

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Karine Serpa Franco

POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL:
o atendimento à pessoa com deficiência no município de Niterói/RJ

Rio de Janeiro

2018

Karine Serpa Franco

POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL:
o atendimento à pessoa com deficiência no município de Niterói/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anakeila de Barros Stauffer

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

F825p

Franco, Karine Serpa

Políticas públicas de educação, saúde e assistência social: o atendimento à pessoa com deficiência no município de Niterói/RJ / Karine Serpa Franco. - Rio de Janeiro, 2018.

105 f.

Orientadora: Anakeila de Barros Stauffer

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

1. Políticas Públicas. 2. Educação. 3. Saúde. 4. Assistência Social. 5. Estado. 6. Sociedade Civil. I. Stauffer, Anakeila de Barros. II. Título.

CDD 379.81

Karine Serpa Franco

POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL:
o atendimento à pessoa com deficiência no município de Niterói/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 16/05/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Anakeila de Barros Stauffer (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof^a. Dr^a. Marcela Alejandra Pronko (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof^a. Dr^a. Gilcilene Barão (UERJ)

Dedico este trabalho aos meus filhos, Karol, Bia e Pedro;

Ao meu esposo, Wellington;

Aos meus pais, Célia (in memorium) e Nemézio;

Às minhas irmãs, Andrezza e Raquel.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, que me concedeu serenidade, determinação e saúde para concluir este trabalho.

À minha querida e amada **mãe, Célia** (em memória), que está sempre em meus pensamentos e em meu coração. Sua presença espiritual foi imprescindível para me dar forças!

Ao meu **marido, amor, amigo e companheiro, Wellington**, pelo apoio, paciência e segurança. Sempre me impulsionando, me dando forças!

Aos meus filhos, **Karol, Bia e Pedro**, por compreenderem que por muitos dias e noites fiquei ausente no papel de mãe e, ainda assim, sempre estiveram do meu lado. Amo vocês mais do que tudo na minha vida!

À minha querida orientadora, **Professora Dra. Anakeila de Barros Stauffer**, pelos ensinamentos, inspiração e especialmente paciência com minhas ansiedades e incertezas.

À banca examinadora, pelas contribuições e disponibilidade. À **Professora Dra. Marcela Pronko**, que em suas palavras de motivação, após minha qualificação, repercutiram no sucesso e término da caminhada deste estudo. À **Professora Dra. Gilcilene Barão**, pela boa vontade e disponibilidade para fazer parte desta banca!

Ao meu **pai, Nemézio**, que em toda minha vida demonstrou amor e muito orgulho do meu trabalho, meu querido e amado amigo.

Às minhas amadas amigas, conselheiras e grandes parceiras da vida, minhas **irmãs Andrezza e Raquel**. Agradeço a compreensão pela minha ausência, pelo zelo e carinho que sempre tiveram comigo. Amo vocês, minhas irmãs!

Às minhas **amigas**, por me apoiarem em minhas decisões, por acreditarem que seria possível e principalmente pelas longas e intermináveis conversas de apoio e aconchego. **Verônica, Márcia Rita, Liliane, Andressa e Nilce**: obrigada! Às **amigas Rita e Mariangela**, parceiras de trabalho e de vida, pela compreensão e pelo apoio durante todo o meu percurso no Mestrado! Não seria possível sem a força de todas vocês, amigas queridas!

Aos meus **companheiros de jornada de Mestrado, Ivan, Cecília, Dani, Camile e Marcelo**, por nossos maravilhosos encontros no Dino, nossas trocas de referências, emoções e angústias. Sinto muita saudade desse grupo!

Aos **Docentes do Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ**, pelos conhecimentos compartilhados, dedicação e pela formação acadêmica.

SE PUDERES OLHAR, VÊ. SE PODES VER, REPARA.

Retrato do desmoronar completo da sociedade causado pela cegueira que aos poucos assola o mundo, reduzindo-o ao obscurantismo de meros seres extasiados na busca incessante pelo poder. Crítica pura às facetas básicas da natureza humana encarada como uma crise epidêmica. Mais do que olhar, importa reparar no outro. Só dessa forma o homem se humaniza novamente. Caso contrário, continuará uma máquina insensível que observa passivamente o desabar de tudo à sua volta.

(José Saramago)

RESUMO

A presente pesquisa analisa os desafios e as possibilidades de intersetorialidade existentes entre as políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social no atendimento à pessoa com deficiência no município de Niterói/RJ, visto que se torna imprescindível compreender como se dá a articulação entre as políticas públicas para se que se efetive a inclusão no referido município. Em uma abordagem crítico-dialética, foi realizada uma análise do papel do Estado (regido sob o modo de produção capitalista), de sua estrutura na implementação das políticas públicas e de sua relação com a sociedade civil. Nossa metodologia de pesquisa consistiu em um estudo de abordagem qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica, documental, levantamento de dados e da realização de entrevistas semiestruturadas com diversos profissionais que atuam nas instâncias de coordenação e execução das políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência social. O exercício de Análise de Discurso teve como referencial o próprio discurso do sujeito, considerando o seu contexto histórico. Através deste referencial foi possível organizar as categorias – Intersetorialidade, Descentralização e Relação Público/Privado – para a interpretação dos discursos produzidos. Os resultados da pesquisa apontam que as políticas públicas, bem como as práticas sociais, são impregnadas pelas construções cotidianas nas quais as instituições públicas e privadas contribuem, de modos particulares, tanto na reprodução dos valores hegemônicos quanto na produção da contra-hegemonia. Dessa forma, emergem as contradições existentes nas fronteiras do público e do privado, diante de um contexto neoliberal, frente à construção dos novos espaços públicos que surgem a partir da diversidade de ações e formas de organização e manifestação de interesses de classes. Assim, ao reduzir os gastos na área social, o Estado passa a transferir suas responsabilidades a setores da sociedade civil no enfrentamento à questão social, contribuindo, desta forma, para o desmonte dos direitos sociais, tão duramente conquistados no Brasil.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Educação. Saúde e Assistência Social. Intersetorialidade. Estado e Sociedade Civil.

ABSTRACT

This research analyzes the challenges and possibilities of intersectoriality between the public politics of Education, Health and Social Assistance in the care of people with disabilities in the city of Niterói / RJ, since it is essential to understand how the articulation between politics the inclusion in that municipality. In a critical-dialectical approach, an analysis was made of the role of the state (governed under the capitalist mode of production), its structure in the implementation of public politics and its relationship with civil society. Our research methodology consisted of a qualitative study, through bibliographical, documentary, data collection and semi-structured interviews with several professionals who work in the coordination and execution of public politics of Education, Health and Social Assistance . The Discourse Analysis exercise had as reference the subject's own discourse, considering its historical context. Through this reference it was possible to organize the categories - Intersectoriality, Decentralization and Public / Private Relation - for the interpretation of the discourses produced. The results of the research point out that public politics and social practices are impregnated by the daily constructions in which public and private institutions contribute, in particular ways, both in the reproduction of hegemonic values and in the production of counter-hegemony. In this way, the contradictions that exist at the public and private frontiers emerge in the face of a neoliberal context, facing the construction of new public spaces that arise from the diversity of actions and forms of organization and manifestation of class interests. Thus, by reducing expenditures in the social area, the state now transfers its responsibilities to sectors of civil society in addressing the social question, thus contributing to the dismantling of social rights, so hard won in Brazil.

Keywords: Public politics. Education. Health and Social Assistance. Intersectoriality. State and Civil Society.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Organogramas da Prefeitura Municipal de Saúde de Niterói.....	54
FIGURA 2 - Rede Municipal de Assistência à Saúde.....	56

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Entrevistados das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social.....	17
QUADRO 2 - Pólos Regionais de Coordenação de Educação Especial.....	48
QUADRO 3 - Policlínicas Regionais.....	60
QUADRO 4 - Prestadoras no Atendimento à Pessoa com Deficiência.....	64

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Matrículas na Educação Básica.....	41
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Quantitativo de Alunos Matriculados por Deficiência - 2017.....	49
GRÁFICO 2 - Quantitativo de Alunos com Deficiência e Professores de Apoio.....	50

LISTA DE SIGLAS

AD	Análise do Discurso
AEE	Atendimento Educacional Especializado
AFAC	Associação Fluminense de Amparo ao Cego
AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANDEF	Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos
APADA	Associação de Pais e Amigos dos Deficientes de Audição
APAE	Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CDR	Clínicas de Doenças Renais
CENESP	Centro Nacional de Educação Especial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CME	Conselho Municipal de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COMPEDE	Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência
CONAE	Conferência Nacional de Saúde
CONEB	Conferência Nacional de Educação Básica
CENESP	Centro Nacional de Educação Especial
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DECAU	Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
DESUM	Departamento Técnico de Supervisão Metodológica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FENASP	Federação Nacional da Sociedade Pestalozzi
FME	Fundação Municipal de Educação

FMS	Fundação Municipal de Saúde
GBT	Grupo Básico de Trabalho
IBC	Instituto Benjamin Constant
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMR	Instituto de Medicina de Reabilitação de Niterói
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INES	Instituto Nacional de Educação de Surdos
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NEE	Necessidades Educacionais Especiais
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOB	Norma Operacional Básica
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPMs	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares
PAI	Programa Núcleo Pais e Amigos da Inclusão
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PMAS	Plano Municipal de Assistência Social
PMF	Programa Médico de Família
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNE	Plano Nacional de Educação
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programa de Pactuação Integrada
RCPD	Regulação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RESNIT	Regulação de Saúde de Niterói
SASDH	Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SME	Secretaria Municipal de Educação

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRMs	Sala de Recursos Multifuncionais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TGB	Transtorno Global do Desenvolvimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UMEI	Unidade Municipal de Educação Infantil

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: OS CAMINHOS DA PESQUISA.....	13
2 ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	21
3 EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM NITERÓI.....	33
3.1 A cidade de Niterói.....	33
3.2 A educação e a política de inclusão.....	35
<i>3.2.1 A educação e a política de inclusão no município de Niterói.....</i>	<i>42</i>
3.3 As políticas de atenção à saúde no município de Niterói.....	53
<i>3.3.1 O atendimento à saúde da pessoa com deficiência no município de Niterói.....</i>	<i>62</i>
3.4 O atendimento à pessoa com deficiência no interior das políticas de assistência social	69
<i>3.4.1 O SUAS no município de Niterói.....</i>	<i>70</i>
4 INTERSETORIALIDADE, DESCENTRALIZAÇÃO E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: SOBRE DISCURSOS, FAZERES E POSSIBILIDADES.....	74
4.1 Intersetorialidade.....	75
4.2 Descentralização.....	79
4.3 O terceiro setor e a relação público-privado.....	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENCERRANDO UMA ETAPA.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	100
ANEXO B - Roteiro de entrevista semi-estruturada - Assistência social.....	103
ANEXO C - Roteiro de entrevista semi-estruturada – Educação.....	104
ANEXO D - Roteiro de entrevista semi-estruturada – Saúde.....	105

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: OS CAMINHOS DA PESQUISA

Esta dissertação teve por objetivo analisar as políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social, no âmbito do município de Niterói/RJ, principalmente no tocante ao atendimento à pessoa com deficiência. Nesse sentido, considero de suma importância descrever minha trajetória acadêmica e profissional, pois neste percurso, alguns caminhos me motivaram a desenvolver esse estudo.

Ao longo de 29 anos, me constituí como educadora em diferentes contextos e modalidades – em redes privadas e públicas – na Educação de Jovens e Adultos, no primeiro segmento do Ensino Fundamental, na Educação Infantil e na Educação Especial.

Em 2005, eu já discutia a articulação entre saúde e educação, de forma indissociável no atendimento às crianças hospitalizadas. Assim, como requisito para a graduação no curso de Pedagogia, escrevi a monografia que teve como título: *A ação do pedagogo em brinquedoteca hospitalar: saúde, educação e humanização*.

Ingressei, por concurso público, na Rede Municipal de Educação de Niterói em 2008. Até esse momento, meu contato com crianças com deficiência era pouco e minha primeira ocupação na Rede foi dar Apoio Educacional Especializado a uma menina com uma síndrome rara (Dandy Walker¹). Sentia-me despreparada, com escassa experiência e vivência na Educação Especial. Inicialmente, acreditei que não conseguiria, cheguei a pensar em me exonerar da matrícula, pois o desafio era muito grande e não havia me preparado para tanto. O tempo foi passando, foi preciso aprofundamento nos estudos acerca da Educação Especial, do atendimento baseado em uma formação integral do indivíduo, das parcerias entre diversos profissionais e instituições, que se constituem para uma maior autonomia e emancipação dessas crianças. E hoje, não me vejo realizando outra atividade! Trabalho na Sala de Recursos Multifuncionais (SRMs) de uma escola de Educação Infantil, no bairro de Santa Bárbara, em Niterói, atendendo crianças com deficiência, de 2 a 5 anos de idade.

O interesse pelo tema dessa dissertação surgiu, então, a partir da minha vivência como professora da Rede Municipal de Niterói. No cotidiano do trabalho em SRMs, uma de minhas atribuições no Atendimento Educacional Especializado (AEE) é o de fazer interface com outras áreas, como a Saúde e a Assistência Social. O processo de encaminhamento para

¹A síndrome de Dandy Walker, também chamada de complexo de Dandy Walker, consiste em uma malformação cerebral congênita que acomete o cerebelo e os espaços repletos de líquido circunvizinhos a ele. Esta síndrome caracteriza-se pela ausência completa ou parcial da região de trás do cérebro situada entre os dois hemisférios cerebelares, denominado verme cerebelar; alargamento do quarto ventrículo; e formação de cistos próximo da base interna do crânio. Do ponto de vista educacional, a aluna apresentava muitas limitações, tanto em relação ao desenvolvimento cognitivo, quanto o motor (COSTA; ANICET & COUTINHO, 1973).

tratamento terapêutico das crianças atendidas nas SRMs enfrenta diversos entraves que podem inviabilizar um atendimento que possa responder às necessidades dessas crianças. Do momento do encaminhamento, feito pela unidade escolar, até o início do tratamento terapêutico com multiprofissionais da saúde, bem como em relação à assistência social, há um grande abismo, que obsta pela garantia dos direitos sociais desses sujeitos.

Após ingressar no Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), algumas concepções e inquietações sobre o tema foram emergindo e se ampliando. Com isso, tornou-se imprescindível investigar como se dá a execução e a possibilidade de interlocução das políticas públicas em Niterói, tendo como sujeito específico a pessoa com deficiência.

Durante o processo de elaboração do Projeto de Pesquisa, foram analisadas as políticas públicas de Educação e de Saúde, articuladas (ou não) ao atendimento à pessoa com deficiência no referido município. Apesar da necessidade de articulação cotidiana com a área da Saúde, havia ainda, um expressivo afastamento nas práticas dessas políticas, do ponto de vista da intersetorialidade. Vale ressaltar que, no cotidiano de Sala de Recursos, nas aulas junto à criança com deficiência, já havia um anseio em obter maior conhecimento sobre as outras políticas públicas que faziam interlocução na efetivação dos direitos sociais desses indivíduos.

Em fevereiro de 2017, durante o Exame de Qualificação do Mestrado, a banca examinadora me desafiou a, além de discorrer acerca dos conhecimentos prévios das políticas públicas de Educação e, em especial, de Educação Inclusiva, e da articulação da atenção à saúde com seus atendimentos multiprofissionais à pessoa com deficiência, a enveredar pelo campo da Assistência Social, uma vez que as três áreas são partícipes dos direitos sociais e, portanto, deveriam ser pesquisadas de forma articulada durante o estudo.

Dessa forma, durante o caminhar de todo o processo de pesquisa e escrita do presente trabalho, ficará evidenciado um peso maior no grau de aprofundamento acerca da Educação, área na qual atuo há mais de 20 anos, englobando, assim, minha experiência na Educação Inclusiva. Saúde e Assistência Social são áreas desafiantes, em que haverá uma densidade de discussões e reflexões diferenciadas daquela apresentada na Educação, porém não menos provocadoras e valorosas.

Do ponto de vista da metodologia de pesquisa, o estudo se configura a partir da abordagem qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica e documental sobre a Educação Especial, a Atenção à Saúde e a Assistência Social à pessoa com deficiência no Município de Niterói, debruçando-se sobre relatórios, legislações, fluxogramas e demais documentos.

Realizou-se, também, uma pesquisa de campo, através de entrevista semiestruturada com coordenadores das áreas em questão, tendo por foco o atendimento à pessoa com deficiência. A pesquisa de campo teve como lócus a Fundação Municipal de Saúde (FMS), a Fundação Municipal de Educação (FME) e a Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos (SASDH) do referido município.

A pesquisa de abordagem qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser apenas quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Ainda sob essa perspectiva, a abordagem qualitativa permite um estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como sentem e pensam (TURATO, 2005). Além de permitirem a utilização de técnicas e recursos instrumentais pertinentes à compreensão de valores culturais e de representações sociais de um grupo específico, as pesquisas qualitativas permitem saber de que forma se darão as relações entre os atores que atuam em uma temática específica (MINAYO, 2004; GIL, 2008).

Em relação aos instrumentos e procedimentos de coleta de dados, além de análise de documentos internos dos diferentes setores vinculados às secretarias de Educação, de Saúde e de Assistência Social, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, objetivando compreender os modos como cada sujeito percebe e significa sua realidade de trabalho, levantando informações que permitam descrever e compreender a lógica da execução das políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social no município de Niterói, no atendimento à pessoa com deficiência. Através de tais entrevistas, conseguimos coletar com os sujeitos uma série de materiais, que serão analisados ao longo desta dissertação.

Os critérios utilizados para a seleção dos setores e, conseqüentemente, dos entrevistados, obedeceram à regra de maior relação com as políticas públicas que contemplam a pessoa com deficiência no município. Na área da Educação, o setor entrevistado foi a Coordenadoria de Educação Especial/FME, incluindo alguns coordenadores de pólo que acompanham o processo de inclusão nas escolas. Na área da Saúde, os setores foram: o Departamento Técnico de Supervisão Metodológica (DESUM), responsável pelos programas de saúde, pelo atendimento de reabilitação e encaminhamento das pessoas com deficiência aos multiprofissionais da Rede de Saúde; e o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DECAU), setor responsável pela regulação e acompanhamento desses

encaminhamentos. O DESUM e o DECAU trabalham em parceria na estrutura de regulação e atendimento a esses sujeitos. Na área da Assistência Social, foi entrevistado, especificamente, um representante do COMPEDE.

As entrevistas foram analisadas a partir de um mosaico tecido das narrativas que indicavam fenômenos, processos e sujeitos, que, ao final dessa montagem, apresentava os diversos entrelaçamentos das experiências intersetoriais, possibilitando-nos:

1. Elencar os protagonistas dessas experiências, viabilizando, sempre que possível, a ampliação do número de entrevistados;
2. Analisar o discurso dos entrevistados à luz dos documentos mais significativos de cada política setorial;
3. Resgatar as diferentes experiências intersetoriais e suas linhas de proximidade e diferenciação.

A entrevista privilegiou dois eixos básicos: a) perfil dos entrevistados e seus setores; b) funcionamento e estrutura das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social no município de Niterói, e o atendimento à pessoa com deficiência. Em relação ao primeiro eixo, foram formulados os seguintes parâmetros:

1. Formação acadêmica,
2. Tempo de atuação na área,
3. Tempo de atuação na função;
4. Vínculo empregatício.

A organização do segundo eixo levou em consideração as seguintes questões:

1. A denominação Fundação Municipal nas áreas de Educação e Saúde;
2. A estrutura da rede de atendimento das três áreas;
3. A estrutura em relação ao atendimento à pessoa com deficiência;
4. A prestação de serviços a esses usuários;
5. A articulação com outros setores.

Como instrumento de coleta de dados, realizamos consulta a sítios eletrônicos, assim como obtivemos documentos disponibilizados a partir das entrevistas realizadas. As

entrevistas tiveram como objetivo o aprofundamento do trabalho realizado por cada setor, coletando indícios dos modos como cada sujeito percebe e significa sua realidade de trabalho, levantando informações consistentes que permitem descrever e compreender a lógica da execução das políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social no município de Niterói, no atendimento à pessoa com deficiência. A pesquisa contemplou 08 (oito) entrevistados das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 1 - Entrevistados das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social

ÁREA	SETOR	IDENTIFICAÇÃO
EDUCAÇÃO	Assessoria de Educação Especial / FME – vínculo: Estatutário	E1
EDUCAÇÃO	Assessoria de Educação Especial / FME – vínculo: Estatutário	E2
EDUCAÇÃO	Assessoria de Educação Especial / FME – vínculo: Estatutário	E3
EDUCAÇÃO	Assessoria de Educação Especial / FME – vínculo: Estatutário	E4
SAÚDE	Departamento Técnico de Supervisão Metodológica/ DESUM – vínculo: Estatutário	S1
SAÚDE	Departamento Técnico de Supervisão Metodológica/ DESUM – vínculo: Contrato	S2
SAÚDE	Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria / DECAU - vínculo: Estatutário	S3
ASSISTÊNCIA SOCIAL	Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência / COMPEDE – vínculo: Contrato	A1

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Vale ressaltar que, os entrevistados da Educação, com formação em mestrado e doutorado, atuam na área de Educação Inclusiva. Em relação à Saúde, os entrevistados S1 e

S2 atuam diretamente nas suas respectivas áreas, sendo que S2 trabalha também em articulação com a Educação, no Programa Saúde na Escola (PSE)², além de acompanhar os outros programas. Na Assistência Social, A1 compõe o quadro da Sociedade Civil que se articula diretamente com a presidência do COMPEDE tem a função de gerir o Instituto José de Anchieta (IJA)³. Podemos observar que estes trabalhadores apresentam uma formação condizente com as funções desempenhadas, principalmente no tocante à pessoa com deficiência. A maioria dos entrevistados apresenta muitos anos de trabalho em suas respectivas áreas, o que pode refletir uma longa experiência, atuação e compromisso com a questão do atendimento à pessoa com deficiência. Cabe destacar que, quanto ao vínculo empregatício, a maioria dos entrevistados é de servidores estatutários, e que os entrevistados possuem cargos de coordenação em suas respectivas áreas.

Tratando-se do segundo eixo da entrevista, abordaremos as narrativas, entremeando-as com as categorias encontradas e analisadas à luz das teorias e resultados obtidos na trajetória da pesquisa. Tais categorias emergiram a partir da Análise de Discurso (AD) das entrevistas. Um dos fundadores dos estudos sobre o discurso foi Michel Pêcheux (Caregnato & Mutti, 2006), estabelecendo a relação existente no discurso entre língua/sujeito/ história ou língua/ideologia. Para Pêcheux (apud CAREGNATO & MUTTI, 2006) a língua é a forma de materialização da fala, contando com o plano material e o simbólico; o discurso produzido pela fala sempre terá relação com o contexto sócio-histórico.

