cada.

Quadro 1– Redes mapeadas por região

<b>REDES MUNICIPAIS</b>	<b>Rede AD</b> <b>Rede da Mulher</b> <b>Rede da Criança</b> <b>Grupo de Trabalho das Maternidades</b> <b>SISNOV</b> <b>Conselhos</b> <b>Orçamento Participativo</b>
<b>REGIÃO LESTE</b>	Intersetorial de casos – região Flamboyant Intersetorial mosaico– região Flamboyant Intersetorial São Quirino Intersetorial de casos São Quirino Intersetorial Sousas/Joaquim Egídio Intersetorial de casos Sousas/Joaquim Egídio Intersetorial Vila Costa e Silva/ Vila Miguel V. Cury/Santa Genebra Intersetorial de casos Intersetorial Vila Costa e Silva/ Vila Miguel V. Cury/Santa Genebra Intersetorial AR14 Intersetorial de casos AR14 Intersetorial Vila Brandina Intersetorial Micro Centro Reuniões periódicas da saúde com equipamentos da educação Rede da criança Fórum de saúde mental Grupo de Trabalho Interproteções
<b>REGIÃO NORTE</b>	Intersetorial Estrela – região Padre Anchieta Intersetorial Sol – região Barão Geraldo Intersetorial Sol – região Amarais Intersetorial Lua – região Jardim Aurélia Intersetorial Nascente – região San Martin Rede da criança Grupo de Trabalho Interproteções
<b>REGIÃO NOROESTE</b>	Rede de Atenção Psicossocial – RAPS Rede Sabiá/Rede da criança Oncorede Rede Cegonha Matriciamentos com os CAPS (Adulto, AD e Infante Juvenil) Matriciamento de fonoaudiologia Intersetorial Macro (região toda) Intersetorial Micro 1 - região do Garcia/Castelo Branco) Intersetorial Micro 2 - CRAS Florence e CRAS Satélite Íris Intersetorial Micro 3 - CRAS São Luís Projeto ECOAR (PUC) nas escolas Reuniões da NAED com as ONGs Redinha da Criança

	Reuniões periódicas do Centro de Saúde Floresta com o CRAS São Luís Rede Rosina Grupo de Trabalho Interproteções
<b>REGIÃO SUDOESTE</b>	Intersetorial CRAS Nelson Mandela Intersetorial CRAS Campos Eliseos Intersetorial CRAS Novo Tempo Grupo de Trabalho Interproteções Reunião da rede socioassistencial Reunião do DAS com os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo Rede da criança e do adolescente Rede mista Eixo 1 Eixo 2 Rede social espontânea Rede sócio-comunitária Redes setoriais públicas Matriciamento nas escolas da região do Centro de Saúde Santo Antônio Matriciamentos dos CAPS nos Centros de Saúde Matriciamento SABIÁ Reunião com as Escolas, LBV e Centro de Saúde na região do CS DIC I Reuniões da NAED com o Conselho Tutelar Reuniões da NAED/escolas com os Centros de Saúde Redes cotidianas da assistência social com a saúde.
<b>REGIÃO SUL</b>	Rede da criança Rede da saúde mental Rede Mista Matriciamento do eixo sul-sul 1 Matriciamento dos eixo sul-sul 2 Matriciamento do eixo sul - leste 1 Matriciamento do eixo sul - leste 2 Matriciamento intersetorial Intersetorial do CRAS Campo Belo Intersetorial do CRAS Bandeiras Intersetorial do DAS Grupo de Trabalho Interproteções

### Redes Municipais

- ❖ Rede AD (Álcool e outras Drogas): rede temática, que ocorre mensalmente e conta com a participação, principalmente, de profissionais de equipamentos da saúde, mas que tem interface com outros setores, mesmo que de maneira menos predominante. Neste espaço são discutidas questões ampliadas em torno das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, as estratégias de cuidado e as políticas públicas que se relacionem com o tema.
- ❖ Rede da Criança: rede temática, que ocorre mensalmente, mas, segundo informações colhidas pelas participantes da pesquisa, não está funcionando atualmente.
- ❖ Grupo de Trabalho das Maternidades: tem como objetivo desenhar o fluxo para alta protegida. Integram essa rede: a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Conselho,

as maternidades, serviços de todos os níveis de complexidade da assistência social (básica, média e alta).

- ❖ SISNOV – Sistema de Notificação de Violência: sistema eletrônico intersetorial e interinstitucional de notificação sobre violências no município. São notificadas as seguintes violências: contra a mulher (todos os tipos e natureza, física, sexual, psicológica, negligência, tortura, maus-tratos); contra criança (todos os tipos e natureza); contra adolescente (todos os tipos e natureza); contra pessoa idosa (todos os tipos e natureza); autoprovocada (ambos os sexos, todas as idades); sexual (ambos os sexos, todas as idade); doméstica (ambos os sexos, todas as idades); tráfico de seres humanos (criança, adolescentes e mulheres); financeira / econômica (ambos os sexos, todas as idades); negligência / abandono (ambos os sexos, todas as idades); trabalho infantil (crianças e adolescentes menores de 14 anos); e intervenção legal. Integram a rede: setores do poder público municipal (Secretarias de: Cidadania, Assistência e Inclusão Social; Cooperação nos Assuntos de Segurança Pública; Cultura, Esportes e Turismo; Educação; Saúde e Coordenadoria da Mulher) e diversas instituições do município de Campinas (CMDCA; Conselhos Tutelares; UNICAMP; IML; Vara da Infância e da Juventude; PUC de Campinas e ONGs). Os objetivos são: registrar dados por meio eletrônico, gerar informações e indicadores, e apoiar o desenvolvimento de políticas específicas que reduzam os riscos e danos associados a estes tipos de violência.
- ❖ Conselhos: foram destacados como uma rede por entrevistados da Educação, sendo compreendidos ali tanto os Conselhos de Escolas quanto os Conselhos Locais, Municipais e Distritais de todos os setores. São importante conquista do Controle Social, permitindo a permeabilidade dos segmentos populares nas deliberações de gestão da política.
- ❖ Orçamento Participativo: espaço de deliberação no qual representantes da população decidem, junto a membros da gestão municipal, as prioridades de investimentos em obras e serviços a serem realizados a cada ano, com os recursos do orçamento da prefeitura.

### Redes comuns a vários distritos:

- ❖ Rede “Intersetorial”: nasceu como iniciativa da Secretaria de Assistência Social, por volta dos anos 2000, de acordo com o que foi relatado pelas entrevistadas deste setor. São organizadas a partir dos territórios dos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, e geralmente coordenadas por profissionais deste serviço. Ou seja, cada CRAS do município tem ligado a este, uma Intersetorial. Os territórios que não possuem CRAS tem sua Intersetorial fomentada pelo Distrito de Assistência Social – DAS da região em questão. Essas redes têm como objetivo discutir e encaminhar questões relativas ao território na qual se inserem, questões estas que são pautadas a partir de seus participantes como, por exemplo, o uso de espaços comunitários, possíveis problemas em torno de algum equipamento ou serviço do bairro, demandas concernentes à moradia, dentre outras questões. São, no total, 17 no município. Os participantes, em geral, são de setores: da assistência social, de todos os níveis de complexidade, mas majoritariamente do próprio CRAS, dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, dos CREAS; da saúde, de forma mais presente as unidades básicas e os CAPS, mas também outros segmentos; da educação, geralmente na figura de algum representante das NAEDs ou direção das escolas; de lideranças comunitárias, associações de bairro, e população em geral; dos serviços da Secretaria de Habitação. Ocorre mensalmente.
  
- ❖ Rede Intersetorial para discussão de casos: são organizadas de maneira bastante similar à Intersetorial, citada acima, mas não existem em todos os territórios – são de iniciativa de um ou outro CRAS, como pode ser visto na tabela. Difere-se da Intersetorial basicamente pelo objetivo, que é a discussão de casos específicos, de pessoas ou famílias nas quais se identificada maior vulnerabilidade social, e pelo fato de não ser permitida a participação da população. Ocorre mensalmente.
  
- ❖ Rede da Criança: rede temática, na qual se discute especificamente questões relativas à infância. É de dimensão distrital e é coordenada pelo distrito de saúde, assim, tem participação majoritária de serviços do mesmo setor, com maior peso de trabalhadoras da atenção básica. Entretanto, é referido que outros setores são convidados,

principalmente a Educação, mas que tem pouca possibilidade de participação. Ocorre mensalmente.

- ❖ Rede Sabiá ou matriciamento Sabiá: gira em torno da participação do serviço em questão – SABIÁ: Saberes Interdisciplinares em Aprendizagem, serviço este que atende crianças e adolescentes, de todo o município, os quais apresentem queixas concernentes ao aprendizado ou outras dificuldades escolares, como problemas para ler, escrever, realizar operações matemáticas, dentre outros. Mensalmente, uma ou mais representantes do serviço se reúne com trabalhadoras de cada distrito para debater a temática, usualmente pela discussão de casos trazidos pelas unidades de saúde. Tem por objetivo debater e selecionar os casos que serão avaliados e talvez inseridos no serviço Sabiá. Em alguns distritos, ocorre dentro do espaço da Rede da Criança.
- ❖ Rede de Atenção Psicossocial, Rede da Saúde Mental ou Fórum de Saúde Mental: funciona pela reunião de representantes de diversos serviços de saúde do distrito com objetivo de discutir e encaminhar pautas ligadas especificamente à temática da saúde mental. Os conteúdos são, geralmente, de cunho macrossocial, como a política de saúde mental do município, estratégias de fortalecimento e articulação, dentre outros. Não tem como foco a discussão de casos.
- ❖ Matriciamentos: compreendidos aqui como reuniões de matriciamento, ou seja, encontros entre profissionais e serviços com objetivo de discutir casos e temas, pactuar ações, avaliar seus resultados e repactuar novas estratégias para a produção do cuidado. Entende-se que é a partir das reuniões de matriciamento que são definidas as ações conjuntas que serão realizadas. Destaca-se que é um termo oriundo do campo da saúde, que geralmente determina as ações realizadas entre a Atenção Básica/Primária com os NASF e demais níveis de atenção. Entretanto, a partir da entrada do setor saúde em articulações entre setores, a nomenclatura tem sido “emprestada”.
- ❖ Grupo de Trabalho Interpreteções: realizado dentro da Secretaria de Assistência Social, tem o objetivo de discutir casos entre proteção social básica e proteção social especial. Nas regiões sul e noroeste conta com a participação de outras Secretarias.

- ❖ Rede mista: apesar de ganhar o mesmo nome em diferentes distritos, tem objetivos distintos. No distrito sudoeste, é organizada pela saúde, mas com participação pontual e esporádica de serviços de outros setores, e é realizada bimensalmente. O objetivo é discutir temas elencados por aquele coletivo, com intuito de elaborar ações territoriais, inclusive com proposições de articulação com o restante da rede de serviços como, por exemplo, estratégias de comunicação. A rede conta com um Grupo de Trabalho responsável por organizar as atividades. No distrito sul trata-se de uma rede temática que tem como questão central a infância e adolescência. O objetivo da rede é discutir a criança e o adolescente em todos os seus aspectos, sendo o espaço aberto à saúde, assistência social e educação, mas a maior participação e da saúde.

#### Redes específicas de cada distrito

##### Região Leste:

- ❖ Reuniões periódicas da saúde com equipamentos da educação: esta rede foi identificada nos questionários aplicados junto às terapeutas ocupacionais. Diz respeito à entrada de um profissional dessa categoria em algumas escolas da região onde atua, a partir da perspectiva da saúde, mais especificamente da saúde mental, afim de discutir casos e elaborar ações conjuntas nas próprias escolas.

##### Região Noroeste

- ❖ Oncorede: articula todos os níveis de atenção na saúde em torno do cuidado às pessoas com câncer.
- ❖ Rede Cegonha: articula todos os níveis de atenção na saúde em torno da questão da gestação e puerpério.
- ❖ Projeto ECOAR (PUC) nas escolas: trata-se de um projeto de extensão do Departamento de Psicologia da PUC Campinas, o qual insere psicólogos em toda a rede municipal do distrito noroeste, em uma proposta de ação da Psicologia na Escola voltada para o desenvolvimento de ações preventivas no enfrentamento à violência.
- ❖ Reuniões da NAED com Organizações Não Governamentais do mesmo território: encontros esporádicos, ou seja, não programados com frequência regular, entre o

representante da NAED com as instituições terceirizadas da Assistência Social, da proteção básica ou especial de média complexidade, com intuito de discutir casos e formular ações para o cuidado das crianças e adolescentes em pauta.

- ❖ Rede Rosina: trata-se de encontros mensais entre a Escola Estadual Rosina Frazatto dos Santos, localizada no bairro Satélite Íris I com serviços, principalmente, da atenção básica em saúde e da proteção básica da assistência social (CRAS e instituições conveniadas). Esporadicamente, conta a participação de CAPS IJ, CREAS e Conselho Tutelar. Tem como principal objetivo discutir casos de alunos e suas famílias e elaborar ações individuais para os mesmos, mas pontualmente são elaboradas ações coletivas.
- ❖ Reuniões periódicas do Centro de Saúde Floresta com o CRAS São Luís: encontros programados entre os serviços dos dois setores.

#### Região Sudoeste

- ❖ Reunião da rede socioassistencial: trata-se da reunião de toda rede de proteção básica da Assistência Social, que ocorre mensalmente, e visa a discussão de questões estruturais.
- ❖ Reunião do DAS com os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo: ocorre uma vez ao mês, compreendendo apenas o setor da Assistência Social. Trata da discussão centralizada no Distrito, que depois é levada aos territórios.
- ❖ Eixo 1 e Eixo 2: diz respeito, na verdade, à divisão em duas metades do território referente à região sudoeste. Tem objetivo similar à Rede Mista, ou seja, discussão de temas, mas no caso com a reunião de apenas parte do distrito. Integram o eixo 1 representantes da saúde das regiões dos bairros Santa Lúcia, Vila União, Jardim Capivari, Tancredão, DIC III, Santo Antônio e Santos Dumont. No eixo 2, estão contemplados os territórios do São Cristóvão, DIC I, Jardim Aeroporto, Jardim Vista Alegre e União de Bairros.
- ❖ Matriciamento nas escolas da região do Centro de Saúde Santo Antônio: encontros periódicos entre alguns membros da equipe, notadamente da terapeuta ocupacional, do

referido Centro de Saúde, em determinadas escolas do território. Tem como principal objetivo a discussão de casos e elaboração de ações individuais.

- ❖ Reunião entre as escolas, Legião da Boa Vontade e Centro de Saúde na região do CS DIC I: diz respeito a encontros periódicos entre os serviços citados compreendendo, então, três setores distintos – educação, saúde e assistência social, e tem como objetivo primeiro a discussão de casos compartilhados entre os serviços.
- ❖ Reuniões da NAED com o Conselho Tutelar: encontros esporádicos, ou seja, não programados com frequência regular, entre o representante da NAED com conselheiro tutelar da região, com intuito tanto de discutir casos, como discutir e elaborar ações estruturais (por exemplo, problemas com vagas nas escolas).
- ❖ Reuniões da NAED e/ou escolas com os Centros de Saúde: encontros esporádicos, idem o item acima, que ocorrem ao serem identificadas demandas de alunos das escolas, ou de crianças as quais usam determinado CS. Geralmente, a articulação é feita pela “equipe gestora” da Educação, ou seja, o representante da NAED ou a direção da escola.
- ❖ Redes cotidianas da assistência social com a saúde: descrita pelo primeiro setor como as interlocuções realizadas entre serviços dos dois setores com objetivo de trocar informações sobre as ofertas de cada serviço, por exemplo, benefícios oferecidos pelos CRAS.

### Região Sul

- ❖ Matriciamento do eixo sul-sul 1: participam representantes de centros de saúde, saúde mental da Atenção Básica, representantes dos três CAPS que são referência do território, Unidade de Pronto Atendimento, CRAS, CREAS, e outros segmentos quando necessário. Explica-se que os matriciamentos acontecem por micro eixos, conforme a divisão do território, por se tratar de um distrito com grande área de abrangência.

- ❖ Matriciamentodos eixo sul-sul 2: acontece por meio da Intersetorial (rede coordenada pelo CRAS do território). É bastante ampla, conta a presença da saúde, educação, habitação, serviço social, entre outras Secretarias. Destaca-se ser território de maior vulnerabilidade do distrito.
- ❖ Matriciamento do eixo sul - leste 1: participam representantes do CRAS e do CREAS, e demais segmentos da assistência quando necessário, além de representantes das Unidades de Saúde do território – geralmente dos Centros de Saúde, e dos CAPS quando se faz necessário.
- ❖ Matriciamento do eixo sul - leste 2: conta com representantes dos mesmos seguimentos citados na rede acima.
- ❖ Matriciamento intersetorial: conta a participação das trabalhadoras da atenção básica, dos CAPS e da Assistência Social (não foi especificado quais serviços).

## **6.2. Entrevista com os representantes distritais: destacando alguns pontos**

As entrevistas realizadas com as Coordenadoras dos Distritos de Saúde e de Assistência Social, além dos Representantes das NAEDs, tiveram como objetivo efetivar principalmente o mapeamento acima apresentado, mas também apreender, nos seus discursos, percepções acerca das articulações em redes entre os serviços, notadamente as intersetoriais, conforme questões presentes no Roteiro de Entrevista (Anexo 2). Foram entrevistadas, ao todo, 13 pessoas: cinco coordenadoras dos Distritos de Assistência Social, quatro coordenadores das NAEDs e quatro coordenadoras dos Distritos de Saúde.

É importante ressaltar que a entrevista com as coordenadoras da assistência social foi realizada de forma coletiva, com quatro das cinco coordenadoras e, assim, foi possível notar um discurso bastante consensual, principalmente com relação ao mapeamento das redes, pois todas descreveram redes oriundas da própria política de assistência social e geralmente coordenadas pelos trabalhadores dos serviços ligados a esta Secretaria. Além disso, pode-se dizer que todas as cinco colaboradoras (a quinta entrevista foi individual) vêm de uma extensa trajetória profissional dentro desta Secretaria, inclusive com muitos anos no cargo de gestão distrital.

Com relação às entrevistas realizadas junto aos representantes das NAED, foram nomeadas poucas redes de participação daquele setor, se comparadas aos setores de saúde e assistência social. Foi discorrido principalmente sobre parcerias cotidianas, caracterizadas como importantes e frequentes, mas sem periodicidade regular, firmadas, por exemplo, por meio de reuniões agendadas com alguns serviços de acordo com a demanda. Não é possível avaliar como sendo mais ou menos importante do que as ações sistemáticas, mas que possuem características bastante diferentes, pois geralmente envolvem a gestão da escola e raramente os professores. Ressalta-se a diferença do setor educação, em comparação à assistência social e à saúde, na natureza de seu serviço: a escolarização formal, com desafios e características que certamente influenciam a participação e composição com demais serviços. Com relação ao perfil desses representantes, foi comum o fato de todos estarem no cargo há pouquíssimo tempo – em torno de duas semanas, pois houve troca de gestores no início do mesmo ano em que as entrevistas foram realizadas. Ainda assim, todos já vinham de uma carreira extensa dentro da Secretaria de Educação, inclusive ocupando outros cargos, por exemplo, de supervisor educacional, na própria NAED ou em NAEDs de outros distritos. Cabe destacar que, ao contrário das coordenadoras dos DAS, todos são homens.

As entrevistadas dos Distritos de Saúde são mulheres e uma delas não ocupa o cargo de coordenação, mas sim de apoio institucional do distrito, como acima explicado. Três das colaboradoras são enfermeiras de formação e uma é nutricionista. Com relação ao tempo na função, é variável.

A partir destas entrevistas, destaca-se aqui quatro discussões escolhidas, tendo como base o roteiro elaborado: a concepção dos participantes sobre o que é rede, incluindo-se aí os seus objetivos; a participação e envolvimento dos diferentes setores e outros atores sociais nas redes, ou seja, quem as compõe; as avaliações sobre como têm se dados tais articulações; os desafios colocados, com seus possíveis caminhos.

#### ◆ **Concepções sobre o que é rede de serviços e quais os seus objetivos**

Não houve divergências de respostas, mesmo entre os diferentes setores. Foi destacado que a rede intersetorial é compreendida como uma ferramenta de trabalho, ou uma estratégia, que propicia a interação entre os atores sociais, geralmente de um mesmo território, tendo como objetivo central a efetivação dos direitos da população, devendo se pautar pelo o que é preconizado na política pública:

Sempre que trabalha-se em rede nós estamos trabalhando com um objetivo para o atendimento à política. (Entrevista A1)<sup>9</sup>

Foi apontado que, a partir de espaços de diálogo, proporcionados pelos encontros entre os serviços, notadamente com a participação da população, é possível compreender quais são as demandas singulares de determinada comunidade em dado território, com objetivo de responder de forma adequada às necessidades levantadas e decidir a destinação do orçamento do município:

O que eu acho bacana é que nessa condição de você botar uma situação de rede de serviços, diferentes colegas debatendo com a comunidade, ouvindo as demandas da comunidade, faz com que você aprimore os serviços prestados, o tempo todo. Trabalhar dentro do serviço público sem ouvir, você não consegue. Você consegue aprimorar uma política pública de atendimento a partir do momento que você está no território ouvindo o sujeito histórico do território dele, naquilo que ele quer dizer para você o que é demanda dele. Que nós do nível central, gestores, de qualquer segmento, da saúde, da assistência, da educação, da segurança, do transporte, da administração, do trabalho e renda, das tecnologias, a gente não consegue enxergar. Então quando o cidadão se manifesta nesses espaços, diz o que ele tem de demanda, a rede cumpre a sua finalidade. Porque ela se fortalece no atendimento ao cidadão, e aí a gente gera as demandas para o debate político, para definição das políticas de atendimento, e conseqüentemente a definição das políticas no nível orçamentário, para que o orçamento preveja o atendimento daquela determinada demanda. (Entrevista E2)

Representantes de todos os setores ressaltaram o aspecto da complementariedade da rede, tendo sido destacado como seu objetivo principal. O discurso vai ao encontro do que é encontrado na literatura, pois enfatiza, além das questões comuns que propiciam a articulação de serviços em rede, as particularidades que são de responsabilidade de cada serviço e que deverão continuar sendo respondidas:

É um conjunto de serviços que vai ter que se interagir e se complementar na missão final que é o cuidado do usuário (...). É uma rede integrada que tem como finalidade complementariedade do cuidado. (Entrevista S1)

Tem o objetivo de se juntar em torno de questões comuns, que são consideradas comuns, e ainda assim considera as particularidades. Porque a gente sempre se junta em torno de uma questão comum, mas tem as questões pertinentes a cada serviço, a cada instituição, das pessoas envolvidas. (Entrevista A2)

Eu penso que a rede de serviços ela tem esses objetivos, que na verdade se convergem, e elas se complementam. Então o aspecto da complementariedade, eu

---

<sup>9</sup>Para que seja possível identificar o setor do qual o entrevistado é oriundo, mas preservando sua identidade, os trechos estão identificados com as seguintes siglas: A1, A2, A3, A4 e A5 para as cinco entrevistadas do setor assistência social; E1, E2, E3 e E4 para os três entrevistados do setor educação; e S1, S2, S3 e S4 para as quatro entrevistadas do setor saúde.

acho que tem muito a ver com a especificidade que cada serviço tem. Então a ideia é que a rede possa se complementar mesmo, nas suas diferenças. (Entrevista A3)

Acerca de suas características, uma pessoa ressaltou que a rede precisa ser intencional e horizontal. Os demais entrevistados não entraram nesse mérito, mantendo o foco na questão da complementariedade dos serviços com objetivo de atender aos usuários e efetivar aquilo que é pressuposto nas políticas sociais.

#### ❖ **Participação e envolvimento dos setores e outros atores sociais nas redes**

Neste ponto, houve divergência em torno dos integrantes acerca da composição da rede, questionando se seus participantes deveriam ser somente de instituições públicas ou também de instituições privadas e/ou terceirizadas. A segunda concepção foi a mais aceita, sendo que apenas um entrevistado fez referência à exclusividade das instituições públicas.