Segundo Caregnato & Mutti (2006):

A AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o *corpus* da AD é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio-histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na AD a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer. (p. 681).

²O PSE foi instituído em 2007 pelo decreto 6286, de 5 de dezembro, atuando sob o viés da intersetorialidade. Ele tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

³ Instituição filantrópica que atende a pessoa com dificuldade de aprendizagem e a pessoa com deficiência intelectual. Atua nas seguintes áreas: habilitação e reabilitação, assistência social e educação. Trabalha em parceria com a FME (Acesso realizado no sítio da instituição em 14/03/2018).

Destacamos como limitação do estudo o número de sujeitos, que foi menor do que o número que havia sido pensado inicialmente. Algumas dificuldades burocráticas no acesso aos diferentes campos de pesquisa (Educação e Saúde e Assistente Social) foram identificadas e justificadas, minimizando assim, o número de sujeitos da pesquisa.

A referida pesquisa justifica-se pela dificuldade de encontrar dados sobre a articulação das políticas sociais no Município de Niterói/RJ⁴, tendo como base de análise as políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social e suas implementações voltadas ao atendimento às pessoas com deficiência.

Atualmente, tanto a área da Educação, da Saúde, bem como da Assistência Social, apresentam um avanço na perspectiva de ofertar ações de integralidade⁵ voltadas às necessidades individuais e coletivas, com foco na humanização das relações. Pesquisar sobre as possibilidades de articulação entre as políticas públicas dessas áreas, interdisciplinarmente trabalhando por maior garantia de direitos sociais, parece ser fundamental para o avanço dos indivíduos, grupos e organizações da sociedade civil.

Portanto, de posse de teorias críticas e autores como Marx (apud Lombardi, 2005), Gramsci (Neves, 2005; Neves e Pronko, 2010), Poulantzas (2000), dentre outros, que contribuem para o desvelamento das contradições sociais, foi possível desenvolver nessa pesquisa um conhecimento científico de relevância social, sendo um caminho promissor e necessário no enfrentamento da marginalização, preconceito e exclusão das pessoas com deficiência.

Para uma melhor análise das políticas públicas de Educação, de Saúde e de Assistência Social, faz-se necessário compreender o conceito, as interpretações e concepções acerca do tema Políticas Públicas para, posteriormente, discutir que concepção de Estado organiza tais políticas.

O capítulo intitulado *Estado e Políticas Públicas: Descentralização, Intersetorialidade e Relação Público-Privado*, debate o conceito de políticas públicas e sua relação com o Estado capitalista, baseando-se no referencial marxista de interpretação das relações sociais. Nele, é analisada a ideia da intersetorialidade estar profundamente interligada à concepção de descentralização, que guarda relação com as políticas neoliberais

⁴ Foram realizadas buscas nas plataformas de pesquisas da CAPES/CNPQ durante o período de setembro a novembro de 2017.

⁵ Ressalta-se a necessidade da intersetorialidade para a garantia da integralidade na atenção à saúde, pela articulação da política de saúde com a política de assistência social e de educação, que se ocupa em atender aos sujeitos e/ou famílias que não têm acesso aos direitos ou os tiveram violados, que apresentem situações materiais e/ou subjetivas, que independam de sua responsabilidade individual, decorrentes da pobreza, das desigualdades sociais, da própria sociedade capitalista, em última instância.

implementadas pelo Estado brasileiro, sobretudo a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), favorecendo a relação público-privado na execução das políticas públicas. Neste capítulo, serão analisados também os marcos legais e as políticas que os endossam, tendo como pano de fundo a Constituição Federal (1988).

O capítulo *Educação, Saúde e Assistência Social no município de Niterói/RJ*, traz, num primeiro momento, dados significativos relativos à cidade de Niterói, justificando a escolha desse território para a realização da pesquisa. Em um segundo momento, abordamos o tema *a Educação e a Política de Inclusão* do município, analisando as políticas municipais, a integração com outras áreas e de todo o atendimento educacional especializado ofertado pela Fundação Municipal de Educação (FME), incluindo estatísticas, programas, assessorias e acessibilidade para as crianças e adolescentes com deficiência, regularmente matriculados na rede de ensino. No mesmo capítulo, no subitem *Atenção à Saúde e a Pessoa com Deficiência*, serão analisadas a estrutura da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS) e as políticas públicas municipais que alicerçam a atenção à saúde à população como um todo e, especificamente, no atendimento à pessoa com deficiência. Por fim, abordaremos *A deficiência no interior da Política de Assistência Social*, onde se discutirá como se processou a institucionalização da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na cidade de Niterói. Além disso, será abordada a forma como é assegurada a execução da política social, a partir dos Centros de Referências da Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) na perspectiva da legislação em vigor.

O capítulo *Intersetorialidade, Descentralização e Relação Público-Privado nas Políticas Públicas: sobre discursos, fazeres e possibilidades* possibilitou organizar as categorias e a interpretação dos discursos, tais como: Intersetorialidade, Descentralização e Relação Público/Privado. Nesse exercício de análise, utilizei como principais ferramentas analíticas os conceitos de governabilidade, o papel e a ossatura do Estado, como ponto de partida para compreender como se realizam as políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social no atendimento à pessoa com deficiência no município de Niterói, pautado por um contexto neoliberal presente na execução de tais políticas.

2 ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Para uma melhor análise das políticas públicas de Educação, de Saúde e de Assistência Social, faz-se necessário compreender o conceito, as interpretações e concepções acerca do tema Políticas Públicas para, posteriormente, discutir que concepção de Estado organiza tais políticas.

Nesse sentido, vale destacar a produção de Souza (2003), que apresenta um dossiê com a interpretação de diversos autores sobre o significado de políticas públicas, como Mead (1995), Lynn (1980), Peters (1986), Dye (1984) e Laswel (1936/1958). Souza (2003) ressalta a definição de políticas públicas, em sua diversidade de interpretações, abordando uma visão holística, em que o todo é mais significativo do que as somas das partes, uma área que engloba diversas unidades em totalidades organizadas.

Segundo a autora:

Pode-se, então, resumir o que seja política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender porque e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). (SOUZA, 2003, p. 13).

Souza (ibid) traz a concepção de que o processo de formulação de políticas públicas é aquele em que os governos constituem seus propósitos em programas e ações, que irão gerar resultados ou transformações desejadas e planejadas no mundo real.

Políticas públicas significam, então, o “Estado em ação” (GOBERT & MULLER, 1987 apud HOFLING, 2001, p. 32), traduzindo as suas diversas formas de agir, a partir de programas governamentais que visem a materialidade dos direitos constitucionais.

Pensar em políticas públicas leva a uma indagação: que espaço cabe aos governos na sua definição e implementação? A partir dessa questão, torna-se de suma importância, primeiramente, definir e diferenciar governo e Estado. Para tanto, Hofling (2001) esclarece que o Estado é entendido como o conjunto de instituições permanentes (órgãos legislativos, tribunais e outros) que possibilita a ação do governo, mas que não necessariamente formam um bloco monolítico. Governo, por sua vez, seria o conjunto de programas e projetos que uma parcela da sociedade propõe para a sociedade como um todo.

Dessa forma, Educação, Saúde e Assistência Social devem ser compreendidas como políticas públicas inseridas em um determinado Estado. Ou seja, são de responsabilidade do Estado, mas não pensadas somente por seus organismos, levando-se em consideração que há

uma gama de interesses envolvidos no processo de tomada de decisões, que não são restritos apenas aos órgãos públicos, mas também abarcam a sociedade civil, composta por diversos sujeitos que têm seus próprios interesses na implementação de tais políticas.

Dentro dessa perspectiva, no enfoque de um Estado capitalista, analisar as políticas públicas de Educação, de Saúde e da Assistência Social nos permitirá uma melhor compreensão de Estado, em sua matriz liberal e, posteriormente, na matriz marxista.

De acordo com Mendonça (2012),

o conceito de Estado na matriz liberal parte de dois princípios-chave. O primeiro, que seu estudo deve decorrer do direito e o segundo, que esse direito, fundamento próprio do Estado, pertence ao domínio da natureza, assim como os demais fenômenos sociais. (p. 349).

Para a autora, os pensadores da matriz liberal faziam oposição à transcendência de Deus, combatendo a Igreja Católica, a centralidade do homem no universo. Nessa visão, o Estado assumiu um papel ambivalente: de regulação (da mesma forma a todos) com certa neutralidade e acima dos interesses que prevaleciam até o momento; por outro lado, o Estado incorporava o monopólio da violência física, com o objetivo de conter qualquer tipo de oposição.

Na matriz liberal percebe-se a noção de sociedade civil filiada à ideia de que a sociabilidade humana acontece apenas no âmbito político, em que Estado e governo são naturalmente sinônimos. O Estado é concebido como sujeito ativo, pairando sobre os indivíduos e a sociedade.

Mendonça (2012) menciona as modificações políticas ocorridas na matriz liberal de Estado, no que tange à proliferação das lutas populares. O pensamento liberal gerou remodelações da matriz original, como, por exemplo, a “teoria das elites” (GRYNSZPAN, 1996), em que se defende que em toda sociedade existe uma minoria que detém o poder, dirigindo, assim, “naturalmente” a maioria.

Marx e Engels (apud NETTO, 2015) analisam criticamente o liberalismo, desde seus fundamentos econômicos até suas derivações políticas e históricas, destacando a inaceitabilidade da ideia de sociedade como um simples somatório de indivíduos. Mendonça (2012) afirma que:

para a matriz marxista, se há uma natureza humana biológica, ela é duplicada por uma forma especificamente sócio-histórica de existência que integra as transformações produzidas pelos próprios seres sociais sobre a natureza e o conjunto

das relações nas quais estão inseridos. A isso, podemos chamar, de fato, historicidade. (p.349).

De acordo com Mendonça (ibid) nessa nova matriz os indivíduos contam com uma sociabilidade própria que lhes é dada, em cada contexto histórico e espaço ocupado no processo de produção e de trabalho. O Estado deriva da necessidade dos proprietários privados garantirem e ocultarem suas apropriações. Dessa forma, a matriz marxista apresenta uma visão histórica e classista da sociedade e dos homens, negando individualidades soberanas em “estado de natureza”. O Estado surgiu a partir do conjunto das relações sociais, com o objetivo de garantir a continuidade da produção e da reprodução de sua existência de determinada sociedade.

A análise sobre a concepção de Estado, como representante de classes dominantes, desdobrou-se em várias concepções e correntes no interior do marxismo. Algumas linhagens mantiveram-se ligadas às suas bases originais e prosseguiram na construção teórica do Estado sob o capitalismo. Para tanto, destacam-se as contribuições de Antonio Gramsci e, posteriormente, de Nicos Poulantzas em relação ao Estado e às ações estatais.

Antonio Gramsci (1991) teve como questão norteadora de suas reflexões a definição de Estado ocidental capitalista contemporâneo e suas determinações. Para Gramsci (1991) o Estado não é sujeito, nem objeto, mas sim uma condensação das relações sociais. Assim, criou-se um conceito de Estado integral, que incorpora tanto a sociedade civil quanto a sociedade política.

A sociedade civil compreende o conjunto dos agentes sociais, associados nos chamados aparelhos privados de hegemonia, cerne da ação política consciente, e organizados pelos intelectuais orgânicos de uma classe ou fração, visando obter determinados objetivos. Em contrapartida, a sociedade política engloba o conjunto de aparelhos e agências do poder público propriamente dito. (MENDONÇA, 2012, p.351).

Tal conceito vai além dos limites institucionais do Estado, resultando múltiplas formas de organização e conflitos próprios da vida social. Para Gramsci (1991) o poder estatal, embora representasse uma dominação de classe, não poderia se constituir somente com base na coerção. Daí, seu objeto principal de análise foi buscar compreender a organização das vontades coletivas na sociedade civil.

O Estado, nas sociedades ocidentais contemporâneas, não está mais restrito a um poder soberano e, com isso, a necessidade de se obter consenso passa a ser determinante para que um projeto de sociedade se torne hegemônico, responsabilizando-se pela direção político-

cultural na perspectiva da conservação ou transformação da existência social. Dessa forma, o Estado passa a exercer um papel de educador, na medida em que se propõe uma reforma intelectual e moral que seja conveniente ao projeto de sociabilidade da classe dominante (NEVES, 2005).

Vale destacar também as contribuições do pensador marxista Nicos Poulantzas, que complementa elementos ao conceito de Estado integral referenciado por Gramsci. Poulantzas (2000) traduz a concepção de Estado como dominação política e de luta política em sua ossatura institucional, explicando assim, diferentes contextos e transformações históricas desse Estado.

O Estado capitalista, enquanto estado de classe, constitui, então, a burguesia como classe politicamente dominante, porém, a natureza de classe do Estado não é absoluta, nem homogênea, mas relacional, implicando ao mesmo tempo a inscrição permanente das classes dominadas na própria ossatura material do Estado (NEVES & PRONKO, 2010). O Estado, nesse sentido, deve ser compreendido como uma relação, “mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado” (POULANTZAS, 2000 apud NEVES & PRONKO, 2010, p. 99).

Para Poulantzas (2000) o Estado, em relação às classes dominantes, exerce a função de organização e unificação do bloco do poder, desorganizando continuamente as classes dominadas. O Estado vem se modificando ao longo das décadas e chega aos dias de hoje com uma determinada conjuntura que não foge à dinâmica de dominação e luta política, muito menos à superação das relações de classe, de subordinação e de dominação.

No Brasil, no processo de redemocratização, após anos de ditadura, conseguimos aprovar a Constituição Federal de 1988. É nesse movimento de luta dos movimentos sociais e de trabalhadores que se conseguiu instaurar a concepção de seguridade social. O movimento constituinte possibilitou a mobilização de diversos atores sociais que tencionaram uma reformulação do sistema de proteção social, trazendo conceitos como: direitos sociais, seguridade social, universalização, equidade, descentralização político-administrativa, controle democrático, mínimos sociais, constituindo um novo padrão de política social no país.

No entanto, as principais conquistas de proteção social foram desestruturadas com a ofensiva neoliberal dos anos 90. A partir desta década, se instaura a reforma do Estado, que produz significativas alterações na relação entre Estado e sociedade civil. Tal reforma foi liderada pelo economista Luiz Carlos Bresser Pereira, buscando atingir, basicamente, quatro

aspectos da administração pública: a delimitação das funções e do tamanho do Estado; a redefinição do papel regulador do Estado; o aumento da “governança”; e o aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo (BUENO & KASSAR, 2005).

No Plano Diretor da Reforma do Estado, desloca-se a responsabilidade do Estado como responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, na produção de bens e serviços, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, para colocar a tônica do Estado na função promotora e reguladora do desenvolvimento (BRASIL, 1995).

Para o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), as políticas sociais não são, exclusivamente, serviços do Estado, e, portanto, podem ser de propriedade pública não-estatal ou privada. Nesse sentido, o Plano sinaliza as estratégias de reforma do Estado, como a terceirização, a privatização e a publicização. A terceirização seria considerada como o processo de transferência para o setor privado dos serviços auxiliares ou de apoio. A privatização traduz-se no repasse para o setor privado das atividades lucrativas. Segundo Pereira (1997) a publicização consiste “na transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta” (p.7).

O Plano propunha também atividades competitivas, gerenciadas pelo Estado, de forma a atender o cidadão cliente. O Estado continuaria financiando os serviços sociais, porém o controle político e ideológico passaria para as organizações públicas não-estatais. Segundo esse entendimento “(...) o que é estatal é em princípio público. O que é público pode não ser estatal, se não faz parte do aparelho do Estado” (PEREIRA & GRAU, 1999, p. 6).

Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que o Plano de Reforma afirma que o Estado fortaleceu seu papel de regulação e coordenação, transfere o controle político-ideológico para a terceira via, passando, assim, a regulação e a coordenação diretamente para o mercado. O Plano Diretor estimula o terceiro setor à participação na execução das políticas sociais que, desta forma, deve atuar como espaço de transferência de responsabilidades estatais.

Constata-se, portanto, que há, a partir do contexto neoliberal, o entendimento que a presença do setor privado é reconhecido pelo poder público como uma colaboração significativa para a consolidação de formas diferenciadas de atendimento. Ao setor privado cabe, então, a busca por recursos públicos, a fim de manter sua existência dentro dessa “nova” configuração.

É nesse contexto que diversas bandeiras de luta vão sendo apropriadas pelo Estado neoliberal, modificando seus sentidos e instaurando políticas que se afastavam das concepções traçadas na década de 1980 em nosso país. Uma delas se referiu à descentralização e ao trabalho intersetorial, tão necessários para que as políticas públicas

sociais estivessem mais próximas ao povo, respondendo às suas necessidades reais. Ou seja, o sentido de descentralização e da intersetorialidade passa a ser território de disputa entre concepções ideológicas totalmente distintas, demonstrando que as palavras são arena de luta de classes (BAKHTIN, 1992).

Algumas políticas tornaram-se marcos singulares nessa luta política. Uma delas foi a construção de nosso Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, que preconizou um conjunto de estratégias intersetoriais de proteção social, trazendo as ideias de complementaridade e intersetorialidade em contraponto à herança histórica de políticas públicas sanitárias centralizadas e verticalizadas (JUNQUEIRA, INOJOSA & KOMATSU, 1997). Mais recentemente, foram criados o Sistema Único de Assistência Social (SUAS/2005) e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE/2012), que expressaram o difícil e conflituoso processo de construção de uma estrutura organizacional de proteção social.

A discussão sobre intersetorialidade foi se intensificado como um dos mais importantes meios de trabalho no âmbito das políticas de Educação, Saúde e Assistência Social, visto que a estruturas setorializadas dificultam a execução das políticas públicas, como sinalizam os autores:

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas. (JUNQUEIRA, INOJOSA & KOMATSU, 1997, p. 21).

Configura-se um obstáculo a utilização de um modelo setorializado com o propósito de proporcionar políticas de inclusão social que não retratem itens isolados e sim um aparato de direitos relacionados entre si. O alcance de uma condição isolada, além de ser mais difícil não oportuniza a inclusão e a participação cidadã.

Nesse sentido, Junqueira et al. (1997) ressalta que um dos contrapontos da setorialidade é justamente a intersetorialidade, compreendida como uma articulação de saberes e experiências na elaboração, aplicação e avaliação de ações, objetivando atingir resultados integrados em situações ditas complexas. Pretende-se contribuir no melhoramento da vida em sociedade e, concomitantemente, promover a reversão da exclusão social.

No contexto da efetivação das políticas públicas, a ideia de intersetorialidade está profundamente interligada à concepção de descentralização.

Conforme Junqueira et al. (1997):

Os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente dos micro espaços que interagem com a organização social dos grupos populacionais. (JUNQUEIRA, INOJOSA & KOMATSU, 1997, p. 24).

A descentralização não é sinônima de democratização, mas uma maneira de possibilitar o seu alcance. Segundo Junqueira et al. (1997, p. 33) a descentralização “é um processo dialético que se dá em relação ao poder centralizado”. Tal processo se dá no município, entendido como o território social, onde haverá a intersetorialidade e a integração institucional, ocorrendo dentro de uma dinamicidade das relações entre os sujeitos, conduzida por novos paradigmas que incidirão na transformação das instituições e organizações sociais e nas suas respectivas práticas.

A intersetorialidade, por sua vez, não é um fim, e nem por si só será suficiente para atingir o desenvolvimento esperado e a reversão da exclusão social, mas se configura num instrumento para que, através das políticas públicas, se chegue a tal objetivo. A ação conjunta, mediante a utilização de estratégias de intersetorialidade e de descentralização, constitui um modelo norteador da gestão pública, visto que a intersetorialidade pressupõe uma ação em rede, de forma articulada e integrada, entre pessoas, órgãos, departamentos e organizações.

Outro ponto importante a ser considerado na discussão das tendências de descentralização e intersetorialidade das políticas públicas se refere ao fato de que estas não podem ser tomadas exclusivamente como resultados de um processo de democratização ou de racionalização administrativa sintonizada aos ideais neoliberais. As práticas institucionais dos diferentes profissionais e seus discursos precisam superar o sentido fragmentário, imposto pela própria sociedade. A possibilidade dialógica que se abre com as ações intersetoriais aponta para um diversificado campo de perspectivas tanto conceituais quanto práticas. Por isso, as reflexões produzidas pelo tema da intersetorialidade, constantemente, apontam para a sua articulação com o fenômeno da descentralização.

Com o pensamento neoliberal de que não cabe ao Estado o provimento universal dos direitos sociais, começou-se a articular um conjunto de ações de corte de gastos públicos, de privatização, da centralização dos gastos sociais públicos e, a nível local, a descentralização. Tal processo aparece como importante componente, tanto da agenda democrática, quanto do

ordenamento neoliberal, expressando como lógicas distintas se fizeram presentes na construção da experiência brasileira.

Vale ressaltar quem no contexto neoliberal, a descentralização:

(...) não tem por objetivo democratizar a ação pública, mas principalmente, permitir a introdução de mecanismos gerenciais e incentivar os processos de privatização, deixando em nível local a decisão a respeito de como financiar, administrar e produzir os serviços. Foi essa uma das orientações centrais do Novo Federalismo reaganiano, o qual enfrentou uma feroz resistência por parte dos estados confederados, já que era pretexto para diminuir recursos federais aos serviços públicos. Na América Latina, uma descentralização com estas características tem sido enfaticamente defendida pelos organismos financeiros internacionais, condicionando empréstimos para programas sociais à descentralização das administrações das políticas locais, geralmente, em 30% do orçamento total. Fica difícil compreender como esta política poderia gerar equidade em países com desigualdades regionais graves. (LAURELL, 1995, p. 174).

Nesse sentido, Laurell (1995) aponta para aspectos importantes, como a vinculação das tendências de descentralização aos processos econômicos e políticos, em se tratando de um ideário neoliberal, a partir de uma relação entre o fazer global e o local, alicerçados na forte presença dos organismos multilaterais, principalmente do Banco Mundial, que desempenham forte papel no processo de descentralização a partir das condições de empréstimos para o desenvolvimento de programas sociais.

Assim, a descentralização produziu efeitos significativos sobre as formas de organização das políticas públicas, sobretudo no plano municipal. Junqueira et al. (1997) afirma que “a descentralização e a intersetorialidade na gestão da cidade trazem implícito a ideia do território. O espaço que as pessoas ocupam e onde manifestam seus problemas e necessidades” (p. 39). Não raro, podemos constatar que em vários municípios, a alternativa construída foi a da organização de redes de serviços locais, formando um sistema de prestação de serviços sociais alicerçados em órgãos de gestão estatal, mas com significativa presença de Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas e comunitárias, que passaram a se ocupar majoritariamente do atendimento direto à população.

De acordo com Pimenta (1995), do ponto de vista teórico, isso acarretou a incorporação nas classificações sobre as formas de descentralização de que as “parceiras” entre o poder público municipal e a diversidade de instituições não estatais na condução das políticas públicas, representassem uma das possibilidades efetivas de descentralização.

A importância da cultura política local, ou seja, da forma como Estado e sociedade civil se articulam em nível local, constitui um fator que reforça ainda mais a centralidade do município como uma mediação fundamental para a análise das experiências intersetoriais. A

proximidade que se experimenta das dificuldades de operacionalização das políticas públicas, das suas carências administrativas, materiais e financeiras, assim como das condições de participação dos espaços de discussão e de gestão dessas mesmas políticas, potencializam o município como território privilegiado dos processos de descentralização e das práticas de intersectorialidade.

O que se constatou é que a implementação das políticas neoliberais não foram profícuas para melhorar a situação de vida das populações. Assim, nos anos 2000, uma nova teoria começa a “tomar conta da cena”, a Terceira Via, tendo como um de seus expoentes Anthony Giddens.

É fácil explicar o que é a terceira via. É um rótulo para discussões que ocorreram no mundo sobre como construir políticas de centro-esquerda, responsáveis pelas grandes mudanças na sociedade global. Sabemos agora que as duas tradições mais antigas: o socialismo tradicional, com espaços na propriedade coletiva, e o gerenciamento econômico keynesiano não são mais relevantes. Mas também, sabemos que não faz sentido tratar o mundo como um gigantesco mercado. A “segunda via” chegou a um beco sem saída. É uma filosofia incompleta, não tem uma justiça social. Procuramos uma política diferente (...) O que falamos é na modernização da centro-esquerda, modernização da filosofia e prática política da esquerda e centro. (GIDDENS, 2001, p. 80).

Enquanto o neoliberalismo defende o Estado mínimo e a privatização, repassando as políticas sociais para o mercado, a Terceira Via, por seu lado, resguarda a reforma do Estado e preconiza a parceria com o terceiro setor⁶, ficando a sociedade civil sem fins lucrativos, responsável pela execução das políticas sociais. Assim, o terceiro setor decorreria da necessidade de se ter um espaço público, mas não necessariamente estatal, combinando as forças e iniciativas privadas, porém distintas do mercado.

Nesse sentido, a Terceira Via, também chamada por Giddens de esquerda democratizadora, propõe reformas nos limites do capitalismo e com vistas a fortalecê-lo. Portanto, ela defenderá que o Estado deve fomentar a sociedade civil, para que assuma as políticas sociais, através do empreendedorismo, no investimento em tecnologia, no capital humano e na flexibilidade no mercado de trabalho.

Neste cenário, a relação público-privada passa não somente por uma questão lucrativa, mas por uma definição de público não-estatal, principalmente na execução das políticas sociais, modificando-se a lógica de gestão do público, tendo como parâmetro, o setor privado (PERONI & ADRIÃO, 2008b).

⁶ Vale ressaltar que o primeiro setor seria o Estado e o segundo seria o mercado.

Constrói-se, assim, a partir dos anos 1980, uma redefinição do conceito de sociedade civil, acentuando-se com a entrada do neoliberalismo e do discurso da Terceira Via. Na concepção de Estado em Gramsci, este se configura por uma correlação de forças entre o governo e a sociedade civil. Para Coutinho (1999) um coerente entendimento do conceito de sociedade civil gramsciano é aquele que aponta essa esfera como mediadora entre a infraestrutura econômica e o Estado em sentido restrito (o que na terminologia gramsciana significa “Estado coerção”). A sociedade civil compreende organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo as escolas, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, os meios de comunicação etc. No âmbito e por meio da sociedade civil, as classes buscam exercer sua hegemonia (buscam ganhar aliados para suas posições mediante a direção política e o consenso). Mais uma vez, veremos uma determinada concepção de sociedade civil buscando se hegemonizar por uma determinada concepção de Estado.

A sociedade civil é um espaço de luta de classes, ou seja, um espaço de conservação e também de transformação, segundo o estágio das correlações das forças sociais, e o Estado capitalista entendido como uma condensação de relações de forças entre classes e frações de classe (POULANTZAS, 2000). De acordo com Neves (2011) isto levou a superação da visão dicotômica entre democracia representativa e democracia direta, bem como a percepção de que a sociedade civil não seria, necessariamente, “o reino do bem”, mas sim uma dimensão do ser social que pode também contribuir decididamente para consolidar a hegemonia dos grupos dominantes.

Ainda de acordo com Neves (2004) a definição de sociedade civil, em sua produção *Conceitos Gramscianos* (Cadernos do Cárcere - Vols. I a VI):

Seria possível medir a ‘organicidade’ dos diversos estratos intelectuais, sua conexão mais ou menos estreita com um grupo social fundamental, fixando uma gradação das funções e das superestruturas de baixo para cima (da base estrutural para o alto). Por enquanto, podem-se fixar dois grandes ‘planos’ superestruturas: o que pode ser chamado de ‘sociedade civil’ (isto é, o conjunto dos organismos designados vulgarmente como ‘privados’) e o da ‘sociedade política ou Estado’, planos que correspondem, respectivamente, à função de ‘hegemonia’ que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de ‘domínio direto’ ou de comendo, que se expressa no Estado e no governo ‘jurídico’. Estas funções são precisamente organizativas e conectivas. Os intelectuais são os ‘prepostos’ do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político. (p. 258).

Landin (1999) nos fornece uma importante análise ao dizer que,

Neste contexto, a sociedade civil deve dominar as relações voltadas ao bem comum, à solidariedade, de protagonismo e empreendedorismo dos indivíduos e dos grupos sociais. Ao longo do tempo, a dimensão política da sociedade civil se esvaziou, dando lugar a uma nova identificação com o terceiro setor. Terceiro setor não é termo neutro. (...) mais do que o transnacional ONG, por exemplo – tem nacionalidade clara. É de procedência norte-americana, contexto onde o associativismo e voluntariado fazem parte de uma cultura política e cívica baseada no individualismo liberal, em que o ideário dominante é o da precedência da sociedade com relação ao Estado. (p. 63).

Segundo Peroni e Adrião (2006) vai se constituindo um discurso e uma prática de que, sendo o Estado ineficiente e estando em crise, deverá racionalizar custos e possibilitar que as políticas sociais devem ser executadas pela sociedade. No caso dos neoliberais, tal oferta deve se constituir através da privatização (por meio do mercado), e para a Terceira Via, através do serviço público não-estatal (sem fins lucrativos).

Nesse sentido, evidencia-se que a sociedade civil que se quer construir com a ampliação do terceiro setor envolve, na verdade, uma forma de enfraquecimento do Estado em sua dimensão social, de espaço de regulação dos conflitos sociais, para se transformar num grande gestor das ações que são deslocadas para aquele setor que, por não ser estatal, assumiria uma roupagem mais “pública”. A sociedade civil, através do terceiro setor representaria a redenção do Estado que não “conseguiu” enfrentar, pela sua “inoperância e ineficiência” os graves problemas sociais. Para que este processo se efetive, é fundamental rever as funções às quais o Estado deve limitar sua atuação e garantir uma reorientação do fundo público para o financiamento das ações, agora, empreendidas pela sociedade civil. Essa concepção pressupõe a despolitização da vida social, seja no âmbito do Estado e da sociedade civil.

Se, com o advento da Constituição Federal (1988) foi possível disputar a reformulação do sistema de proteção social, trazendo conceitos como direitos sociais, seguridade social, universalização, equidade, descentralização político-administrativa, controle democrático, mínimos sociais, que passaram a constituir novo padrão de política social no país, nossas principais conquistas de proteção social foram desestruturadas com a ofensiva neoliberal da década de 1990 e com a crise econômica. Foi-se instituindo, assim, a transferência do campo da proteção social para a esfera privada filantrópica ou comunitária.

Constata-se, portanto, que as políticas públicas são um campo de disputa social que se dá no âmbito do Estado em sua correlação de forças com a sociedade civil, sendo resultado de lutas concretas da classe trabalhadora e de, cada vez mais, espaço de organização da própria burguesia. É desta forma que a política social se estabelece e se modifica, a partir das

transformações das relações de apropriação econômica e do exercício da dominação política (SPOSATI, 2008).

Observa-se que a vivência das políticas públicas, sua trajetória de sedimentação – seja através das experiências de descentralização ou de intersectorialidade – se efetivam no cotidiano das instituições sociais e nos espaços públicos em que elas surgem não só como necessidade, mas como possibilidade, como processo que se constrói no curso das próprias ações dos profissionais e sujeitos que se relacionam em torno das diferentes dificuldades presentes no acesso e na capacidade resolutiva das políticas públicas de determinado território – que, no caso dessa pesquisa, tem como foco o município de Niterói. Dessa forma, no próximo capítulo, abordaremos as políticas municipais da Educação, Saúde e Assistência Social, a fim de analisarmos a intersectorialidade entre estas áreas para a oferta de atendimento especializado para as pessoas com deficiência no referido município.

3 EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM NITERÓI/RJ

A discussão sobre articulação das políticas sociais nos países de capitalismo periférico vem ganhando grande visibilidade na contemporaneidade, seja pelo contexto da globalização mundial sob a hegemonia do capital financeiro, em que se testemunha uma revolução técnico-científica, seja pelas profundas transformações no mundo do trabalho, acarretando a precarização das condições de vida dos trabalhadores e na expulsão dos mesmos do processo de produção.

Como citado anteriormente, a Constituição Federal (1988) reformulou o sistema de proteção social no Brasil, trazendo conceitos como: direitos sociais, seguridade social, universalização, equidade, descentralização político-administrativa, controle democrático, mínimos sociais, que passaram a constituir novo padrão de política social no país. Ocorre que, as principais conquistas de proteção social foram desestruturadas com a ofensiva neoliberal da década de 1990 e com a crise econômica, de modo que percebemos as ações de transferência do campo da proteção social para a esfera privada filantrópica ou comunitária.

Buscando compreender esse contexto, nos debruçamos sobre o território da cidade de Niterói trazendo, num primeiro momento, dados significativos relativos à cidade. Posteriormente, abordaremos as distintas áreas – *Educação, Saúde e Assistência Social* – a fim de conhecer e analisar como são asseguradas a execução destas políticas sociais no atendimento à pessoa com deficiência no referido município.

3.1 A cidade de Niterói

Em minha trajetória como pesquisadora, desde a graduação em Pedagogia e, posteriormente, nas Especializações e no Mestrado, ficou claro que o objeto de estudo é algo que nos provoca constantemente, despertando muitas reflexões. Reflexões estas mais do que suficientes para fazer a discussão da interlocução entre Educação, Saúde e Assistência Social no atendimento à pessoa com deficiência, em âmbito nacional, porém a relação com o município de Niterói não me permitiu, pelo fato de estar intimamente interligada ao município, sendo o meu território de trabalho, poderia discorrer a nível nacional, mas a urgência de uma discussão no território no qual exerço minhas atividades foi imprescindível.

Niterói possui uma especificidade histórica ímpar e apresenta-se como um palco de contradições. Além desses motivos, é a cidade na qual resido e desempenho minhas funções como educadora, iniciando assim uma incursão com as questões voltadas ao atendimento da pessoa com deficiência em seus diversos setores.

Niterói tem, em sua história, vários marcos relevantes: foi capital do Estado do Rio de Janeiro por um longo período, aproximadamente um século (IBGE, 2015). Sua estrutura administrativa municipal, organizada sob a forma de Prefeitura, ocorre desde o início do século XX, sendo esta constituída por intermédio do Decreto n° 833, de 1904. Como particularidade política, houve registro de criação do Partido Comunista do Brasil, que ocorreu em 1922. Destaca-se ainda, em sua história, o setor de indústria naval, palco de lutas de trabalhadores, e por ser o berço de uma importante universidade federal, a Universidade Federal Fluminense (UFF), existente desde 1960.

Segundo o IBGE (2015) a população de Niterói, em 2014, era de aproximadamente 496.696 pessoas. Situada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Niterói obteve o Produto Interno Bruto (PIB) municipal, referente ao ano de 2012, de mais de 15 (quinze) bilhões de reais, ocupando a 4ª (quarta) posição dos municípios do Estado do Rio de Janeiro e 37ª (trigésima sétima) dos municípios brasileiros.

De acordo com dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), Niterói possui o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio de Janeiro, o que integra Niterói aos 44 (quarenta e quatro) municípios com IDH muito alto, de acordo com o documento “O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro” (ONU et al., 2013, p. 44).

Como sinalizado anteriormente, a contradição integra a municipalidade de Niterói. Segundo o Diagnóstico Socioeconômico de Niterói (NITERÓI et al., 2013), integrante do Projeto Niterói que Queremos⁷, o município é rico do ponto de vista de rendas, porém também possui “bolsões de pobreza” significativos em algumas regiões, revelando uma real desigualdade de renda.

Tal cenário socioeconômico, que expressa desigualdade social como fenômeno estrutural do capitalismo, é palco para o processo de implementação de diferentes políticas públicas intersetoriais, como de Assistência Social, Educação e Saúde, em específico à pessoa com deficiência, como aponta este estudo.

⁷ Projeto criado em parceria com o Movimento Brasil Competitivo, com o objetivo de formular um plano estratégico de desenvolvimento a curto, médio e longo prazos para a cidade de Niterói, pensando nos próximos 20 anos. “O Movimento Brasil Competitivo foi criado em 2001, aproximando os setores público e privado, investindo na cultura de governança, promovendo a gestão de excelência com o objetivo de ampliar a competitividade nacional, o aumento da capacidade de investimento do Estado e a melhora dos serviços públicos essenciais oferecidos aos brasileiros”. Vale ressaltar que o Movimento Brasil Competitivo foi pensado e alicerçado com um cunho empresarial, capitaneado pelo Grupo Gerdau, tangenciando um processo fundamental de reforma no interior do Estado, através de contratos de gestão gerencial, em que reforça a ideia de uma política neoliberal, voltada essencialmente aos interesses do capital.

Pensando na indissociabilidade entre a Educação, a Saúde e a Assistência Social no atendimento à pessoa com deficiência, a articulação e a complementaridade das ações dessas três áreas é premissa básica para a promoção da qualidade de vida desses indivíduos. No entanto, na prática cotidiana, observa-se, de modo geral, pouca integração entre os profissionais da saúde, de um lado, os profissionais da Educação e da Assistência Social, de outro, seja no que tange à prestação de serviços, em relação à articulação entre as políticas públicas e mesmo na formação acadêmica e profissional.

Ao refletirmos sobre a relação entre as áreas na atenção às pessoas com deficiência, percebe-se que esse distanciamento deve-se, em parte, à própria trajetória dessas três áreas no atendimento a esses sujeitos.

3.2 A educação e a política de inclusão

A história do atendimento educacional a crianças com deficiências no Brasil iniciou-se, basicamente, no período do Império, quando em diversos países da Europa e das Américas foram constituídos Institutos que evidenciaram o paternalismo e o assistencialismo. No que se refere ao atendimento de surdos e cegos⁸, em 1854 e 1857 respectivamente, houve a criação, no Brasil, do Instituto Nacional de Educação de Surdos/INES e do Instituto Benjamin Constant/IBC. Para os sujeitos com deficiências intelectuais, os atendimentos ficavam a cargo de organizações de pais, em hospitais psiquiátricos e instituições filantrópicas.

Durante as primeiras décadas da República pouca coisa mudou em termos de acesso à educação, pois a economia brasileira, ainda predominantemente agroexportadora, não requeria força de trabalho qualificada. Além disso, alguns estados da federação dispensavam os alunos da obrigatoriedade de frequentar a escola por morarem longe, por serem pobres e/ou por serem considerados doentes ou deficientes (PLETSCH, 2010). Na Constituição de 1934 ficou estabelecido que a educação deveria ser de competência do Estado, ao qual caberia traçar as diretrizes nacionais. Esta posição foi reiterada pela Constituição de 1937. Já na Constituição de 1946, pela primeira vez, a educação foi reconhecida como um direito universal.

A proposição de educação filantrópica teve como modelo as atividades de Pestalozzi e foi instituída durante o século XIX, contribuindo para a instalação de um sistema educacional paralelo que se estende até os dias atuais, apesar de algumas diferenciações. Em sua origem, a

⁸ Denominação utilizada à época.

proposta de Pestalozzi visava o atendimento educacional às crianças pobres abandonadas, porém sem intenção de catequizá-las, forma que se constitui como uma digressão do atendimento caritativo oferecido aos pobres pela Igreja àquela época. Não há relato associando o atendimento feito por Pestalozzi às crianças com deficiência mental⁹, sendo esta modalidade implantada no Brasil, em 1921, com a chegada da educadora Helena Antipoff, em Belo Horizonte (ASSUMPCÃO JR. & SPROVIERI, 2000).

O modelo filantrópico proposto por Pestalozzi atraiu muito interesse porque as subvenções recebidas de particulares eximiam de responsabilidade o Estado que acedia em contribuir com poucos recursos para não assumir o ônus integral da pobreza. Este modelo gerou a implantação e administração de instituições filantrópicas destinadas ao atendimento de assistência, reabilitação e educação de crianças e jovens com deficiência em todo Brasil, no final do século XIX e início do século XX, dando origem ao sistema segregado de Educação Especial. No Brasil, as instituições filantrópicas tomaram por seu encargo o assistencialismo à classe de diferentes excluídos, entre eles os pobres com deficiência. Neste sentido, o modelo segregado de Educação Especial para este grupo de alunos gradualmente assumiu reconhecimento oficial e se constituiu como uma das políticas públicas de educação no país, sem ter o Estado como o ente responsável direto por tal oferta. Romper com este modelo tem sido um dos grandes desafios da política educacional no país e no mundo, desde as últimas décadas do século XX.

Com base nos preceitos do pensamento evolucionista e do liberalismo, foram criadas as primeiras classes escolares especiais sob a supervisão da inspeção sanitária para separar os “normais” dos “anormais”. Seu objetivo era homogeneizar socialmente as classes de acordo com uma concepção europeia estritamente organicista da deficiência (JANNUZZI, 1985). Ainda sobre esse período, merece destaque a Lei e Diretrizes de Bases da Educação (BRASIL, 1961) que incluía um artigo específico sobre a escolarização dos “excepcionais”¹⁰. Esse artigo recomendava que a educação desse público deveria ocorrer, quando possível, no sistema geral de educação (art. 88), assim como previa recursos públicos para instituições privadas voltadas à educação das pessoas com deficiência (art.89).

Também merecem destaque as campanhas dirigidas a categorias específicas de deficiência, como, por exemplo, a Campanha Nacional da Educação do Surdo Brasileiro (1957) e a Campanha Nacional de Educação do “Deficiente Mental” (1960). Tais ações foram organizadas com o apoio de instituições filantrópicas em prol dos direitos educacionais e

⁹ Denominação utilizada à época.

¹⁰ Denominação utilizada à época.

sociais das pessoas com deficiência. Um dos principais fatores que contribuiu para que ocorressem as campanhas foi a realização dos quatro Seminários da Infância do Excepcional, organizadas pela Sociedade Pestalozzi, fundada nos anos trinta do século XX, em Minas Gerais, por Helena Antipoff (RAFANTE, 2011).

É preciso registrar também a criação de diversas outras associações, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), no Rio de Janeiro (1954), que, assim como a Pestalozzi, rapidamente se expandiu por todo Brasil, dando origem à Federação Nacional das Associações dos Pais e Amigos dos Excepcionais (1963) e à Federação Nacional da Sociedade Pestalozzi (FENASP, 1971).

O surgimento dessas entidades teve papel decisivo na constituição da área de Educação Especial no Brasil, muitas vezes “confundindo-se com o próprio atendimento público aos olhos da população, pela gratuidade de alguns serviços” (KASSAR, 2013, p. 46). Como sinalizado anteriormente, a criação dessas instituições se deu pela omissão do Estado em garantir os direitos educacionais e sociais dessas pessoas, o que obrigava suas famílias a recorrerem a instituições de caráter filantrópico-assistencial. Isto significa dizer que a Educação Especial, no Brasil, formou-se mediante a criação de instituições de caráter privado, sob a forma de prestação de serviços, subsidiadas com recursos públicos (PLETSCH, 2010). É o que Jannuzzi (2004) chama de simbiose parcial entre o público e o privado, a qual, por sua vez, acaba influenciando na definição de políticas públicas para essa área.

Durante a década de 1970, iniciaram-se em nível nacional os movimentos pró-integração e normalização, sob a premissa básica de que todas as pessoas com deficiências tinham o direito de usufruir das condições de vida mais comuns ou normais possíveis. Em linhas gerais, a integração pregava a preparação prévia dos alunos com necessidades educacionais especiais para que demonstrassem ter condições de acompanhar a turma no ensino regular, mediante apoio especializado realizado paralelamente ao ensino regular. Em outras palavras, pode-se dizer que a proposta da integração continuava tendo como base o modelo médico da deficiência, que centrava o problema nos alunos e desresponsabilizava a escola, a qual caberia tão somente educar os alunos que tivessem condições de acompanhar as atividades regulares, concebidas sem qualquer preocupação com as especificidades dos educandos com necessidades educacionais especiais (BUENO, 2001; MENDES, 2003; GLAT e BLANCO, 2007; PLETSCHE, 2010; KASSAR, 2013).

Com base nas propostas advindas desses movimentos, cresceram no Brasil as oficinas em que os deficientes, especialmente mentais, eram preparados para o mercado de trabalho para a sua posterior “integração” na sociedade. Jannuzzi (2004) nos explica que nas oficinas

eram ensinadas tarefas manuais específicas, em grande medida repetitivas e pouco rentáveis economicamente. As diretrizes para o trabalho nas oficinas foram descritas no documento intitulado *Habilitação do deficiente mental para o mercado de trabalho* (BRASIL, 1979), elaborado pela parceria entre o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP/1973) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de São Paulo. A proposta da profissionalização já integrava os dispositivos do Projeto Prioritário nº 35¹¹, que afirmava “o quanto seria mais barato educar uma “criança infradotada” do que sustentá-la durante toda a sua existência. Educá-la possibilitaria tornar-se útil e contribuir para a sociedade, elevando a renda familiar” (apud JANNUZZI, 2004, p. 179). Ou seja, o enfoque pretendia tornar as pessoas independentes, sobretudo financeiramente, mesmo que em empregos de baixa remuneração, para diminuir os gastos do Estado. Para Souza (2003) essa forma de conceber a Educação para o trabalho evidencia que a educação tinha por base a partir da teoria do “capital humano”.

Nas escolas e classes especiais, as práticas curriculares eram regidas pela Lei Federal nº 5.692/1971, que recomendava tratamento especial aos alunos com deficiências físicas ou mentais, assim como “os que se encontravam em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados” (artigo 9º). Nesta direção, o currículo oferecido era considerado “especial” por traduzir os objetivos, conteúdos, métodos e materiais de ensino ajustados às necessidades dos alunos deficientes.