Sobre a participação dos diferentes setores, destacou-se, por parte das entrevistadas dos Distritos de Saúde e Assistência Social, a dificuldade em se tecer redes com serviços da Educação, como pode ser observado nos trechos abaixo. Alguns entrevistados, em menor número, pontuaram a participação de trabalhadores de serviços da Educação nas redes, geralmente nas redes denominadas de “Intersetoriais”.

Ela (a rede intersetorial) tem uma proposta mais na linha de formação política, a gente discute mais temas, e é composto pela saúde, pela assistência, mais ou menos pela educação. (Entrevista A3)

Digamos que a presença talvez não tão constante é da educação nos territórios do CRAS (...). Pontualmente está presente da educação, a educação é o parceiro que tem maior dificuldade de estar presente. (Entrevista A1)

É bem interessante isso para pensar, porque por exemplo se pensar escola, a escola ela só faz rede ou com ela mesma, outros diretores, outras escolas, ou ela acaba puxando a assistência para fazer alguma coisa mais no campo do bairro, da comunidade, ou vem pedir para a gente alguma intersecção, para gente fazer uma ação, mais pontual. Não é uma construção de rede mesmo né, com começo, meio, fim, sequência. (Entrevista S1)

Tal fato pode ser explicado visto que os serviços da Educação parecem estar mais voltados ao cotidiano escolar, com a grande e relevante tarefa de escolarização formal, integrando de forma menos regular as redes consolidadas a partir de uma frequência de encontros, o que é mais possível nos setores de assistência social e saúde. Um diretor de NAEDs explicou:

Na verdade, as escolas vão construindo esse relacionamento mais fino com as unidades de saúde por exemplo, para servir de exemplo. A medida que a necessidade vai surgindo ali na particularidade daquela unidade. Algumas unidades têm mais a disposição para fazer esse trabalho de estreitamento com as unidades de saúde. E algumas unidades de saúde também têm mais disposição de fazer esse estreitamento com as unidades escolares. Não é uma coisa comum a todas as unidades escolares e nem a todas as unidades de saúde. Então você vai encontrar cenários em que as escolas vão ter uma relação bastante estreita com as unidades de saúde, e outros em que essa relação não é tão estreita assim, outras onde essa relação nem existe, isso também ocorre. (Entrevista E1)

Uma hipótese é a de que o dia a dia das instituições educacionais, em vista de sua função primeira e principal, que é educar os alunos em sala de aula, apresenta configuração mais rígida no sentido de, por exemplo, não permitir ou dificultar a saída de seus profissionais para reuniões. Outra suposição que pode ser levantada, a partir do primeiro trecho citado, é o fato de haver fluxos diferentes a serem seguidos, a depender da demanda das escolas. O entrevistado 3, assim como o entrevistado 1, referiu que o encaminhamento de crianças para as unidades de saúde é feito diretamente pelas unidades escolares:

Nosso trabalho, apesar da gente estar na educação, nosso trabalho depende de outras ações. O que posso jogar como exemplo: nós vemos crianças que tem uma necessidade de atendimento especial. Com quem a gente conta para fazer o diagnóstico? Geralmente a gente encaminha para os postos de saúde, é também grande verdade que há uma demora no atendimento pela falta de profissional. Nós contamos com esses serviços e outros serviços também. Por exemplo, quando aparece qualquer problema em alguma unidade educacional de saúde, por exemplo nessa época que teve a gripe, ou qualquer outra doença, a unidade faz esse vínculo direto com o posto de saúde. Quase todas as unidades têm esse contato direto. Isso acontece no cotidiano da unidade. (Entrevista E3)

Paralelamente, há uma organização hierárquica para o estabelecimento das conexões da escola com serviços de outras Secretarias quando a demanda é considerada “mais complexa”: os diretores das escolas destacam essas questões em reunião com a NAED, e esta trata de contatar os serviços necessários para os encaminhamentos.

Nós temos reuniões aqui com os diretores toda semana, é nessas reuniões que a gente elenca algumas pautas de todos os setores. Não só os setores que não são da nossa Secretaria, mas até os setores que são da nossa própria Secretaria que a gente precisa dialogar, discutir, afinar os trabalhos. Então isso é uma coisa que é do nosso cotidiano, é muito comum, não é uma coisa que é esporádica, então todas as semanas eles vêm e a gente tem uma pauta em torno de uma série de coisas, mas eles também trazem em algumas reuniões que a gente vá solicitando aos departamentos, às Secretarias e assim por diante. (Entrevista E3)

Com relação ao trecho acima, o entrevistado explicou que as pautas mais comuns das reuniões são as situações de violência identificadas (ou suspeitas) pelas equipes escolares, o que geralmente gera conexões com o Conselho Tutelar e com os centros de saúde. Também

identificou a parceria entre a NAED e o Conselho Tutelar quando há situações em relação à falta de vaga nas escolas.

O primeiro trecho citado, do Entrevistado 3, também chama a atenção pelo fato de referir à prática de encaminhamentos para a saúde nos casos de necessidade de diagnóstico como uma maneira de se agir intersetorialmente. A questão não foi aprofundada durante a entrevista, assim não se pode inferir que, necessariamente, a ação das escolas perante ao setor saúde, naquela região, se finda no encaminhamento para diagnóstico. Entretanto, é possível suscitar o debate acerca do papel esperado e cumprido pela saúde na relação com os demais setores, inclusive a fim de problematizar até que ponto a concessão de diagnósticos, tão somente, pode ser compreendida como ação de uma rede de serviços articulada.

As redes mais instituídas, que ocorrem de maneira programada, foram mencionadas por alguns entrevistados da Educação - ainda que pontualmente, os quais já haviam tido alguma participação nelas quando ocupavam cargos de supervisor regional, na própria NAED. Também pode-se observar que a participação depende das particularidades de cada região e também do tema ou questão que é abordado:

Determinado território tem a participação de alguns atores e pode variar de um para o outro. Mas basicamente é a assistência, a saúde, em alguns locais têm a presença da educação. (Entrevista A2)

Dependendo das ações do território nós agregamos atores de outras políticas, sistema de garantia de direitos... Como conselho, defensoria pública, aí depende, não é sistemático, é dependendo da ação que ocorre, nós temos atores diferentes para essa rede. Agora, digamos assim, sempre estão presente os atores da região, dos serviços da região, das demais secretarias também, principalmente da saúde que é o grande parceiro nosso nas ações que nós temos. (Entrevista A1)

Foi apreendido o discurso acerca da percepção do protagonismo da participação do setor saúde para as estratégias de articulação em rede. Ao ser questionada sobre os atores que compõem as redes, uma entrevistada, coordenadora de um distrito de saúde, elencou os trabalhadores do setor saúde de todos os três níveis de atenção, estando estes mais ou menos presentes a depender da rede. Referiu ainda que a articulação com os demais setores é escassa, ocorrendo, pontualmente, quando é preciso resolver um problema complexo:

A gente tem uma articulação ainda pequena para fora, para outras Secretarias, integrando o nosso trabalho, aí acaba integrando pontualmente, quando a gente tem resolução de problema. Ela não está cotidianamente junta, acaba sendo uma rede quando tem um problema mais sério que eu preciso integrar pessoas para poder fazer essa complementariedade do cuidado de fato. (Entrevista S1)

Ao longo de sua entrevista, exemplificou que as ações intersetoriais ocorrem, por exemplo, quando há intervenção com mulheres em situação de rua no período gestacional, caso no qual a Rede Cegonha se articula com a Assistência Social. Foi perguntado se acreditava em um protagonismo do setor saúde nas ações em rede, em vista de suas colocações anteriores:

Com certeza, porque nós estamos entendendo, nós passamos por um paradigma de compreensão do processo saúde-doença que nós não cuidamos sozinhos, que nós temos que ter... Se a doença é socialmente determinada, tem vários componentes que precisam estar interligados para gente promover saúde. Se a gente parte desse pressuposto, a gente é protagonista na articulação da rede, não tenho dúvida. (Entrevista S1)

As entrevistadas dos DAS pontuaram também a participação da população nas redes, o que é fundamental. Destacaram como integrantes as associações de bairro e de lideranças comunitárias, mas tal participação também difere em cada território e não é constante em todas as articulações, assim como é flutuante a participação das instituições. Ressalta-se que tal participação é garantida e incentivada, basicamente, nas “Intersetoriais”, pelo objetivo colocado de discutir questões de abrangência territorial, e não na discussão de casos.

A gente tem a macro (Intersetorial), que ela tem uma proposta mais na linha de formação política, a gente discute mais temas, e é composto pela saúde, pela assistência, mais ou menos pela educação, lideranças também, e a rede de serviços né, centro de saúde, a rede da assistência, e algumas lideranças que permanecem. (Entrevista A3)

Um representante de NAED também deu destaque à participação da população na rede “Intersetorial”, da qual participou algumas vezes:

O que sempre me chamou a atenção foi o envolvimento das comunidades, as lideranças envolvidas para debater, para conversar. Eu via muito o pessoal da Educação, o pessoal da Saúde, muita participação dos psicólogos, sobretudo da área da saúde nessas reuniões, alguns médicos, e o pessoal da Assistência Social, com as lideranças das comunidades, os representantes, os coordenadores das comunidades de base. Enfim, dos diferentes segmentos da comunidade que estavam lá, e traziam as demandas, desde a construção, reforma, atendimentos, melhorias, essa foi uma característica que me marcou muito das Intersetoriais nas microrregiões. (Entrevista E2)

Ainda afirmou que o perfil bastante atuante das comunidades é característica da cidade de Campinas:

Afetam diretamente a definição do orçamento, a definição de prioridades, emergências, de reformas e melhorias, coisas que um segmento sozinho não dá conta de enxergar. Não tenho menor dúvida disso. A grande contribuição e o grande aprendizado que as intersetoriais fazem é não permitir que isso morra, e é uma

característica do nosso município, ter lideranças comunitárias extremamente atuantes, interessadas com as questões da comunidade, politicamente envolvidas independentemente de serem governo ou oposição. Elas são atuantes no sentido de cobrar as melhorias para a própria comunidade, para os próprios segmentos. (Entrevista E2)

Os setores saúde e educação não pontuaram a participação da população de maneira significativa – apenas uma pessoa fez alusão às redes de controle social, estando então prevista a participação popular.

Por fim, um dos entrevistados da Educação apontou também a relação com a Secretaria de Cultura, e também de Segurança Pública, especificamente via a NAED:

As intervenções pontuais de alguma coisa que está acontecendo em alguma unidade, aí sim a gente, o próprio NAED que tem que fazer a intervenção. Mas esse dialogo já é construído aí com esses setores. E também tem a Cultura, que é uma outra secretaria que você não está pesquisando, mas a gente tem uma relação com a Cultura também. E a Segurança Pública que você também não está pesquisando. (Entrevista E3)

#### ❖ **Percepção dos entrevistados sobre as redes**

Na avaliação de um dos entrevistados da Educação, as práticas intersetoriais mais cotidianas se fortaleceram nos últimos anos. Paralelamente, as redes com encontros instituídos, as quais ele denominou de fóruns, são mais incipientes. Tal questão é central para a avaliação acerca das articulações em rede, pois, como destacado abaixo, em certo nível fragiliza a interferência das redes na política:

Então, primeiro que essa intersetorialidade já foi maior, hoje eu sinto que no cotidiano as práticas intersetoriais se intensificaram mais do que antes, antes eu acho que a gente tinha que procurar mais com quem falar, digamos que os protocolos foram se constituindo na prática e hoje você tem mais clareza sobre os assuntos (...). Acho que isso, a cultura ela está colocada. Então eu acho que as práticas cotidianas estão mais consolidadas, mas os fóruns, aí é uma percepção minha, estão um pouco enfraquecidos em relação ao que eles já foram no período entre 2009-2011. (Entrevista E1)

Explicou que, são nos espaços de fóruns, que acredita de fato haver interferência na política:

Aí eu acho que eles são fundamentais para a interferência na política. Então acho que hoje, como são as práticas cotidianas que estão mais fortalecidas, a gente consegue resolver questões mais pontuais das pessoas através de ações intersetoriais. Mas eu acho que com essa coisa de lidar com as questões cotidianas a gente não consegue interferir nas formulações das políticas. Então eu sinto que, embora acabe ocorrendo uma interferência, mas eu acho que ela é pequena. E para isso a gente precisaria fortalecer os fóruns, porque os fóruns é onde você consegue discutir

questões que saem do aspecto da particularidade e você consegue pensar política. (Entrevista E1)

Ao ser questionado sobre os motivos os quais levaram ao enfraquecimento dos fóruns, explicou que isso vem se dando pela falta de incentivo associada à desmotivação das pessoas em ingressar em espaços de participação, consequência do individualismo da sociedade contemporânea. Afirmou que, em vista do funcionamento destes fóruns, que preveem a interferência do outro, muitas vezes de outra área, na sua prática – ou seja, podendo gerar críticas e conflitos, gera afastamento e desinvestimento desse tipo de espaço.

A intermitência das ações, em um movimento de fortalecimento e enfraquecimento, também foi destacada na fala de outro entrevistado da Educação, que pontuou o afastamento das lideranças comunitárias como um problema, mas que o momento de reavaliação e repactuação foi importante para a retomada da interlocução:

(A “Intersetorial”) tem um crescente em 2013 para cá, 2014, quando eu retorno, de 2014 para 2015, o que a gente percebeu foi uma desorganização das intersetoriais, elas têm um pico e depois elas têm uma exaustão e de alguma forma elas tendem a ficar inertes. A gente voltou a se reunir, a colocar isso em pauta, isso foi pautado... o descomprometimento, O afastamento das lideranças e o não mais envolvimento dessas lideranças nas intersetoriais. A partir de 2015 a gente começa a retomar, em 2016 ela tem um novo pico com o surgimento das temáticas envolvendo as diferentes Secretarias, fazendo uma interlocução entre as demandas das unidades de educação, do modo de atendimento dos alunos às Secretarias de Saúde e Assistência Social (...) tem um ciclo de perda de pauta, desinteresse, de afastamento das lideranças e elas acabam depois sentindo a necessidade de retornar a esses espaços de discussão coletiva para as tomadas de decisões. (Entrevista E2)

Outras pessoas destacaram uma história passada de maior integração entre os serviços, mas em vista do caráter mais descentralizado da gestão em anos anteriores, inclusive do ponto de vista físico, pois vários serviços, de diferentes Secretarias, ocupavam espaços conjuntos:

O fato da gente estar dentro de um espaço onde havia outras Secretarias (...) na realidade já permitia um movimento. O espaço físico onde tinha várias políticas. Eu me lembro que a gente sentava sempre com a habitação, mesmo a saúde também, a educação (...) para discussão de situações específicas. Casos, mas não necessariamente só casos, mas por exemplo situação de um espaço que precisava, situações emergenciais, que todo mundo tinha que, ações... eu penso que isso eram estratégias, que o fato de estarmos todos juntos era muito mais fácil a gente buscar o apoio para não trabalhar sozinho. (Entrevista A3)

As ações estavam descentralizadas, os serviços estavam juntos. Era um outro formato naquela época (entre os anos 1993 e 2000). Então já tínhamos ações que nós não chamávamos de intersetorialidade. Mas as ações já eram realizadas em conjunto, já tinha um fortalecimento das ações. (Entrevista A1)

Também foi avaliado que, muitas vezes, as responsabilidades acerca das estratégias de ação em rede, apesar de serem muito pautadas pela gestão, ficam a cargo dos trabalhadores. Em vista disso, também acabam personalizadas em determinadas figuras:

Eu acho que assim, existe uma... um trabalho sim feito de cunho intersetorial politicamente falando. Acho que o desejo começa pelo governo, pelas secretarias. Mas, quando você vai lá para a base realmente o que acontece... fica muito voltado para a responsabilidade dos profissionais (...) Mas nós ainda temos dificuldades sim, eu acho que a gente persiste muito. Está nas mãos de muitos profissionais que são responsáveis por manter aquecida essa rede.  
(Entrevista A1)

Penso que é extremamente importante essa disponibilidade de cada um, porque também fica meio personalizado. Tanto que a rotatividade que acontece na nossa rede socioassistencial é uma situação que prejudica um pouco a permanência dos encontros. (Entrevista A3)

A rede ela fica centrada em algumas pessoas, não é nem a rede, é o ponto da rede fica centrado em pessoas, e não na equipe. (Entrevista S1)

Todavia, outras pessoas relataram não haver diretrizes específicas para o trabalho em rede:

Vai mais pela necessidade do território, não tem uma diretriz de fato de governo. Então, assim, todas as Secretarias com os seus representantes e isso indo em cascata até chegar no serviço do território. Então, é importante que todos os centros de saúde participem, é importante que todas as escolas participem, então não tem esse direcionamento. Então, fica pautado naquilo que você constrói no território.  
(Entrevista A2)

Outro entrevistado referiu compreender que é a vulnerabilidade social que tensiona a criação de redes, e afirmou que os gestores são interessados, mas que na verdade limitação ocorre pelo fato do poder público “não dar conta”.

Nas avaliações mais gerais, em caráter de conclusão, foi referido que o trabalho intersetorial acontece, de certa forma, mas precisa avançar e se consolidar em diversos aspectos, como pode ser observado nos trechos abaixo:

Elas são frágeis, frágeis, frágeis, frágeis demais, porque a gente precisa sair do paradigma do trabalho isolado, e os núcleos profissionais tem muita dificuldade em sair do núcleo e atuar no campo. (Entrevista S1)

Eu penso que precisaria avançar, que essas ações em rede deveriam estar mais consolidadas, com protocolos um pouco mais alinhavados para que a gente pudesse atender de maneira mais integral o cidadão, o munícipe. (Entrevista E1)

### ❖ **Desafios e caminhos possíveis**

Na área da saúde, destacou-se como principal desafio para o trabalho em rede a saída do núcleo para o campo profissional, principalmente no que diz respeito aos médicos e enfermeiros, em vista da sua formação. Acredita-se que só assim seria possível compreender as formas de se trabalhar em rede. Exemplificou-se o matriciamento como um momento de entrave:

Por exemplo, um grande desafio para gente é discutir matriciamento, que é o compartilhamento do conhecimento e o outro não entregar para mim. Então como eu tenho conhecimento o meu colega vai dizer: 'atende você'. Sair do paradigma do atendimento nuclear para um atendimento mais de campo, para mim esse é o grande desafio. (Entrevista S1)

Além disso, referiu-se à burocracia institucional, mas principalmente à falta de recursos, como grande entrave. No trecho citado, é utilizado o exemplo do cuidado em rede do usuário com câncer:

Porque hoje nós estamos ligados numa central de regulação para os exames que é atroz. Então a rede se quebra, a sequência da rede vai se quebrando pela própria fragilidade que nós estamos vivendo que é o gargalo. Eu tenho demandas infinitas e recursos escassos para eu poder priorizar essas pessoas e colocar no cuidado muito rápido. A ideia da rede já se rompe aqui. Deveria ter um diagnóstico e em 60 dias eu colocar o paciente em cuidado para que a gente possa ter uma sobrevida maior. Pronto, esse prazo já se quebra, porque eu estou dentro de um sistema de regulação que não é só do município, ele é de todos os 19 municípios. Então meu paciente está competindo com o problema dos 19 municípios. A rede vai cindindo também por dificuldade da escassez de respostas...Demandas infinitas e recursos escassos. Isso vai ferindo o princípio da rede. (Entrevista S1)

Paralelamente, uma das coordenadoras de DAS suscitou a questão da alta rotatividade de profissionais como um problema. Vale destacar que tal discussão se deu após se iniciar o diálogo acerca dos possíveis impactos da terceirização, bastante extensa, na Secretaria de Assistência Social, o que gera menor permanência de trabalhadores nos serviços. Tal problema não foi trazido à tona pelos demais setores.

A rotatividade que acontece na nossa rede socioassistencial é uma situação que prejudica um pouco a permanência dos encontros. (Entrevista A3)

Também foi trazida a questão da diferença salarial entre trabalhadores estatutários e os terceirizados como possível impacto entre os atores sociais. Entretanto, apenas uma entrevista disse acreditar que o grande número de instituições conveniadas seja, ainda que indiretamente, um problema para a conformação de redes.

Não havia no roteiro de entrevista, explicitamente, questões que solicitassem sugestões acerca de como superar os desafios colocados para as articulações dos serviços em rede. Entretanto, isto surgiu em alguns depoimentos: a construção de protocolos mais alinhavados; fortalecimento dos fóruns nos quais seja possível discutir questões políticas macroestruturais, e não apenas situações individuais; foi sugerido também utilizar de exemplos de redes consideradas bem-sucedidas no intuito de munir a gestão para os planejamentos de ação.

Acho que a gente precisa pegar, acho que a gente precisava fazer em algum momento, resgatar nossa história da RAPS e ir fazendo esse comparativo com as outras redes. Ir identificando os nós críticos e usar como exemplo. Acho que isso é uma coisa importante que todos os membros da RAPS têm, nessa história de ter construído... esse fortalecimento desses vínculos e elos dessa rede e dos desafios. (Entrevista S1)

Uma coordenadora avaliou que o apoio e os pactos realizados entre gestão distrital, local e trabalhadores são importantes para o incentivo das articulações e afirma usar desse recurso:

Eu tenho algumas diretrizinhas de pacto que eu gosto de fazer tanto com gestores quanto com as equipes para essa disposição de trabalho em rede, de matriciar, de trocar. (Entrevista S2)

A questão da formação profissional ficou bastante evidente, principalmente quando se tratando da área da saúde. Tal questão pode ser considerada como entrave ou facilitador, a depender do profissional:

A gente percebe que os perfis de formação são mais facilitadores ou menos facilitadores desses espaços de formação (de redes). A gente percebe que nos núcleos da (saúde) mental isso já vem mais, talvez até por isso a maioria das redes formadas vem muito puxadas na linha da mental. (Entrevista S2)

Assim, sugeriu-se apostar em formações continuadas para o tema. Neste caso, a entrevistada disse não acreditar que apenas normativas possam solucionar o problema da resistência ao trabalho em rede:

Se as pessoas conseguirem se entender pelo processo de trabalho coletivo e se encantar pela possibilidade de você resolver mais problemas do que você ficar com um caso só, de você atender de uma forma mais quantitativa com qualidade, e quantitativa. De você potencializar a ação. Eu não consigo achar outra forma que não seja pelo encantamento. Porque por regras, por normas, por decreto as pessoas vão fazer por um tempo, mas elas não fazem pelo tempo todo. Eu acho que tem a ver com a formação. (Entrevista S1)

Um entrevistado da Educação suscitou o problema da demora em se responder às demandas colocadas, principalmente pela população, nos espaços de articulação de serviços em redes. Destacou como desafio acompanhar, em tempo, as pautas solicitadas:

Nosso maior desafio é não deixar esmorecer. Porque quando os colegas perdem a pauta, aí a coisa começa a ficar crítica. Há uma exaustão...como eles perdem... é uma questão de perder a pauta, acabam perdendo o “*timing*” da comunidade. Porque se eu perco o diálogo com o munícipe, organizado, representativo, que chega lá para conversar comigo, eu perco a demanda da comunidade, aí eu começo a propor coisas que não atendem, que não tem nada a ver, que não faz sentido. Aí a minha equipe começa a perder a motivação e o significado das suas ações, porque... o que ele está fazendo ali? (E2)

Pontua ainda que o caminho é garantir a existência de espaços públicos nos quais seja possível debater:

Eles estavam percebendo essa falta de agenda, não tinha mais porque ser daquelas reuniões, e aí chamaram os diferentes segmentos e começaram a ouvir novamente, e perceberam que tem pauta sim, que a questão social da nossa sociedade ela é constante. Você não tem uma sociedade perfeita, você só pode aprimorar no processo histórico, e isso demanda um discurso dialético de você ir para o confronto, para o debate, para audição qualificada, para as diferenças... acompanhar o que está acontecendo nos diferentes universos, para trazer para população outras condições, abrir aqueles espaços que são públicos para o público. (E2)

### 6.3 Investigação das Redes

Como apresentado anteriormente, a participação nos momentos de reunião entre os serviços da rede que compõem articulações intersetoriais para observação teve como objetivo destacar elementos facilitadores e dificultadores que pudessem de alguma forma auxiliar na construção do debate em torno da operacionalização de ações que congreguem diferentes serviços e setores das políticas sociais, principalmente, de Assistência Social, Educação e Saúde. É importante ressaltar que as reuniões realizadas entre os serviços não são sinônimos de rede, bem como não são a única função de uma rede. Contudo, majoritariamente, é nas reuniões que os debates se colocam e as ações são deliberadas, ou seja, pode ser considerado como importante momento para as redes intersetoriais. Dessa maneira, justifica-se a escolha da observação dos encontros para compor a investigação em tela.