Durante mais de um século de Educação Especial, inúmeras disputas político-filosóficas influenciaram uma maior democratização da Educação pública, reforçando a Escola Especial como a que deveria educar os indivíduos com deficiência. A produção de estereótipos sobre tais indivíduos, como aqueles que supostamente não teriam muitas habilidades para trabalhos intelectuais e/ou não poderiam acessar padrões de normalidade quanto à vida, foram corroborados por uma educação centrada na instrumentação pragmática para o mundo do trabalho, de forma mecânica, visando exclusivamente à aquisição de habilidades para a execução de determinada tarefa, eliminando assim, a possibilidade de uma formação integral deste indivíduo.

¹¹ Em 1971 foi criado o Projeto Prioritário n.º 35, que estabeleceu a educação de superdotados como área prioritária da Educação Especial, incluindo-a no Plano Setorial de Educação e Cultura, previsto para o período de 1972 a 1974, fixando “uma política de ação do MEC com relação ao superdotado” (NOVAES, 1979, p. 38). Pela primeira vez, foram definidos princípios doutrinários da Educação Especial para alunos superdotados, a partir do conceito que considerava crianças superdotadas e talentosas as que apresentassem notável desempenho e/ou elevada potencialidade em qualquer dos seguintes aspectos, isolados ou combinados: capacidade intelectual geral; aptidão acadêmica específica; pensamento criador ou produtivo; capacidade de liderança; talento especial para artes visuais, dramáticas e musicais; capacidade psicomotora.

Aspectos voltados para a medicalização dos indivíduos com deficiência e suas classificações em padrões internacionais, promoveram a normatização nos modos protocolares como os professores e profissionais de saúde deveriam atuar. Negando as individualidades, a Educação Especial, antes restrita à Escola Especial, não abriu caminhos epistemológicos para novas ciências humanas que ampliassem os olhares para as diferenças. Ao contrário, somente na década de 1980, no Brasil, pesquisadores, docentes e indivíduos com deficiência, organizados em associações, lutaram por abertura política, garantia de direitos, o que inclui a educação na perspectiva inclusiva.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) passa a garantir o Atendimento Educacional Especializado (AEE) em seu Art. 208, inciso III, quando afirma:

Art. 208. O dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de:
III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

O Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA (BRASIL, 1990), no artigo 54, inciso III, também garantiu o Atendimento Educacional Especializado. Posteriormente, tal atendimento para os alunos com deficiência foi regido pela Lei nº 7.611/2011, reafirmando-se o que havia sido preconizado na Constituição (1988) e no ECA (1990) sobre ser esse atendimento ser realizado, preferencialmente, na rede regular de ensino através das Salas de Recursos Multifuncionais/SRMs. Na década de 1990, a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e a Declaração de Salamanca (1994a), destacaram a necessidade de se ressignificar muitos conceitos, dentre eles, a ideia de que a pessoa com deficiência não seja marcada por suas limitações, mas por uma série de atributos e potencialidades que podem pesar favoravelmente para uma aprendizagem significativa (BEYER, 2006).

A Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) afirma em seu Art.3, §5:

As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.

No Brasil, tanto a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) quanto a Declaração de Salamanca (1994) passaram a influenciar a formulação das políticas públicas na década de 1990, período em que se observa no contexto brasileiro a prioridade do investimento de recursos do Estado na educação básica, mais especificamente no ensino fundamental, coincidindo com as diretrizes do Banco Mundial (MELLO, 2014). Assim, os

(des)mandos dos organismos internacionais no que tange à educação brasileira acabou por contradizer o que se explicitava em nossa tão recente Constituição (1988).

Na perspectiva de uma educação inclusiva, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº9394/96) define a educação como direito público subjetivo e identifica a Educação Especial como uma modalidade da educação brasileira. Suas contribuições merecem destaque, pois garantem a matrícula para pessoas com deficiências, preferencialmente na rede regular de ensino (Art. 58); a criação de serviços de apoio especializado para atender às peculiaridades da clientela de Educação Especial (Art. 58, § 1º); a oferta de Educação Especial durante a educação infantil (Art. 58, § 3º); a especialização de professores (Art. 59, III). Além disso, mostra o compromisso assumido pelo poder público em ampliar o atendimento dos estudantes com necessidades especiais na própria rede pública de ensino (Art. 60, parágrafo único). Apesar de enfatizar a permanência dos alunos com deficiência em escolas regulares, é possível perceber que o uso do termo **preferencialmente** demonstra flexibilidade quanto às práticas pedagógicas possibilitadas, ainda, em ambientes segregadores. O termo **preferencialmente** ao invés de **exclusivamente**, deixa espaço para investimentos pedagógicos de diversas naturezas, de maneira a incentivar a inclusão, mas ainda não obstar totalmente a segregação.

Em 2008, com fortes influências de pesquisas no campo da Antropologia, Psicologia e Educação, surge a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC, 2008), não fazendo mais uso do termo “*pessoa portadora de deficiência*”, mas os conceitos de “*estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação*”, indivíduos que compõem o público destinatário da Educação Especial, garantindo o direito a estudar na sala de aula regular e, quando necessário, receber Atendimento Educacional Especializado preferencialmente no contraturno ao da escolarização.

Também o atual Plano Nacional de Educação/PNE (2014-2024) institui vinte metas a serem alcançadas em seu tempo de vigência de dez anos. A Meta 4 (quatro) preconiza a necessidade de se

universalizar, para a população de 4 (quatro) a 17 (dezessete) anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados.

O desafio da Meta 4 do PNE e suas estratégias demandam uma reestruturação da educação, não somente das adaptações físicas de acessibilidade no interior das escolas, mas principalmente uma mudança de paradigmas na educação.

Dados do Censo Escolar do Ministério da Educação e Cultura/MEC (2014) indicam que houve um crescimento considerável em relação às matrículas de alunos com deficiência na educação básica regular. Em 1998, cerca de 200 mil alunos com deficiência estavam matriculados na educação básica, sendo apenas 13% incluídos em classes regulares. Estatísticas (INEP, 2014) mostram que no ano de 2014, 698.768 estudantes com deficiência foram matriculados em classes regulares.

Em 2014, eram quase 900 mil matrículas e 79% delas em classes regulares. Considerando somente as escolas públicas, no período de 1998 a 2014, o percentual de inclusão sobe para 93%. Tais dados não consideraram que em 2010/2011 houveram inúmeros fechamentos de Escolas Especiais sem um processo harmônico e democrático de transferências de matrículas para escolas regulares. Apesar dos volumosos dados estatísticos, não se questiona onde estão os alunos que não se adaptaram às escolas regulares após o ano de 2011 e a que condições educacionais estão submetidos os que foram incluídos.

Tabela 1 - Matrículas na Educação Básica

CENSO ESCOLAR 2017 (DADOS FINAIS)		
Nível	Educação Especial	Regular
Educação Infantil	60.318	6.082.547
Ensino Fundamental	663.658	22.056.515
Ensino Médio	86.122	6.682.427
EJA (Ens. Fundam. e Médio)	67.539	2.928.958
Total	877.637	37.750.447

Fonte: Censo de Educação Básica - 2017 (INEP, 2018).

Em um recorte temporal entre os anos de 2013 e 2017, comparando os dados fornecidos, podemos verificar que houve uma queda de aproximadamente dois milhões de matrículas regulares.

Ainda de acordo com o INEP/MEC, essa queda se deve

à crescente rigorosidade da metodologia do Censo, que provoca a redução de dados duplicados sobre os alunos brasileiros, como, por exemplo, no caso de informações

repetidas sobre alunos que foram transferidos para outras escolas durante o ano letivo. (INEP/MEC, 2017).

Observa-se também que o número de matrículas na modalidade Educação Especial aumentou tanto na Educação Infantil como na Educação Básica. Esse aumento vem refletindo a entrada de pessoas com deficiência no processo de escolarização pública e privada. Segundo os dados, o município de Niterói, até a presente data, conta com o quantitativo de 91 escolas, sendo 70 de ensino fundamental e 21 de educação infantil, com aproximadamente 29.300 alunos matriculados.

Desse modo, de acordo com os dados acima, foi possível perceber que as matrículas de educandos com deficiência vêm aumentando nas escolas públicas regulares e, sendo assim, torna-se urgente as discussões de políticas articuladas no atendimento a esses indivíduos.

A Lei Federal nº 13.146 de 2015, Lei Brasileira de Inclusão (LBI), possui suas origens no PL nº 3.638/00, que tinha como proposta ser um “Estatuto do Portador de Necessidades Especiais”. O mesmo foi aprovado pela Comissão Especial da Câmara apenas no final de 2006. Sancionada após 15 anos de tramitação, a LBI entrou em vigor a partir de janeiro de 2016, prevendo mudanças em várias áreas, como trabalho e educação. É um real avanço na inclusão de pessoas com deficiência na sociedade. Um dos principais pontos desta lei é que ela tem como objetivo “mudar a visão sobre o conceito de deficiência”, que deixa então de ser atribuída à pessoa, e passa a ser vista como consequência da falta de acessibilidade que não só o Estado, mas a sociedade como um todo apresenta.

Considerando a Educação Especial na perspectiva inclusiva, em um cenário de disputas entre o capital e o trabalho, a escola deveria ser pensada como um espaço para o acolhimento da diversidade humana, cultural e social, com uma oferta de educação emancipatória, de acordo com determinadas concepções políticas, possibilitando o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos.

3.2.1 A educação e a política de inclusão no município de Niterói

O município de Niterói está situado na mesorregião metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, a uma distância de 10,9 km da Capital, tendo como fronteiras os municípios de São Gonçalo, Maricá e Rio de Janeiro. Estende-se por uma área de 129,375 m², com uma população de 479.384 habitantes (IBGE, 2016).

De acordo com a Classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2003) o município está entre as regiões consideradas de alto

desenvolvimento humano. Em comparação com outros municípios brasileiros, Niterói possui uma boa situação, atingindo a 3ª posição. Entre os 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, Niterói ocupa a primeira posição. Com base no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, em 2000, a taxa de analfabetismo na população adulta no município era de 3,7%, enquanto o tempo médio de estudo na população em geral era de 9,7 anos. A mesma fonte refere que entre a população de 7 a 14 anos, 97,55% frequentava a escola em 2000.

No que tange à organização da Educação no município, a Fundação Municipal de Educação de Niterói (FME) é um órgão da Secretaria Municipal de Educação (SME) e foi criada pela Lei nº 924/91 e pelo Decreto nº 617/91, tendo por objetivo

garantir autonomia nas ações direcionadas à rede, promover e incentivar a colaboração da sociedade no desenvolvimento das pessoas para o exercício da cidadania, na capacidade para o trabalho e garantir o acesso e a permanência dos alunos nas escolas.

A Educação em Niterói é composta da Educação Infantil (parcial e integral) realizada nas Unidades Municipais de Educação Infantil (Umei), e o Ensino Fundamental (do 1º ao 9º ano, incluindo a EJA) realizada nas Escolas Municipais, todas organizadas em ciclos de escolaridade. São quatro ciclos no Ensino Fundamental: o primeiro ciclo compõe do 1º ao 3º ano; o segundo ciclo, 4º e 5º anos; o terceiro ciclo, 6º e 7º anos; e o quarto ciclo, 8º e 9º anos. A Rede se organiza com a bidocência¹² na Educação Infantil, atendendo crianças de 0 a 5 anos de idade.

Com a intenção de contextualizar a estrutura da rede de Educação do município de Niterói, serão utilizadas as narrativas dos profissionais envolvidos, considerando seus respectivos engajamentos e a aproximação com o campo de pesquisa.

Então a rede, a rede é uma rede integrada, nesse sentido, as escolas têm autonomia perante os seus projetos, mas obviamente não têm soberania. Nós somos uma rede, e continuamos trabalhando em rede nessa perspectiva da proposta da Fundação, com uma única Carta Regimento, com uma única proposta educacional, mas respeitando as especificidades do contexto e de locais diferenciados, onde as escolas estão inseridas. (E1)

A Sede¹³ vem para poder fomentar a assessoria para as escolas. E aí, a gente tem uma organização em assessorias: EAP, que é Equipe de Articulação Pedagógica, a de Educação Infantil, de Mídias e da Assessoria de Educação Especial que tem seu olhar direcionado para as crianças com deficiência. Apesar de a gente entender a inclusão como parte da diversidade humana, uma escola para todos, a gente precisa

¹² A bidocência se caracteriza pelo compartilhamento simultâneo de uma turma por dois professores, na qual, ambos são responsáveis pelo planejamento, pela avaliação e pela atuação pedagógica com as crianças.

¹³ O termo Sede utilizado pelo entrevistado E2 refere-se ao prédio administrativo da FME.

voltar o nosso olhar para um público alvo específico que são as crianças com deficiência. (E2)

Quanto ao atendimento à pessoa com deficiência, a Rede conta com uma Assessoria de Educação Especial que, como citado anteriormente, é composta por professores¹⁴ e técnicos (fonoaudiólogos e psicólogos) para operacionalizar a inclusão de alunos com deficiência, transtorno global de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas.

Atualmente, a Coordenação de Educação Especial faz parte da Superintendência de Ensino da Fundação Municipal de Educação de Niterói. Esta superintendência é o setor responsável pela execução, acompanhamento e avaliação do processo educacional desenvolvido nas escolas do município. Para executar tal função, o referido setor conta com assessoramento das diversas coordenações de modalidades e categorias de ensino. São elas: Educação Infantil, Primeiro Ciclo, Segundo Ciclo, Terceiro e Quarto ciclos, Educação de Jovens e Adultos, Educação Especial, Educação e Saúde, Educação Ambiental, entre outros. Para além das ações destas coordenações, articula também com outros departamentos como: Gestão Escolar, Nutrição, Programas Especiais, Administrativo, Centro de Tecnologia, Assessoria de Comunicação, Gestão de Pessoas, Controle interno e financeiro, setor de obras, entre outros.

(...) a Assessoria de Educação Especial, que trabalha na assessoria direta às escolas; a gente faz formação de professores, triagem das crianças; faz encaminhamento junto com a equipe de articulação pedagógica; pensa junto com os professores as estratégias; leva materiais; leva hipóteses que possam enriquecer esse fazer do professor, além dos cursos que a gente já promove, que são cursos específicos, como os cursos de surdez; os cursos que falam sobre deficiência visual; de Autismo, de Tecnologia Assistiva; a gente tem uma série de formações, ainda dá esse suporte, entendendo que cada escola tem a sua dinâmica diferenciada. (E2)

Bom, nós temos uma Assessoria de Educação Especial e ela é vinculada à Secretaria de Educação Ciência e Tecnologia, como eu já falei pra você anteriormente. E como assessoria, ela se divide para atender os alunos que estão matriculados na nossa rede, alunos com deficiência que é nosso público-alvo da educação especial. Nós temos 15... não, acho que 14. 14 componentes na nossa equipe atualmente, e cada componente é responsável por um determinado pólo. (E3)

Nas escolas e Umei's, o atendimento à pessoa com deficiência é feita nas classes regulares, com a mediação do Professor de Apoio Especializado e em Sala de Recursos Multifuncional, com o AEE.

¹⁴Com formações distintas de graduação, tais como pedagogia, ciências biológicas, entre outros.

Com base em documentos internos da Coordenação de Educação Especial, na Rede Municipal de Ensino de Niterói, a garantia de um professor de apoio em sala de aula resulta em dois objetivos específicos: primeiro, por este professor ser um facilitador na intervenção pedagógica para o aluno com severos comprometimentos¹⁵ em seu desenvolvimento e aprendizagem e, em segundo lugar, é uma parceria que se estabelece com o professor regente, no caso deste possuir uma turma com um ou mais alunos com deficiência (conforme estabelecido na Portaria FME nº 239/2001).

Para atender aos alunos público-alvo do Atendimento Educacional Especializado, o MEC elaborou um projeto de implementação de Salas de Recursos Multifuncionais (SRMs), por meio da portaria nº 13 de 24 de abril de 2007, com o objetivo de apoiar os sistemas de ensino na oferta deste atendimento de maneira complementar ou suplementar ao processo de escolarização nas salas de aula regulares. De acordo com Miranda (2011)

a sala de recursos multifuncionais é um espaço na escola onde acontece o atendimento educacional especializado para alunos com necessidades educacionais especiais, a fim de desenvolver a aprendizagem, baseadas em novas práticas pedagógicas, com o intuito de auxiliar esses alunos a acompanhar o currículo proposto pela escola, como também progredirem na vida escolar. (p. 97).

Portanto, as Salas de Recursos Multifuncionais são espaços localizados nas escolas de educação básica, onde acontece o AEE. Essas salas são organizadas com mobiliário, materiais didáticos e pedagógicos, recursos de acessibilidade e equipamentos específicos para atendimento dos alunos público-alvo da Educação Especial, em turno contrário à escolarização. O Atendimento Educacional Especializado deverá privilegiar a superação dos obstáculos, assim como a promoção das potencialidades dos alunos, por meio de trabalhos pedagógicos específicos de acordo com a necessidade de cada aluno. Para tanto, de acordo com Miranda (2011) faz-se importante ressaltar que a Sala de Recursos Multifuncionais não se caracteriza como ensino particular, nem como reforço escolar. Ele não está vinculado diretamente à necessidade de produção acadêmica, mas sim à promoção do desenvolvimento do aluno, da potencialização de suas capacidades e da instrumentalização para que o indivíduo elabore estratégias que o permitam lidar positivamente com as diversas situações em sua vida escolar e em sociedade.

¹⁵ A Coordenação de Educação Especial de Niterói considera alunos com severos comprometimentos aqueles que apresentam grande dependência para se locomover, comunicar, executar tarefas básicas de vida, autônoma e social, além daqueles que apresentam sérios desequilíbrios capazes de levá-los a colocar em risco a sua integridade física e emocional, assim como as dos demais membros da comunidade escolar.

Ocorre que, devido ao período em que estamos vivendo, de um grave desmonte de direitos, principalmente em se tratando da qualidade da educação em nosso país, Niterói, mesmo com todos os esforços, sofreu o impacto político e econômico que assola a todos.

De acordo com os documentos, com publicações no sítio da Prefeitura de Niterói e informações obtidas pelos setores pesquisados, em 2016, após a criação de 50 (cinquenta) cargos de Professor de Apoio Especializado, houve um concurso público para cumprir a demanda da Rede. Por conta de se ter uma demanda muito grande, uma vez que em 2017 tínhamos 1.148 alunos com deficiência regularmente matriculados, esse quantitativo de professores (50) não atendeu à necessidade das escolas, agravando ainda mais com o término de muitos contratos de Professores de Apoio. Há dois anos, a Rede contava com aproximadamente 800 (oitocentos) Professores de Apoio, sendo todos vinculados por meio de contrato temporário e, como exposto anteriormente, o quantitativo em 2017 reduziu para 563 (quinhentos e sessenta e três). O Ministério Público e o Sindicato dos Professores (SEPE) pressionaram a Prefeitura para chamamento de aprovados em concurso público realizado em 2016, vetando assim a contratação temporária de profissionais. Em Niterói, das 91 (noventa e uma) escolas da rede, apenas 59 (cinquenta e nove) possuem Sala de Recursos para o AEE. Vale ressaltar que os professores atuantes no AEE possuem vínculo estatutário com a FME.

Ainda em relação ao atendimento à pessoa com deficiência:

A gente tem a orientação da própria Secretaria de Educação que existe uma rede de regulação da rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência, que a gente faz inclusive parte dos fóruns, pra gente poder estar sempre se informando quanto a isso. Então, existe essa rede de encaminhamento, um sistema de regulação. E aí, a gente tem a orientação da própria secretária de educação que, enquanto escola, a equipe de articulação pedagógica pode fazer o encaminhamento para o posto de referência, pra Unidade de referência. Pode ser um posto de saúde, uma Unidade Básica de Saúde ou Médico de Família. E nessa unidade de referência, as famílias vão ter um primeiro atendimento e aí, sim, vão ser referenciados os atendimentos necessários, a especificidade de cada criança com deficiência. Nessa rede de atendimento à pessoa com deficiência existem as conveniadas, que são as parceiras desse sistema de regulação, a rede de atendimento da pessoa com deficiência, como a APAE, a Pestalozzi, a AFR, AFAC. Nessa rede, então, é que a gente vê o suporte acontecer ao atendimento da pessoa com deficiência. (E2).

Sobre o fluxo de encaminhamento da Educação para a Saúde:

Hoje a gente segue o fluxo mesmo, a gente encaminha pros postos de saúde, pras unidades básicas, médico de família. A entrada sempre é pela pediatria, a gente faz esse encaminhamento. Então, assim, o pediatra realmente verificando a necessidade de fazer novos encaminhamentos, aí ele vai dar prosseguimento, seja pra psicologia, seja pra fono, seja terapia ocupacional que, na verdade, a rede mesmo, ela não absorve tudo dentro dos postos. Então, você tem as instituições conveniadas, parceiras, é o quê? APAE, AFR, Pestalozzi, a AFAC que é ali no Fonseca (...), a

AFAC absorve muitas, que são instituições de reabilitação. Aí sim, a gente vai ter terapeuta ocupacional, fono, psicologia, dependendo da instituição musicoterapia, fisio respiratória, outras áreas. Mas assim, a gente sabe que essas instituições não conseguem dar conta. Por exemplo, a AFR qual público-alvo dela? Autismos e as questões motoras. A AFAC, ela já pega um todo. Porque assim a AFR, ela tem até um núcleo que eles chamam de deficiências intelectivas, mas é bem pequeno o atendimento, né, fora o foco dele. A AFAC não, ela já engloba mais as questões de deficiências intelectuais, tem o autismo, tem outras áreas não fica... as questões de deficiência visual, coisa que, por exemplo, a AFR não atua, né, ela pega um número maior. (E4).

Pelo exposto na entrevista, os encaminhamentos para os atendimentos terapêuticos são feitos através das escolas ou da Assessoria de Educação Especial da FME a um posto da UBS, especificamente ao profissional da pediatria. O mesmo avaliará e inscreverá o paciente no RESNIT, o Centro de Regulação de Niterói, conforme explicitado anteriormente. A partir da inscrição, o indivíduo aguardará o chamamento para designação da instituição a qual o atenderá em suas necessidades. Ocorre que, não há uma comunicação entre a Educação e a Saúde quando o agendamento para o tratamento é efetivado.

No que se refere à Educação Especial, o município de Niterói iniciou as matrículas de alunos com deficiência na década de 1980. Nessa época, a política de atendimento estava fundamentada no atendimento clínico-terapêutico, com um olhar muito mais ligado às patologias e aos déficits dos alunos do que necessariamente em suas potencialidades. O atendimento era feito por uma equipe constituída de psicólogos, fonoaudiólogos e pedagogos. No final da década de 90, as políticas de Educação Especial se consolidaram, com base nos princípios políticos-filosóficos e científicos da inclusão educacional.

A Coordenação de Educação Especial faz parte da Superintendência de Ensino da Fundação Municipal de Educação de Niterói. Esta superintendência é o setor responsável pela execução, acompanhamento e avaliação do processo educacional desenvolvido nas escolas do município. Para executar tal função, o referido setor conta com assessoramento das diversas coordenações de modalidades e categorias de ensino. São elas: Educação Infantil, Primeiro Ciclo, Segundo Ciclo, Terceiro e Quarto ciclos, Educação de Jovens e Adultos, Educação Especial, Educação e Saúde, Educação Ambiental, entre outros. Para além das ações destas coordenações, conta também com a colaboração de outros departamentos como: Gestão Escolar, Nutrição, Programas Especiais, Administrativo, Centro de Tecnologia, Assessoria de Comunicação, Gestão de Pessoas, Controle interno e financeiro, setor de obras, entre outros.

Em relação às legislações, a Portaria FME/Niterói n° 087/2011 dispõe sobre as Diretrizes e os Referenciais Curriculares no município e, em seu capítulo IV, Da Educação Especial, explicita:

Art. 35: A Educação Especial se dá na perspectiva da Inclusão, observada a legislação vigente sobre a questão, considerando-se aluno com necessidades educacionais especiais (NEE) aquele que apresenta, em caráter permanente ou temporário, deficiência física, sensorial ou mental, síndromes, altas habilidades/superdotação e transtornos globais do desenvolvimento.

Em agosto de 2017, foi aprovada a Deliberação CME (Conselho Municipal de Educação de Niterói) nº 035/2017, que estabelece normas para regulamentar a inclusão de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação e o Atendimento Educação Especializado, nas formas complementar e suplementar, no Sistema Municipal de Ensino de Niterói. A Deliberação regula o acesso, a permanência e o desenvolvimento dos alunos com deficiência regularmente matriculados na rede de Ensino e se apresenta como um avanço nas discussões sobre educação inclusiva no município de Niterói, uma vez que passa a regulamentar muitas ações praticadas e defendidas no cotidiano da Educação Especial, mas que necessitavam de um amparo legal.

A Coordenação de Educação Especial da Rede Municipal de Ensino é composta por professores e técnicos (fonoaudiólogos e psicólogos) para operacionalizar a inclusão de alunos com deficiência, transtorno global de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas. Tal Coordenação atende às escolas da rede municipal por polos regionais, conforme tabela a seguir:

Quadro 2 - Pólos Regionais de Coordenação de Educação Especial

PÓLO	BAIRROS
1	Centro, São Domingos, Ilha da Conceição, Ponta da Areia, Bairro de Fátima
2	Fonseca, Santa Bárbara
3	Ititioca, Caramujo, Fonseca (parte), Viçoso Jardim
4	Maceió, Badu, Pendotiba, Maria Paula, Sapê, Cantagalo
5	Barreto, Engenhoca, Morro do Castro, Tenente Jardim
6	Santa Rosa, Grota, São Francisco, Icaraí, Jurujuba, Charitas
7	Cafubá, Jacaré, Itaipu, Engenho do Mato, Piratininga, Várzea das Moças, Rio do Ouro

Fonte: Dados fornecidos pela FME (2018).

Até o ano de 2015, havia um Coordenador de Educação Especial responsável por cada Pólo. No atual momento, há um déficit de aproximadamente quatro coordenadores na equipe, dificultando, assim, o acompanhamento de forma eficaz de todas as escolas da Rede em seus Atendimentos Educacionais Especializados.

O Município conta, segundo dados cedidos pela Coordenadoria de Educação Especial da Fundação Municipal de Educação de Niterói (FME) em dezembro de 2016, com um total de 59 Salas de Recursos Multifuncionais, onde atuam 90 professores com formação específica de AEE ofertados pela FME, apoiando a 719 alunos com deficiência incluídos em classes regulares.

No gráfico a seguir, observa-se o quantitativo de alunos com deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação no ano de 2017:

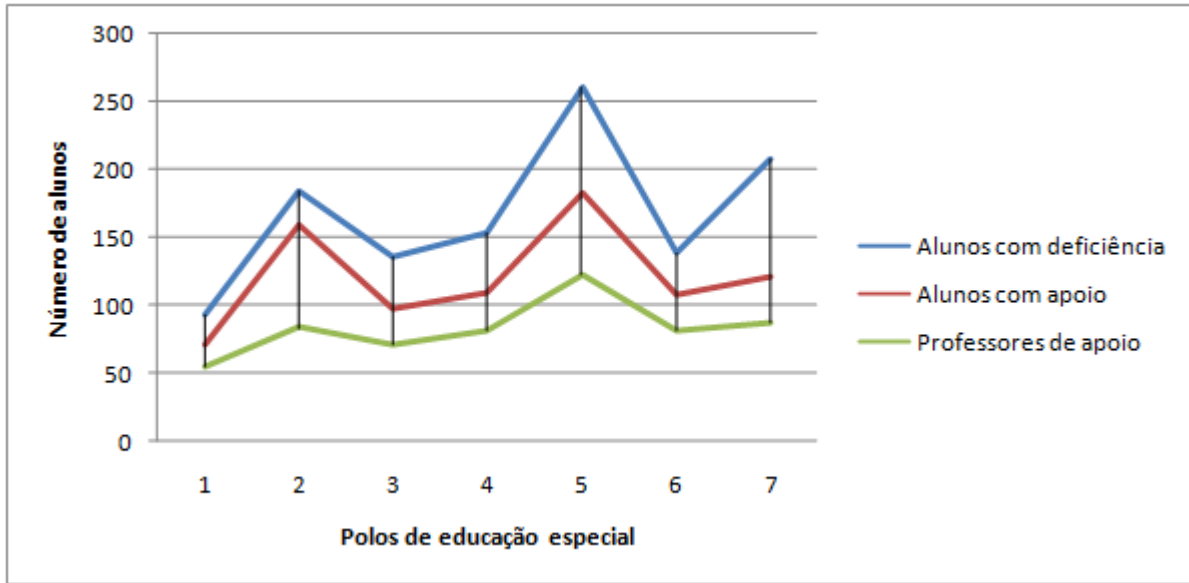
Gráfico 1 – Quantitativo de alunos matriculados de acordo com a deficiência



Fonte: Documentos internos da Fundação Municipal de Educação de Niterói (2017).

Pode-se observar que há nas escolas da Rede um número razoável de alunos com deficiência intelectual, Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) e deficiência física, envolvendo a encefalopatia. As formalidades desse processo constituem-se no arcabouço estruturante das práticas, visto que compete à educação organizar espaços e tempos formais para uma trajetória acadêmica, explícita e sistemática, atenta às especificidades de cada educando, mas sem ignorar as dimensões plenas da vida humana e do exercício profissional nos dias de hoje.

Em relação à mediação feita aos alunos com deficiência pelos Professores de Apoio, destacamos o gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Quantitativo de alunos e professores de apoio - 2017

Fonte: Documentos internos da Coordenadoria de Educação Especial (2017).

Através dos dados obtidos, podemos verificar que, mesmo com todo o esforço para se efetivar uma Educação Especial na Perspectiva Inclusiva, há um caminhar longo e árido que acabam por dificultar a efetivação dos direitos desses sujeitos.

De acordo com o gráfico, a Coordenação de Educação Especial aponta que no Município de Niterói há 91 escolas, atendendo a um total aproximado de 29.300 alunos, em que 1.148 são alunos com deficiência incluídos em classes regulares, ou seja, em torno de 4%. A Fundação Municipal de Educação contrata os Professores de Apoio através de processo seletivo simplificado e conta com 563 professores em acompanhamento pedagógico aos alunos. O Professor de Apoio atua como um mediador na intervenção pedagógica desses alunos, em parceria tanto com o professor regente da turma, quanto com o professor de Sala de Recursos. No entanto, percebemos que há uma defasagem na relação aluno/professor de apoio, havendo situações em que um mesmo professor de apoio acompanha três alunos com deficiência.

A Fundação Municipal de Educação, através da Assessoria de Educação Especial, desenvolve programas e projetos específicos para subsidiar a ação pedagógica com alunos com deficiência, entre eles, o *Programa de Sala de Recursos*, o *Programa Núcleo de Pais e Amigos da Inclusão (PAI)*, o *Programa de Pedagogia Hospitalar*, a *Oficina de Tecnologias Assistivas*, o *Programa de Transporte Acessível*, *Programa de Formação de Professores*, *Programa de Professores de Apoio* e o *Programa de Bilinguismo*, que possui em sua estrutura 36 professores especializados.

O Atendimento Educacional Especializado, regulamentado pelo Decreto nº 7611 (BRASIL, 2011), tem como objetivo complementar ou suplementar a formação dos alunos com o foco na autonomia na escola e fora dela, devendo acontecer nas Salas de Recursos Multifuncionais/SRMs, preferencialmente no contraturno da escolarização. Assim, os alunos com deficiência deverão frequentar as turmas regulares inclusivas em um turno e Sala de Recursos no turno inverso. O público desse atendimento são alunos com deficiência física, intelectual, mental ou sensorial (cegueira, baixa visão, surdo-cegueira, surdez e deficiência auditiva); os alunos com transtornos globais do desenvolvimento (Transtorno do Espectro Autista/TEA, Síndrome de Rett, psicoses e outros transtornos invasivos do desenvolvimento) e alunos com altas habilidades e superdotação.

O Núcleo Pai e Amigos da Inclusão (PAI) foi criado para atender aos familiares dos alunos com deficiência, matriculados na Rede Municipal de Educação de Niterói, desenvolvendo diversas ações contínuas como a parceria com uma rede de dispositivos, atendimento individualizado às famílias, estudo de casos, realização de encontros e grupos de pais de caráter reflexivo para troca de experiências e acesso à informação, mediados por uma psicóloga e uma assistente social.

O Programa de Pedagogia Hospitalar é destinado a crianças e adolescentes que, por problemas de saúde, encontram-se impossibilitados de frequentar a escola. Para tal, a Coordenação de Educação Especial conta com uma equipe de 4 professores atuando nos Hospitais Getúlio Vargas Filho e Antônio Pedro no atendimento a alunos que, por problemas de saúde, deverão se manter por longo tempo em sistema de internação. O atendimento pedagógico domiciliar faz parte do referido Programa, constituindo-se como um serviço também voltado às crianças e adolescentes em tratamentos de saúde. No entanto, estes alunos não se encontram em hospital, mas com permanência prolongada em domicílio, não apresentando condições físicas e/ou psicológicas de frequentar a escola.

A oficina de Tecnologia Assistiva visa atender a alunos com limitações físicas e de comunicação em suas necessidades adaptativas no processo educacional. Contando com uma professora especializada, em parceria com as professoras de Sala de Recursos Multifuncionais, este programa acontece por meio de avaliação das necessidades dos alunos incluídos e produção dos materiais adaptados individuais e coletivos necessários à independência e atuação destes alunos no processo escolar. A tecnologia assistiva escolar visa buscar, com criatividade, alternativas que possam facilitar o acesso ao currículo, por meio de estratégias que aumentem a capacidade de ação e interação do educando, a partir de habilidades próprias para realizar o que deseja ou precisa para sua comunicação, leitura,

escrita, mobilidade, brincadeiras, artes, aquisição de conceitos e participação nas mais diversas atividades propostas no ambiente escolar. Para tal, conta também com ações de formação de professores multiplicadores na intenção de que as escolas e os profissionais que a constituem possam se tornar, cada vez mais, independentes no atendimento aos alunos com deficiências.

O Programa de Transporte Acessível se iniciou em função da necessidade de suporte para locomoção que alunos com deficiência física apresentaram como necessidade à sua escolaridade. De acordo com o relato da Coordenação de Educação Especial, a necessidade de tal serviço se afirmou com o grande número de faltas às aulas por parte de alunos com comprometimentos físicos, em função da grande dificuldade de transporte acessível disponibilizado pelas empresas de transportes públicos.

Sendo assim, de acordo com Pintor (2011) o município de Niterói, com base no Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004, sobre o direito à acessibilidade, instituiu o Programa de Transporte Acessível. Atualmente, tal serviço é composto por dez vans adaptadas, com o suporte de 10 motoristas e 10 ajudantes com formação em serviço dada pelo próprio município de Niterói, para atuar com os alunos com dificuldade de marcha e locomoção e que utilizam cadeiras de rodas, no traslado (casa-escola-casa) de 150 alunos da rede municipal de Niterói, nos turnos da manhã, tarde e noite.

O Programa de Formação de Professores da Coordenação de Educação Especial mantém Programa Permanente de Capacitação e Atualização em Serviço, que de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9394/96), em seu inciso III do Artigo 59 indica: “Professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento educacional especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns” (BRASIL, 2004, p. 119). Assim, com a intenção de proporcionar aos alunos e professores possibilidades de atuação na escola inclusiva, o município de Niterói, por meio do Programa de Formação de Professores, promove cursos específicos nas áreas das diversas deficiências. Nos últimos dez anos, foram desenvolvidos cursos gratuitos para todo e qualquer profissional de educação interessado em LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), Braille, Deficiência Física, Deficiência Intelectual, Autismo, Surdez e Bilinguismo, Síndromes Genéticas na Escola, Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), Neurociência Aplicada à Educação, Grafia Braille, Comunicação Alternativa, Atendimento Educacional Especializado (AEE), entre outros. A oferta de tais cursos, de acordo com relato da Coordenação de Educação Especial, tem se refletido em

maiores possibilidades de atendimentos especializados à crescente demanda de alunos com deficiência nas escolas do município de Niterói.

O Programa de Professores de Apoio vai de encontro ao plano de cargos, carreiras e vencimentos do referido município, compreendendo o cargo que se destina ao exercício do magistério, especificamente, no 1º e no 2º ciclos do ensino fundamental e no 1º e no 2º ciclos da educação de jovens e adultos, bem como, na condição de professor de apoio educacional especializado, em classes inclusivas, na educação infantil ou no ensino fundamental, incluindo a execução de trabalhos e atividades de natureza pedagógica.

Com base em documentos internos da Coordenação de Educação Especial, na Rede Municipal de Ensino de Niterói, a garantia de um professor de apoio em sala de aula resulta em dois objetivos específicos: primeiro por ser um facilitador na intervenção pedagógica para o aluno com severos comprometimentos em seu desenvolvimento e aprendizagem; e em segundo lugar é uma parceria que se estabelece com o professor regente, no caso deste possuir uma turma com esse ou mais alunos com deficiência (conforme estabelecido na Portaria FME nº 239/2001).

O Programa de Bilinguismo para alunos surdos do município de Niterói teve sua origem em 2004 e seu objetivo prioritariamente, é com a garantia de acesso à Língua e Cultura próprias da comunidade surda, assim como a garantia de estratégias visuais que possibilitem o acesso ao conhecimento e ao estabelecimento de trocas significativas nos diversos espaços escolares. Hoje, o Programa de Bilinguismo de Niterói atende, em média, a 123 alunos com surdez ou deficiência auditiva, distribuídos em 12 escolas do município, porém com maior concentração de alunos surdos e profissionais especializados em quatro destas escolas, embora, quando necessário, suas ações se estendam a outras unidades escolares. Tal organização acontece devido à necessidade de manter grupos de convivência entre surdos para garantir a manutenção da língua e da cultura surda.

No próximo subitem, discorreremos a respeito de como se efetivam as políticas de atenção à saúde no município de Niterói para posteriormente, apresentarmos a especificidade desse atendimento no atendimento à pessoa com deficiência no referido município.

3.3 As políticas de atenção à saúde no município de Niterói

A Secretaria Municipal de Saúde incorporou à sua estrutura a Fundação Municipal de Saúde (FMS) – entidade pública que tem como presidente o próprio Secretário de Saúde – e

várias outras instâncias de gestão, a fim de viabilizar o gerenciamento de uma gama de unidades e serviços incorporados ao SUS.

A Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS) foi criada com autorização da Lei nº 718/1988, com total autonomia em relação à Prefeitura, sendo responsável pela gestão do Fundo Municipal de Saúde, tendo por missão:

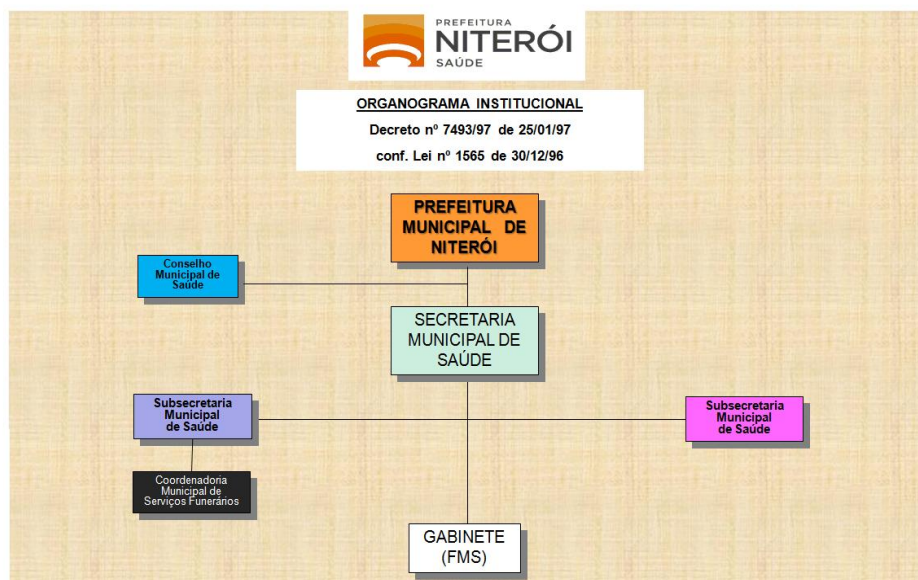
oferecer aos clientes de Niterói e região Metropolitana II, um atendimento na área da saúde pública, provendo uma rede de serviços de fácil acesso, hierarquizada, integral, com acolhimento e atenção adequada, em unidades de agradável ambiência.

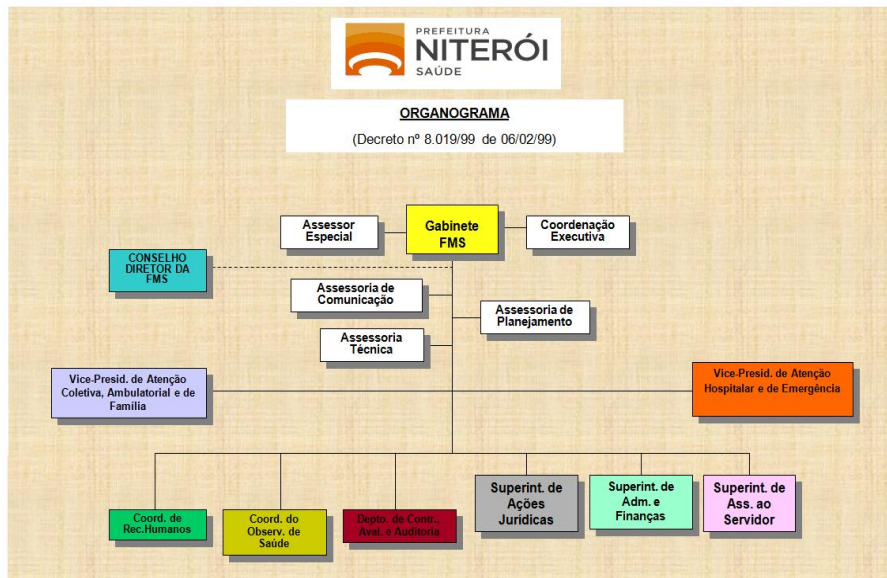
Em 1991, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde que elegeu o Conselho Municipal de Saúde, formado por usuários, profissionais de saúde e membros do poder público. O Conselho tem caráter deliberativo e constitui-se na instância decisória da política de saúde no nível local.

Segundo os coordenadores entrevistados na pesquisa, a secretária de Saúde acumula a função de Presidente da Fundação Municipal de Saúde, diferentemente do que ocorre na Educação. Justificam a existência de uma fundação como uma forma de dar mais agilidade à operacionalização das ações, principalmente no que diz respeito a questões orçamentárias, gerenciamento de verbas.

De acordo com os organogramas cedidos pela Assessoria de Comunicação da Prefeitura de Niterói, pode-se observar:

Figura 1 - Organogramas da Prefeitura Municipal de Saúde de Niterói





Fonte: Documentos internos da Assessoria de Comunicação (ASCOM) da Secretaria Municipal de Saúde.

Observando os organogramas acima, ainda em vigência até o presente momento, observa-se que a Fundação Municipal de Saúde/FMS, hierarquicamente, apresenta a mesma posição que a Secretaria Municipal de Saúde/SMS. Os organogramas apontam que a FMS possui um caráter de gestão, como um todo, da saúde de Niterói, enquanto a SMS se encarrega da regulação. A administração central da SMS e da FMS, com a Assessoria de Comunicação/ASCOM, Assessoria de Planejamento, Assessoria Técnica/ASTECA, Biblioteca, COEXE, Coordenação de Recursos Humanos/CORHU, Comissão Permanente de Licitação/CPL, Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria/DECAU, Núcleo de Engenharia e Arquitetura/NEA, Núcleo de Educação Permanente/NEP, Núcleo de Tecnologia

da Informação/NTI, Ouvidoria, Superintendência de Assessoria Jurídica/SAJ, Superintendente/SUAFI e Superintendência de Assistência ao Servidor/SUASE.

Há ainda a Vice Presidência de Atenção Hospitalar/VIPAHE, responsável pelos hospitais da rede municipal, e a Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família/VIPACAF, onde estão incluídos o setor de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Controle de Zoonoses, o Ambulatório Municipal de Alergia Alimentar, a Coordenação de Saúde Mental e o Departamento Técnico de Supervisão Metodológica/DESUM, bem como as Policlínicas, Unidades Básicas de Saúde e laboratórios

Como objetivos estratégicos da FMS, podem-se citar: governança, equilíbrio financeiro, adequação legal, comunicação interna e externa, logística de suprimentos, qualificação dos gestores, gestão de recursos humanos, incorporação tecnológica, oferta de serviços, padronização de macroprocessos, monitoramento dos indicadores epidemiológicos e da gestão.

A rede de saúde conta com 6 (seis) hospitais e 5 (cinco) Unidades de Urgência. Além de 36 (trinta e seis) Unidades de Saúde da Família (Programa Médico da Família), 8 (oito) Unidades Básicas de Saúde, 7 (sete) Policlínicas Regionais, 2 (duas) Policlínicas de Especialidades e uma Comunitária: (Fonte: Sítio eletrônico da FMS, 2017)

Figura 2 - Rede Municipal de Assistência à Saúde



Fonte: Documentos internos da Assessoria de Comunicação (ASCOM) da Secretaria Municipal de Saúde.