As informações apresentadas abaixo foram colhidas a partir da entrada em poucos encontros das redes – quatro reuniões de cada, que se organizam em encontros mensais, e são observações cunhadas a partir desses momentos específicos, sendo, portanto, parciais. Os nomes das redes foram alterados para preservar o sigilo de seus participantes.

### Rede “Alecrim”

A rede objetiva discutir casos e propor encaminhamentos para a população infanto juvenil de um mesmo território, na qual se identifica demandas educacionais, sociais e/ou de saúde.

#### ❖ Quem compõe a rede?

Com relação aos integrantes da rede, observou-se a participação sistemática nas reuniões da equipe de saúde mental da atenção básica - terapeuta ocupacional e psicóloga, que são referência para três Centros de Saúde; de dois profissionais do CAPS infanto-juvenil da região, geralmente na figura dos profissionais de referência daquele território; de uma fonoaudióloga de referência para o distrito; de uma professora de educação especial, a qual trabalha em três escolas do território; e de duas pediatras da atenção básica, cada uma de um Centro de Saúde.

Ademais foi percebido que, ainda que esporadicamente, se requisitava a presença de um profissional específico para a discussão de um ou outro caso, do qual aquela pessoa seria mais apropriada ou poderia dar informações mais detalhadas. Além disso, a presença de outros trabalhadores era solicitada para auxiliar nos encaminhamentos deliberados, como por exemplo, a agente comunitária de saúde para realizar uma visita domiciliar. Assim, em resumo, pode-se dizer que as reuniões da rede ocorreram sistematicamente com a presença de trabalhadores de certas categorias, mas que muitos outros tiveram entradas pontuais nas reuniões.

#### ❖ Quais os objetivos dessa articulação?

A rede tem como objetivo principal elaborar ações para o suporte de crianças e adolescentes moradores daquele território. Para além das reuniões, que tem como função a discussão dos casos, a rede organiza outras ações como, por exemplo, visitas domiciliares e/ou “convocações” para atendimentos no centro de saúde, realizadas principalmente pelas (ou com as) agentes comunitárias de saúde.

Observou-se que a reunião da rede é utilizada também para discutir casos com o intuito de se decidir se devem ou não ser encaminhados para avaliação e atendimento no CAPS e no serviço de fonoaudiologia. Assim, prioriza-se que os encaminhamentos da atenção básica para o CAPS ou para a fonoaudiologia (ou o inverso) sejam feitos por essa via e não

por telefone ou documento de referência, a não ser em casos urgentes. Destaca-se que, em Campinas, os atendimentos ambulatoriais para queixas gerais de fala são realizados por pouquíssimas fonoaudiólogas lotadas no principal ambulatório do município. Em vista da grande demanda para pouca oferta de atendimentos, realizavam a discussão prévia dos casos via “matriciamento” – nos encontros da rede de serviços, para triar os casos e regular os fluxos, no intuito de otimizar a utilização das poucas vagas. Mesmo com a avaliação feita de maneira rápida, a terapia tem demorado cerca de dois anos para ter início.

O momento da reunião também foi utilizado para dar devolutivas de avaliações e/ou atendimentos já realizados.

❖ Como a rede se organiza?

A rede se organiza centralmente pelos encontros entre os serviços, que ocorreram mensalmente e tiveram duração de aproximadamente três horas. No início da reunião era feita a disposição da pauta, especificamente dos casos que se pretendia discutir. Tentava-se garantir que todos os serviços pudessem dar devolutivas das ações realizadas no mês anterior. Era priorizado o diálogo sobre os casos considerados mais urgentes visto que, não raro, o número extenso de situações a serem debatidas excedia o tempo reservado para a tarefa.

Procurava-se realizar um “revezamento” de pauta solicitada entre os serviços, para que não se monopolizasse as discussões, permitindo que se apresentasse um número similar de casos de cada serviço.

Foi possível notar que a mediação do encontro ficava, geralmente, a cargo da terapeuta ocupacional e/ou psicóloga da atenção básica em saúde. Também foi criado um grupo no aplicativo de comunicação por mensagens instantâneas “WhatsApp”®, afim de facilitar a comunicação entre as integrantes da rede. É utilizado, por exemplo, para confirmar as datas e locais dos encontros ou combinar outras ações.

❖ Quais são os nós?

Acerca das discussões de casos, sobre os casos novos, mais comumente se observou a solicitação de encaminhamento para avaliação de um serviço ou profissional específico. Os casos que pareciam gerar menos “polêmica” aparentemente eram os encaminhados para a fonoaudiologia. Já os casos para os quais se solicitava avaliação do CAPS infanto-juvenil,

notou-se mais discussão e divergências, em vista da linha tênue a qual parece dividir aquilo que seria de competência da atenção básica e o que seria de incumbência do CAPS.

Esse “nó da rede” surgiu com bastante frequência, principalmente quando, de alguma forma, se envolvia a demanda por atendimento psiquiátrico. Isto porque o único serviço com essa especialidade médica é o CAPS infanto-juvenil, que acaba sendo confundido, historicamente, com atendimento ambulatorial de psiquiatria.

Uma situação específica pode exemplificar, de fato, o que chamamos de nó: uma criança, que fora avaliada pelo CAPS IJ há aproximadamente um ano foi medicada pelo psiquiatra durante o período de avaliação, que durou em torno de um mês. Ao fim do período de avaliação, ficou decidido que a criança não necessitava ser inserida naquele serviço, mas prosseguiu em uso do medicamento psicotrópico. Foi feita contra referência (ou alta referenciada) para a unidade básica, que seguiu acompanhando o caso, inclusive com a pediatra renovando a receita do medicamento. Após vários meses, esta profissional requisitou que a criança fosse reavaliada pelo psiquiatra, com objetivo de saber se deveria ou não prosseguir dessa maneira. A solicitação foi levada à equipe do CAPS e à profissional que desempenha o papel de apoio institucional de saúde mental do distrito em questão, que compreenderam que aquela seria uma demanda ambulatorial e houve recusa em acolher o pedido, justificando-se que aquilo abriria um “precedente ambulatorial”. Tal recusa gerou grandes divergências, pois a equipe da atenção básica não compreendia aquilo como atendimento ambulatorial, visto que a criança foi medicada pelo próprio CAPS. Cogitou-se, inclusive, suspender o medicamento, pois a pediatra não concordava com a ideia de permanecer renovando a receita sem nenhum tipo de respaldo. Após vários encontros da rede, ficou acordado que a psiquiatra do CAPS IJ participaria de uma reunião para discutir o caso, mas não atenderia a criança, em princípio.

Em outro momento, foia equipe do CAPS IJ que trouxe um caso, atendido por eles, solicitando acolhimento no centro de saúde por avaliarem não ser um caso para seguimento no CAPS. Foi colocado que todas as profissionais da saúde mental da atenção básica estariam de férias no próximo período, inviabilizando o pronto acolhimento da adolescente em questão que, apesar de não apresentar gravidade para estar no CAPS, precisaria ser inserida em algum atendimento e, assim, a retaguarda do CAPS seria essencial naquele período. A profissional do CAPS informou que seria necessário discutir o caso com a equipe do serviço. Foi possível notar que as percepções e avaliações acerca dos diagnósticos com frequência eram

divergentes, apesar dos diagnósticos ainda se manterem como baliza do cuidado, principalmente para que seja decidido qual serviço realizará os atendimentos.

Sobre os casos encaminhados para a fonoaudióloga, apesar de gerarem menor polêmica, houve debates em torno do fluxo que deveria ser seguido. Por exemplo, houve divergência com relação a uma devolutiva feita por esta profissional ao pediatra de um dos centros de saúde, em vista de uma tarefa que seria de competência dele e não dela. Esta conduta foi questionada pelo pediatra e ele foi convidado a participar da reunião para esclarecimento dos fluxos, mas aparentemente apresentou resistência em integrar o espaço. Destaca-se que este é o único pediatra que não participou de maneira sistemática dos encontros daquela rede, provavelmente pelo fato das profissionais da saúde mental já estarem presentes, o que acabou gerando possível desresponsabilização.

Na falta da fonoaudióloga em uma das reuniões, percebeu-se resistência da maioria dos presentes em compartilhar os casos que seriam encaminhados para ela, mesmo a terapeuta ocupacional e a psicóloga afirmando que seria importante debatê-los, visto que a rede tem apropriação para, também, discutir essa questão.

Em dado momento também foi questionada a não presença de representantes das escolas da região, visto que a professora de educação especial tem atuação específica para dentro destes serviços e que, portanto, seria fundamental a participação ampliada de outros professores e/ou direção da escola. Tal discussão foi suscitada, em princípio, no debate sobre a inserção ou não de determinado adolescente na escola regular, debate para o qual seria essencial a presença da equipe escolar, a fim de discutir as possibilidades e os limites que a dinâmica da instituição oferece nestas situações. Tal problemática se repetiu em todas as reuniões.

É importante destacar que as discussões de caso são, em sua maioria, bastante emblemáticas, pois são capazes de ampliar a especificidade da demanda que cabe a determinada pessoa para um contexto mais geral, pois muitas vezes se repete. Por exemplo, o nó colocado pela falta de determinado setor, serviço ou profissional para o atendimento de uma pessoa ou família, acaba por demonstrar falhas no funcionamento da política pública ou da rede de serviços. Mesmo as discussões que, no início, pareciam dizer respeito a apenas uma parte dos envolvidos na articulação, não raro requisitaram a opinião dos demais. E, para isso, é importante que todos estejam atentos, envolvidos e implicados. Se discutiu que falhas na execução da política deveriam ser debatidas com o apoio institucional de saúde mental, por

exemplo, fim do convênio com algumas instituições, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, e descontentamento com as devolutivas dadas pela nova entidade conveniada, principalmente no que diz respeito à falta de fluxos estabelecidos.

Mesmo com a organização prévia das pautas, não raro, casos colocados para debate ficaram sem ser discutidos. Simultaneamente a que se problematizava a falta de tempo, se questionava a falta de objetividade dos participantes do encontro para, principalmente, apresentar as situações.

Por fim, a discussão em torno do sigilo pareceu ser central ao tratarmos das redes intersetoriais. Essa questão já havia ganhado destaque durante o cotidiano de trabalho da pesquisadora, principalmente durante as reuniões intersetoriais ou até mesmo entre serviços do mesmo setor. Afinal, como se define quais informações podem ou devem ser compartilhadas com outros profissionais, de diferentes serviços, se no momento do atendimento da família ou do sujeito se garante o sigilo? Foi possível observar, na nossa interpretação, que, em determinados momentos, o compartilhamento de alguns dados provavelmente não tinha como objetivo auxiliar na elaboração de ações, mas sim fomentar julgamentos.

### Rede “Lavanda”

A Rede Lavanda objetiva a articulação intersetorial de serviços localizados na sua região geográfica.

#### ❖ Quem compõe a rede?

São componentes desta rede serviços da saúde, da assistência social, da educação e o Conselho Tutelar. Nos encontros observados pareceu haver certa flutuação entre os serviços e trabalhadoras que participavam das reuniões, ao mesmo tempo em que algumas representações eram sistemáticas. Com relação aos serviços de saúde, vale destacar que a centralidade da participação se deu via três Centros de Saúde, representados em todas as reuniões das quais estivemos presentes, geralmente na figura da agente comunitária de saúde. Sempre estiveram presentes, também, pessoas que compõem o Núcleo de Saúde da Família (NASF) da região, dentre elas a terapeuta ocupacional. O Conselho Tutelar, na figura de um conselheiro especificamente, integrou todos os encontros nos quais a pesquisadora participou.

Dentre os serviços da Assistência Social, contou-se com a presença frequente do CRAS e CREAS. A participação das ONGs não era regular, tanto dos SCFV - Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, quanto dos SESF - Serviços Especializado de Proteção Social à Família, categoria na qual se incluem as instituições privadas as quais prestam serviços para a Secretaria de Assistência Social, da proteção básica e da proteção especial de média complexidade, respectivamente. Algumas instituições aparentavam ter maior assiduidade que outras. Notou-se que o que balizava a participação em uma ou outra reunião era o fato de ter em pauta um caso atendido no serviço. Entretanto, cabe destacar que isso não era prerrogativa para integrar o encontro, visto que para tecer contribuições para a discussão, sugerir encaminhamentos e envolver o serviço nas ações não é necessário conhecer os casos ou já desenvolver alguma intervenção. Paralelamente, cabe destacar que o maior número de participantes era, geralmente, deste setor.

Com relação ao setor Educação, foi identificada a presença de uma professora mediadora, representante de uma escola do território, em uma das quatro reuniões observadas. A questão da não assiduidade das escolas foi pautada com frequência pelos demais participantes. Foi dito que, até o início de 2017, duas ou três escolas enviavam representantes para todas as reuniões, mas pelo problema da não reposição de professores os quais se aposentaram, vivido de forma acentuada naquele ano, as escolas vinham tendo muita dificuldade em integrar o espaço.

Em vista da intermitência na participação de alguns equipamentos, o número de pessoas em cada encontro variou entre nove e 18 pessoas. Não foi identificada a participação de outros setores no período de observação.

É importante ressaltar que a participação intermitente ou a não participação nas reuniões não provocou a exclusão de nenhum equipamento como parceiro em potencial para as ações deliberadas. Entretanto, foi pontuado que a não presença nesse momento dificulta os “fluxos da rede”.

#### ❖ Quais os objetivos dessa articulação?

Observou-se durante os encontros que a rede se pautava pela discussão de casos - pessoas e/ou famílias, inseridas naquele território, nas quais se identificava alguma problemática relacionada à vulnerabilidade social, violações de direitos ou outras questões para as quais se avaliava ser necessário intervenções conjuntas entre vários setores. Algumas

temáticas eram mais recorrentes, notadamente a questão da infância – pela via da violação dos direitos da criança e a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, assuntos geralmente presentes nos contextos familiares dos casos levados para discussão.

Os casos considerados relevantes pelos participantes da reunião da rede eram colocados em pauta, geralmente por se perceber o agravamento de alguma situação e/ou pela necessidade em coletar maiores informações. Assim, aquele coletivo compartilhava informações e decidia por possíveis encaminhamentos, notadamente ações da rede junto à família ou junto a outros serviços, inclusive agendamento de outras reuniões, pautando-se pelo discurso da busca de garantia dos direitos dos usuários.

#### ❖ Como a rede se organiza?

A rede se organiza principalmente em torno dos encontros que ocorreram mensalmente e tiveram duração entre duas e três horas, a depender da demanda colocada e da disponibilidade dos participantes. A reunião se dava em um dos Centros de Saúde, que possui estrutura adequada para receber o grande contingente de pessoas. Inicialmente, a coordenação dos encontros ficava a cargo de uma trabalhadora do CRAS. Entretanto, na sua ausência, outras pessoas assumiram o papel, de forma espontânea.

Vale destacar que os participantes das reuniões da rede criaram um e-mail coletivo, do qual todos têm acesso, e via esta ferramenta era compartilhada, com alguma antecedência, a pauta da reunião seguinte, destacando quais casos seriam discutidos e qual serviço fez a solicitação, estando este serviço, portanto, responsável por abrir o debate, a partir da contextualização da atual situação da família em questão e as demandas emergentes. Além disso, o e-mail também era utilizado para compartilhar a ata da reunião passada – compromisso revezado a cada reunião entre os participantes, além de outras informações pertinentes.

O número de casos discutidos variou bastante nos encontros observados. A reunião sempre era iniciada com as situações novas, ou seja, casos ainda não colocados em pauta para a rede. Em seguida, dava-se a devolutiva das ações realizadas junto aos indivíduos ou suas famílias discutidos nas reuniões anteriores. O número de casos novos colocados em pauta variou pouco, entre um e três, considerando que para isso era preciso maior dispêndio de tempo. O número de devolutivas variou de maneira mais significativa, entre uma e oito.

❖ Quais são os nós?

Com relação às questões concretas as quais facilitam ou dificultam o funcionamento da rede, é possível afirmar que se identificou poucos problemas e que a organização estabelecida era, geralmente, fator facilitador para que se atingisse seus objetivos. Em uma ocasião, a falta do transporte de um dos serviços acarretou atraso significativo no início da reunião e por fim a não participação de representantes daquele equipamento.

Algo que se destacou, nesse quesito, foi a inviabilidade da participação das escolas em vista da escassez de professoras, causada principalmente pela não reposição, por parte da prefeitura, das trabalhadoras que se aposentaram. Tal questão é de extrema relevância, pois os casos discutidos, majoritariamente, envolviam crianças e adolescentes e a participação da educação poderia auxiliar de maneira fundamental na compreensão das situações familiares e nas intervenções, pois não raro os serviços de saúde e de assistência social tinham dificuldade em se aproximar das famílias, em vista do próprio cotidiano institucional. Já as escolas estão rotineiramente presentes na vida das famílias, visto que as crianças e adolescentes frequentam – ou deveriam frequentar - esse espaço diariamente e por tempo significativo.

Acredita-se que outro importante nó, de caráter subjetivo, foram os julgamentos e especulações cunhados em torno de certas situações vividas pelas famílias, que na verdade reproduzem preconceitos e estigmas sociais. Como já foi discutido no item Introdução, as ações das políticas sociais se dão em torno da pobreza e, assim, conseqüentemente as redes de serviços se articulam em torno desta população. A partir daí, entendendo que a pobreza vai além da questão financeira, e por trás desta há uma desigualdade social bastante estigmatizante e marginalizadora, a articulação entre os diferentes serviços pode ser utilizada para reforçar a tutela ao invés de proporcionar a garantia dos direitos da população.

Neste tema, por exemplo, frequentemente se problematizava a violação de direitos da criança, o que é legítimo, mas não se pautava como violência diversas situações de abuso vividas pela mulher. Muitos casos discutidos, como dito, envolviam a questão da infância e, assim, a mulher, mãe da criança, também aparecia. Principalmente nessas situações, não se tratava a família como alvo do cuidado, mas sim a criança. Nos casos nos quais se colocava a suspeita de negligência, a mãe era responsabilizada e, mesmo quando se discutia a relação com os problemas cotidianos relacionados à pobreza e à falta de rede de suporte, pouco se questionava ou se debatia possíveis intervenções que buscassem fortalecer a mulher. Não raro, foi possível observar especulações por parte dos profissionais, ao invés de se bastarem nos

fatos concretos. Nos casos em que a mulher - mãe ou gestante, fazia uso de drogas (lícitas ou ilícitas, mas principalmente ilícitas), o julgamento moral se acentuava. A gestante usuária de drogas não era vista como alguém que demanda cuidado, mas sim como alguém que estava violando os direitos da criança que carrega e, por isso, precisaria ser punida.

É importante não personificar ou personalizar tais condutas a um ou outro profissional, pois não se trata, aqui, de mais um julgamento, mas sim apontamentos para que se reflita acerca do que a estratégia da rede produz. Destaca-se também que são condutas que não se restringem ao universo de um setor apenas ou à realidade campineira exclusivamente. Em Belo Horizonte, por exemplo, foi criada, por via judicial, uma ação de seqüestrados bebês ainda na maternidade, como tem sido chamado, de suas mães pelo Estado. Nessa cidade, os profissionais da rede de políticas públicas devem notificar, compulsoriamente, o poder judiciário, ao tomarem conhecimento de gestantes que estão em uso de drogas para, assim, ao nascimento, retirar as crianças de suas mães (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2017), o que demonstra que o debate acerca se a mulher grávida usuária de drogas tem o direito à assistência não é local.

Entende-se aqui que, para que os direitos, tanto da mãe quanto de seu bebê, sejam garantidos, os profissionais deveriam deliberar por ações que garantissem o cuidado de ambos como, por exemplo, orientações de redução de danos, articulações com o CAPS AD, intervenções que buscassem garantir a ampliação e o fortalecimento da rede de suporte daquela família, dentre outras possibilidades; inclusive porque é direito da criança crescer com sua mãe. Ao se utilizar da vigilância dos serviços para punir, a partir de julgamentos morais, não se garante direitos, nem se produz cuidado. Evidentemente é preciso discutir a possibilidade de abrigamento nos casos de violência e demais encaminhamentos necessários para a proteção à criança. Entretanto, o que se pontua aqui é a necessidade de repensar as reproduções de preconceito ocorridas no contexto das articulações entre serviços, quando, detendo o poder institucional, podem se tornar instrumentos de (re) vitimização.

A questão da vigilância em torno das famílias ficou bastante evidente nas falas dos profissionais durante as discussões de caso. Os serviços de atenção/proteção básica, notadamente da saúde e da assistência social, eram frequentemente chamados ao papel de vigilantes das famílias, talvez pelo fato de estarem bastante firmados no território e contarem com profissionais que realizam visitas domiciliares com muita frequência. Eram requisitados, por exemplo, a alertar toda a rede quando tomavam conhecimento de que determinado usuário abandonou o tratamento, ou que foram descumpridas as condicionais do Programa

Bolsa Família. Não raro surgiram relatos, via os próprios integrantes da rede, de famílias que verbalizaram seu incômodo com o monitoramento feito pelos serviços, solicitando ainda que cessassem tal coisa. Muitas vezes isso foi visto pelos trabalhadores como desobediência, que se findam na avaliação de que as ações são para o bem da família, não levando em consideração o incômodo que causam para elas. Foi feito o relato, por uma trabalhadora, sobre uma antiga moradora do território - acompanhada pelos serviços da rede, que ao encontra-la, por acaso, em outro bairro, a profissional questionou se ela teria desejo de retornar ao território. Então, a mulher respondeu que de maneira alguma o faria, pois lá todos os serviços a vigiavam e isso lhe causava muito incômodo. Naquele momento, no transcorrer da reunião, a colocação pareceu não ter gerado reflexão sobre as multiplicidades de significados das ações da rede, mas sim, pareceu ter gerado indignação nos profissionais, que não viram o reconhecimento de seu difícil trabalho cotidiano, considerando a mulher, de alguma forma, como “mal-agradecida”.

Foi percebido, também, que frequentemente o setor saúde foi requisitado pelos demais na busca por diagnósticos, principalmente de saúde mental, com a expectativa que estes poderiam responder aos problemas identificados. Ao assumir esse lugar, a saúde reforça a exclusão de outros fatores os quais influenciam, muitas vezes de maneira mais significativa, o modo como a pessoa se coloca no mundo. Mais uma vez utilizando como exemplo a situação da mulher, chegou a ser pautada pela rede a demanda por uma avaliação e laudo psiquiátrico para que fossem esclarecidas as reais possibilidades de uma mãe para cuidar de seus filhos. Aqui, a questão do diagnóstico foi extremamente cobrada, inclusive porque as ações da rede dependeriam disso – retirar ou não a guarda da mãe, principalmente. Muito foi especulado em torno das limitações que tal transtorno acarretaria, utilizando do paradigma biomédico, e nada foi discutido em torno do fato da pessoa não se restringir aos sinais e sintomas relatados nas “classificações de doenças”. Ou seja, mesmo utilizando da perspectiva intersetorial, a rede pode funcionar de maneira restrita e setorializada, não aproveitando outras possibilidades de percepção.