A rede de saúde de Niterói possui Atenção Básica e Atenção Especializada. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade.

Na UBS, é possível receber atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais.

A Atenção Básica é composta pelas Unidades Básicas de Saúde, as policlínicas regionais e o Programa Médico de Família (PMF), com seus módulos que atendem, atualmente, em torno de 70% (setenta por cento) da população do município.

As unidades básicas são estruturas anteriores à introdução do PMF. Elas coexistiram, em determinado tempo, em algumas unidades básicas que, gradativamente, foram se transformando em módulos de Médico de Família. Tal transformação se deu à medida que a organização dos territórios foi acontecendo.

A Fundação Municipal de Saúde de Niterói concebeu sua proposta de Saúde da Família como uma estratégia de equidade, uma vez que ela se implantaria nas áreas de maior risco social e ambiental do município, privilegiando moradores com renda familiar mensal inferior a cinco salários mínimos.

Para implantação do PMF, foram considerados alguns requisitos básicos como critérios, a saber:

- 1) bairros ou aglomerações populacionais de baixa renda, não contemplados pelo poder público local com equipamentos sociais;
- 2) estrutura geograficamente fechada, constituindo conjunto populacional definido, com perfil socioeconômico semelhante, com vistas à descrição da clientela ao serviço. Tal requisito é algumas vezes questionado, pois pode sugerir, na consideração de clientela encerrada em fronteiras, contraposição ao princípio da universalidade. No caso de Niterói, segundo a Secretaria de Saúde, não se trata de restringir acesso aos serviços, e sim ampliá-los, uma vez

que nenhuma unidade de atenção primária teve suas portas fechadas para abrigar um módulo do PMF;

3) existência, na área, de organização comunitária com vínculos locais e perspectivas organizativas, que permitam co-gestão do modelo.

4) os profissionais de saúde são contratados pelas Associações de Moradores em regime de 40 horas de trabalho semanal, regidos pela CLT, através de repasse integral de recursos financeiros do poder público municipal às associações, que necessitam estar legalmente constituídas. Os profissionais do PMF (coordenadores, supervisores, médicos e auxiliares de enfermagem) são contratados através do contrato de co-gestão que se estabelece entre poder público e sociedade civil organizada.

5) os módulos (serviços de saúde do programa) são divididos em microáreas (setores). Cada setor abrange em média 1.200 pessoas. Um módulo deverá ter tantos setores quantos forem necessários para cobrir toda a população da área. A área geográfica de abrangência de cada setor deve permitir o acesso da equipe básica (médico e auxiliar) a todos os domicílios do setor, e das pessoas ao Módulo, sem o uso de meios de transporte.

6) todas as famílias do local deverão ser cadastradas (Cadastro Familiar). Somente depois de cadastrada e conhecido o perfil socioeconômico, ambiental, e as principais patologias referidas pela comunidade, é que se iniciam os trabalhos nos módulos.

7) as ações da equipe básica de saúde serão executadas no interior dos módulos, nas residências, na rede de referência de saúde do município, quando necessário, e/ ou nos equipamentos sociais da comunidade. Os profissionais deverão dividir sua carga horária entre os trabalhos de consultório (20h) e de campo (20h). Cada equipe fará agendamento prévio das famílias inscritas para atendimento ambulatorial e domiciliar, progressiva e continuamente, até que seu universo populacional seja todo abrangido (SOUSA, 2015).

Buscando equacionar o descompasso entre o perfil profissional existente hoje no mercado e o requerido pela nova lógica de modelo proposto pelo PMF, este trabalha com a concepção de Grupo Básico de Trabalho (GBT). Cada GBT é constituído por um coordenador, uma equipe de supervisores (composta por clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, sanitarista, assistente social, enfermeiro e psiquiatra ou psicólogo), que darão apoio técnico e metodológico à equipe básica, que é constituída de médicos generalistas e auxiliares de enfermagem.

O coordenador representa o elo fundamental da equipe com as instâncias superiores da Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos relacionados ao programa. Referência para a secretaria e/ou estabelece, por delegação, articulações interinstitucionais de interesse do

programa. É responsável pelo controle metodológico, através do gerenciamento de atividades dos supervisores e equipe básica. Intermedeia a relação entre a equipe básica e as associações de moradores, desmonopolizando saberes acerca da metodologia do programa, contribuindo na co-gestão do trabalho. É também responsável pela reunião trimestral com o GBT para avaliação da metodologia.

O supervisor compõe a banca de seleção das equipes. Cada equipe de supervisão é responsável por até 20 equipes básicas (médico e auxiliar de enfermagem nos módulos). Outra tarefa do supervisor consiste em realizar treinamento em serviço, elaborando e organizando o processo de educação continuada, através de treinamento semanal de rotina, momento em que as equipes deixam suas áreas de atuação para a participação no treinamento semanal. Cada módulo deverá ser visitado semanalmente por cada supervisor que realiza, ainda, interconsultas no consultório e/ou domicílio. Além disso, ele avalia o desempenho das equipes, através do acompanhamento da implementação dos protocolos de trabalho, assim como operacionaliza a referência e contra-referência.

As necessidades de encaminhamento aos níveis de maior complexidade do sistema são em primeira instância discutidos com a equipe de supervisão, na busca de maior resolutividade possível no nível local. Cada módulo do PMF está vinculado a uma policlínica regional, que conta com especialidades que demandam menor aparato tecnológico, como cardiologia, dermatologia, endocrinologia, nutrição, odontologia etc. As demais especialidades médicas são referenciadas às policlínicas de especialidades. A coleta de material (sangue, fezes, urina) para exames complementares é feita nos módulos pelas auxiliares de enfermagem e encaminhadas pelo serviço ao laboratório de referência. Tal processo é aligeirado por um veículo disponibilizado pelo PMF para cada grupo básico, que circula diariamente para atender às necessidades dos módulos. Assim como o material coletado para exames, os preventivos, as solicitações de consultas especializadas e exames são agilizados por esse veículo, que traz ao Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) as solicitações, que retornam aos módulos com dia e hora marcados. As solicitações de internação hospitalar são encaminhadas à Central de Regulação do município, que define a unidade hospitalar a ser encaminhado o usuário.

As policlínicas regionais foram pensadas com a competência de atender determinado território e fazer a referência de integração dessa rede. Tal processo de transformação não foi linear. Na medida em que a atenção básica foi se ampliando, as policlínicas incluíam, inicialmente, parte da atenção básica sem cobertura de serviços suficiente, tais como cardiologia, neurologia e fisioterapia. Com o passar do tempo, as policlínicas regionais

passaram a alocar as especialidades, fazendo um papel de referência de ambulatório especializado para a atenção básica, de interlocução e integração.

Quadro 3 - Policlínicas Regionais

POLICLÍNICA REGIONAL	BAIRRO
Dr. Carlos Antonio da Silva	São Lourenço
Dr. Sergio Arouca	Santa Rosa
Dr. Guilherme Taulor March	Fonseca
Dr. Francisco da Cruz Nunes	Largo da Batalha
Assistente Social Maria Aparecida da Costa	Itaipu
Dr. Renato Silva	Engenhoca
Dr. João da Silva Vizella	Barreto

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Além das policlínicas regionais, a rede conta com duas Policlínicas de Especialidades: Sylvio Picanço, localizada no Centro de Niterói, que concentra programas e serviços mais especializados, como acupuntura, angiologia, assistência social, audiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, psicologia, radiologia e reumatologia, e a policlínica em Atenção à Saúde da Mulher Malu Sampaio, localizada também no Centro da cidade, com patologia cervical (colo do útero), patologia mamária, obstetrícia (alto risco), obstetrícia (adolescente), fisioterapia, psicologia e ultrassonografia.

O atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais: Hospital Municipal Carlos Tortelly (antigo Centro Previdenciário de Niterói); o Hospital Orêncio de Freitas, que era um hospital federal e foi municipalizado; o Hospital Getúlio Vargas Filho (Getulinho), que era estadual e também foi municipalizado; o Hospital Psiquiátrico Jurujuba; a Maternidade Alzira Reis; e a Unidade de Urgência Mário Monteiro.

A Portaria n° 1.034, de 05 de maio de 2010, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas, com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Considerando que, segundo o art. 30, inciso VII, da Constituição, e os arts. 18, inciso I, e 17, inciso III da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Município e, supletivamente, ao Estado, gerir e executar serviços públicos de

atendimento à saúde da população, podendo ambos recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária;

Considerando o contido no art. 16, inciso XIV, da Lei nº 8.080, de 1990, segundo o qual compete à direção nacional "elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde";

Art. 1º Dispor sobre a participação de forma complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que:

I - comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e,
II - haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, a FMS possui uma Rede complementar, que inclui o Hospital Universitário Antonio Pedro, como um executor público, bem como 16 (dezesseis) prestadoras, conveniadas ou contratualizadas, nos diversos serviços prestados.

A complementaridade da participação privada na prestação de serviços públicos de saúde, prevista na Constituição, não se refere à hipótese de incentivo estatal à prestação privada de serviços de saúde, mas de serviços públicos de saúde prestados por particulares. A complementaridade da participação privada nos serviços de saúde conduz, portanto, ao reconhecimento da possibilidade de delegação de serviços públicos de saúde a particulares, a ser instrumentalizada por meio de ajustes celebrados com a iniciativa privada.

Para tanto, a FMS contratualizou as prestadoras das áreas de oftalmologia, como o Hospital Santa Beatriz e a Clínica de Olhos Pegado (Clinop); para a área de doenças renais crônicas, a Clínica de Doenças Renais (CDR) e mais duas instituições; um Centro de Imagem; o Laboratório Dom Bosco e as prestadoras na área de Reabilitação: como a Associação de Amparo aos Cegos (AFAC), a Sociedade Pestalozzi, a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), Associação Pais e Amigos Deficientes da Audição (APADA), Associação Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos (ANDEF) e o Instituto de Medicina de Reabilitação de Niterói (IMR). Esses quatro últimos prestadores iniciaram a contratualização em janeiro de 2018 (FMS, 2018).

Ao final da pesquisa, caberiam, portanto, alguns questionamentos: por que a Rede de Niterói foi constituída, desde seu princípio, no formato de Fundações? Por que, no que se refere ao PMF, os trabalhadores da saúde não se constituem como funcionários públicos, mas foram contratados pelo regime de CLT? Por que, no que tange ao atendimento específico para as pessoas com deficiência, todo o processo se configura através de prestadores de serviço

contratualizados? Essas indagações nos instigaram no processo de pesquisa, buscando saná-las nas entrevistas que serão apresentadas e analisadas no próximo capítulo.

3.3.1 O atendimento à saúde da pessoa com deficiência no município de Niterói

A articulação entre educação e saúde foi estabelecida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência/Ministério da Saúde (2008), construída pela Secretaria de Atenção à Saúde, tratando assim de responsabilidades institucionais e suas articulações intersetoriais.

Propõe o documento (2008, pp. 46-47) que o Ministério da Educação estabeleça parcerias com o SUS da seguinte forma:

A parceria com tal Ministério buscará, sobretudo:

- a) a difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;
- b) o estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa portadora de deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;
- c) a garantia de retaguarda clínica às pessoas portadoras de deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;
- d) a reavaliação e a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da Saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta política;
- e) a colaboração com as secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e na capacitação dos docentes para o trabalho com as pessoas portadoras de deficiências, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;
- f) a inclusão de conteúdos relacionados à reabilitação nos currículos dos cursos de graduação da área da Saúde.

Mesmo considerando que o conceito de portabilidade existente no termo “*pessoa portadora de deficiência*” há mais de duas décadas tem sido objeto de contraposição, por trazer em si estereótipos ligados à falta, ao déficit, à doença e a um possível contágio, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência/Ministério da Saúde (2008) é muito importante por suas propostas de articulação entre as instituições, ampliando as possibilidades de inclusão social e educacional.

A rede de atenção básica é uma porta de entrada preferencial para o atendimento clínico, para todas as pessoas, com ou sem deficiência. Segundo uma coordenadora entrevistada, ainda não há um mapeamento feito pela FMS acerca da população com deficiência que perpassa por esse processo de atendimento ambulatorial.

(...) essa população está cadastrada, mas nós não temos essa avaliação, mas essa população está cadastrada e no cadastro tem a especificidade de todos os usuários com as suas questões. Acredita-se que tenha com relação à deficiência. Agora, o atendimento específico, na verdade, para população com deficiência, ela veio se dando nas instituições que hoje são habilitadas como Centro de Referência. Então, a unidade atendia. Se ela não tinha condições de absorver ela encaminhava para esses prestadores. (S3).

O marco de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi regulamentada pela Portaria nº 793/2012, do Ministério da Saúde (MS), por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 12. O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com:

- I - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e
- II - atenção odontológica.

Art. 13. A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

- I - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;
- II - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;
- III - educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;
- IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;
- V - publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;
- VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;
- VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;
- IV - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência;
- e
- X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência (RCPD) apresenta-se como uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as demandas das pessoas com deficiência, bem como iniciar precocemente as ações de reabilitação e prevenção de incapacidades.

Como citado anteriormente, as prestadoras no atendimento à pessoa com deficiência, no município de Niterói, são:

Quadro 4 - Prestadoras no Atendimento à Pessoa com Deficiência

PRESTADORA	BAIRRO
AFAC	São Lourenço
PESTALOZZI	Pendotiba
AFR	Icaraí
APADA	São Domingos
APAE	Centro
ANDEF	Rio do Ouro
<i>IMR</i>	<i>Itaipu</i>

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Ainda sobre o atendimento na rede de saúde:

Então, na realidade assim, hoje essa rede está tentando se organizar, porque até então a gente tinha um fluxo que não era organizado. Quando ia para as prestadoras, nós tínhamos o nosso fluxo de atendimento. As unidades básicas, porque o PMF também é atenção básica. Eles enviariam à Clínica da Família, faziam um acolhimento, um atendimento de atenção básica, mandavam pras Policlínicas as especialidades. Nas Policlínicas tinham fono, fisio, terapia ocupacional. Eram atendidos, e aqueles casos que demandavam outros tipos de atendimento que não poderiam ser acolhidos nas Policlínicas por ser alta complexidade, iam para a rede conveniada. Só que isso era de uma forma muito ampla e, muitas das vezes, eles demandavam também aquilo que sobrecarregava, que não conseguia se atender também porque se cedia, também ia pra rede conveniada e a rede conveniada absorvia isso, né? Como a regulação, que iniciou então esse projeto e esse processo da regulação da reabilitação, o que aconteceu? Então agora existe um fluxo que está sendo denominado de forma mais objetiva. Então passa esse fluxo pela unidade de saúde, pela atenção básica, ali eles encaminham... fazem uma triagem e encaminham pra Policlínica os casos que devem ser atendidos na Policlínica, e a Policlínica então verifica aqueles que são casos de reabilitação e enviam então pro sistema pra poder fazer a reabilitação. (S1).

O sistema de regulação citado pela entrevistada denomina-se Regulação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, através do RESNIT – módulo RCPD. Trata-se de uma ferramenta que foi desenvolvida pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DECAU), a partir de um sistema operacional informatizado, a fim de facilitar as ações de regulação, que tem como objetivo garantir o acesso aos serviços especializados de reabilitação, a partir de cotas definidas e organização de fila conforme pactuação

estabelecidas pelo Programa de Pactuação Integrada (PPI) e da organização das redes de assistência.

O RESNIT iniciou em agosto de 2017, na pactuação com os 92 municípios e, em Niterói, especificamente, em dezembro do mesmo ano. A própria regulação potencializou evidenciar as demandas de serviços referentes à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência de Niterói e de quase todo o estado do Rio de Janeiro, contribuindo para uma intersectorialidade, fazendo interfaces com a educação, com a assistência e outros órgãos:

Por exemplo, hoje nós estamos discutindo o georreferenciamento que veio por uma demanda da Coordenadoria de Acessibilidade, que eles têm um serviço de transporte, que é o Ponto a Ponto que eles transportam as pessoas para o atendimento. Eles demandaram o nosso cadastro, o cadastro do RESNIT (...) Então veja, a integração ela começa a acontecer por dentro do Município, e aí a gente, quando vê a demanda do georreferenciamento, pensou, “bom, se nós temos o cadastro, nós temos esses dados, por que não nós trabalharmos o georreferenciamento e ofertar esse produto?” Então, a gente já está fazendo a interlocução com os setores específicos pra isso. (S3).

Vale ressaltar, que dois setores vinculados a FMS/Niterói, de forma articulada, trabalham diretamente na regulação da RCPD, que são o DECAU (Departamento de Controle, avaliação e Auditoria) e o DESUM (Departamento Técnico de Supervisão Metodológica). O DECAU é responsável por desenvolver o sistema de regulação, pelo processo de contratualização da rede complementar de saúde para dar suporte às prestadoras, bem como trabalhar com a importação do sistema de regulação. Porém não é de sua responsabilidade a operacionalização do processo de regulação, e sim do DESUM, com sua equipe de multiprofissionais (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional). O DESUM é um departamento que concentra todas as coordenações e os Programas de Saúde (MS), como: PSE (Programa de Saúde na Escola), Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Hipertensão e Nutrição, Saúde da Criança e do Adolescente, Tabagismo e Saúde Bucal, Prevenção à Violência, e as Coordenações de Fonoaudiologia e Fisioterapia (FMS, 2017).

Sobre o trabalho desempenhado pelo DESUM, comenta S1:

Porque como a gente tem pelo Ministério da Saúde todos os programas de saúde, que é Programa da Criança e do Adolescente, o Programa da Mulher, o Programa do Homem, o Programa do Idoso, do Tabagismo, da Nutrição que é a parte de... tem a parte do Bolsa Família, tem a parte da nutrição, agora o PSE. Ah, da Violência, que tem a Coordenação da Violência, que também está tendo, assim, uma repercussão muito grande. (...) Então assim, esses programas, na realidade, os coordenadores se concentram aqui, porque ele é um Departamento Científico Técnico Metodológico, ele se concentra nas coordenações e a gente trabalha em conjunto, né? E tem coordenação de Fono e de Fisioterapia. Então, a gente trabalha de forma em conjunto. Por exemplo, a fonoaudiologia está inserida no Programa do Idoso, no

Programa da Criança, no Programa da Mulher, a mesma coisa a fisioterapia, as demandas, a gente vai então agindo dessa forma com a coordenação. E cada coordenação tenta cumprir os programas do Ministério da Saúde. Então, todos os programas do Ministério da Saúde que envolvem o programa da criança é acompanhado por esses coordenadores. Entendeu? Desde a taxa de mortalidade infantil, a questão das vacinas, da imunização, tudo isso é acompanhado pelo programa. Então, a gente tem todos os dados e acompanha direto nas unidades, com supervisão. Isso falando de maneira geral, com todas as coordenações acontecendo da mesma forma. E aí tem as unidades, e faz capacitação com os profissionais, você (vai) nas unidades pra ver o que está acontecendo, pede planilha pra eles enviarem. Então a gente tem que ter um controle desse programa. Entendeu? De alguma forma. Isso acontece com todos os outros. Na fono, a gente tem que fazer supervisão, conversar com os fonoaudiólogos, fazer a capacitação, se tem algum problema a gente tentar amenizar. Essa questão da microcefalia mesmo acabou envolvendo um monte de coordenação. A gente trabalhou junto com a coordenação de criança o tempo inteiro pra fazer os seminários. Envolveu também a coordenação da mulher, a gente acabou chamando a educação. O (Hospital) Antônio Pedro acabou fazendo uma parceria com a gente. Então assim, a gente acaba chamando e abarcando as pessoas pra se envolverem e se mobilizarem. A coordenação participa de campanha, Outubro Rosa, Novembro Azul, o programa do idoso, aí eles vão participando dessas coisas todas que acontecem também no município, a gente é obrigado a participar, a ter um algum tipo de comparecimento, de verificar as coisas. (S1).

Segundo o entrevistado S3 (DECAU), a implantação da Regulação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), impactou positivamente na gestão do município de Niterói, criando as bases para que a gestão fosse, de fato, desempenhada pelo município gestor. Além disso, os efeitos produzidos na gestão, a partir da Regulação da RCPD, ocorreram face às demandas de intervenções para reorganização da rede de Atenção à Saúde em todos os níveis de complexidade em Niterói. O mesmo aconteceu em relação à implantação da Regulação Multiprofissional ampliando o escopo da regulação da Central de Regulação Municipal, como a qualificação da assistência especializada em reabilitação e garantia de acesso regulado para Reabilitação, em conformidade com as pactuações vigentes.

Só que tem a pactuação com outros municípios também, né? Porque os municípios chegavam, usavam nossa rede, a nossa rede de reabilitação que era convênio com Niterói, eles usavam nossa rede de forma aleatória, e agora não, existe pactuação e essa pactuação tem que ser atendida, tem que ser bem orientada. Então, todos os municípios têm que fazer uma pactuação com Niterói pra poder então ter esse atendimento. (S1).

Os municípios que compõem a Rede Regional de Reabilitação da Região Metropolitana II e os demais municípios pactuados através do PPI serão responsáveis pela gestão da demanda por assistência de reabilitação. Para o cadastro da demanda, deverão ser registrados dados do usuário dos serviços de saúde, procedimento solicitado, justificativa da solicitação (se necessário inserir arquivos de laudo, imagem, etc.), dados da unidade e profissional solicitante.

Participam do PPI, 92 (noventa e dois) municípios no estado do Rio de Janeiro. Deste total, 91 (noventa e um) municípios pactuados para Reabilitação Visual e Órteses e Próteses e Meios auxiliares (OPMs) oftalmológicos (prótese ocular, lente escleral pintada, bengalas, óculos para visão subnormal, lupas e telescópio); 55 (cinquenta e cinco) municípios pactuados para Reabilitação Física; 50 (cinquenta) municípios para OPMs ortopédicas (próteses, órteses ortopédicas) e de locomoção (cadeira de rodas manual/motorizada, andadores, bengalas); e Reabilitação Intelectual e Auditiva para Niterói.

A Regulação da RCPD abrange o seguinte escopo: avaliação multidisciplinar em reabilitação física, intelectual, visual, auditiva e múltiplas deficiências para atendimentos especializados e dispensação de OPMs.