Outro nó em destaque foia dificuldade dos participantes, nos momentos de discussão, em discordar da avaliação feita pelos pares. Percebeu-se que, por algumas vezes, que alguns profissionais tentaram divergir de determinados julgamentos proferidos, mas se recuou rapidamente o debate, pois o discurso moral parecia ser hegemônico. A busca por consensos, sem que se façam críticas, pode ser considerado um indicativo de bom funcionamento da rede, pois, dessa forma, correria sem conflitos e com mais rapidez. Entretanto, a falta de

conflitos pode acarretar a não manifestação de dissensos podendo gerar a reprodução da violência, como foi exposto.

Vale ressaltar uma vez mais que a observação dos encontros foi pontual, assim, não se pode tomar como generalização o que foi apreendido. Isso porque acredita-se que a pesquisa não serve para desvelar verdades encobertas, mas sim criar novas reflexões acerca daquilo que é pesquisado.

#### **6.4 Questionários aplicados junto às terapeutas ocupacionais**

A atuação das terapeutas ocupacionais contratadas pela Prefeitura de Campinas se dá somente em serviços da Secretaria de Saúde, majoritariamente em unidades de atenção básica/primária em saúde: das 36, 21 atuam nos Centro de Saúde e/ou NASF. Ademais, cinco atuam em “serviço meio”, no caso o Centro de Reabilitação do Trabalhador – CEREST; quatro estão, atualmente, desempenhando papel de gestão como apoio institucional nos distritos de saúde; três trabalham em Centros de Atenção Psicossocial<sup>10</sup>, no caso todas em CAPS infanto-juvenil; duas atuam em Centro de Convivência; e uma no Serviço de Assistência Domiciliar de um distrito de saúde.

Sobre o perfil das trabalhadoras, sua idade varia entre 30 e 58 anos, com predominância da faixa entre 32 e 48 anos. O tempo na função variou entre um e 21 anos e 16,7% afirmaram estar no cargo a aproximadamente três anos, quando foi contratado um contingente de trabalhadoras por meio de concurso público. Com exceção de uma pessoa, todas afirmaram ter realizado algum tipo de pós-graduação, *latu* ou *stricto sensu*.

Com relação à distribuição destas técnicas entre os distritos, pode-se destacar acentuada diferença no número: o distrito sul conta com 11 trabalhadoras, distrito sudoeste com 10, enquanto os distritos noroeste, leste e norte contam com cinco, quatro e uma, respectivamente. Acredita-se que isso ocorra em vista de diversos fatores, desde a proporção de serviços, possíveis remanejamentos de trabalhadoras entre as regiões, até a força política de cada distrito no que diz respeito a pleitear profissionais junto à Secretaria de Recursos Humanos. As cinco restantes então em serviços meio, não vinculadas a um distrito específico.

---

<sup>10</sup>No município existe um grande contingente de terapeutas ocupacionais atuando em CAPS. Entretanto, 11 dos 14 serviços desta natureza são geridos pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e, portanto, não são de administração direta da prefeitura. Reforça-se que outras instituições terceirizadas contam com terapeutas ocupacionais no quadro de trabalhadores, mas não foram contatadas pela impossibilidade em encontrar tais dados de forma sistematizada.

Do total de 36 terapeutas ocupacionais contatadas, 17 retornaram o questionário respondido, totalizando 47,2%, conforme acima já mencionado. Com relação a sua atuação, nove estão na atenção básica em saúde (centro de saúde ou NASF), três em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis, duas em Centro de Convivência e outras três na gestão como apoio institucional nos Distritos de Saúde.

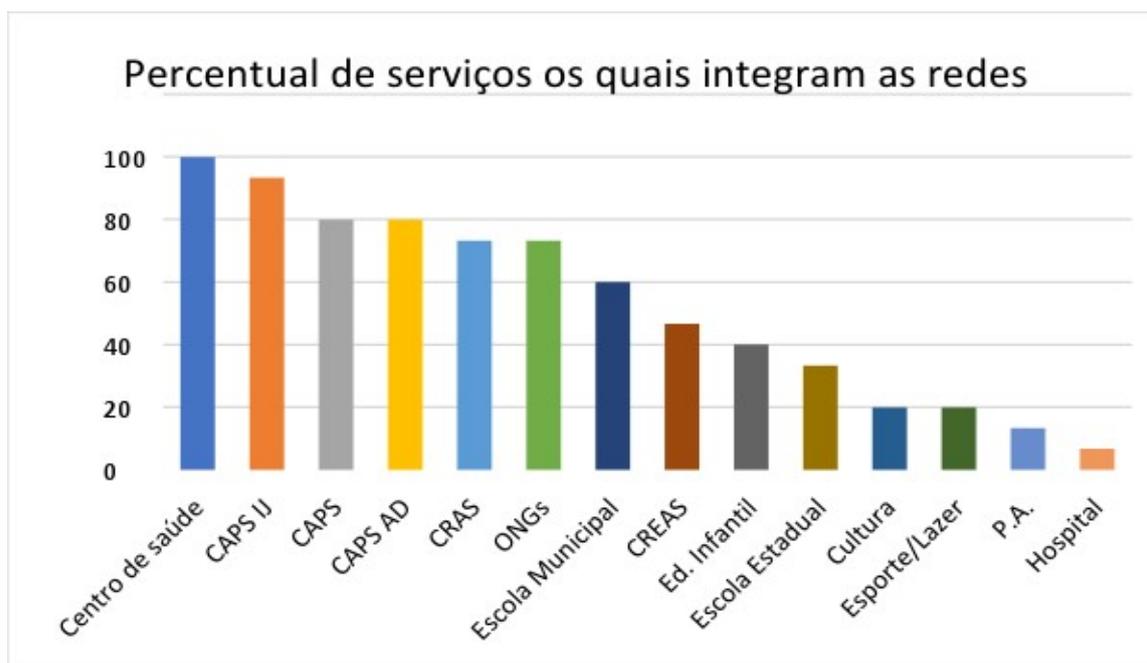
A partir dos questionários, foi realizado o mapeamento das redes, apresentado no item 6.1, construído com a integração de dados também das entrevistas com os coordenadores de distrito dos três setores. Deve-se lembrar que o número de colaboradoras por distrito muito provavelmente influenciou o número de redes identificadas naquele território. No distrito sul, cinco das 11 terapeutas ocupacionais responderam ao questionário e foram identificadas sete redes em funcionamento. No distrito sudoeste, do total de 10, cinco terapeutas ocupacionais responderam, tendo sido elencadas 12 redes. Já no distrito noroeste, quatro das cinco terapeutas ocupacionais responderam ao questionário, tendo sido identificadas cinco redes. No distrito leste, metade dos profissionais (duas) retornaram o questionário e foram elencadas outras cinco redes. Por último, no distrito norte, a única profissional atuante não respondeu o questionário. No que diz respeito aos serviços meio, também não houve nenhum retorno, fato que prejudicou a realização do mapeamento.

Com relação à participação das terapeutas ocupacionais, foi identificado que a temática que mais conta com sua participação nas ações em rede é a da saúde mental, majoritariamente. Isto porque, das 78 redes mapeadas, foi identificado pelos questionários e pelas entrevistas que 30 contam com a presença de terapeutas ocupacionais, sendo que 24 têm como tema a saúde mental. Neste escopo, a inserção acontece principalmente nas redes em que se discute a questão da infância (seja de caráter mais setorializado na saúde, ou até mesmo na interface com a educação); a questão das drogas; ou as redes territoriais, incluindo-se aí os matriciamentos.

Além do mapeamento em si, foi solicitado às colaboradoras que identificassem, se possível, os serviços e/ou trabalhadores e trabalhadoras os quais integram tal articulação. Destaca-se que, no total de 15 respostas (duas pessoas não responderam a esta questão), todas (100%) identificaram a participação dos Centros de Saúde nas ações em rede. Em seguida, dos serviços da saúde, 14 pessoas (93,3%) identificaram os CAPS infanto-juvenil; 12 pessoas (80%) o CAPS Adulto e CAPS AD e Pronto Atendimento e Serviço Hospitalar por duas (13,3%) e uma pessoa (6,7%), respectivamente. Entre as instituições de assistência social, 11 pessoas (73,3%) identificaram tanto os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)

quanto as ONGs ligadas à essa secretaria; e o Centros de Referência Especializa da Assistência Social (CREAS) por sete (46,7%). Dentre os equipamentos de educação, as escolas municipais surgiram em nove respostas (60%); instituições de educação infantil por seis pessoas (40%); escola estadual por cinco (33,3%). Os serviços de Cultura e Esporte e Lazer emergiram em três respostas (20%).

Gráfico 6– Percentual de menção aos serviços que integram as redes



Dentre os segmentos profissionais que participam das redes, foram identificados: terapeutas ocupacionais, psicólogas, agentes comunitárias de saúde, assistentes sociais, enfermeiras, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicas (pediatras e psiquiatras, especificamente), fonoaudiólogas, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em saúde mental da UNICAMP, profissionais do NASF (sem especificação), professoras, profissionais da vigilância em saúde (sem especificação), nutricionistas, conselheiras locais, profissionais do apoio institucional, coordenadoras dos serviços.<sup>11</sup>

Com relação à própria participação em alguma rede, a maioria afirmou que participa – 66,7%. Dentre as que não participam, o motivo principal foi a incompatibilidade de horários.

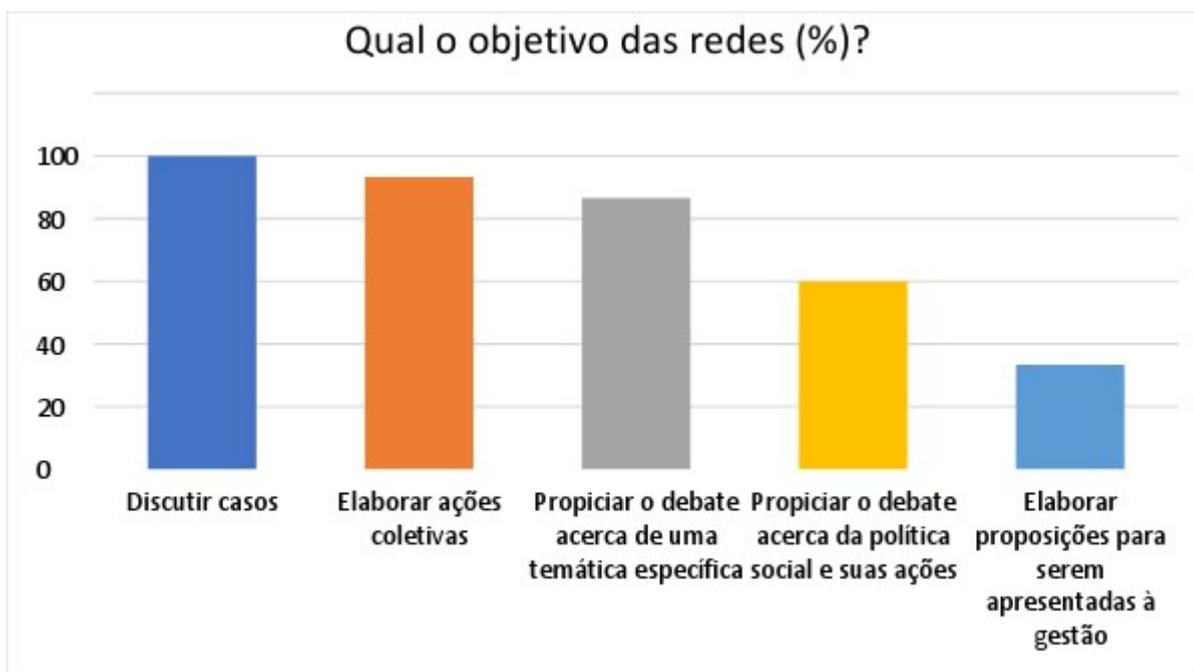
<sup>11</sup>Fez-se a opção por utilizar o gênero feminino pela predominância de mulheres nos serviços de saúde e nas políticas sociais, de forma geral.

Gráfico 7— Percentual de acordo com o motivo impeditivo para participação nas redes



Perguntou-se também quais são os objetivos das redes intersetoriais identificadas. Foram dadas as opções: discutir casos, elaborar ações coletivas, propiciar o debate acerca de uma temática específica, propiciar o debate acerca da política social e suas ações, e elaborar proposições para serem apresentadas à gestão. Todas marcaram a primeira opção – discutir casos, seguido por elaborar ações coletivas, com um ponto a menos apenas (93,3%); debater sobre uma temática recebeu treze pontos (86,7%); enquanto debater a política e suas ações e elaborar proposições para a gestão ficaram em último, com respectivamente 60% e 33,3%. Ressalta-se que era possível marcar mais de uma opção.

Gráfico 8— Percentual de acordo com os objetivos das redes



O questionário suscitou outras questões que podem ser classificadas como: *perfil profissional*; *compreensão sobre rede* - sua relevância e impacto, objetivos; como se dá *operacionalização* das redes – condições de trabalho necessárias, possíveis dificuldades, satisfação com os resultados; relação entre *redes e terapia ocupacional*.

Sobre a relevância da atuação por meio das redes, foi avaliado por todas de forma positiva, principalmente por permitir uma “visão integral do usuário”, apesar da rede muitas vezes não funcionar de maneira plenamente satisfatória:

Acredito que o formato de trabalho em rede, embora ainda não consiga funcionar de forma satisfatória, têm potencialidades que podem melhorar a qualidade do atendimento à população, reduzindo a possível fragmentação dos casos em setores, desta forma, os usuários podem ser atendidos em suas complexas demandas em um tempo menor de espera (no que diz respeito às questões burocráticas dos serviços públicos) e também com melhor qualidade. Destaco que esta visão deve ser compreendida à luz de paradigmas que valorizam a complexidade do ser humano em detrimento do reducionismo em partes e setores. (Questionário TO4)

Sobre o impacto aos usuários, também foi avaliado apenas aspectos positivos, como pode ser observado nos trechos retirados dos questionários:

O envolvimento dos diversos setores (atendimentos transdisciplinares), traz olhares diferentes sobre o caso, abordagens que ampliam as chances de alcançar e trabalhar o problema, podendo inclusive diminuir a medicalização e ou institucionalização das pessoas, além de envolver outros atores nos tratamentos, como familiares, comunidade, etc. (Questionário TO16).

O atendimento intersetorial favorece o sucesso das intervenções, pois olha e atende o usuário de maneira completa, pensando nas demandas não somente da Saúde ou da Assistência (Social), mas como um ser complexo e único. (Questionário TO5)

Favorece a autonomia do usuário, na medida em que ele participa da escolha do (s) local (is) em que ele será atendido; diminui da dependência do usuário de apenas um equipamento ou profissional, incrementa a inserção ou participação do usuário nas trocas sociais. (Questionário TO8)

Com relação ao reconhecimento do trabalho em rede, questionou-se se acreditam ser importante, e quais suas avaliações sobre o reconhecimento por parte das equipes nas quais trabalham, e também das gestões local, distrital e municipal. Foi identificado que todas consideram ser importante e que, pela percepção das mesmas, quanto mais distante da assistência direta ao usuário, menor é o reconhecimento, como pode ser observado pelos gráficos que seguem:

Gráfico 9 – Reconhecimento do trabalho em rede pela equipe

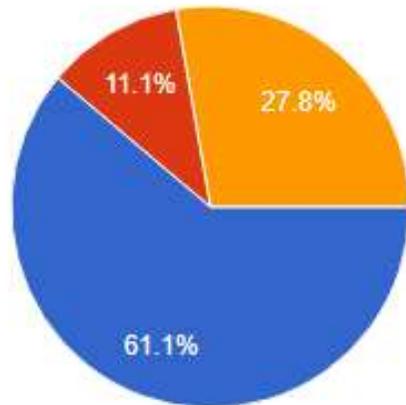


Gráfico 11 – Reconhecimento do trabalho em rede pela gestão distrital

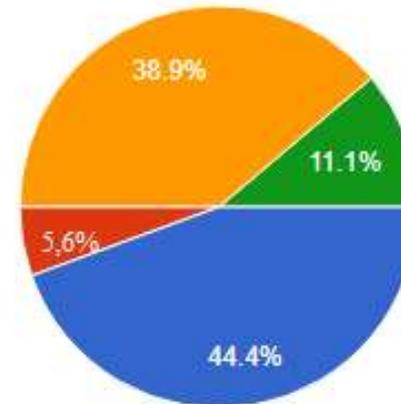


Gráfico 10 – Reconhecimento do trabalho em rede pela gestão local

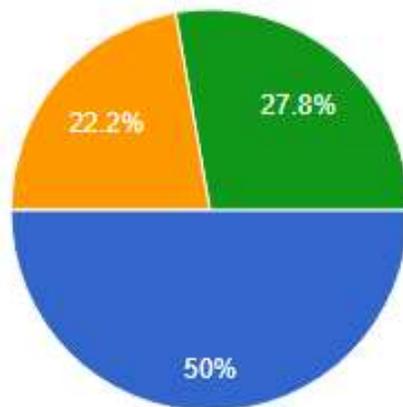
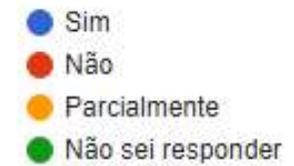
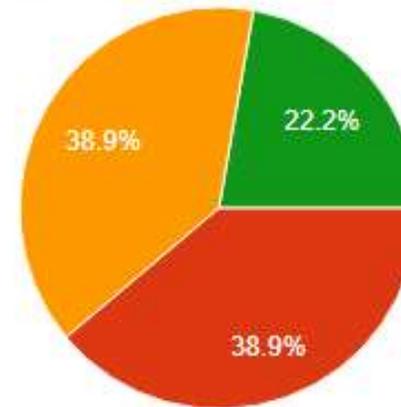


Gráfico 12 – Reconhecimento do trabalho em rede pela gestão municipal



A título de observação, vale ressaltar que a diferença entre gestão local e gestão distrital é que a primeira é representada pela figura do coordenador de cada serviço e a segunda diz respeito ao conjunto de gestores (as) responsáveis pela coordenação e apoio dos Distritos (Norte, Leste, Sul, Sudoeste, Noroeste).

Ainda com relação à compreensão sobre as redes, foi questionado quais deveriam ser os objetivos das estratégias de ação em rede. As respostas foram categorizadas da seguinte forma:

➤ **Com relação à população atendida:**

- Garantir a dignidade e a integralidade em saúde;
- Elaborar ações individuais;
- Elaborar ações coletivas;
- Discutir e compartilhar casos (por exemplo, elaborar Projetos Terapêuticos Singulares – PTS);
- Discutir casos de maior gravidade.

➤ **Na relação entre serviços:**

- Facilitar a comunicação e o diálogo (para trocar conhecimento e informações);
- Conhecer e reconhecer os serviços;
- Diminuir as barreiras institucionais, a burocracia e os encaminhamentos (este último que, por vezes, ocorre sem diálogo prévio e/ou de maneira equivocada);
- Evitar o personalismo nas ações (afim de solidificar a prática intersetorial como postura profissional em todas as ações de todos os setores).

➤ **Para a própria atuação:**

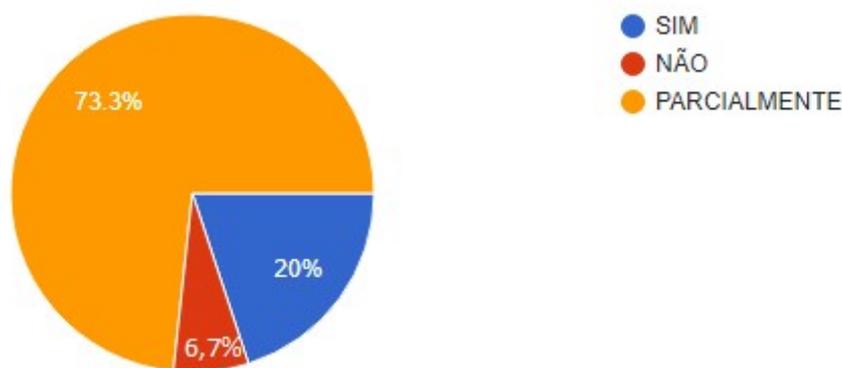
- Conhecer mais detalhadamente o território onde atua (para que seja possível, inclusive, utilizar os recursos e dispositivos ali disponíveis);
- Aprofundar o conhecimento acerca de temas específicos (capacitação);

➤ **Para a política pública:**

- Discutir políticas públicas e elaborar propostas de melhoria ou adequação dos serviços.

Com relação à terceira categoria, *operacionalização das redes*, foi perguntado sobre o grau de satisfação das colaboradoras com relação às articulações das quais participam, considerando os objetivos colocados na categoria supracitada. Apenas uma marcou não estar satisfeita. Outras três responderam que sim, estão contentes com o funcionamento. Destaca-se que a grande maioria, 73,3% (11 pessoas), disseram estar parcialmente satisfeitas. Os motivos foram: esvaziamento e rotatividade de profissionais, poucas medidas deliberativas, pouco aprofundamento nos temas, decisões não se desdobram em ações concretas, condições de trabalho inadequadas para se trabalhar em rede, redução dos encontros para discussão de casos. Foi enfatizado que alguns serviços precisariam ter maior implicação, como presença, regularidade, organização das informações apresentadas e valorização desse tipo de ação.

Gráfico 13– Grau de satisfação com a forma de funcionamento das redes



Foi bastante problematizada a questão da prioridade dessa estratégia frente ao cotidiano institucional, principalmente no que concerne à gestão:

Porque ainda há falta de investimento dos gestores em liberação de profissionais para a participação. Vários são os motivos: RH insuficiente, inexperiência com trabalho em rede, valorização do trabalho com agendas de atendimentos individuais, perfil dos profissionais para esse trabalho, entre outros. (Questionário TO16).

Pela falta de estrutura para o funcionamento de cada serviço (especialmente pela sobrecarga de trabalho, pela rotatividade de profissionais e pela ausência de diretrizes claras e compatíveis com o SUS, por parte dos gestores). (TO8)

Muito tempo de reunião para pouca resolutividade. Verifico também que as condições de trabalho atuais não favorecem o trabalho em rede, visto que os serviços possuem RH baixo e demanda elevada, sobrando pouco tempo hábil para a dedicação ao trabalho em rede. (TO4)

Destacou-se que a escassez de recursos também dificulta a operacionalização das deliberações construídas em rede:

Há escassez de recursos para implementação prática de estratégias elaboradas a partir das redes que inviabilizam que algumas ações sejam efetivas. A própria falta de recursos também tem uma discussão limitada nas redes. (TO17)

Além disso, foi indagado se já haviam deixado de participar de alguma rede, e todas responderam que sim. Dentre os motivos de insatisfação, demonstraram acordo com o ponto acima: a percepção da baixa resolutividade ou efetividade; falta de continuidade das ações pactuada; esvaziamento e alta rotatividade de trabalhadores nos encontros; rotina assistencial, falta de profissionais e excesso de demanda no serviço de origem, o que dificulta saídas; incompatibilidade de horários; falta de objetividade nas reuniões; falta de organização da rede; escolha de outros trabalhadores para integrar a rede; licença maternidade; no caso das funções de apoio institucional, foi destacado a multiplicidade de agendas e priorizar uma ou outra rede de acordo com a necessidade do apoio.

Ainda na categoria *operacionalização*, indagou-se sobre quais fatores facilitam e quais atrapalham as redes. Ao questionar sobre os facilitadores, objetivava-se que as colaboradoras respondessem com fatores que de fato ocorrem em seus cotidianos, mas se notou que, pela duplicidade de interpretação da questão, algumas pessoas disseram sobre condições ideais de funcionamento, mas que não ocorrem.

Entre os facilitadores, apontou-se:

➤ **Questões concretas:**

- Estrutura física adequada;
- Espaço na agenda;
- Equipes completas e suficientes para cobertura do serviço.

➤ **Questões organizativas:**

- Frequência das pessoas e dos encontros;
- Participação de diversos setores;
- Reuniões bem organizadas e documentadas;
- Cumprimento de horários;
- Comprometimento dos gestores da rede em levar adiante as propostas e discussões que surgem.