Em consonância com a Portaria n° 793/2012, de forma intersetorial:

Art. 17. Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão as seguintes regras de funcionamento:

I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo;

II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências;

III - produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;

IV - garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente;

V - melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;

VI - estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;

VII - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

VIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;

IX - articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

De acordo com o entrevistado S3 (DECAU), a análise das solicitações e agendamentos é realizada pela equipe da Central de Regulação de Niterói, constituída por terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. O RESNIT oferece ao analista o recurso de pendenciar e encaminhar solicitações de esclarecimento às unidades solicitantes e unidades executoras, com o objetivo de promover o agendamento da forma mais dinâmica possível, definindo também a unidade em que o usuário será atendido. O RESNIT possui um cardápio de procedimentos que podem ser solicitados pelas unidades, tais como:

1. Reabilitação Física;
2. Próteses, órteses, adaptações;
3. Cadeira de rodas manuais e motorizadas, andadores, bengalas;
4. Reabilitação Estimulação Precoce;
5. Reabilitação de Deficiência Visual;
6. Próteses oculares, lente escleral pintada, lupas, telescópios, bengalas articuladas, lentes esféricas e filtrantes;
7. Reabilitação intelectual;
8. Reabilitação Auditiva;
9. Aparelhos Auditivos.

A Portaria n° 835/2012, do Ministério da Saúde, institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O incentivo financeiro de investimento é destinado à construção, reforma ou ampliação das sedes físicas dos pontos de atenção e do serviço de oficina ortopédica do Componente Atenção Especializada em Reabilitação, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes.

A articulação entre os setores se dá por meio da Comissão Intergestores Regionais/CIR, a qual integra um Grupo de Trabalho/GT da Pessoa com Deficiência, discutindo as políticas e ações inerentes aos municípios. As reuniões acontecem mensalmente:

(...) a gente discute as questões relacionadas à rede, tem levado muita informação pra esses GT, sobre o processo de regulação, levando informação, o quanto de Municípios então habilitados (...) e aí movimentando, levamos para o Conselho de Secretários Municipais, então foram fontes que foi ocupando na medida em que... da implantação inicial da regulação. Então foi feito essa apresentação do Cosems¹⁶, foi

¹⁶ Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems), são entidades integradas ao SUS, devido à necessidade de criar mecanismos de pactuação entre os órgãos gestores do SUS.

feito essa apresentação na CIB/RJ¹⁷. Nós utilizamos aqui a mala direta do Cosems pra ter acesso aos municípios, e tem a própria coordenação estadual com o condutor estadual da rede. Então na verdade, enquanto política, né, da rede de pessoa com deficiência ela é um processo todo articulado. Quanto mais articulado estiver o Estado com as regiões, com os Municípios que compõe suas regiões, (...) se organizando internamente cada Município, mais essa rede toma corpo. Agora esse é um processo social, ele não é linear. Tanto que assim, se a portaria que institui a política ela vem de 2012. A implantação da regulação ela acontece do meio do ano pra cá. (S3).

Tratamos, neste subitem, de toda a estrutura de atenção à saúde da cidade de Niterói, bem como se dá o atendimento terapêutico e de reabilitação às pessoas com deficiência. No próximo subitem, será demonstrado de que forma a atenção à pessoa com deficiência foi incorporada pela Política de Assistência Social.

3.4 O atendimento à pessoa com deficiência no interior das políticas de assistência social

Reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, a Assistência Social foi instituída a partir da Constituição Federal (1988), compondo o tripé da seguridade social, juntamente com a Previdência Social e a Saúde, pensada como uma política social articulada a outras políticas. Dessa forma, a discussão sobre a concretização da Assistência Social enquanto direito de cidadania, perpassa a compreensão da ação do Estado na intervenção social, e no caso brasileiro, pautado pelo contexto neoliberal, as relações sociais e econômicas da sociedade influenciaram a formulação de tais políticas.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado a partir de 2005 no Brasil, legitima a Assistência Social como política pública de Estado, na intenção de fazer uma ruptura com o clientelismo e as ações assistencialistas. Nesse sentido, “A implantação do Sistema Único de Assistência Social exige um redimensionamento dos serviços socioassistenciais, que assumem papel relevante no conjunto de provisões a serem garantidas” (BRASIL, 2008, p. 49), alterando assim, o modelo de gestão e configurando a proteção social em duas modalidades: a básica e a especial.

Segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a proteção social básica:

(...) tem como objetivo prevenir situações de riscos através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social

¹⁷As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram instituídas gradativamente nos estados brasileiros durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993, que estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS) 01/93. Segundo dados da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em dezembro de 1994, todos os estados brasileiros, com exceção do Distrito Federal, já apresentavam Comissões Intergestores Bipartites constituídas e funcionando.

decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). (BRASIL, 2004, p.19).

A proteção social especial, de acordo com o PNAS, classifica-se em média e alta complexidade e se refere a:

Modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras. (BRASIL, 2004, p. 22).

Vale ressaltar que Niterói é um município que se destaca por ser um dos que avança na implementação do Sistema Único de Assistência Social e, por isso, tem um reconhecimento do estado do Rio de Janeiro no âmbito da Assistência Social enquanto política pública garantidora de direitos de cidadania.

A solidificação da Assistência Social, enquanto política pública vem sendo consolidada e implementada no município com a atuação do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS).

3.4.1 O SUAS no município de Niterói

Perpassando por um contexto histórico, advinda das mais variadas nomenclaturas, a Assistência Social avançou, bem como o panorama de toda a Política Nacional, consolidando-se, atualmente, como Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos (SASDH), que se afirma como uma secretaria que implementa a gestão do SUAS, em suas ações, ofertas de serviços, vigilância socioassistencial, dentre outras.

Após a institucionalização da PNAS de 2004 e da instituição do SUAS, os órgãos e instituições passaram a incorporar as diretrizes estabelecidas por esta área enquanto política pública. Em Niterói, com o intuito de assegurar os espaços públicos para execução da política em âmbito local, passou a ter reconhecidos os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) na perspectiva da legislação em vigor.

Atualmente, a Proteção Social Básica do município conta com 10 (dez) CRAS e 01 (um) Centro de convivência Intergeracional, localizados em territórios mais vulneráveis da cidade, de acordo com PNAS. Cada CRAS tem uma equipe de referência composta por

profissionais de Serviço Social, psicóloga, técnico administrativo, além de digitadores, entrevistadores e, em alguns equipamentos, cuidadores sociais, além de auxiliar de serviços gerais.

Os CRAS são responsáveis pela execução do Programa de Atenção Integral e Família (PAIF) e do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Nesses espaços são realizados os acompanhamentos das famílias, afim de que o usuário do serviço tenha assegurado o acesso aos direitos e às ações preventivas efetivadas na dinâmica do trabalho.

Em relação à Proteção Social Especial de média complexidade, o município possui 02 (dois) Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e 01 (um) Centro Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP). Vale ressaltar que em 2016 foi inaugurado um CREAS, com profissionais contratados, para implementar o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) em Niterói.

A alta complexidade da Assistência Social de Niterói é composta por 06 (seis) Casas de Acolhimento, voltadas para determinadas farias etárias, sexo e situações de vulnerabilidade

Schmidt (2015) sinaliza que o processo histórico de construção da gestão do SUAS encontra-se registrado na Atas do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de Niterói, ressaltando a relação do Estado enquanto gestor municipal e a sociedade civil na atuação do SUAS:

A relevância da intervenção das entidades e organizações da assistência social na execução da Política de Assistência Social também é constatada nos anos iniciais de implementação do SUAS em Niterói. Na ata de 05/05/2005, observamos uma ênfase no estabelecimento da relação público/ privado à execução da política de Assistência Social no município, sendo também observada esta questão na Ata de 02/06/2005. (p. 225).

Embora o município de Niterói possua um controle social atuante, através do CMAS, a relação público/privado vem se moldado de diversas formas, das quais pode-se citar a co-gestão na implementação do próprio SUAS.

A Secretaria Municipal de Assistência Social, em 2005, reorganizou os serviços da área assistencial, fortalecendo o trabalho no município como eixo de atuação, com o intuito de iniciar o movimento de solidificação da Política de Assistência Social, de forma integrada às demais políticas setoriais. No ano de 2013, a secretaria passou a ser denominada de Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos, órgão integrante da estrutura organizacional do município.

Segundo Schmidt (2015):

(...) as constantes mudanças de gestores municipais da assistência social, com a característica de cada gestor deseja imprimir a sua marca na área, acentua a complexidade da implementação do SUAS, em termos de continuidade das ações desenvolvidas ou reavaliações destas, tendo por horizonte a constituição de uma gestão direcionada aos usuários e aos interesses coletivos. Essas questões guardam interface com a apropriação indevida do espaço público com seu uso privado, tão presente nas raízes da nossa administração pública, com as marcas históricas do patrimonialismo e do clientelismo. (p. 212).

Niterói, que possui habilitação plena no SUAS, passou por uma reforma administrativa, ocasionando no primeiro concurso público na área, no ano de 2007, constituindo quadro funcional, com servidores efetivos, lotados na Secretaria de Assistência Social. Convém destacar ainda que a Norma Operacional Básica RH/SUAS preconiza que as equipes de referência sejam compostas por trabalhadores que possam desempenhar suas funções e ações de forma contínua, estabelecendo vínculos com os usuários e no local em que o trabalho é desenvolvido.

Atualmente, a SASDH de Niterói possui uma quantidade pequena de concursados e efetivados, com aproximadamente 100 (cem) funcionários. Com número maior de contratados temporários, chegando a 295 (duzentos e noventa e cinco) funcionários no total, além dos cargos comissionados ou cargos públicos. Mais uma vez mostra-se evidente a relação público/privado.

No que tange ao atendimento à pessoa com deficiência, há o Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência (COMPEDE) que se constitui como um órgão deliberativo e fiscalizador de política municipal dos direitos da pessoa com deficiência, de composição paritária entre governo e sociedade civil, para discutir, estabelecer normas e fiscalizar a política voltada para a pessoa com deficiência e mobilidade reduzida no município. O COMPEDE foi criado pela Lei Municipal nº 2.513, de 18 de dezembro de 2007, e, em Niterói, está vinculado à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos.

Este conselho tem como meta representar o segmento da pessoa com deficiência junto ao governo municipal, assumindo seus membros postura ética, independentemente dos seus órgãos de origem e partidos políticos, com o objetivo de:

- I - formular e encaminhar propostas ao Poder Executivo com a finalidade de implementação de políticas de interesse público da pessoa com deficiência;
- II - acompanhar a elaboração e avaliar a proposta orçamentária do Município referente à execução de programas vinculados às pessoas com deficiência nas diferentes áreas das políticas públicas;
- III - acompanhar e analisar programas dos serviços não-governamentais que operem em sistema de co-financiamento e compõem as redes de atendimento municipal;

IV - propor campanhas e programas educativos de sensibilização, conscientização e prevenção de deficiências, promovendo debates, seminários, mesas-redondas e outros eventos.

V - acompanhar, conjuntamente com os conselhos municipais afins, os projetos, programas e serviços que envolvam as pessoas com deficiência;

VI - promover periodicamente fóruns, visando a estabelecer canais de comunicação com a sociedade em geral, com o objetivo de divulgar as ações do Conselho e levantar as demandas relacionadas à pessoa com deficiência;

VII - convocar, a cada dois anos, a Conferência Municipal de Direitos das Pessoas com Deficiência, para aprofundamento de questões pertinentes à formulação da política, programas, projetos e serviços, abrangendo toda a Administração Pública Municipal, fixando prioridades para a execução das ações e estabelecendo critérios para a avaliação e controle de seus resultados.

Dois grupos de conselheiros compõem o COMPEDE: os representantes do poder público, indicados pelo Governo Municipal, e os representantes da sociedade civil, eleitos pelas entidades registradas no COMPEDE.

São representantes da sociedade civil as entidades sociais voltadas para a pessoa com deficiência, além de profissionais da área de atendimento e pessoas físicas representando os diversos segmentos de pessoas com deficiência, eleitas em fórum próprio. Como consta no documento, a sociedade civil do COMPEDE é composta pelas instituições filantrópicas que prestam serviços à população, tais como o Curso José Anchieta (CJA), a Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos (ANDEF), a Associação de Pais e Amigos dos Deficientes de Audição (APADA) e a Associação Fluminense de Amparo ao Cego (AFAC).

Tal presença tem expressado significativamente o avanço do traço liberal-corporativo no processo de representação dos segmentos vinculados à sociedade civil, embora os interesses variem de acordo com as áreas de políticas públicas, bem como maior ou menor tradição dessas instituições.

No capítulo a seguir, realizaremos a análise e a discussão das categorias emergidas na trajetória do estudo.

4 INTERSETORIALIDADE, DESCENTRALIZAÇÃO E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: SOBRE DISCURSOS, FAZERES E POSSIBILIDADES

Este capítulo refere-se à apresentação, análise e discussão das categorias emergidas deste estudo, à luz das falas dos entrevistados. Foram considerados os pensamentos de Gramsci (apud NEVES, 2005) e Marx (apud LOMBARDI et al, 2005) para fazer a análise dos relatos e coleta de dados, no sentido de considerar como as redefinições no papel do Estado reorganizam as fronteiras entre o público e o privado e se materializam nas mais diversas formas de execução das políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social. Para tanto, nos embasamos em Gramsci, mais especificamente em sua discussão sobre o conceito de Estado integral, incorporando nele tanto a sociedade civil quanto a sociedade política, em que o Estado não é sujeito, nem objeto, mas sim uma condensação das relações sociais (apud NEVES, 2005).

Ainda a partir da matriz marxista, compreende-se que o Estado surgiu a partir do conjunto das relações sociais, com o objetivo de garantir a continuidade da produção e da reprodução de sua existência em de determinada sociedade. O Estado deriva, portanto, da necessidade dos proprietários privados garantirem e ocultarem suas apropriações. Nesse sentido, a matriz marxista apresenta uma visão histórica e classista da sociedade e dos homens, negando individualidades soberanas em “estado de natureza”, visto que os indivíduos contam com uma sociabilidade própria que lhes é dada, em cada contexto histórico e espaço ocupado no processo de produção e de trabalho.

A trajetória, conforme proposto pela metodologia, foi discutida por categorias. Emergiram as seguintes categorias: Interdisciplinaridade, Descentralização e Relação Público-Privado. Para tanto, para cada categoria emergida da pesquisa, fizemos um paralelo teórico, bem como realizamos interferências, dialogando com autores, documentos, com as próprias narrativas dos entrevistados e, por fim, analisando criticamente os fenômenos encontrados em todo esse mosaico de ideias e concepções acerca da Educação, da Saúde e da Assistência Social no atendimento e na atenção à pessoa com deficiência.

4.1 Intersetorialidade

Conforme abordada anteriormente, a garantia dos direitos fundamentais, como educação, saúde, trabalho, moradia, assistência, dentre muitos outros, constitui o pilar da análise e da reflexão sobre o planejamento e a execução das políticas públicas.

A questão da intersectorialidade requer a superação de muitos desafios, tais como: posicionamento e decisão política; estrutura administrativa que viabilize a prática intersectorial; remanejamento de recursos financeiros e força de trabalho; criação de instrumentos de gestão; coordenação política legitimada; interligação de sistemas de informação; monitoramento e avaliação das ações integradas; dentre outros.

De acordo com Bronzo e Veiga (2007):

[...] tem-se a convicção de que essa perspectiva não é algo natural ou que ocorra de forma espontânea nas organizações públicas, mas que tem que ser ativamente construída, uma vez que decorre de deliberações claras e compartilhadas para introduzir as mudanças nos processos de trabalho no planejamento e na gestão das políticas públicas. (p. 19).

Na fala dos entrevistados, a questão da intersectorialidade no município de Niterói apresenta-se como um grande desafio, pois se tem a consciência da grande necessidade de se realizar ações intersectoriais através de políticas públicas entre as áreas da Educação, da Saúde e da Assistência Social.

(...) E não dá conta, gente. Cada dia nosso serviço está precisando mais e mais de ações intersectoriais, essa visão holística mesmo e integral, e até muito mais que isso. Social e tudo. Então, como eu disse, não só a saúde e a educação dão conta. A gente precisa da assistência social, da segurança pública, de diversos outros setores... (S2).

Então a regulação ela cumpre muito esse papel e isso nós podemos, toda equipe constatou esse processo, esse movimento, que este é um caminho bastante fértil pra trabalhar uma política na perspectiva de uma rede, uma política que ela, na verdade, ela não se esgota em si só na saúde, ela tem interfaces com a educação, ela tem interfaces com outros setores. (S3).

Tem com outras secretarias, como eu estou te falando, principalmente com a acessibilidade, Secretaria de Acessibilidade, de Assistência Social e de Saúde, principalmente. Então, ela tem parceria com essas secretarias, que são secretarias dentro do próprio município que, na medida do possível, porque a carga de cada secretaria é muito grande, mas na medida do possível a gente faz, a gente tenta ter um olhar diferenciado para as necessidades dos nossos alunos. Então, quando o aluno é de acessibilidade, a gente está junto com a secretaria de acessibilidade, quando é a saúde, a gente busca a saúde, o tempo todo, busca parcerias com a saúde. Alguns programas específicos como eu falei, aquele de Fono, que são específicos com a secretaria da saúde. (E1).

Mas assim, é isso, que antes o discurso era esse que educação e saúde resolviam, mas a gente não dá conta disso. Porque a educação dá conta de muitas questões e a saúde tenta dar conta também de outras questões, mas a realidade, aquele contexto que aquela criança vive, aquilo influencia a cada dia, ele pode estar sendo medicado, ele pode estar sendo acompanhado, a escola pode estar fazendo um trabalho imenso na sala de recursos, a coordenação pedagógica, os professores... mas, se ele continuar naquele mesmo contexto, sem trabalhar família, sem trabalhar outras questões, é muito difícil. (S2).

Percebemos que no município de Niterói, as trajetórias recentes das políticas de Assistência Social, Saúde e Educação indicam um campo de possibilidades de diálogo entre as áreas citadas, mas que traduzem enormes desafios práticos. Embora haja todo um esforço destas áreas, a dificuldade de espaços para dialogar as políticas públicas de forma articulada, ainda é um grande entrave.

Então, há parceria, sim. Já houve um tempo que essas parcerias eram bem difíceis, cada um fica envolvido com o seu trabalho. E essas parcerias eram bem difíceis! E hoje eu vejo que não, e também percebo que se não for parceria, se não tiver esse olhar com as secretarias, com as diferentes secretarias, a gente não consegue fazer o trabalho, nem dessas secretarias, nem nossos trabalhos. (E1).

A intersectorialidade emerge nesse cenário como uma resposta construída em diferentes experiências de gestão, sobretudo municipais, em relação aos processos de organização das políticas públicas em nível local. Constitui-se, portanto, como uma modalidade de intervenção alternativa aos padrões tradicionais de enfrentamento dos problemas sociais, que pelas próprias condições econômicas e políticas se tornaram mais complexos, revelando a ineficácia dos modelos setorializados, como podemos observar nos fragmentos de discursos destacados abaixo.

Então, a gente cada vez mais está tentando essa aproximação com a Secretaria de Assistência Social. O NAT¹⁸, como trabalha junto com TSE, tem sempre parcerias, a gente desenvolve ações, por exemplo, secretaria de transporte, meio ambiente, às vezes alguns passeios e tudo, então tem um pouco dessa integração. (S2).

Agora tem o NAI, que é o Núcleo de Ações Integradas, que é quem trabalha junto comigo. (S2).

E a gente também tem uma parceria muito próxima com universidades, com a UFF. Então, por exemplo, em relação às questões de alimentação escolar, a gente trabalha isso muito próximo, as professoras da UFF trabalham junto com a gente, já fez capacitação com a faculdade de Nutrição, com a Defesa Civil... (S2).

¹⁸ NAT é o Núcleo de Assessoria Técnica, da Superintendência de Desenvolvimento de Ensino, vinculado à FME, responsável por ações de acompanhamento e controle de abandono escolar, de crianças e adolescentes em situação de risco (suspeita e/ou maus tratos), trabalhando em conjunto com os Conselhos Tutelares e com o Ministério Público.

Com a Secretaria de Acessibilidade, com a própria Secretaria de Educação, com a Fundação de Educação, com a Secretaria de Acessibilidade são as que mais a gente consegue ter articulação. Mas eu acho que acaba envolvendo outros que vão demandando, conforme vai tendo a demanda, eu acho que a gente vai começando a ter esse processo. Com a Educação já é mais antigo. A gente já começou esse processo de uma forma mais antiga, eu acho que no início foi mais da parceria. (S1).

A gente precisa, sim, estar em contato com essas secretarias, que são secretarias dentro do município, são as universidades dentro do município e, eu aqui falo principalmente da Universidade Federal Fluminense, que é grande parceira nossa na questão de formação, de encaminhamentos de professores e de alunos, também algumas habilidades são encaminhados ao Departamento de Altas Habilidades da UFF, de psicologia e também de educação. Então, nós temos parceiros nesse sentido, pra auxiliar família, alunos e professores, porque sozinho a gente não vai dar conta do problema. Alguns problemas envolvem moradia, envolvem questões de saúde pública. Então, inclusive agora, ultimamente, nós estamos muito próximos do Ministério Público, participando de reuniões, estudos de caso, pra resolver assuntos lá no Ministério Público, junto com a Assistência Social, com o CRASS, com o Médico de Família, com Saúde, Conselho Tutelar. Então, todas essas instituições ligadas aos direitos das crianças e das pessoas, de uma maneira geral, nós nos reunimos através de um representante de cada, junto com uma promotora, no Ministério Público, pra traçar estratégias para que todas as demandas de uma criança, de um aluno, de uma família sejam resolvidas de uma forma interdisciplinar. (E1).

No entanto, percebemos nos discursos dos entrevistados, que a intersectorialidade muitas vezes não se constitui através de uma política pública legitimada, mas é oriunda de relações interpessoais entre os sujeitos das três áreas, envolvidos no atendimento à pessoa com deficiência, conforme poderemos ler nos próximos fragmentos.

Segundo Carvalho (2009) os seres humanos são seres sociais que precisam viver em conjunto e interagir com outras pessoas, para assim haver uma troca de saberes e descobertas. Para se relacionar, o ser humano depende do convívio social. Quando essa interação acontece é possível aprender a lidar com as situações de diferenças e encontrar significados para dar continuidade a um propósito de vida.

As relações interpessoais são muito importantes no tocante aos cuidados desses sujeitos, à medida que surgem principalmente como estratégia de enfrentamento aos entraves das políticas públicas de intersectorialidade, porém precisamos estar atentos para que as mesmas não criem uma falsa sensação de funcionalidade.

O próprio governo federal tem o PSE, que busca fazer essa integração entre as Secretarias de Saúde e Educação, o Programa Saúde na Escola. Ele é um olhar bem diversificado, onde a gente vai ter a formação de professores pra fazerem levantamento de parâmetros nutricionais, psicométricos, etc. Eles têm todo esse levantamento do que eles querem acompanhar. Então, a gente tem um primeiro atendimento que é o PSE, tentando fazer essa integração da saúde e da educação. A gente aqui, na Educação Especial, lida diretamente com parceria entre colegas de trabalho. Então, tem demandas que a gente recorre diretamente à Secretaria de Saúde para nos ajudar ou nos orientar. Como seria isso? A gente tem a entrada de ligar para a Secretaria de Saúde, lá no próprio DESUM, tem muito fácil acesso às

peças. A gente tem uma integração muito próxima, tem uma parceria muito grande. Quando existe qualquer demanda, que eles precisam rapidamente ter um retorno nosso, de uma criança que esteja em atendimento de tal escola, ou quando a gente não consegue “olha, tal criança está há muito tempo na fila...”, a gente interpessoalmente, nas relações interpessoais, entre pessoas da educação e da saúde, é que a gente estabelece essa aproximação, mas de forma oficial existe a relação, integração intersetorial pelo PSE. (E2).