➤ **Deliberações/encaminhamentos:**

- Elaboração de ações viáveis;
- Expectativas serem atendidas.

➤ **Com relação aos trabalhadores:**

- Disponibilidade para um diálogo horizontal;
- Disposição;
- Formação;
- Valorizar o fazer coletivo;
- Participação de pessoas dedicadas à gestão da rede.

➤ **Com relação à população:**

- Mobilização de usuários e familiares.

➤ **Com relação à gestão:**

- Apoio das gestões locais, distritais e municipais (assumir esse modelo).

Entre os entraves, estão:

➤ **Questões concretas:**

- Falta de tempo hábil;
- Falta de espaços para os encontros;
- Falta de transporte;
- Quantidade insuficiente e alta rotatividade de profissionais – aqui, destacou-se que, dessa forma, acabam por priorizar outra forma de cuidado, mais “emergencial” e, pela alta rotatividade, acabam por não estar inteirados dos casos e discussões.

➤ **Governabilidade:**

- Falta de governabilidade.

➤ **Questões organizativas:**

- Falta de devolutiva das discussões;
- Elaboração de ações pouco viáveis;
- Repetição de fluxos inadequados – explica-se que são inadequados por não serem compatíveis ou respeitosos com as construções do coletivo;

- Muitos casos para serem discutidos em pouco tempo.

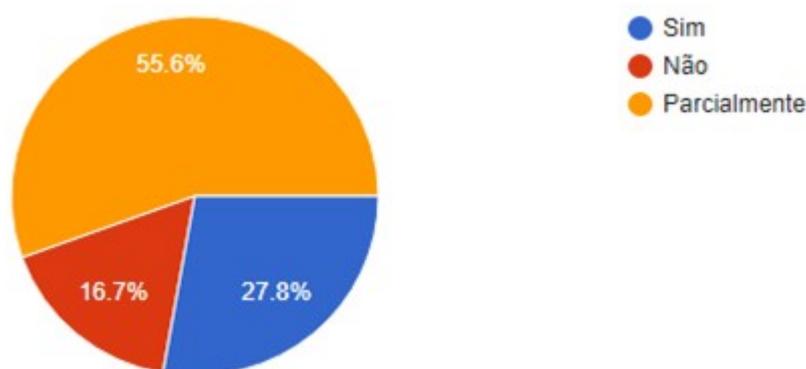
➤ **Comprometimento:**

- Ausência de algumas instituições;
- Ausência do gestor – seja do ponto de vista físico ou da indiferença em relação a sua responsabilidade;
- Falta de disponibilidade dos profissionais.

Foi solicitado também que elencassem quais as condições de trabalho necessárias para garantir a participação das próprias terapeutas ocupacionais nas redes. Muitas dessas condições vão ao encontro do que foi destacado como facilitadores, como disponibilidade, flexibilidade e compatibilidade de agenda, pois acontecem muitos compromissos atravessados, os quais impossibilitam a participação; estrutura física adequada e transporte do serviço; apoio da equipe e da gestão local, principalmente no que se refere à compreensão de que “trabalho em rede também é trabalho”; além da atuação de outros terapeutas ocupacionais na região.

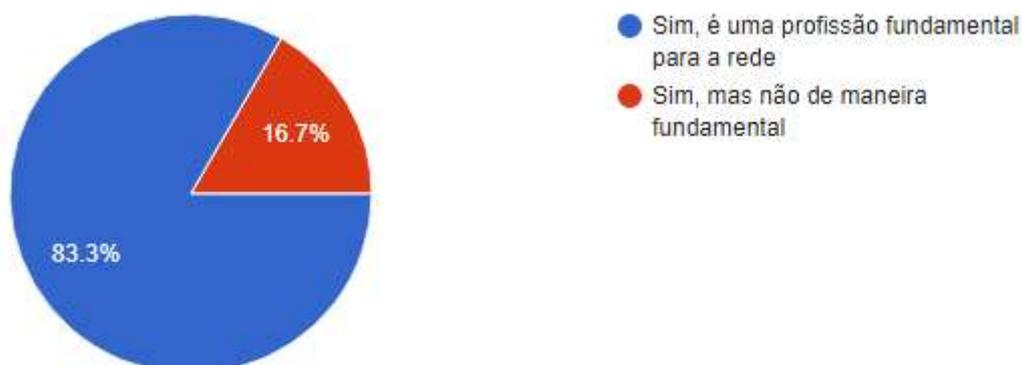
Questionou-se, a fim de avaliar o que foi citado acima, se consideram possuir as condições que elas próprias suscitaram.

Gráfico 14– Avaliação sobre possuir condições de trabalho para participação nas redes



Em relação à última categoria, sobre a atuação da terapia ocupacional nas redes, foi perguntado se acreditam que esta profissão, especificamente, pode oferecer contribuições para o trabalho em rede:

Gráfico 15– Avaliação acerca da contribuição da terapia ocupacional para as redes



Além das duas opções apresentadas, as colaboradoras também podiam responder que “não, a terapia ocupacional não pode contribuir”, entretanto ninguém marcou esta opção. A fim de qualificar a questão acima, foi solicitado que contassem livremente sobre a compreensão que têm acerca do papel da terapia ocupacional nas articulações em rede, e quais são as contribuições as quais podem ser oferecidas neste tipo de atuação por esta profissão em específico. Foi possível observar diversas menções que fazem referência à formação:

Nossa formação por si só já propicia um olhar bastante ampliado para as questões e isso só contribui nas discussões. (Questionário TO14)

O TO tem como compreensão da atividade humana o processo criativo/criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção. Como a formação se estende por campos da saúde e social, consegue obter uma avaliação e proposição de projetos de intervenção terapêutica que vise favorecer o desenvolvimento/aprimoramento das capacidades psíquicas, ocupacionais, sociais/lazer e vida diária. Propõe melhoria na qualidade de vida, considerando as relações pessoais, familiares, sociais e coletivas. A possibilidade de transitar em diferentes propriedades presentes nas atividades humanas como recurso terapêutico potencializa as reflexões e as possibilidades de ampliação dos PTSs. (Questionário TO16)

O papel do terapeuta ocupacional na articulação da rede se torna importante devido à formação para um cuidado integral, de modo a considerar as especificidades de cada caso, com ações e abordagens que permitem a interlocução com diversos setores, como educação, assistência, cultura, lazer. (Questionário TO02)

Paralelamente, outras colocações demonstraram que fatores como o comprometimento e disponibilidade podem ser mais importantes que a categoria profissional, ressaltando que é a diversidade de olhares que enriquece a construção.

Todas as categorias profissionais podem contribuir para as Redes e a diversidade de envolvidos enriquece muito as discussões. A TO pode acrescentar de diferentes modos, como repensando formas de promover a reinserção dos usuários na sociedade e na elaboração de propostas de acessibilidade. Acredito que, mais importante que a categoria profissional, está a disponibilidade em aceitar diferentes modos de existir na sociedade, repensar condutas, estar de fato disponível para trabalhar pelo interesse da população atendida (ainda que dentro de todos os limites impostos pelo serviço público), procurar compreender o que os demais serviços têm a acrescentar ao seu próprio serviço e atuação, além dos limites dos mesmos; e, apesar dos limites encontrados, procurar formas de possibilitar o acesso aos direitos da população atendida em conjunto com os diferentes setores. (Questionário TO06).

## **6.5 Encontro “A terapia ocupacional nas ações em rede”**

Na última etapa de campo, foi proposta a realização de um encontro dialogado, de caráter formativo e de discussão, com intenção de produzir material para reflexão, especificamente direcionada às terapeutas ocupacionais da Prefeitura de Campinas, em torno do tema das redes intersetoriais e da entrada da terapia ocupacional neste tipo de ação. Foram convidadas tanto as terapeutas ocupacionais que responderam ao questionário e demonstraram interesse pela atividade, quanto aquelas que não responderam. Só não foram contatadas aquelas que negaram a possibilidade de participação ao responder o questionário. Participaram da atividade nove terapeutas ocupacionais, que atenderam ao convite do CETS, sendo que todas concordaram em colaborar com esta fase da pesquisa. O encontro teve duração de quatro horas.

Na ocasião, realizada na sede do CETS-Campinas, foi proposto o seguinte roteiro:

- ❖ Discussão sobre a atuação das terapeutas ocupacionais na Prefeitura de Campinas;
- ❖ Discussão sobre a terapia ocupacional e a atuação nas redes;
- ❖ Breve apresentação teórica sobre redes intersetoriais;
- ❖ Apresentação dos resultados preliminares da primeira fase da pesquisa;
- ❖ Compartilhamento de experiências em rede.

O objetivo do encontro foi aproximar as terapeutas ocupacionais em torno do debate das redes intersetoriais especificamente, mas também aproximá-las em torno de outras pessoas da própria categoria, com intuito de fomentar uma rede interna que seja capaz de

provocar diálogos acerca da profissão. Isso porque não existe, atualmente, qualquer articulação nesse sentido, a qual cremos ser importante para fortalecer tecnicamente e politicamente a terapia ocupacional na atuação no município.

Também se buscou nesse espaço dialogar acerca dos dados encontrados, até aquele momento da investigação, com o intuito de acrescentar informações e legitimar (ou não) o que vinha sendo analisado, principalmente a partir questionários.

Para aquecer o debate, foram questionadas quais são, na avaliação das participantes, as maiores dificuldades, atualmente, em ser terapeuta ocupacional nos serviços de Campinas.

Com relação, especificamente, ao núcleo profissional, foi apontado:

- o desconhecimento, pela sociedade de maneira geral, do que faz uma terapeuta ocupacional;
- a falta de reconhecimento e legitimidade dos recursos utilizados;
- a baixa valorização profissional;
- a ausência de diretrizes políticas para a atuação;
- a falta de espaços de discussão e formação;
- o baixo número de profissionais desta categoria nos serviços da rede.

Com relação a questões estruturais, foi levantado:

- a falta de recursos materiais para atendimento;
- ambientes físicos inadequados, por exemplo falta de sala, presença acentuada de ruídos;
- a falta de trabalhadores na rede;
- o baixo investimento financeiro, de maneira geral, que ocasiona falhas importantes.

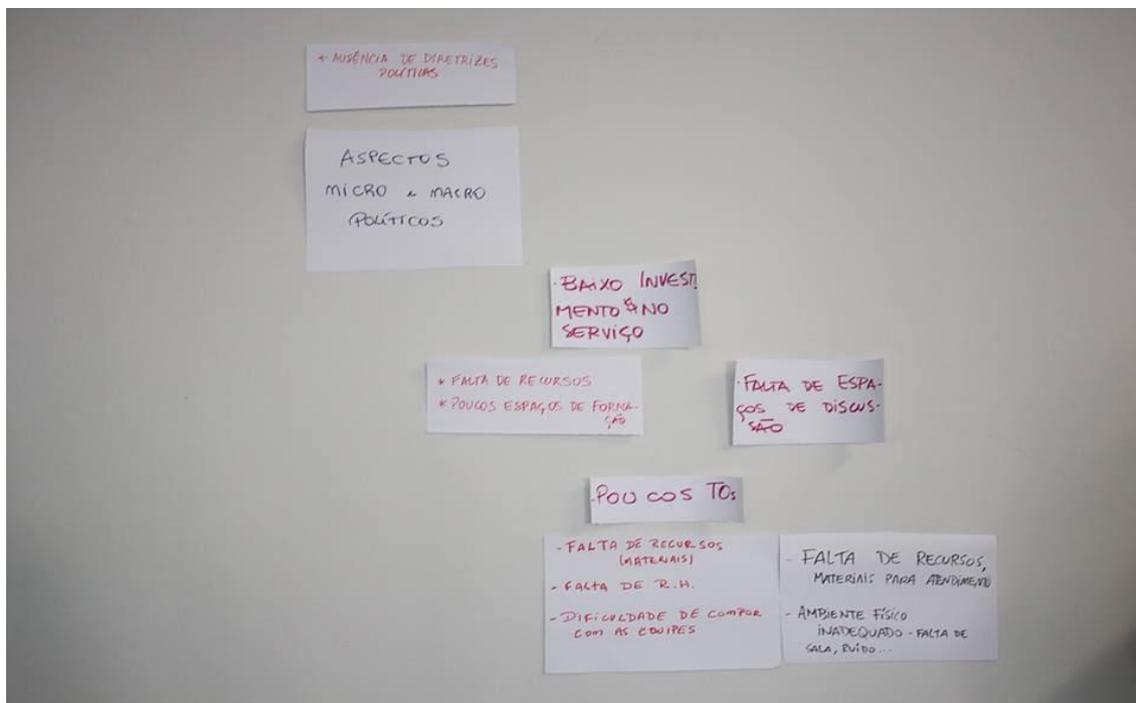
Também foi pontuada a não abertura para interdisciplinaridade, pelos profissionais em geral, além da dificuldade em compor ações multiprofissionais e intersetoriais com as equipes nas quais estão inseridas.

Foi realizada a discussão desses problemas e as possibilidades de resolução, tendo sido surgido:

- a proposta de reuniões periódicas entre as terapeutas ocupacionais para formação continuada em temas considerados importantes;
- a elaboração e incorporação das diretrizes políticas a nível distrital;

- a solicitação de redação de documentos oficiais via o Conselhos da Categoria.

Figura 23—Produção das participantes do encontro sobre as dificuldades vivenciadas na rede de Campinas



Na discussão específica sobre a atuação da terapia ocupacional nas redes intersetoriais, foi solicitado que, coletivamente, se elaborasse os possíveis objetivos dessa atuação e, em seguida, os facilitadores que a categoria possui para tal atuação.

Dentre os objetivos, foi colocado que as terapeutas ocupacionais poderiam exercer o papel de “articuladoras da rede”, ou seja, figura responsável por fomentar e organizar ações entre os atores e serviços de diferentes setores. Também foi levantado que devem participar dos matriciamentos realizados entre os diferentes setores, na forma de um componente desta rede. Ao se refletir acerca de possíveis facilitadores detidos pela categoria para o trabalho em rede intersetorial, foi consensual o fato de a formação profissional permitir que se considere os sujeitos integralmente, o que demandaria a ação de outros atores implicados nesta atuação. Também foi reivindicado que o objeto de trabalho (ou o núcleo profissional) da terapia ocupacional é a ocupação, o cotidiano.

Figura 24—Produção das participantes do encontro com relação aos objetivos, facilitadores e dificultadores do trabalho em rede para a terapia ocupacional, nesta sequência da esquerda para a direita.



Também se questionou acerca dos entraves os quais dificultam ou impedem a atuação das terapeutas ocupacionais nas redes intersetoriais: em suma, falou-se sobre as faltas – desde o sucateamento generalizado dos serviços, até a falta de recursos materiais, pois não existe, no município, a possibilidade de compra de insumos a serem utilizados pela categoria. A Prefeitura justifica que administra, há poucos anos, de forma direta, a contratação de terapeutas ocupacionais para a atenção básica em saúde, antes realizada por instituição terceirizada, e que desde então não foi possível organizar a aquisição desses materiais por conta da burocracia das licitações.

Com relação à profissão, especificamente, colocou-se a falta de formação para atuação na atenção básica em saúde, pelo menos nessa cidade, pois o estágio nesse nível de atenção foi incluído apenas recentemente no currículo da graduação da Universidade local.

Findada tal discussão, foi realizada uma apresentação de caráter teórico seguida da apresentação dos dados iniciais da pesquisa, como o mapeamento das redes e a análise de elementos considerados centrais advindos dos questionários. Neste momento, foram

levantadas redes que ainda não constavam no mapeamento. Além disso, foi possível notar que a análise a qual vinha sendo feita era pertinente ao que surgiu no diálogo realizado ali.

Por fim, foi sugerido que compartilhassem histórias bem-sucedidas de articulações em rede. Foram compartilhadas tessituras consideradas exitosas pelo fato de terem proporcionado: a efetivação do cuidado de determinados sujeitos, a discussão em torno de temáticas específicas e a elaboração de ações territoriais em conjunto.

## 7. DISCUSSÃO

### 7.1 Os consensos discursivos e os dissensos práticos em torno das redes intersetoriais

Ao utilizar a concepção de redes sociais, o que fica em evidência são as relações entre os pontos da rede. No caso dos serviços, operadores das políticas sociais, a rede pode ser considerada como pontos ou *unidades* (AMARAL, BOSI, 2017), entre pessoas (trabalhadores ou usuários), individualmente, e entre serviços, equipes ou instituições. É importante levar em consideração que os pontos da rede, ou seja, os diversos serviços, de diferentes setores, foram cunhados de maneira singular, com propósitos diferentes, ainda que apontando para a efetivação dos direitos sociais. Diferem nas demandas atendidas e nos objetivos específicos, também no nível de “complexidade”, na forma de acesso e na dinâmica institucional.

Ao analisar as relações intersetoriais, fica explícita a maneira como a constituição singular, e ao mesmo tempo setorializada, de cada política social interfere na efetivação de ações construídas conjuntamente. Castells (1999), ao tratar do trabalho na saúde entre os níveis de complexidade, defende que “uma pluralidade de componentes realmente divergentes só pode manter-se coerente em uma rede” (p. 85). Ou seja, defende que é via a integração em rede que será possível “cooperar para a realização de um projeto coletivo” (p. 232). Ainda que se faça essa análise voltando-se ao campo da saúde, defende-se aqui que pode ser aplicada às redes intersetoriais envolvendo os três setores analisados.

A dicotomia a ser explorada aqui tem como base a afirmação de Andrade (2006, p. 280), já colocada em tela anteriormente:

Sobre a intersetorialidade há um *consenso discursivo* e um *dissenso prático*. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006, p. 280). [Grifos nossos]

Inicialmente, considerando as percepções levantadas pelos gestores dos diferentes setores no momento das entrevistas, foi possível encontrar discursos bastante consensuais no que concerne à importância da tessitura de redes entre os serviços e seus objetivos, seja de maneira intersetorial ou não. Também foi convergente a avaliação em torno das articulações operacionalizadas no município, pois acreditavam que o trabalho intersetorial é parcialmente efetivado, precisando avançar e se consolidar em diversos aspectos. Além disso, os questionários aplicados com as terapeutas ocupacionais carregavam informações similares: afirmaram que, apesar da rede entre os serviços muitas vezes não funcionar de maneira satisfatória, trazia benefícios tanto para os técnicos quanto para os usuários e todas acreditavam na importância desse tipo de trabalho.

Foi identificado, ainda nos questionários, um importante descompasso entre a percepção que as terapeutas ocupacionais, e provavelmente os demais profissionais de outras categoriais, têm do esforço empreendido pelas diferentes figuras envolvidas na efetivação das ações em rede nas políticas públicas. Isto porque se percebe, no cotidiano de trabalho, que os técnicos “da ponta” consideram relevante o trabalho em rede, enquanto que, na gestão municipal, em sua visão, isso não é notado. Pode-se inferir que tal questão indique uma falsa política, visto que há diretrizes legais e políticas em torno da defesa da estratégia das redes, mas que não se oferecem condições para a sua efetivação. Dessa maneira, a execução da estratégia fica limitada e dependente apenas da disposição dos trabalhadores, demonstrando a relevância do que Lotta (2012) nomeia de “burocrata de rua”, ou seja, o trabalhador que operacionaliza as políticas. Ainda, confirma a hipótese “de que quanto mais distante dos problemas concretos da população mais a lógica setorial se impõe” (MONNERAT; SOUZA, 2009, p.219). Tal ponto é essencial para se discutir a formação de redes como uma práxis de governo, que efetive mudanças substanciais na dinâmica das instituições.

Ainda que não tenha se investigado, especificamente, a participação dos usuários dos serviços e suas famílias nos processos de construção das redes intersetoriais, acredita-se ser importante apontar que eles também deveriam ser considerados pontos da mesma rede e, de alguma maneira, deveriam integrar suas ações de maneira participativa, e não apenas como alvo das intervenções. Por exemplo, ao se discutir ações para determinada pessoa ou família, estes sujeitos deveriam ser ouvidos e considerados acerca do que acreditam ser necessário para solucionar ou encaminhar a questão em voga – inclusive para determinar se tal questão é, de fato, importante para ele.

Dias (2017) afirma que, durante sua investigação sobre ações intersetoriais, voltada às escolas, a “rede” foi apresentada pela instituição como uma estratégia de proteção em torno da criança e do adolescente a partir da articulação entre serviços e setores. Contudo, revela que a família não foi considerada como parte da rede sendo, na verdade, responsabilizada por viabilizar os encaminhamentos e vigiada com relação ao seu cumprimento. Tal perspectiva vai ao encontro do que se pôde notar em algumas reuniões das redes observados no período de campo desta pesquisa.

Tal problemática traz à tona a necessidade de se inventar – e reinventar – a maneira como as articulações intersetoriais se relacionam com a população. Acredita-se que, via de regra, a participação popular qualifica as ações, já que ouve aqueles a quem se destinam as intervenções. Além disso, facilita a desconstrução de julgamentos pré-estabelecidos e a reprodução de violências, visto que aproxima a realidade do sujeito à ação do técnico. Como já apontado anteriormente, Souza (2013) afirma que é preciso superar o território como mero produtor de demandas, para que se passe a utilizá-lo, de fato, como parte produtora da política pública.

Ainda nas entrevistas, é possível elencar dissensos práticos. O apontamento, e por vezes o questionamento, da não participação do setor educação na composição das redes intersetoriais, notadamente nos momentos de reunião, surge tanto do setor assistência social quanto do setor saúde. Durante o período de observação dos encontros entre os serviços, a não representação das escolas naquele espaço também foi indicada pelos participantes como um problema. Por outro lado, os representantes da educação identificaram outros tipos de relações sendo tecidas, tanto no cotidiano das escolas, quanto no cotidiano das NAEDs, que se conectam a outros setores e serviços a partir da identificação de situações complexas pelas equipes escolares, como nos casos de violação de direitos – interações que, mesmo não partindo de um calendário pré-estabelecido de reuniões, como é o caso de articulações em rede identificadas pelos setores assistência social e saúde, também são consideradas maneiras de se tecer ações. Encontra-se aqui outras *conectividades* pertinentes a este setor.

Portanto, as *unidades* aqui destacadas referem-se aos atores presentes e ausentes na realização das redes, sendo que destacamos dois polos: a gestão, e sua presença discursiva nas estratégias em rede, porém não efetiva em criar condições para tal; e a população, apenas compreendida como alvo das ações e não parte do processo de tomada de decisões.

De acordo com Amaral e Bosi (2017), a *conectividade* é, assim como as unidades, uma das dimensões das redes. De acordo com os autores, há diversas maneiras de se conectar, e estas irão variar de acordo com a necessidade e disponibilidade. Assim, estratégias como encaminhamentos, contato telefônico, visitas institucionais, reuniões, além de tantas outras, podem ser consideradas maneiras de se estabelecer contato entre os pontos da rede. É importante assinalar que a alta capacidade de conectividade é marca da boa qualidade das redes, mas também que:

A conectividade não é uma característica estanque, englobando também a capacidade de estabelecer novas conexões. Desse modo, são identificadas não apenas as relações atuais, mas também os movimentos de ruptura que ocorrem nos serviços para estabelecer novos tipos de relações e os elementos que facilitam ou dificultam essa fluidez (AMARAL, BOSI, 2017, p.429)

Desta forma, é preciso relativizar o discurso da não conectividade do setor educação e assinalar a diferença e características de cada serviço, para a possibilidade de constituição e participação das estratégias de rede. É importante destacar que, durante todo o processo de investigação, as reuniões entre os serviços foram consideradas como momento centralizador das ações e, por isso, a não participação do setor Educação foi aqui compreendida como não conectividade.

Ainda neste íterim, destaca-se a questão do papel do setor saúde – esperado e cumprido – de conessor de diagnósticos. É possível identificar, em uma das entrevistas da educação, de maneira mais explícita, a prática de se realizar encaminhamentos para as unidades de saúde com a finalidade de se obter algum diagnóstico para a criança ou o adolescente. O entrevistado citou a necessidade de elucidação e tratamento para questões ditas “clínicas”, como nos períodos de “epidemia de gripe”, mas refere que a grande demanda encaminhada seria para atendimento psicológico, e destacou ainda a falta de profissionais da área nas unidades de saúde, visto que há demora para o atendimento dos alunos ou familiares “encaminhados”.

O cuidado ao processo saúde-doença é responsabilidade do setor saúde, sendo que isto inclui a elaboração de diagnósticos. Contudo, questiona-se a articulação entre a rede de serviços quando reduzida a encaminhamentos para diagnósticos, visto que raramente desdobram em outras ações. Dificilmente é realizado um contra encaminhamento ou uma contra referência por parte da unidade a qual acolheu a criança ou adolescente enviado pela escola, sendo esta uma queixa frequente trazida pela direção e professores.

Além disso, é necessário discutir a patologização e medicalização, neste caso da infância e adolescência, acentuada pelas conexões feitas entre educação e saúde, principalmente. Dias (2017), ao mapear as conexões intersetoriais realizadas por algumas escolas, identificou que acessam outros serviços quando identificam uma demanda específica, notadamente dificuldade de aprendizado, negligência familiar e problemas no comportamento do aluno. Adicionalmente, afirma que os serviços mais acessados, via encaminhamentos, são o da saúde, conclusão que vai ao encontro do que foi identificado, principalmente, durante a fase de entrevistas.

A cultura de patologização e medicalização são invenções necessárias para a manutenção do capitalismo, pois individualizam questões que são, na maioria das vezes, coletivas, e produzidas social, histórica, política e economicamente. O setor saúde foi e é responsável por cultivar essa cultura, reproduzindo comumente certas ações no dia a dia dos serviços: podemos considerar o poder médico e sua centralidade, inclusive nas unidades básicas de saúde; as atividades baseadas na renovação de receitas; a necessidade de diagnósticos e laudos para construir estratégias de cuidado; a demanda excessiva por exames, comparada ao curto espaço para escuta, por exemplo, como importantes sinais dessa cultura na saúde. Manter esse tipo de funcionamento individualiza questões que são coletivas, da vida social. Ao encontro, Dias (2017), durante sua investigação, identificou que professores da rede municipal vinham se apropriando do discurso médico para “classificar” alunos e justificar os seus comportamentos, criando rótulos difíceis de serem desfeitos. Com isso, a cultura da medicalização também invade os ambientes escolares e cotidianos dos alunos – assim como contaminou os serviços de saúde.

A questão dos diagnósticos não ficou restrita aos depoimentos dos representantes da educação, e surgiu também durante a observação das reuniões das duas redes, mais explicitamente na Rede Alecrim, quando, em dado momento, a necessidade de elucidação diagnóstica de um possível “transtorno mental” foi determinante. Naquela situação, a dita “patologia” determinaria a avaliação que os profissionais fariam em torno das possibilidades que a mulher deteria para o cuidado do filho (no caso, decidir ou não pelo abrigo da criança), determinando também o seguimento de outras ações pelos serviços. Foi discutido que enquanto o diagnóstico não fosse esclarecido, não seria possível pensar nas estratégias de atuação junto àquela família.

Ao assumir o lugar de instituição que fornece diagnósticos e que detém o poder médico, a saúde reforça a marginalização do debate acerca dos demais fatores os quais

influenciam, sobremaneira, o processo de adoecimento, notadamente o psíquico. Ou seja, mesmo utilizando a perspectiva intersetorial, a rede pode funcionar de maneira restrita e setorializada, não privilegiando as múltiplas chaves de leitura permitidas pelos encontros coletivos, além de legitimar e fortalecer a prática hegemônica da patologização e da medicalização, no caso citado. Dessa forma, ao invés de invalidar as ações em rede, deve-se garantir que esse seja um espaço fomentador de discussões e de formação acerca da cultura de patologização e medicalização da vida. Para isso, é de suma importância que os participantes sensíveis ao tema sustentem seus posicionamentos e coloquem em pauta a discussão.

Com isso, a *conectividade* aqui assinalada refere-se às consequências não esperadas pela ação da rede, como, por exemplo, a patologização e a medicalização da vida.

A terceira dimensão apresentada por Amaral e Bosi (2017) é a *integração*, compreendida como produto da continuidade e da complementariedade das intervenções, sendo que a necessidade de continuidade ocorre quando o sujeito precisa de contínuas intervenções semelhantes ao longo da vida, que podem ser desenvolvidas pelo mesmo profissional ou serviço; enquanto a complementariedade é o processo de ações entre diferentes serviços ou setores em vista da complexidade da situação.

Durante as observações dos encontros das duas redes, notou-se que na Rede Alecrim houve dissensos com relação às incumbências de cada serviço, em vista da diferença nos níveis de complexidade (atenção primária/centro de saúde e atenção secundária/CAPS). Isso levanta a questão da diferença entre a responsabilização e a corresponsabilização, apontada por Dias (2017) ao notar que raramente as escolas recebiam algum tipo de retorno dos serviços de saúde sobre os atendimentos realizados junto aos alunos encaminhados; e que a escola, mesmo sem receber retorno, não o cobrava e permanecia realizando tal exercício. A autora nomeia a prática de responsabilização, pois se delega algo a outro serviço, e ambos se desresponsabilizam, seja de dar devolutivas ou de rever a prática.

A integração das ações visa garantir a integralidade da atenção. Em um contexto de rede, de acordo com Amaral e Bosi:

Um serviço que considera determinada demanda inadequada para si, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente em direção a outro serviço apropriado. Cria-se, com isso, um objeto de trabalho que vai além da responsabilidade individual de um serviço, tornando-se um objeto da rede (p.429-430).

Assim, é necessário que a continuidade da atenção seja mantida por todos os pontos da rede mesmo ao se remanejar a determinada responsabilidade a outro serviço, para que haja sustentação da integralidade. Ou seja, é essencial que a rede nutra sua conectividade e que os serviços conservem os vínculos com os sujeitos.

É importante apontar que, tanto na Rede Alecrim quanto na Rede Lavanda, os casos discutidos, mesmo quando encaminhados para outros setores ou serviços, pareciam permanecer em contínuos processos de monitoramento por todos os integrantes. Contudo, notou-se, de maneira importante, principalmente na Rede Alecrim, como trazido mais acima, dissensos em torno de “quem seria a responsabilidade” pelo caso, sendo que, quando se torna *objeto da rede*, isso teoricamente não seria uma questão. Tal dissenso pode ser alimentado, muito provavelmente, pela (in) capacidade real vivida por profissionais em seus serviços em acolher toda a população daquele território a qual demanda suporte, dificuldade essa bastante presente no cotidiano das políticas sociais desinvestidas pelo poder público.

A *integração* das redes, portanto, é algo que precisa ser construído na direção de uma oferta de atenção integral. Ressalta-se que a base da intersetorialidade é constituída pela perspectiva da integralidade, como afirma Bronzo (2007).

A quarta dimensão das redes – *normatividade*, diz respeito à autonomia no controle e gestão das redes. Para tanto, é necessário haver um objetivo comum, somado a normatizações necessárias para que seja possível empreender ações coerentes entre os serviços. Ressalta-se, ainda, a importância da flexibilidade das redes a fim de possibilitar novos arranjos e elaborações a partir do objetivo em pauta.

O consenso em torno do objetivo das articulações intersetoriais também chama a atenção, quando comparado ao que foi observado na prática. De acordo com os gestores entrevistados, e também com as terapeutas ocupacionais que responderam ao questionário, as redes apontam para a garantia de direitos dos usuários, notadamente no que diz respeito ao cuidado integral das demandas e a construção de ações que respondem de maneira adequada às necessidades de determinado território e população. Dessa forma, podemos dizer que há consonância no entendimento de que as redes intersetoriais se configuram como redes de suporte social.

Entretanto, durante as observações dos encontros, as redes intersetoriais pareciam também cumprir a função – mais velada, ou não dita, de controle dos sujeitos. Detendo o poder institucional, as redes podem se tornar estratégias de controle sobre a pobreza,

notadamente sobre determinados recortes como, a partir do exemplo citado anteriormente, das mulheres que são mães e fazem uso de drogas. Assim, pode se fazer uma analogia entre as redes intersetoriais de serviços e panópticos: tudo veem dos sujeitos, entretanto sem serem vistos.

O conceito de panóptico foi inicialmente utilizado para designar um tipo arquitetônico de estrutura ideal para penitenciárias, concebido pelo filósofo e jurista inglês Jeremy Bentham, em 1785. Contudo, a estrutura pode ser utilizada para o domínio dos corpos em diversas instituições que requerem vigilância, tal como manicômios, escolas e fábricas. Segundo Bentham (2008, p. 19-20):

Para dizer tudo em uma palavra, ver-se-á que ele é aplicável, penso eu, sem exceção, a todos e quaisquer estabelecimentos, nos quais, num espaço não demasiadamente grande para que possa ser controlado ou dirigido a partir de edifícios, queira-se manter sob inspeção um certo número de pessoas. Não importa quão diferentes, ou até mesmo quão opostos, sejam os propósitos: seja o de punir o incorrigível, encerrar o insano, reformar o viciado, confinar o suspeito, empregar o desocupado, manter o desassistido, curar o doente, instruir os que estejam dispostos em qualquer ramo da indústria, ou treinar a raça em ascensão no caminho da educação, em uma palavra, seja ele aplicado aos propósitos das prisões perpétuas na câmara da morte, ou prisões de confinamento antes do julgamento, ou casas penitenciárias, ou casas de correção, ou casas de trabalho, ou manufaturas, ou hospícios, ou hospitais, ou escolas.

Figura 25—Arquitetura do panóptico. Fonte: Gundalini e Tomizawa, 2013, p. 29.



Foucault (2002) se apropriou do conceito de panóptico para frisá-lo como ferramenta de poder e revela que a possibilidade de controle sobre o comportamento das pessoas é diretamente proporcional ao número de informações que se tem. Assim, discute o panóptico

como meio de disciplinar os corpos, em vista dos conflitos gerados pelas contradições expostas pelo acúmulo de riquezas na sociedade capitalista. Com essa forma de controle, explica Foucault, facilita-se a disciplina sobre os sujeitos que, por isso, aumentam a produtividade e apresentam menor risco de desobediência.

Guandalini e Tomizawa (2013) revelam que, para a constituição de um corpo útil e dócil, é necessário controlar não só o processo produtivo, tornando a vigilância presente não só nas fábricas, como em instituições como escolas e hospitais. Segundo o autor, esse modelo traduz-se como um sistema organizado, automático e anônimo sendo que:

Assim, o principal efeito do panóptico é fazer com que o indivíduo fique em observação constante, fazendo com que este poder atue de forma também constante e espontânea, independentemente da efetiva vigilância. Decorrente de sua arquitetura, o panóptico faz com que o indivíduo nunca saiba se está realmente ou não sendo vigiado (p.29).

Ainda acrescentam que “o panóptico proporciona, em tese, um aumento da eficácia de todas as instituições sociais nas quais se possa e se queria impor determinados padrões de comportamento para um grande número de indivíduos” (p.29). Scuro Neto (2010) reforça que tal mecanismo é aplicado, também, sobre os sujeitos marginalizados, como é o caso das “minorias étnicas”.

Durante o período de observação dos encontros das redes, ficou evidenciada a contradição entre o consenso discursivo em torno daquele ser um importante mecanismo de suporte para os usuários dos serviços, ao mesmo tempo em que, na prática, por diversas vezes pareceu cumprir função similar ao do panóptico. Isso porque esse espaço de diálogo entre os serviços e profissionais se apresentou como um momento no qual todo tipo de informação sobre a vida dos sujeitos parecia ser exposta e compartilhada, inclusive acompanhada de julgamentos, muitas vezes de cunho moral. Adicionalmente, notou-se que as ações decididas, com frequência, diziam respeito à necessidade dos serviços em investigar ou vigiar as pessoas em pauta na discussão.

Porém as visões e opiniões dos profissionais, como pontos da rede, apresentaram dissensos, como vimos apontando. Faz-se, então, central destacar a questão dos conflitos. Foi possível identificar na Rede Lavanda situações em que um profissional discordou, a priori, da colocação de conteúdo e da aparente falta de embasamento, na visão da pesquisadora durante a observação, proferido por outro técnico sobre um caso em pauta. Entretanto, ao notar que aquele era o posicionamento da maioria, o profissional que discordava recuou da manifestação de sua posição. Tal comportamento é bastante compreensível, quando

pensamos que os conflitos, se mal encaminhados, podem resultar na reprodução de fluxos e condutas problemáticos para a rede. O que demonstra a necessidade de se discutir o lugar do conflito e o quanto é permeado de avaliações e julgamentos hegemônicos na sociedade cunhados com base na moralidade e que têm urgência em serem desconstruídos. Os conflitos são legítimos e necessários para construir outros consensos, o que seria fundamental em um processo para erigir rede intersetorial que de fato se configurasse como uma rede de suporte social para os sujeitos, livre de práticas que possam reativizar ou romper ainda mais os elos de proteção dos sujeitos. Contudo, tal questão esbarra na visão social do conflito e a permanente postura de evitá-lo, o que diminui o dissenso e termina por priorizar visões hegemônicas. Desta forma, ao invés da rede se constituir como um espaço para novas construções e a elaboração conjunta de estratégias criativas para lidar com problemas complexos, ela se resume à reafirmação de visões hegemônicas, por muitas vezes morais e controladoras - o que fortalece tais discursos, ficando os argumentos contra hegemônicos mais enfraquecidos.

Desta forma, a *normatividade* é um ponto central que precisa de atenção na discussão das estratégias de ação em rede, tanto a normatividade desejada quanto aquela produzida de forma velada. Pois, muitas vezes, passam “ingenuamente” apenas pela marca de positivas, sendo necessário o debate sobre elas.

A última dimensão – a *subjetividade* das pessoas envolvidas é transversal às quatro anteriores, pois permeia todo o funcionamento das articulações entre serviços. De acordo com Amaral e Bosi (2017, p.432), é o “componente humano que cria, modifica e extingue seus processos”.

A dimensão subjetividade, como exposto anteriormente, é permeada por quatro subdimensões: *protagonismos*, *vínculos afetivos*, *interesses* e *sentidos/valores*. As interfaces entre os serviços se modificam a partir das figuras que as protagonizam e, dessa forma, o afeto envolvido na relação com os usuários e colegas de trabalho, além do próprio fazer profissional, que extrapola os limites de mera operação técnica, é componente fundamental na tessitura das redes. Da mesma maneira, os interesses e sentidos atribuídos influenciarão a possibilidade de conectividade, integração e normatividade das redes e suas unidades.

À priori, é importante retomar a discussão do quanto a criação de redes fica, majoritariamente, a cargo dos trabalhadores os quais atuam diretamente com a população. O fato de as pessoas se disponibilizarem e despenderem seu tempo para a organização de ações desse tipo já se configura como importante componente da subjetividade que baliza a criação

e manutenção das redes. Afinal, não é tarefa fácil compor um espaço no qual a discussão e o debate são elementos centrais, no qual muitas vezes é necessário abrir mão de opiniões pessoais, receber críticas, elaborar novas proposições, além da demanda constante de disponibilidade para acolher encaminhamentos.

Pode-se afirmar que as redes, no contexto investigado, só se concretizam pela disponibilidade dos trabalhadores. Isso porque compreendem a rede como uma forma de buscar o acesso aos direitos da população e ofertar suporte social. Fica nítida a disponibilidade para se reorganizarem a partir das faltas e falhas de alguns serviços pela incipiência da política pública: para “sobreviver na rede”, nas palavras de uma trabalhadora. Dessa maneira, se propõem a encontrar soluções conjuntas para problemas complexos.

Ao mesmo tempo em que é importante explicitar a reprodução de pensamentos hegemônicos, os quais representam violências institucionais e julgamentos morais de controle da vida do outro, fica também bastante evidente que a rede, frequentemente, atua em prol de seus usuários. Como exemplo, podemos citar casos para os quais, em princípio, requeria-se abrigo (de crianças e adolescentes, principalmente) e a rede conseguiu encontrar soluções territoriais, menos penosas, pela oferta de suporte e ações a partir do envolvimento de muitos serviços, de forma coletiva. Ademais, o estabelecimento de redes facilita o fluxo de atendimentos para famílias mais vulneráveis, visto que o acesso aos serviços muitas vezes não é adequado – por exemplo, existe uma grande dificuldade, no município como um todo, em se agendar atendimentos nas unidades de saúde, o que é ilustrado pelas imensas filas que se formam em frente aos postos de saúde em dias de agendamento. Vale apontar que a restrição no acesso à atenção básica foi pauta central de discussão no Conselho Municipal de Saúde durante o ano de 2017.

Considerando os *vínculos*, foi possível notar que nas tessituras de redes os profissionais se mostravam sempre dispostos a elucidar para os demais integrantes sobre o funcionamento singular de cada serviço ou núcleo de atuação, sobre as especificidades de cada tipo de trabalho, o que pode evitar a criação ou reprodução de fluxos inadequados, os quais gerarão transtorno para os usuários que por ali circulam. Além disso, apesar de dissensos em torno das atribuições de cada unidade, não foi presenciada nenhuma recusa de atendimento. Para além, a rede utiliza dos bons vínculos que os usuários têm com determinados profissionais para poder estender outras ligações – por exemplo, no caso do usuário que tem mais proximidade com o Agente Comunitário de Saúde, este “empresta” seu vínculo para a rede, para que outros atores envolvidos possam também criar proximidade e oferecer suporte.

Não se pode deixar de destacar o tipo de vínculo empregatício estabelecido como influenciador do elemento subjetividade. Apesar de não ter aparecido como uma questão importante para a maioria dos gestores entrevistados, concretamente, no cotidiano das redes, é possível notar menor tempo de permanência nas estratégias entre os trabalhadores terceirizados, em vista da fragilidade desse tipo de regime, que acaba por fazer circular com mais frequência a figura de referência envolvida, pelas contínuas demissões. Como foi destacado por Ferro (2015), a possibilidade de vinculação com os demais elementos da rede depende da capacidade de manutenção das ligações:

A relação de confiança interinstitucional, a elaboração conjunta de projetos e ações, e a história estabelecida entre pessoas e instituições são potencializadas quando forjadas também de maneira longitudinal e, para tanto, *necessita de relações e vínculos empregatícios que possam proporcionar sua manutenção longitudinal.* (p.493) [Grifo nosso]

Ao considerarmos a dimensão material de recursos, que apareceu frequentemente como importante falha das políticas públicas de maneira geral, se identificou a disponibilidade dos trabalhadores em usar recursos próprios e pessoais para fazer a rede acontecer, como transporte, meios de comunicação (computador, celular etc.), dentre outros. Também compartilhava-se recursos e doava-se materiais que um serviço detinha e outro não, afim de viabilizar ações. Novamente, ficam bastante nítidos os motivos pelos quais se reconhece maior implicação local e pessoal nas articulações em rede, em contrapartida ao não investimento da gestão municipal, principalmente, distanciamento que foi possível ser identificado pela percepção trazida pelas terapeutas ocupacionais em suas respostas aos questionários.

Foi possível notar, em alguns momentos, que técnicos sugeriram a criação de espaços de estudos e discussão, em que pudessem acessar materiais que tratassem de temas que vinham gerando dúvidas, ou que representassem “nós” importantes para a rede. Isso continua demonstrando a possibilidade desses atores em sair de uma dita zona de conforto para, entre eles mesmos, encontrarem novas estratégias para os problemas os quais veem esgotar os recursos. Considerando tal questão, destaca-se que seria importante que cada rede tivesse um articulador ou supervisor, contratado pela prefeitura, disponível para se ocupar da função de organizar, fomentar, avaliar e propor mudanças para as organizações em rede entre os serviços, a fim de aprimorar o funcionamento desses espaços.

Em síntese, reitera-se o que foi discutido inicialmente sobre a centralidade dos “burocratas de rua” (LOTTA, 2012): aqueles que estão diretamente na assistência com a

população é que tecem as redes, a partir da urgência da necessidade destes técnicos em solucionar demandas complexas para as quais, com frequência, se esbarra na incipiência da política pública e do suporte da gestão. Apesar da essencialidade dessa disposição, é fundamental reforçar o papel do Estado para a operacionalização das redes como um exercício contínuo e independente da gestão de um ou outro governo. Sendo que, na experiência em tela, a dimensão da *subjetividade* dos trabalhadores mostrou-se fundamental para a efetivação das ações em rede do município.

## 7.2 A terapia ocupacional

O desejo de investigar, mais especificamente, a atuação das terapeutas ocupacionais nos contextos de redes intersetoriais surgiu, como referido na apresentação da pesquisadora, pela percepção que esta categoria parecia transitar de maneira importante nas redes, primárias e secundárias, dos sujeitos.

Após considerar os resultados obtidos com a aplicação dos questionários e a proposição de encontro junto às terapeutas ocupacionais destaca-se o debate: estamos entre a fragilidade de identidade e a flexibilidade de atuação?

Durante o encontro dialogado, a terapia ocupacional foi referida como uma profissão com núcleo de atuação fugidio, ou seja, que muitas vezes parece carecer de uma identidade mais concreta e objetiva. A partir dos questionários, foi possível destacar a percepção das colaboradoras acerca da capacidade de trânsito que as terapeutas ocupacionais apresentam para compreender os diversos âmbitos que compõe a vida humana, pela ampla gama de campos e núcleos de atuação. Ambas as questões podem ser consideradas reflexos da construção histórica da profissão e da formação generalista prevista na graduação. Essa dicotomia pode ser compreendida em uma relação dialética: ao mesmo tempo em que gera desconhecimento, e talvez confusão, sobre o papel exercido pela terapia ocupacional, confere a possibilidade de integrar espaços diversos e construir ações que demandem maior flexibilidade.

No início desta investigação, se discutiu sobre o núcleo de atuação da terapia ocupacional. Pode-se afirmar que a centralidade da ação dessas trabalhadoras é o cotidiano dos sujeitos. Portanto, ao se considerar o cotidiano, engloba-se aí o estabelecimento das relações entre eles: as redes sociais. O envolvimento com a rede primária das pessoas visa sua sustentação e fortalecimento para garantir a manutenção da vida, das atividades e do exercício

dos direitos, bem como o comprometimento com as articulações entre os serviços tende a concretizar a rede secundária também como suporte. De acordo com Malfitano (2016, p.118):

Independente das problemáticas que acometem os diferentes grupos, as quais requerem intervenções direcionadas e focadas para tal, o terapeuta ocupacional deveria dedicar-se, prioritariamente, ao desenvolvimento de ações que possibilitem/facilitem/criem formas de inserção e participação na vida social.

Levando em conta tais apontamentos, é possível considerar a formação de redes entre os serviços de diferentes setores como um dos recursos de trabalho da terapia ocupacional para atuar com os cotidianos dos sujeitos, sendo uma das possibilidades na busca pela inserção e participação social. Ao mesmo tempo, o recurso das redes não pode ser considerado como específico ou exclusivo desta categoria, pois, obviamente, perderia diretamente seu caráter interdisciplinar e intersetorial. Ou seja, trata-se de uma maneira de garantir coerência entre o cotidiano e seu objetivo de atuação, considerando seu núcleo profissional. Além disso, é considerada a possibilidade de ser desenvolvida, explorada e largamente utilizada pelas terapeutas ocupacionais em vista do seu perfil e da identidade profissionais, que detém flexibilidade e disponibilidade singulares para percorrer tais circuitos – apesar de não exclusivas.

Malfitano (2016) defende que a participação das terapeutas ocupacionais na discussão e formulação de ações políticas é inerente à prática profissional:

Sendo o terapeuta ocupacional um profissional que atuará nesta sociedade, buscando meios para favorecer a inserção social dos sujeitos, a participação em espaços públicos para o enfrentamento do contingente da desigualdade é imprescindível, sendo que a forma social de intervenção sob as condições de vida, na sua organização formal pública enquanto técnico, ocorrerá por meio das políticas públicas. (p. 120)

Afirma, ainda, que o “trabalho requer que se conciliem e se conectem as necessidades individuais, coletivas e institucionais” (p.121). Defendemos, assim, que as tessituras em rede são ferramenta importantíssima para a categoria, pois se configuram como uma maneira de viabilizar tal conexão.

## 8. CONCLUSÃO

A partir do conteúdo expresso ao longo deste processo investigativo, buscou-se, centralmente, avançar no debate em torno da formação de redes nas políticas sociais, notadamente as intersetoriais, de seu *lugar comum*, lugar este muitas vezes acrítico, que

utiliza de um discurso quase messiânico acerca do potencial embutido neste tipo de estratégia. De acordo com Amaral e Bosi, “é necessário identificar a evidência empírica de seus efeitos práticos e das aproximações e distanciamentos entre a idealidade conceitual e sua materialidade no cotidiano dos serviços” (p.432).

Foi a partir da compreensão de tal necessidade que se cunhou um percurso para a coleta de dados que garantisse a apreensão de diferentes versões sobre o tema. Mais do que evidenciar visões ora consensuais ora distintas, buscou-se demonstrar, concretamente, as implicações do distanciamento entre o discurso e a prática ao tratarmos das *redes intersetoriais*.

Foi apontado, ao longo da introdução ao tema, que a literatura existente dá pistas sobre os limites para tal ação em decorrência do incipiente envolvimento da gestão pública para a garantia do funcionamento em rede entre as políticas sociais; limitações estas que são reflexo desde a fundação setorializada de instituições rígidas até o atual desinvestimento nas políticas públicas de maneira geral. Paralelamente, também se confirmou a hipótese de que as ações em rede entre os serviços são basicamente sustentadas pelos trabalhadores da ponta que, envolvidos diretamente com a população, veem urgir em seu cotidiano a necessidade de extrapolar os limites instituídos para responder aos complexos problemas vividos, limites que são acentuados pela carência de recursos. Pode-se considerar esta como a primeira importante dicotomia entre discurso e prática.

A criação e manutenção da estrutura de redes impõem inúmeros desafios administrativos e é fundamental que os gestores das políticas ultrapassem o discurso para de fato estabelecer processos de negociação e de distribuição de recursos (TEIXEIRA, 2002) que garantam novos contornos e transformações às rígidas e tradicionais estruturas pelas quais estão organizados os serviços que efetua as políticas sociais. Trata-se de dar materialidade ao discurso de defesa das redes, para que de fato possam ser consideradas inovadoras e responsivas.

Mais do que apontar o distanciamento entre os investimentos, também propusemos evidenciar um tipo de distanciamento mais subjetivo. Não se pode deixar de notar a consensualidade que paira em torno da defesa das articulações intersetoriais como forma de promover suporte social às famílias e indivíduos, tanto no discurso dos gestores quanto dos técnicos. Entretanto, pelo que se pôde observar do cotidiano desses encontros entre os muitos atores envolvidos nas políticas sociais, na maioria das vezes dirigidas aos pobres, a vigilância constante, o controle e a reprodução da moralidade hegemônica sugerem que nem só de suporte são tecidas as redes, apesar deste suporte de fato aparentar ser o objetivo primordial.

Sugere-se que os espaços de discussão das redes intersetoriais possam estar mais acessíveis à população, de modo a garantir a sua participação nos processos de decisão e, talvez, minimizar o reflexo do poder institucional na forma de controle e vigilância sobre os sujeitos. Além disso, recomenda-se que uma figura externa, como um articulador de rede ou supervisor, possa auxiliar na tessitura de conexões, na manutenção dos vínculos, na avaliação das ações e na sugestão de caminhos.

Assim, assinala-se como os dois elementos centrais para avançarmos em torno da garantia de uma rede intersetorial de serviços que possa, concretamente, garantir suporte e observar direitos: o investimento do Estado para a efetivação desta estratégia, em paralelo ao investimento dos trabalhadores em construir de maneira mais crítica e reflexiva os debates em torno das populações assistidas e das ações elaboradas.

A partir do que foi investigado, é possível afirmar que, dentro de suas limitações, o recurso de articulação de redes intersetoriais, principalmente ao considerarmos a ferramenta de encontros sistemáticos entre os serviços, é capaz de promover e facilitar o acesso ao que já existe e o que o técnico “da ponta” é o elemento central para o sucesso das redes. Especificamente analisando as terapeutas ocupacionais, são técnicas com disponibilidade e dedicação a esta estratégia, articulada a seu objetivo de intervenção, porém requer envolvimento e atuação de todos os técnicos.

A articulação em redes de serviços é um recurso bastante restrito no que diz respeito à criação de novas institucionalidades, mas, ao mesmo tempo, bem utilizado ao garantir o acesso daqueles que necessitam de suporte.

É importante destacar, também, os limites da própria investigação aqui realizada, que foi construída sobre uma realidade local específica e em um período de tempo relativamente curto, principalmente para a observação das redes. Reitera-se que nosso objetivo foi oferecer apontamentos que se dirijam a avaliação e monitoramento das redes, além de divulgar as inúmeras articulações existentes no município de Campinas. Ademais, como já foi indicado, considera-se ser essencial investigar a percepção da população alvo das políticas sociais sobre os impactos da articulação entre os serviços em seus próprios cotidianos.

À título de conclusão, concordamos com Teixeira (2002, p.3), ao defender que a concretização de articulações entre diversos atores sociais, ao superar o mero discurso, dispõe de potências capazes de modificar a maneira como a política é capaz de interferir no cotidiano dos sujeitos:

A multiplicidade de atores sociais influenciando o processo político, seja na decisão, execução ou controle de ações públicas, sinaliza para o florescimento de

uma sociedade policêntrica, na qual se organizam distintos núcleos articuladores, que, por sua vez, tendem a alterar os nexos verticais entre Estado e sociedade, baseados na regulação e subordinação, em direção às relações mais horizontais e que privilegiam a diversidade e o diálogo.

## 9. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M; SÁ, R. F. de; MOYSES, S.; REZENDE, R.; ROCHA, D. Intersetorialidade? Intersetorialidades! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.11, p. 4291-4300, 2014.

AMARAL, L. M. **A intersectorialidade na gestão das políticas sociais: o contexto da produção científica brasileira**. 2015. 160 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

AMARAL, C. E. M.; M. L. M. BOSI, O. Desafio na análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376076>>. Acesso em: 12 out. 2016.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. **Violação de direitos de mães e bebês é denunciada na ALMG**. 2017. Disponível em: <[https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2017/05/30\\_participacao\\_popular\\_perda\\_guarda\\_bebe\\_mae\\_vulnerabilidade.html](https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2017/05/30_participacao_popular_perda_guarda_bebe_mae_vulnerabilidade.html)>. Acesso em: 10 ago. 2017

AVELAR, M. R.; MALFITANO, A.P.S. **A Proposição de Gestão de Serviços Sociais à Criança, ao Adolescente e ao Jovem por meio da articulação em Rede: Investigando a Experiência de São Carlos, SP**. São Carlos, UFSCar/Departamento de Terapia Ocupacional, 2012. Relatório de Iniciação Científica.

BARATA, M. F. O.; NÓBREGA, K. B. G. da; JESUS, K. C. S. de; LIMA, M. L. L. T. de; FACUNDES, V. L. D. Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 225 – 233, 2015.

BARDI, G. **Histórias de vida na periferia: juventudes e seus entrecruzamentos**. 2013. 178 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

BARROS D. D. ; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional e sociedade. São Paulo: **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 1999, v. 10, n. 2/3, p. 71-76.

BENTHAM, J. **O panóptico**. Belo horizonte: Autêntica editora, 2008.

BEZERRA, W. C. **A terapia ocupacional na sociedade capitalista e sua inserção profissional nas políticas sociais no Brasil**. 2011. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

BOSI, A. A educação e a cultura nas constituições brasileiras – “30” e a modernização do Estado brasileiro. A questão da gratuidade do ensino público... In: BOSI, A. (org.) **Cultura brasileira – temas e situações**. SP: Ática, 1992.

BRASIL. **LEI Nº 12.435, DE 6 DE JULHO DE 2011**. 2011. 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: 23 ago. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em: 09/09/2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Planejando a próxima década: conhecendo as 20 metas do Plano Nacional de Educação**. Disponível em: <[http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne\\_conhecendo\\_20\\_metas.pdf](http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **NOB-RH Anotada e Comentada**. Brasília, DF: 2011. 144 p. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/NOB-RH\\_SUAS\\_Anotada\\_Comentada.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRONZO, C. Intersetorialidade Como Princípio E Prática Nas Políticas Públicas: Reflexões A Partir Do Tema Do Enfrentamento Da Pobreza. IN: XX Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de La Administración Pública “¿Cómo enfrentar los desafíos de La transversalidad y de la intersectorialidad em a gestión pública?” Caracas, 2007. Disponível em: <<http://siare.clad.org/fulltext/0056806.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CAMPINAS (São Paulo) Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. **Plano Municipal de Assistência Social 2014/2017**. 2014. Disponível em: <<http://campinas.sp.gov.br/arquivos/cidadania/pmas-2014-2017.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CAMPINAS (São Paulo) Secretaria de Educação. **Plano Municipal de Educação 2015**. 2015. Disponível em: <<https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br/index/visualizaroriginal/id/128617>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CAMPINAS (São Paulo) Prefeitura Municipal. **Dados do município**. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>>. Acesso em 22 set. 2015

CAMPINAS, (São Paulo) Prefeitura Municipal. **Dados do município e RMC:** condições de vida. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-domunicipio/cidade/>> Acesso em: 07 ago. 2016

CAMPINAS (São Paulo) Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014 - 2017.** Disponível em <[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/plano\\_municipal/Plano\\_Municipal\\_de\\_Saude\\_Campinas\\_2014\\_2017\\_PAS\\_2014\\_v\\_1\\_3.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/plano_municipal/Plano_Municipal_de_Saude_Campinas_2014_2017_PAS_2014_v_1_3.pdf)> Acesso em 18 ago. 2017.

CAMPINAS (São Paulo) Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CAMPINAS (São Paulo) Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 – 2004:** Projeto Paidéia de Saúde da Família. Disponível em <<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/diretrizes.htm>> Acesso em 18 ago. 2017.

CAMPINAS (São Paulo) Secretaria Municipal de Educação. Lei Nº 15.029 de 24 de junho de 2015. Institui o plano municipal de educação, na conformidade do artigo 6º da lei nº 12.501, de 13 de março de 2006, do município de Campinas, estado de São Paulo. Disponível em: <<https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br/index/visualizar/id/128617>>. Acesso em: 16 set. 2017.

CAMPINAS (São Paulo) Secretaria Municipal de Assistência Social e Segurança Alimentar. **Mapa de Serviços.** Disponível em: <<http://mapaservicos.campinas.sp.gov.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social:** uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COELHO NETO, A. S. Redes e Território. **Mercator**, v. 12, n. 28, p. 19-34, 2013.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução nº 383, de 22 de dezembro de 2010. Define as competências do Terapeuta Ocupacional nos contextos sociais e dá outras providências.** Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3146>> Acesso em: 09/09/2017.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.

COSTA, S. La esfera pública y las mediaciones entre cultura y política: el caso de Brasil. **Metapolítica**, vol. 3, n. 9, p. 95-107, 1999.

DAGNINO, E. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DIAS, C. N. **Psicologia na escola e rede de proteção à infância e adolescência: enfrentando vulnerabilidades**. 162f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2017.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

FERRO, L. F. Grupo de convivência em saúde mental: intersectorialidade e trabalho em rede. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 485-498, 2015.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. IN: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOMIDE, M.; GROSSETTI, M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 873-893, 2010.

GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social na comunidade IN: GUARÁ, I. M. F. R. (org.) **Redes de proteção social**. Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010, p. 11-29.

GOULART, S.; VIEIRA, M. M. F.; COSTA, C. F.; KNOPP, G. C. Articulações em rede e acontecimentos no território: subsídios teóricos para a formação de políticas públicas para o desenvolvimento. **Cadernos Ebape**, v. 8, nº.3, Rio de Janeiro, p. 388-403, 2010.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. Esfera Pública e Democracia no Brasil. **Revista Ideias**, v. 5, n.2/v. 6, n.1, p. 43-73, 1988-1999.

GUNDALINI, B.; TOMIZAWA, G. Mecanismo Disciplinar de Foucault e o Panóptico de Bentham na Era da Informação. **ANIMA: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET**. Curitiba PR - Brasil. Ano IV, nº 9, jan/jun 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Histórico do município de Campinas**, 2013. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=350950>. Acesso em: 22 set. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Censo 2010: dados de aglomerações subnormais no município de Campinas**, 2013. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/agsn2/>. Acesso em: 07 ago. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Assistência Médica Sanitária 2009, 2010**. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php?lang=&codmun=350950&search=sao-paulo|campinas|info%EFficos:-estabelecimentos-de-sa%FAde-e-morbidade-hospitalar> Acesso em: 10 jun. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Educação em Campinas**, 2017. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/educacao.php?lang=&codmun=350950&search=sao-paulo|campinas|info%EF1ficos:-escolas-docentes-e-matr%EDculas-por-n%EDvel>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

L'ABBATE S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização**. Projetos de política de saúde em Campinas. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1990.

LOPES, R. E. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência no município de São Paulo**. 1999. 536 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

LOPES, R. E.; BORBA, P. L. O.; CAPPELLARO, M. Acompanhamento individual e articulação de recursos em Terapia Ocupacional Social: compartilhando uma experiência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 233-238, 2011.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S.; SILVA, C. R.; BORBA, P. L. O. Recursos e tecnologias em Terapia Ocupacional Social: ações com jovens pobres na cidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 591-602, 2014.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. IN: FARIA, C. A. P. F. (Org.) **Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática**. Editora PUC Minas, 2012. p.20-49.

MALFITANO, A. P. S. **A tessitura da rede: entre pontos e espaços**. Políticas e programas sociais de atenção a juventude – a situação de rua em Campinas, SP. 2008. 350 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MALFITANO, A. P. S. Experiências de Pesquisa: entre escolhas metodológicas e percursos individuais. São Paulo: **Revista Saúde e Sociedade**, 2011, v. 20, n.2, p.314-324.

MALFITANO, A. P. S. 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.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, 2005.

MÂNGIA, E.; MURAMOTO, M. Redes sociais e a construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviços substitutivos em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, 2007.

MARTINHO, C. O que é (e o que não é) rede. IN: LARISSA COSTA, L.; JUNQUEIRA, V; MARTINHO, C; FECURI, J. (Org.). **Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização**. Brasília: WWF-Brasil, 2003. Disponível em: < <http://www.wwf.org.br/informacoes/biblioteca/?3960> >. Acesso em: 25 jun. 2017.

MAXIMINO, V. S.; LIBERMAN, F.; FRUTUOSO, M. F.; MENDES, R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.26, n.2, p.435-447, 2017.

MEDEIROS, M. H. R. **A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional**. 1994. 202 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONKEN, M; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M.; GPONDIM, G. M. M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.23-41.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Política Social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, 2009.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002. 288 p.

NASCIMENTO, E. P. L; CORREA, C. R. S.; NOZAWA, M. R. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 61-173, 2007.

OFFE, C.; LENHARDT, G. Teoria do Estado e política social. In: OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984, p.10-53.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA; FJV. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: Campinas**, 2013. Disponível em <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/campinas\\_sp](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/campinas_sp)>. Acesso em 07 ago.2016

PAKMAN, M. Redes: uma metáfora para prática de intervenção social. In: DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (Orgs.). **Redes: El lenguaje de los vínculos**. Buenos Aires: Paidós, p. 294 – 302,1995.

PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA, S.M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114 - 127, 2013.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993. 269 p.

REZENDE, M.; BAPTISTA; T. W. F.; FILHO, A. A. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersetorialidade. **Rev. Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.13 n.2, p. 301-322, 2015.

RIGHI, L.B. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e fortalecimento da atenção básica. In: **Cadernos Humanizados: Atenção Básica**, volume 2. Brasil, Ministério da Saúde, 2010, p. 59- 74.

RIMOLI, J. **Direito à delicadeza: crianças e adolescentes livres da exploração sexual**. 2005. 222 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ROSSIN, E. C. **Organização dos trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social no contexto das terceirizações, privatizações e precarização do trabalho**. 2014. 230 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

SACK, R. D. **Human territoriality: its theory and history**. London: Cambridge University, 1986.

SANTOS, M. O retorno do território. **Observatório Social de América Latina**, Buenos Aires, v. 6, n. 16, p. 251-261, 2005. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>>. Acesso em: 15 set. de 2017.

SAVIANI, D. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política!** Campinas: Autores Associados, 1999. 99 p.

SCURO NETO, P. **Sociologia Geral e Jurídica**, 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

SEADE, Fundação. Sistema Estadual de Análise de dados. **Projeções populacionais Campinas/2015**. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>>. Acesso em: 22 set. 2015.

SEMERARO, G. A concepção de sociedade civil. In: SEMERARO, G. **Gramsci e a sociedade civil**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 69-99.

SHANKARDASS, K.; SOLAR, O.; MURPHY, K.; GREAVES, L.; O’CAMP, P.A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. **Int. J Public Health**, v. 57, p. 25–33, 2012.

SILVA, E. N. **Na transição rural-urbana: a passagem da Escola Mista do bairro Felipão na história da educação pública campineira**. 2012. 239f. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SILVA, K. P. **A cidade, uma região, o sistema de saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas-SP**. Campinas: Unicamp, 1996, 123 p.

SILVA, M. N. R. M. O.; SANTOS, V.; SANTOS, J. E.; OLIVEIRA, F. M.; NOGUEIRA, D. J.; GALASSIA, A. D. Desenvolvendo e articulando a rede intersectorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 145-152, 2014.

SLUZKI, C. Rede social e perspectiva familiar sistémica. IN: FERNANDES, L.; RIBEIRO, M. (coords.) **Terapia familiar, redes e poética social**. Lisboa: Climepsi Editora, 2007, p. 97-108.

SMECKE, E. L. M. **Saúde e democracia – experiência de gestão popular**: um estudo de caso. 1989. 449 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1989.

SOARES, L.B.T. **Terapia Ocupacional**: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980. São Paulo: Hucitec, 1991. 216p.

SOUZA, M. H. N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n.3, p. 2009. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 27 jul. 2017.

SOUZA, T. de P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 355 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

TATAGIBA, L. F. **Participação, cultura política e modelos de gestão**: a democracia gerencial e suas ambivalências. 2003. 189 f. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

TEIXEIRA, S. M. F. O desafio da gestão das redes de políticas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa. **Anais....** Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043204.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

TELLES, S. S. **Dados sobre a Educação de Campinas**: um panorama social, econômico e educacional. Disponível em: <[https://issuu.com/fundacaoofeac/docs/dados\\_sobre\\_a\\_educacao\\_de\\_campina](https://issuu.com/fundacaoofeac/docs/dados_sobre_a_educacao_de_campina)>. Acesso em: 16 set. 2017.

TELLES, V. Sociedade Civil, Direitos e Espaços Públicos. **Revista Pólis**, n. 14, p.43-53, 1994.

VEIGA, L.; BRONZO, C. **Programas intersetoriais locais de combate à pobreza e à exclusão: síntese do marco conceitual**. Disponível em: <[www.pbh.gov.br/urbal](http://www.pbh.gov.br/urbal)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

YAZBEK, M.C. **Fundamentos históricos e teóricos metodológicos do Serviço Social**, Brasília. Conselho Federal de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, Brasília: 2009.

## 10. ANEXOS

### Anexo 1:

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: A articulação em rede como estratégia de ação nas políticas sociais: o desenho do município de Campinas - SP e o papel das terapeutas ocupacionais

Mariana Rossi Avelar - mestranda do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano - orientadora

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Justificativa e objetivos:**

Este estudo se justifica pela importância de compreender onde estão localizadas as redes de políticas sociais existentes no município de Campinas e de que forma estas ocorrem, a partir de informações colhidas em campo com os trabalhadores destes segmentos. Esta pesquisa tem como objetivo investigar a estratégia de ação em rede, a partir da perspectiva de articulação intersetorial, como possível ferramenta para as políticas sociais em Campinas, notadamente na saúde, educação e assistência social, enfocando a atuação do terapeuta ocupacional.

#### **Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a relatar para a pesquisadora, a partir de um roteiro de entrevista previamente formulado, informações chave para a identificação das redes existentes no município e qual sua percepção sobre seu funcionamento.

Um gravador de áudio pode ser usado para garantir que todos os dados sejam recuperados e analisados posteriormente, mas a identidade dos sujeitos será preservada na transcrição das gravações e na incorporação das informações na redação da tese.

#### **Desconfortos, riscos e benefícios:**

A participação na pesquisa não oferece benefícios diretos aos participantes, no entanto, ao final da pesquisa, esta será disponibilizada aos participantes e pretende-se que possa agregar informações sobre as redes aos setores interessados.

Os riscos da pesquisa são mínimos, limitando-se ao possível incômodo ou constrangimento frente à seus pares no caso de entrada da pesquisadora em atividades coletivas.

Ressalta-se que nada do que for dito será usado contra os profissionais em avaliações internas ou externas ou em qualquer outra situação.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. As gravações em áudio coletadas para a análise serão mantidas somente até a publicação dos resultados da dissertação.

**Custos e Ressarcimento:**

O participante não terá custos, portanto não há a necessidade de ressarcimento.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Mariana Rossi Avelar, pelo número de celular (19)93814861 ou pelo e-mail: [marianaravelar@gmail.com](mailto:marianaravelar@gmail.com)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30, endereço: Rodovia Washington Luis s/n, km 235, CEP 13565-905 – São Carlos – SP, também pelo e-mail [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br), ou pelo telefone: (16) 3351-8028

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura do participante)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado.

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Anexo 2

### Roteiro de entrevista (coordenadores/representantes distritais)

- Identificação

Nome:

Setor/Distrito:

Tempo na função:

- Questões

Para responder às questões abaixo, você pode dialogar com outros gestores os quais atuam nesta unidade distrital. Caso você o faça, solicita-se que identifique a pessoa e seu cargo.

1. O que é, para você, uma *rede de serviços*? A partir de sua compreensão do tema e suas percepções, elabore uma definição.
2. Você tem conhecimento de articulações *em rede* acontecendo atualmente entre os serviços deste distrito ou no município?
3. Se sim, quais são? São conhecidas por um nome? (Por exemplo: rede da criança, intersetorial, etc.)
4. Quais serviços e/ou atores sociais, que são de seu conhecimento, compõe cada uma delas?
  - 4.1 Você se lembra de terapeutas ocupacionais compondo?
5. Para conhecer melhor cada rede, necessito entrar em contato com a pessoa (ou as pessoas) responsável pela coordenação e/ou mediação da rede, compreendendo esta como uma figura-chave para dar maiores informações. Você poderia informar quem são os coordenadores e como posso contatá-los?
6. Como que você considera, pessoalmente, a interferência das ações em rede na política deste distrito?
7. Como você avalia, pessoalmente, as ações em rede aqui realizadas?

**Anexo 3****Revisão Bibliográfica**

Periódico: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar (atualmente Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional)

Palavra-chave: rede

Artigo	Autor/Autora	Ano	Assunto	Método	População Estudada	Resultado	Observação
Desenvolvendo e articulando a rede intersectorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade	SILVA, M.N.R.O.et al.	2014	Educação permanente como forma de capacitar para o trabalho em rede na atenção aos usuários de SPA	Relato de experiência	Pessoas vinculadas a rede de atenção às pessoas usuárias de drogas	maioria dos serviços desenvolviam ações isoladas; o espaço de formação, além de oferecer a EP, promoveu o encontro de usuários, familiares, comunidade, técnicos de saúde e de outros setores ao redor de um ideal comum, facilitando as ações em rede	Rede temática: usuários de drogas.
Grupo de convivência em saúde mental: intersectorialidade e trabalho em rede	FERRO, L.F.	2015	desafios para a prática do trabalho em rede na atenção a saúde mental	relato de experiência; entrevistas semi estruturadas; análise dos dados por meio da análise hermenêutico-dialética	Grupo de convivência de usuários da saúde mental	O investimento na tecitura cuidadosa da rede de atenção entre diferentes equipamentos sociais é imprescindível para possibilitar o amparo e o acompanhamento de casos diversos em saúde mental.	Campo da saúde mental; traz o PTS como importante instrumento norteador. Distingue rede primária e secundária; secundária formal e informal; e um novo conceito de rede terciária geral e focalizada.
Resumo De Tese: A Tessitura Da Rede: Entre Pontos E Espaços. Políticas E Programas Sociais De Atenção À Juventude – A Situação De Rua Em Campinas, SP.	MALFITANO, A. P. S.	2009	políticas sociais que se direcionem para a promoção de acesso aos direitos de crianças, adolescentes e jovens, destacando-se aqueles provenientes de grupos populares	entrevistasemi dirigidas com gestores das diferentes Secretarias componentes da rede, coordenadores e técnicos dos serviços e os meninos e as meninas; grupos de atividades com os adolescentes nas instituições; e observação participante no equipamento da Saúde; acompanhamento de alguns adolescentes nas ruas	Meninos e meninas em situação de rua	tensão com compreensões nem sempre congruentes entre os objetivos institucionais e de seus usuários, gerando pouco avanço na produção de direitos para esse grupo populacional. Aponta-se que as políticas sociais concentram limites nas ações desenvolvidas, marcados pela estrutura política neoliberal do Estado democrático capitalista, bem como evidenciados pela execução de ações que se dirigem para a individualização de problemas e pouco progresso na compreensão e enfrentamento coletivos.	Rede temática
As alterações de linguagem e seus sentidos: efeitos de um trabalho	GIVIGI, R. C. N. et al.	2015	analisar os efeitos do trabalho de intervenção com crianças, suas	método clínico-qualitativo e da pesquisa-ação	cinco crianças com alterações de linguagem, de	modificações no comportamento das crianças; modificação dos sentidos dados às alterações de linguagem; tentativas	Verificou-se que após o trabalho em redes houve uma gradual

fonoaudiológico em rede			famílias e escolas. A intervenção teve como meta a construção da linguagem e a modificação dos sentidos atribuídos a esses sujeitos		idade de 0 a 5 anos, suas famílias e escolas.	comunicativas; interações mais eficazes; trabalho colaborativo nas escolas, dentre outros	modificação de sentidos das alterações de linguagem por parte dos pais, dos agentes educacionais e das crianças atendidas.
-------------------------	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Periódico: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar  
Palavra-chave: intersetorialidade

Artigo	Autor/Autora	Ano	Assunto	Método	População Estudada	Resultado	Observação
Grupo de convivência em saúde mental: intersetorialidade e trabalho em rede	FERRO, L. F.	2015	desafios para a prática do trabalho em rede	relato de experiência; entrevistas semi estruturadas; análise dos dados por meio da análise hermenêutico-dialética	Grupo de convivência de usuários da saúde mental	O investimento na tessitura cuidadosa da rede de atenção entre diferentes equipamentos sociais é imprescindível para possibilitar o amparo e o acompanhamento de casos diversos em saúde mental.	Campo da saúde mental; traz o PTS como importante instrumento norteador. Distingue rede primária e secundária; secundária formal e informal; e um novo conceito de rede terciária geral e focalizada.
Linha do cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: uma perspectiva das ações da terapia ocupacional	ALVES, C.B.; SILVEIRA, G; PAULIN, T.	2015	linha do cuidado na assistência da terapia ocupacional com idosos na Atenção Primária à Saúde.	Instrumento auto aplicado de pesquisa e análise pelo Discurso do Sujeito Coletivo	Terapeutas ocupacionais que atendem população idosa na atenção primária	Uma das principais ações apontadas Construção de redes intersetoriais como uma das ações	pode-se observar que a TO, no intuito de favorecer a construção de redes e, por consequência, a atenção à saúde da população atendida, tem tido suas ações voltadas ao acionamento de outros equipamentos.

Periódico: Revista de Terapia Ocupacional da USP  
Palavra-chave: Rede

Artigo	Autor/Autora	Ano	Assunto	Método	População Estudada	Resultado	Observação
Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde.	BARATA, M.F.O.; NÓBREGA, K. B. G. da; JESUS, K. C. S. de;	2015	Rede de cuidado das crianças e adolescentes em	Entrevista semiestruturada com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico; ecomapa	Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico	Aplicabilidade e efetividade de algumas ferramentas que podem	<b>Campo da saúde mental.</b> Coloca a atenção básica, assistência e educação como pilares da rede

	LIMA, M. L. L. T. de; FACUNDES, V. L. D.		sofrimento psíquico e suas ações a partir de uma intervenção territorial com atuações específicas da T.O. e da equipe de saúde da família			ser utilizadas pelos profissionais inseridos na atenção primária, como articulação e mapeamento de dispositivos na rede e de estratégias coletivas realizadas nas escolas, nos domicílios e em outros espaços da comunidade que servem como equipamentos de apoio e de promoção da saúde	
O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde	MANGIA, E. F.; MURAMOTO M. T.	2005	Formas de análise de redes sociais, especialmente a utilização destas na saúde e saúde mental	Levanta-mento bibliográfico	_____	Destaca-se a análise de redes sociais como potente e importante ferramenta para o campo da saúde e saúde mental	Mantém-se o foco no <b>campo da saúde</b> , mas faz-se um levantamento detalhado das análises de redes sociais num contexto geral, dialogando com autores centrais do tema
Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes.	FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R., TEIXEIRA, R. R.	2016	A produção dos centros de convivência	Cartografiaa partir da perspectiva de gestores, trabalhadores e usuários	Centros de Convivência da cidade de Campinas.	Cecos como dispositivos potentes para a promoção de políticas intersetoriais Destacou-se a produção de encontros, como aspecto central da produção: entre profissionais e usuários; entre diferentes disciplinas, setores e saberes, etc	CeCCos promovem espaços de articulação com a vida cotidiana e com o território por meio de ações de diferentes setores como a Saúde, a Assistência Social, a Educação e a Cultura
Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental	MANGIA, E. F.; MURAMOTO M. T.	2007	caracterizar as redes sociais de pessoas com transtornos mentais severos, usuários de serviços substitutivos de saúde mental e identificar fatores que contribuam para a formulação de estratégias de ativação de redes	realização de entrevista por pauta aplicada aos usuários, do processo de observação participante e da elaboração de caderno de campo, cujo objetivo foi o de captar informações e percepções sobre o cotidiano dos usuários no contexto da assistência prestada pelo NAPS	Usuários do NAPS	As redes sociais têm um papel na identificação do problema e também na busca de solução e escolhas terapêuticas. Nesse processo, se percebe também rearranjos, rupturas, dissolução e reconfiguração das redes sociais, pois sabemos	Campo da saúde mental.

						que as situações decorrentes dos transtornos mentais, especialmente aqueles severos e persistentes podem trazer mudanças significativas nas trajetórias de vida da pessoa e em seu circuito relacional.	
Rede social e atenção às pessoas com transtornos mentais: novo desafio para os serviços de saúde mental.	BARROS, J. O.; MÂNGIA E. F.	2007	Redes sociais de pessoas em sofrimento psíquico	observação participante com diário de campo; entrevista	Pessoas entre 20 e 40 anos em tratamento no NAPS II há pelo menos 6 meses.	bons resultados na intervenção junto à população com transtornos mentais severos, estão muito mais relacionados ao fortalecimento das redes sociais, do que ao controle dos sintomas ou recaídas, ou ainda no simples desenvolvimento de habilidades.	Campo da saúde mental. Trata das redes sociais dos usuários, não rede de serviços, mas descreve redes sociais
Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde	BERTAGNONI L., MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO M. T.	2012	Itinerários terapêuticos de sujeitos com transtorno mental grave e persistente acompanhados em ações de saúde mental na atenção básica, no contexto do trabalho desenvolvido pelo NASF, e a trajetória dos usuários na busca de ajuda para as suas demandas em saúde mental, as ofertas recebidas nos serviços e as suas opiniões sobre estas ofertas.	Usuários das UBS com questões de saúde mental	Pesquisa bibliográfica, entrevistas semi estruturadas e caderno de campo	Importância e centralidade das ações ofertadas pela articulação entre UBS e equipe do NASF junto aos sujeitos com transtorno mental grave em vista da fragilidade/inexistência de uma rede	Campo da saúde mental. Discorre sobre a fragilidade nos itinerários terapêuticos frente a inexistência de uma rede de serviços integral

A estratégia das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (editorial)	MANGIA, E. F.; LANCMAN, S.	2012	Lançamento das diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	-----	-----	-----	Campo da saúde. Editorial de duas páginas de um volume da Revista, dá destaque para a centralidade das redes para o cuidado no âmbito do SUS. Discorre também sobre a RAPS
Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social	MALFITANO; A. P. S.	2005	O artigo se baseia em uma dissertação e busca discorrer sobre o campo social, seus núcleos de intervenção, especificamente na ação do TO	Pesquisa Participante, na observação participante e em entrevistas com atores locais	Terapia ocupacional inserida no campo social	campo social enquanto um complexo escopo que demanda a articulação de trabalhos. As experiências não seguem os princípios interdisciplinares e intersetoriais, ou seja, são projetos fragmentados e isolados e seguem unicamente a diretriz institucional	Campo social
Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental	LIMA, E. M. F.; A. GHIRARDI, M. I. G.	2008	Faz-se a defesa das práticas híbridas no campo da saúde mental, em detrimento das práticas centradas em uma ou outra disciplina apenas, visto que desta forma não se alcança a complexidade dos sujeitos	-----	-----	Encontra-se na transdisciplinaridade a possibilidade de efetivar novos cuidados às pessoas em sofrimento psíquico, entretanto muitas vezes o cuidado permanece centrado na divisão das disciplinas em vista da disputa e da dificuldade em trabalhar-se de forma integrada	Campo da saúde mental. Texto traz várias críticas e dificuldades enfrentadas pelo projeto disciplinar. Defende desfragmentação da prática como única forma de lidar com as demandas sociais complexas
A ação conjunta dos profissionais da saúde e da educação na escola inclusiva	PELOSI, M. B.; NUNES, L. R. D. P.	2011	ação conjunta de profissionais da Saúde e Educação para possibilitar a inclusão do aluno com PC na escola regular utilizando da TA	pesquisa-ação	alunos com paralisia cerebral	Os resultados da ação conjunta compreenderam situações de aprendizagem favoráveis à inclusão escolar; sensibilização e mudança de atitude dos professores, e aproximação de	Campo da saúde e campo da educação. Discorre sobre uma experiência na qual a ação conjunta possibilitou a efetividade de uma proposta.

							professores e alunos.	
Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional ( <b>editorial</b> )	MANGIA, E. F.; LANCMAN, S.	2008	criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus objetivos e potencialidades	-----	-----		desafio principal consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS.	Campo da saúde. Os NASF visam fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde, dentre elas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a integralidade, diretrizes estas intimamente ligadas ao trabalho em rede
Aprender junto para trabalhar junto: o desafio da formação para o trabalho interprofissional( <b>editorial</b> )	MANGIA, E. F.	2009	a importância da educação interprofissional como componente fundamental do cuidado primário em saúde	-----	-----			Campo da saúde. Faz-se o convite para o desenvolvimento de estudos e projetos dedicados ao tema da educação interprofissional na TO

Palavra-chave: intersetorialidade

Periódico: Revista de Terapia Ocupacional da USP

Artigo	Autor/Autora	Ano	Assunto	Método	População Estudada	Resultado	Observação
Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes ( <b>idem "rede"</b> )	FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R., TEIXEIRA, R. R.	2016	A produção dos centros de convivência	Cartografia a partir da perspectiva de gestores, trabalhadores e usuários	Centros de Convivência da cidade de Campinas.	Cecos como dispositivos potentes para a promoção de políticas intersetoriais. Destacou-se a produção de encontros, como aspecto central da produção: entre profissionais e usuários; entre diferentes disciplinas, setores e saberes, etc	CeCCos promovem espaços de articulação com a vida cotidiana e com o território por meio de ações de diferentes setores como a Saúde, a Assistência Social, a Educação e a Cultura
Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social ( <b>idem "rede"</b> )	MALFITANO; A. P. S.	2005	O artigo se baseia em uma dissertação e busca discorrer sobre o campo social, seus núcleos de intervenção, especificamente na ação do TO	Pesquisa Participante e entrevistas com atores locais	Terapia ocupacional inserida no campo social	campo social enquanto um complexo escopo que demanda a articulação de trabalhos. As experiências não seguem os princípios interdisciplinares e	<b>Campo social</b>

						intersectoriais, ou seja, são projetos fragmentados e isolados e seguem unicamente a diretriz institucional	
Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional (editorial) (idem "rede")	MANGIA, E. F.; LANCMAN, S.	2008	Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus objetivos e potencialidades	-----	-----	Desafio principal consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS.	<b>Campo da saúde.</b> Os NASF visam fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde, dentre elas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a integralidade, diretrizes estas intimamente ligadas ao trabalho em rede
Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde	BERTAGNONI L., MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO M. T.	2012	Itinerários terapêuticos de sujeitos com transtorno mental grave e persistente acompanhados em ações de saúde mental na atenção básica, no contexto do trabalho desenvolvido pelo NASF, e a trajetória dos usuários na busca de ajuda para as suas demandas em saúde mental, as ofertas recebidas nos serviços e as suas opiniões sobre estas ofertas.	Usuários das UBS com questões de saúde mental	Pesquisa bibliográfica, entrevistas semi estruturadas e caderno de campo	Importância e centralidade das ações ofertadas pela articulação entre UBS e equipe do NASF junto aos sujeitos com transtorno mental grave em vista da fragilidade/inexistência de uma rede	<b>Campo da saúde mental.</b> Discorre sobre a fragilidade nos itinerários terapêuticos frente a inexistência de uma rede de serviços integral

## Anexo 4

### Convite para o Encontro “A terapia ocupacional nas ações em rede”



#### Oficina “A terapia ocupacional nas ações em rede”

**Apresentação:** A pesquisadora Mariana Avelar Rossi, Terapeuta Ocupacional, está desenvolvendo a Pesquisa intitulada “**A ARTICULAÇÃO EM REDE COMO ESTRATÉGIA DE AÇÃO NAS POLÍTICAS SOCIAIS: O DESENHO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS-SP E O PAPEL DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**”, que tem por objetivo geral apreender a estratégia de ação em rede, a partir da perspectiva de articulação de profissionais e serviços das políticas de saúde, assistência social e educação, como ferramenta metodológica de ampliação da intersectorialidade das ações, enfocando na atuação do terapeuta ocupacional. Como parte desta Pesquisa, ela e a sua orientadora decidiram oferecer para os profissionais Terapeutas Ocupacionais, convidados a participarem da pesquisa uma Oficina com o tema “**A terapia ocupacional nas ações em rede**”.

**Objetivo:** Oferecer elementos teóricos e práticos acerca do tema da articulação em rede entre as políticas sociais, debater e refletir sobre o papel das(os) terapeutas ocupacionais inseridas(os) nos serviços do município para: discussão de casos, elaboração de ações coletivas, debates temáticos, discussão acerca da política social e suas ações, elaboração de proposições, dentre outros.

**Organização:** A oficina será realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar em parceria com o CETS e será coordenada pela Professora Dra. Ana Paula Serrata Malfitano e por Mariana Rossi Avelar, mestranda pesquisadora e TO da Prefeitura Municipal de Campinas.

**Clientela:** Terapeutas Ocupacionais que atuam no município de Campinas

**Data:** 29/08/2017 **Horário:** 14:00 às 18:00 horas **Local:** CETS

**Inscrições:** Os interessados deverão se inscrever enviando e-mail para o CETS [cets.smscampinas@gmail.com](mailto:cets.smscampinas@gmail.com)

**Certificação:** Serão ofertados certificados de participação emitidos pela UFSCar.

#### Mensagem da Pesquisadora

Sua participação é de extrema relevância para que tenhamos dados empíricos para o debate e fortalecimento da nossa categoria, no nível profissional e acadêmico.

**Anexo 5**  
**Questionário aplicado junto às terapeutas ocupacionais**

## Questionário para as (os) Terapeutas Ocupacionais

Você está sendo convidada(o) a colaborar com a pesquisa de mestrado intitulada "A ARTICULAÇÃO EM REDE COMO ESTRATÉGIA DE AÇÃO NAS POLÍTICAS SOCIAIS: O DESENHO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - SP E O PAPEL DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

Objetiva-se, nesta proposta, investigar a estratégia de ação em rede no município de Campinas, SP, a partir da perspectiva de articulação intersetorial, como possível ferramenta para efetivação das políticas sociais, enfocando a atuação do terapeuta ocupacional.

Sua participação é de extrema relevância e colabora com a compilação de dados que possam nos ajudar a refletir sobre o papel da terapia ocupacional na implantação e no desenvolvimento da estratégia em rede. Estimamos 15 minutos para responder ao questionário.

O questionário mescla questões objetivas, de múltipla escolha e questões discursivas.

Muito obrigada pela sua colaboração!

\*Obrigatório

- 1. Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este estudo se justifica pela importância de compreender onde estão localizadas as redes de políticas sociais existentes no município de Campinas e de que forma estas ocorrem. A pesquisa tem como objetivo investigar a estratégia de ação em rede, a partir da perspectiva de articulação intersetorial, como possível ferramenta para as políticas sociais no município, notadamente na saúde, educação e assistência social, enfocando a atuação do terapeuta ocupacional. Participando do estudo você está sendo convidado a colaborar, por meio de sua experiência, informações chave para a identificação das redes existentes no município de Campinas e qual sua percepção sobre seu funcionamento. A identidade dos sujeitos será preservada na incorporação das informações e na redação da dissertação, sendo garantido que seu nome será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. A participação na pesquisa não oferece benefícios diretos aos participantes, no entanto, ao final da pesquisa, esta será disponibilizada aos colaboradores e pretende-se que possa agregar informações sobre as redes aos setores interessados. Ressalta-se que nada do que for dito será usado contra os profissionais em avaliações internas ou externas ou em qualquer outra situação. Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Mariana Rossi Avelar, que desenvolve a pesquisa de mestrado no Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO-UFScar), pelo número de celular (19)93814861, número do PPGTO/UFScar: (16)3351-9787, ou pelo e-mail: [marianaravelar@gmail.com](mailto:marianaravelar@gmail.com). Você pode retirar sua colaboração a qualquer momento. Ciente destas informações, você aceita participar da pesquisa? \***

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

- 2. Nome \***

---

- 3. Idade \***

---

- 4. Local de trabalho \***

---

**5. Tempo na função \***

---

**6. Formação profissional (onde cursou a graduação; se tem alguma pós graduação) \***

---

---

---

---

---

**7. O que é, para você, uma rede de serviços? A partir de sua compreensão do tema e suas percepções, elabore uma definição de rede. \***

---

---

---

---

---

**8. Você avalia que o trabalho em rede é importante? \***

*Marcar apenas uma oval.*

SIM

NÃO

**9. Por quê? \***

---

---

---

---

---

**10. Na sua concepção, em quais aspectos o trabalho em rede pode contribuir e facilitar na prática profissional e na atenção aos usuários dos serviços? \***

---

---

---

---

---

11. **Você acredita que o trabalho em rede traz dificuldades? Se sim, quais? \***

---

---

---

---

---

12. **Quais são as redes das quais você tem conhecimento que estão ativas no distrito em que você trabalha? São conhecidas por um nome? Qual? \***

---

---

---

---

---

13. **6. Você integra/participa de alguma? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

14. **Se não, por que não participa?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Não tive oportunidade profissional  
 Não faz parte do meu perfil profissional  
 Tem encontros em horários incompatíveis com meu horário de trabalho  
 Outro: \_\_\_\_\_

15. **Se sim, de quais e há quanto tempo?**

---

---

---

---

---

16. **Como se deu sua entrada nessa (s) rede(s)? Você pode marcar mais de uma opção.**

*Marque todas que se aplicam.*

- você foi convidada por alguém  
 é uma função específica da Terapia Ocupacional  
 surgiu a necessidade em seu cotidiano de trabalho  
 você foi designada pela coordenação de seu serviço para participar  
 você foi designada pela equipe para participar  
 você reconheceu a importância de integrá-la  
 Outro: \_\_\_\_\_

**17. Quais setores fazem parte dessas redes? Você pode marcar mais de uma opção.***Marque todas que se aplicam.*

- Saúde
- Educação
- Assistência Social
- Esporte e Lazer
- Cultura
- Usuários dos serviços
- Outro: \_\_\_\_\_

**18. Quais serviços as integram? Você pode marcar mais de uma opção.***Marque todas que se aplicam.*

- Centro de Saúde
- Pronto Atendimento
- Serviço Hospitalar
- CAPS Adulto
- CAPS Infante Juvenil (IJ)
- CAPS Álcool e outras Drogas (AD)
- Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
- Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)
- ONGs ligadas à Assistência Social
- Escola Municipal
- Escola Estadual
- Instituição de Educação Infantil (Nave Mãe, creches e outras)
- Serviços de Cultura
- Outro: \_\_\_\_\_

**19. Qual o objetivo dessa (s) rede (s)? Você pode marcar mais de uma opção.***Marque todas que se aplicam.*

- Discutir casos
- Elaborar ações coletivas
- Propiciar o debate acerca de uma temática específica
- Propiciar o debate acerca da política social e suas ações
- Elaborar proposições para serem apresentadas à gestão
- Outro: \_\_\_\_\_

**20. Para você, qual (is) deveria (m) ser o(s) objetivo(s) das redes intersetoriais? \***

---

---

---

---

---

**21. Vocês está satisfeita com a forma como funcionam as redes das quais você participa?**

*Marcar apenas uma oval.*

- SIM
- NÃO
- PARCIALMENTE

**22. Por quê?**

---

---

---

---

---

**23. Você acredita que sua equipe de trabalho reconhece a importância do trabalho em rede? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Parcialmente

**24. Quais trabalhadores e/ou categorias profissionais de seu serviço participam ativamente das redes? \***

---

---

---

---

---

**25. Você acredita que a coordenação local de seu serviço reconhece a importância do trabalho em rede? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Parcialmente

**26. Você acredita que a coordenação distrital de seu serviço reconhece a importância do trabalho em rede? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Parcialmente

27. **Você acredita que a gestão municipal reconhece a importância do trabalho em rede? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Parcialmente

28. **Você já deixou de participar de alguma rede? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

29. **Se sim, por quê?**

---

---

---

---

---

30. **Na sua concepção, quais fatores contribuem para que as redes aconteçam e funcionem? \***

---

---

---

---

---

31. **Quais fatores comprometem o funcionamento? \***

---

---

---

---

---

32. **Se possível, escolha uma rede da qual você participa ou já participou e conte algo importante sobre a essa experiência.**

---

---

---

---

---

33. **Integrar os espaços e ações em rede está previsto no seu plano de trabalho como terapeuta ocupacional? \***

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

34. **Para você, quais as condições de trabalho necessárias para garantir a sua participação na(s) rede(s)? \***

---

---

---

---

---

35. **Você considera possuir essas condições? \***

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Parcialmente

36. **Você considera que a terapia ocupacional pode oferecer contribuições para as articulações em rede? \***

*Marcar apenas uma oval.*

Sim, é uma profissão fundamental para a rede

Sim, mas não de maneira fundamental

Não, a terapia ocupacional não tem a contribuir

37. **Na sua concepção, quais contribuições para o funcionamento das redes podem ser oferecidas especificamente pelo profissional terapeuta ocupacional? \***

---

---

---

---

---

38. **Escreva livremente sobre sua compreensão acerca do papel do terapeuta ocupacional na articulação da rede. \***

---

---

---

---

---

39. **Após a aplicação dos questionários, pretende-se realizar uma roda de conversa acerca da temática com as terapeutas ocupacionais que participaram da pesquisa. Você aceitaria participar desse momento?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

40. **Se aceitar, por favor, deixe seu telefone e e-mail para contato. Se não aceitar, justifique se for possível.**

---

---

---

---

---

---

Powered by  
 Google Forms