Mas na rede de atendimento à pessoa com deficiência, no nosso dia a dia, são as relações interpessoais, entre as pessoas da Educação Especial e da Secretaria de Saúde que favorecem essa troca de informação. A gente se aproxima da Assistência Social quando a gente compõe o COMPEDE. O COMPEDE é o Conselho da Pessoa com Deficiência, dentre todos os conselhos que existem, são os conselhos vinculados que são todos em Niterói, sob a organização, vamos dizer assim, não sei se a palavra é mais adequada, mas funcionam através da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos. Todos os conselhos vinculados fazem parte da assessoria, perdão, da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos. O COMPEDE não é diferente, o Conselho da Pessoa com Deficiência. O COMPEDE tem uma formação paritária, ou seja, parte igualitária de sociedade civil, parte igualitária governamental. (E2).

A gente tem esse contato, é mesmo... são contatos, nossos contatos enquanto equipe que a gente tem com o NAT, que é o Núcleo de Articulação Técnica(...)tem assistente social na equipe, tem psicólogo (...)Na verdade, eles têm nos ajudado muito, né, assim, uma parceria porque eles têm o contato justamente com assistência, com as demais... a saúde, né? Fora que nos ajuda, com o Ministério Público, eles têm ajudado muito essa questão mesmo, dessas parcerias fora da Secretaria de Educação. A gente também tem um contato com o Conselho Tutelar que o NAT também faz essa relação bacana, mas que também a gente tem um contato direto. Eu tenho várias escolas com atuação do NAT em parceria, seja por índice de falta, por muitas vezes a gente não consegue fazer com que aquela família busque aquele atendimento, então a gente conversa, eles vão até a escola, né, pensam juntos, nos ajudam a entrar em contato seja com Conselho, seja com Ministério Público, seja com a Saúde pra nos ajudar. (E4).

(...) muitas vezes a gente conversa com E2, alguma demanda mais específica, ela vai ser esse nosso elo com a Saúde, principalmente nas questões auditivas. Então assim, ela nos ajuda. (E4).

As relações e estruturas presentes nas instituições responsáveis pela execução das políticas públicas são permeadas por dificuldades, obstáculos e contradições. São mazelas que, historicamente, impregnam os espaços, que deveriam estar concretizando direitos sociais. As políticas sociais e os serviços têm fragmentado, em múltiplos setores desarticulados, as necessidades sociais da população. A intersetorialidade é considerada, assim, uma construção necessária na medida em que se opõe a esta lógica, sendo tomada como requisito para integração entre serviços e políticas sociais, possibilitando o encontro de acúmulos setoriais e mostrando a insuficiência da intervenção setorial isolada (ANDRADE, 2006).

4.2 Descentralização

No capítulo 2, discutimos acerca da descentralização e da intersetorialidade nas políticas públicas. Como citado anteriormente, no contexto da efetivação das políticas públicas, a ideia de intersetorialidade está profundamente interligada à concepção de descentralização.

A descentralização produziu efeitos significativos sobre as formas de organização das políticas públicas. No plano municipal, por exemplo, a alternativa construída foi a da organização de redes de serviços locais, formando um sistema de prestação de serviços sociais alicerçados em órgãos de gestão estatal, mas com significativa presença de Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas e comunitárias, que passaram a se ocupar majoritariamente do atendimento direto da população (JUNQUEIRA et al., 1997).

De acordo com Pimenta (1995), do ponto de vista teórico, isso acarretou a incorporação nas classificações sobre as formas de descentralização de que as “parcerias”, entre o poder público municipal e a diversidade de instituições não estatais na condução das políticas públicas, representassem uma das possibilidades efetivas de descentralização.

Tal concepção de descentralização se coaduna ao que Junqueira (1998) explicita em se tratando de uma forma de transferência do poder central para níveis periféricos. Não obstante não ser um entendimento consensual, o pensamento progressista utiliza-o como uma maneira de reestruturar o Estado, não com o intuito de diminuir a atuação estatal, mas para deixá-lo mais eficiente, proporcionando uma gestão mais democrática e possibilitando repensar a relação entre Estado e sociedade, a fim de formular políticas públicas no contexto social em que as pessoas vivem e participam.

Ao iniciarmos a pesquisa, uma inquietação nos afligia: por que Fundação Municipal de Educação e não Secretaria Municipal de Educação? Por que Fundação Municipal de Saúde e não Secretaria Municipal de Saúde? Seriam essas umas das ferramentas de descentralização praticadas pelo município de Niterói?

Primeiramente, buscamos compreender o significado de Fundação. Segundo Szazi (2003) uma associação pode ser definida como uma pessoa jurídica criada a partir da união de ideias e esforços de pessoas em torno de um propósito que não apresenta finalidade lucrativa. No que se refere à constituição de fundações:

Quando observamos a forma de constituição de pessoas jurídicas de direito privado, sejam elas sociedades civis, limitadas ou por ações, apenas para citar as mais usuais, notamos que todas têm um denominador comum: decorrem da reunião de pessoas

que se propõem a trabalhar juntas por um objetivo comum (...) As fundações podem ser criadas pelo Estado, assumindo natureza de pessoa jurídica de direito público, ou por indivíduos ou empresas, quando assumem natureza de direito privado. (SZAZI, 2003 ,p. 37).

Nesse sentido, o termo utilizado pelo autor “pessoa jurídica de direito público”, significa que são organizações estatais ou agregadas ao Estado, desempenhando funções de interesse específico da coletividade (PAES, 2003).

Vale ressaltar que tanto na Educação quanto na Saúde, existem as secretarias municipais, porém todas as vinculações (ações, programas, servidores públicos, convênios, etc.) são realizadas pelas Fundações. Em pesquisa no sítio eletrônico da prefeitura municipal de Niterói¹⁹, podemos constatar uma diferença em relação ao gestor: na FME há a Secretária de Educação, professora Flávia Monteiro de Barros Araújo, e o Presidente da Fundação, Bruno Ribeiro, configurando-se, assim, dois gestores distintos atuando na Educação. Na FMS, a Secretária de Saúde, Maria Célia Vasconcellos, acumula o cargo de Presidência da Fundação.

Como exposto anteriormente, a FMS, órgão da Secretaria Municipal de Saúde, foi criada no ano de 1988 e a FME, órgão da Secretaria Municipal de Educação, no ano de 1991. Ambas foram criadas na época da promulgação da Constituição Federal (1988), trazendo assim, uma ideia de descentralização das políticas públicas no Brasil, inclusive com a instituição do SUS (1990). A referida Constituição definiu um novo pacto federativo que resultou em grandes transformações quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e, fundamentalmente, para os municípios.

A Fundação, ela tem um benefício. Sendo Fundação, ela pode administrar recursos com mais rapidez, não depende da Secretaria. Quando você é da Secretaria, fica dependendo de uma Secretaria de Planejamento pra poder liberar dinheiro pras questões educacionais. Fundação, não! A Fundação gerencia o orçamento e a finança. Então, a gente não precisa de outra secretaria, que é a secretaria de planejamento. Então, quando se tem uma secretaria, Secretaria de Educação faz um pedido pra Secretaria de Planejamento, que é outra secretaria; aguarda autorização, pra poder receber uma verba pra manutenção de escola, por exemplo. E aí você fica esperando, uma secretaria dar pra outra, tem todo um processo burocrático por conta disso. E sendo Fundação, não! A Fundação gerencia a educação de forma que o Presidente, não é nem a secretária, que não é secretaria. O presidente, ele é um gestor orçamentário. Então, é ele quem gerencia toda a parte de finança e orçamento, liberando o dinheiro com muito mais rapidez, eficiência e transparência do que sendo uma secretaria. (E1).

Como eu te expliquei, não é um detalhamento que eu tenho pra te fazer, eu acho que essas questões elas vão estar mais afeta ao Desum, a princípio do que eu tenho, me recordo ela é secretária, ela não deixa de ser Secretaria Municipal de Saúde, a

¹⁹Acesso realizado em 19/01/2018.

Fundação, ela vem como uma forma de dar mais agilidade à operacionalização das ações de saúde no âmbito da gestão. Então assim, ela não deixou de ser Secretaria Municipal de Saúde, ela é Secretaria e Fundação, tanto que a secretária ela é presidente da Fundação e secretária de Saúde. (S3).

Nesse sentido, a partir das narrativas dos entrevistados e de documentos pesquisados, chegamos à ideia de que as Fundações Municipais de Educação e de Saúde de Niterói foram criadas e alicerçadas no pensamento de descentralização das políticas públicas.

Segundo a fala dos entrevistados, a opção de se constituir uma Fundação, seria para administrar de forma mais autônoma os recursos destinados, dando mais agilidade à operacionalização das ações, tanto para uma área quanto para a outra, desvinculando-se, assim, de uma “liberação” financeira de uma Secretaria de Planejamento, por exemplo. Dois dos entrevistados não souberam responder ao questionamento acerca da constituição da fundação.

No entanto, pensar em políticas sociais “como um programa de ação que vise, mediante esforço organizado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapasse a iniciativa privada, individual e espontânea” (PEREIRA, 1996), coloca como instrumental o conceito de local/municipal. O município configura-se como uma forma de aproximar o Estado do cotidiano da população. O território local apresenta-se como *locus* privilegiado da expressão das necessidades e aspirações da população, além de sede importante para a integração, coordenação e definição do perfil das políticas sociais públicas. Isto favorece também uma oportunidade real de controle e construção democrática das ações e decisões do governo. Nesse sentido, é possível pensar um processo de descentralização e reorganização do Estado que articule a repartição dos recursos públicos e a divisão de trabalho interestatal, reforçando as possibilidades do governo municipal não se restringir a uma instância de administração dos pequenos problemas, mas a uma instância governamental efetiva na gestão social, proporcionando condições institucionais de maior eficácia e efetividade dos sistemas públicos de serviços sociais.

A questão da descentralização, como uma forma de justificar a criação das Fundações em Niterói (FME e FMS), apenas com o intuito de desviar da burocracia estatal, nos leva a alguns questionamentos: qual a origem das verbas orçamentárias e financeiras das Fundações? De onde vem as verbas para manutenção e construção das escolas, para o pagamento dos salários dos funcionários públicos vinculados e os contratados?

De fato, muitos dos modelos conhecidos de descentralização intergovernamental e territorial e de redes de parcerias propostos e desenvolvidos mundo afora, têm vínculos claros e fortes com políticas de privatização, de desmantelamento de direitos sociais sacramentados,

de reorientação de gastos públicos em favor de setores produtivos, de seletividade na cobertura da proteção social e, conseqüentemente, de descompromisso e negligência com as necessidades sociais. Para Pereira (1996) uma das implicações mais danosas da descentralização é a privatização compulsiva e indiscriminada, orientada pela onda de liberação econômica que vem alcançando o mundo todo, inclusive, o Brasil. Este tipo de descentralização, na verdade, tem não só fortalecido o setor privado mercantil, como também tem redirecionado o gasto público para o mercado financeiro em detrimento da melhoria das condições sociais e de vida da população. É necessária, então, a distinção entre os diferentes pressupostos que informam o processo de descentralização, para que se eleja aquele que realmente esteja a serviço da população e não o contrário.

O modelo neoliberal, portanto, serviu para o desmantelamento do serviço público e, posteriormente, à privatização, fomentando as relações público/privado. Será sobre essa terceira categoria que iremos tratar a seguir:

4.3 O terceiro setor e a relação público-privado

Nas últimas décadas, houve um aumento significativo de instituições provenientes das organizações da sociedade civil, intervindo e atuando em diversas áreas, principalmente com o intuito de resolver questões sociais, ocupando lacunas deixadas pelo Estado. O surgimento de tais instituições está atrelado à redefinição do papel do Estado, no tocante ao oferecimento de serviços básicos que, de acordo com os neoliberais, é ocasionado pela implantação de políticas oriundas do excesso de democracia (FIORI, 2003). O Terceiro Setor, constituído hoje por essas instituições, evidencia uma nova reestruturação do capital nos últimos tempos, em especial no período pós Segunda Guerra Mundial, incluindo assim, a reforma do Estado, a qual implicou em alterações no campo das políticas públicas, principalmente das políticas sociais. Esta concepção assumiu características mais peculiares no Brasil no final dos anos de 1990, pelo fato do Terceiro Setor ter se destacado devido à retirada de responsabilidades que deveriam ser do Estado no que tange às políticas públicas sociais.

Paes (2003) define o Terceiro Setor como um conjunto de organismos, organizações ou instituições sem fins lucrativos, dotados de autonomia e administração própria, que apresentam como função e objetivo principal atuar voluntariamente junto à sociedade civil, visando ao seu aperfeiçoamento. Suas instituições surgem na sociedade com diversas denominações: cooperativas, associações, fundações, institutos, ONGs (Organizações Não-

Governamentais), OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), entre outros.

Atualmente, há uma forte influência neoliberal na transferência de competências do Estado para organizações da sociedade civil (Terceiro Setor). Segundo Dupas (2003) muitos dos direitos garantidos anteriormente pelo Estado se perderam ou escassearam, criando uma relação de oposição entre público/privado e o exercício da liberdade, uma vez que alguns bens ou serviços públicos não são mais necessariamente públicos.

Estão inseridas nessa concepção de transferência de competências do público para o privado, Educação, Saúde e Assistência Social, considerados e regulamentados como direitos fundamentais para o exercício da cidadania.

De acordo com Montañó (2003):

Na medida em que amplos setores da população ficarão descobertos pela assistência estatal (precária, focalizada e descentralizada, ou seja, ausente em certos municípios e regiões sem cobertura para significativos grupos populacionais) e também não terão condições de acesso aos serviços privados (caros), transfere-se para a órbita da “sociedade civil” a iniciativa de assisti-la mediante práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas, de ajuda mútua ou auto-ajuda. É nesse espaço que surgirá o que é chamado de “Terceiro Setor”, atendendo a população “excluída” ou parcialmente “integrada”, um quase “não-cidadão”. Isso caiu como uma luva na mão do projeto neoliberal. (p. 179).

A cidade de Niterói, *lócus* de nosso estudo, tem se particularizado no campo das políticas públicas, frente aos municípios que compõem a região Metropolitana do Rio de Janeiro, como um município no qual a rede de serviços privados se destaca pela qualidade dos profissionais e do atendimento, pela amplitude nos níveis de especialização e pelo grau de articulação com a esfera pública. Vale reiterar que este campo privado é diversificado, composto por instituições filantrópicas (algumas religiosas, mas nem todas), ONGs e instituições de cunho empresarial, ou seja, o Terceiro Setor.

De acordo com Peroni (2016):

Na Educação Especial, historicamente, o poder público desresponsabilizou-se da educação especial, e no momento em que estava começando a ser entendida como um direito, a nova conjuntura de racionalização de recursos dificultou a implementação com qualidade das políticas de inclusão e restringiu a ampliação de escolas públicas de educação especial. E a prática de repasses de recursos públicos que já eram destinados às instituições públicas não governamentais, como APAE, Pestalozzi, etc., para a execução de tarefas que seriam do poder público, atualmente é fortalecida pelo movimento em que o Estado retira-se ou diminui a sua atuação na execução de políticas, passando-as para a sociedade civil. (p.14).

Predominam as instituições filantrópicas que durante muito tempo oferecem serviços especializados em Niterói, e que já se incorporaram como referências no tipo de atendimento que oferecem, seja para a população em geral, bem como para os profissionais de diferentes áreas:

(...) a gente então começou a fazer a regulação, por causa da RSPD, a gente começou a fazer a regulação da reabilitação. E a gente tem então, hoje, uma rede de apoio, que é a rede das instituições que são servidores, que é a AFR, a Pestalozzi e a AFAC, e agora vai entrar, que já foi pro chamamento público e foram aprovadas, e vai entrar a APADA, APAE, ANDEF e a IMR. Então, na realidade assim, hoje essa rede parceira está tentando se organizar (...) (S1).

A gente é responsável somente pela educação, mas tem outros encaminhamentos, com algumas instituições parceiras, como Pestalozzi, AFR, AFAC, alguns hospitais que se propõem a fazer algum tratamento específico, como o Sarah. A gente encaminha, então, existem alguns, algumas instituições parceiras que nos auxiliam nos encaminhamentos da saúde. Em relação à Educação, nós abarcamos todas as demandas, tanto de escolarização, quanto de atendimento educacional especializado. E, também, nos responsabilizamos por toda a adaptação de recursos, em questão da adaptação. E nós já tivemos alguns convênios com essas instituições. Hoje, nós não temos mais convênios, mas elas continuam sendo instituições parceiras, onde a gente participa de reuniões multidisciplinares, com médicos, com os psicólogos envolvidos nos acompanhamentos dos alunos. (E1).

(...) atendimento com neurologista, principalmente, atendimento de fono, principalmente de fono e psicologia. Mas nós temos também, por exemplo, a AFR que nos ajuda muito com orientação, na questão da fisioterapia, da terapia ocupacional. Temos na AFAC uma maior entrada com o neurologista. Então, nós temos essas instituições que trabalham muito próximo à gente. (S1).

O discurso dos profissionais das diferentes áreas destaca os serviços oferecidos, referindo-se aos serviços da rede filantrópica que integram hoje o sistema municipal, pela via de convênios, sobretudo nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social. As instituições passam a fazer parte da cultura de atendimento da cidade, ou seja, integram o modelo hegemônico de pensar as políticas públicas.

A hegemonia é uma relação social fundamentalmente educativa, sustentação teórica e prática do processo de conquista e manutenção da direção política, intelectual, moral, cultural e, ao mesmo tempo econômica, mediante a obtenção da legitimidade do anseio coletivo, materializada no consenso (SILVA, 2016). A hegemonia cultural determinaria a supremacia de uma ordem de pensamento, uma concepção de mundo sobre as demais na sociedade em questão, essencial para a governabilidade política.

Segundo Gramsci (apud SILVA, 2016) a hegemonia não é só “domínio”, mas é também “direção intelectual e moral”. É a combinação de ambos, mas em medidas diferentes. Para que um grupo social alcance o domínio político é preciso que exerça, ao mesmo tempo, a

direção intelectual e moral, do mesmo modo que nenhum grupo conseguirá manter a sua posição sem obter o consenso. Torna-se necessária a coexistência entre coerção e consenso. A ausência de consenso, da legitimidade social, levaria a classe dominante a fazer uso da força para se manter no poder, o que designaria o momento da ditadura, da crise de hegemonia.

Essa forma de pensar a rede de serviços filantrópicos, principalmente aquela destinada à pessoa com deficiência, representa a especificidade da relação entre as políticas públicas e as práticas de parcela da sociedade civil que se mobiliza a partir da estruturação de serviços especializados. Ao longo da história, esta mobilização se deu através da filantropia e mais recentemente das ONGs, extrapolando os limites da prestação direta dos serviços sociais, articulando novos espaços públicos e contribuindo para a reestruturação da esfera pública no município.

A presença dessas instituições tem sido bastante destacada nos Conselhos Municipais de Direitos e de Políticas Públicas, conforme constam nas informações cedidas pela Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos (SASDH), principalmente no COMPEDE:

Composição COMPEDE 2014 - 2017

REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS:

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

Titular: Luana Quaranta de Carvalho Silva

Suplente: Marcele de Andrade Conceição dos Santos

Titular: Alessandro Câmara de Souza

Suplente: Bruno de Souza Teixeira

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA – SME

Titular: Lucienne de Oliveira Jesus Souza

Suplente: Sônia Maria Pereira Rosa

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS

Titular: Cláudio Alessandro Lacerda de Deus

Suplente: Ana Carolina Soares Leitão Reis

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA - SMC

Titular: André Luiz Leite Barbosa Aguiar

Suplente: Liara William Gonçalves

CÂMARA MUNICIPAL

Titular: Tânia Rodrigues

Suplente: Leonardo Giordano

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO E MOBILIDADE

Titular: Keli Cristina de Figueiredo Viana

Suplente: Ana Lucia Medeiros de Oliveira

NITTRANS – NITERÓI TRANSPORTE E TRÂNSITO

Titular: Antonio de Oliveira Arantes

Suplente: Edson Pina

REPRESENTANTES NÃO GOVERNAMENTAIS:

DEFICIÊNCIA VISUAL:

Titular: Marcos Gonçalves Ramalho

DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

Titular: José Vinicius Vasconcelos Guimarães

DEFICIÊNCIA FÍSICA:

Titular: José Alaor Boschetti

ENTIDADE ATUANTE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA VISUAL:

Associação Fluminense de Amparo aos Cegos – AFAC

Titular: Luiz Benedicto Gonçalves de Souza

Suplente: Francine de Souza Dias

ENTIDADE ATUANTE NA ÁREA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

Associação de Pais e Amigos dos Deficientes da Audição – APADA

Titular: Andrea Moura Baltazar

Suplente: Maria Júlia Texeira Costa

ENTIDADE ATUANTE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA FÍSICO- MOTORA:

Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos – ANDEF

Titular: Leonardo Tavares Martins

Suplente: Carmem Lúcia Lopes Fogaça

ENTIDADE ATUANTE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA MENTAL:

Curso José de Anchieta – CJA

Titular: Arlette Angelo Maia Teixeira

Suplente: Elizabeth Inácio Costa Baptista

TÉCNICO ATUANTE NOS SERVIÇOS AO SEGMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:

Titular: Juliana Castro Lopes Silva

Conforme discriminado acima, observamos que os componentes da Sociedade Civil grifados do COMPEDE, são representantes das instituições filantrópicas que mantêm “parcerias” no atendimento à pessoa com deficiência no município de Niterói, como o CJA, ANDEF, APADA e AFAC.

O viés não governamental incorporado pelo terceiro setor, que implica não ser submetido ao controle estatal, aponta uma importante questão na medida em que essas organizações têm um poder cada vez maior.

Em conformidade com um Estado mínimo na execução de ações voltadas às políticas sociais, Ball (2013) ressalta a importância desse setor, o que denomina de nova filantropia:

[...] soluções inovadoras e velhas soluções para problemas sociais e de desenvolvimento ‘baseadas no mercado’ estão sendo privilegiadas e fortalecidas através do surgimento de uma nova elite global, conectada em rede, formada por promotores de políticas e ‘novos’ filantropos. O que há de ‘novo’ na ‘nova filantropia’ é a relação direta entre o ‘doar’ e os ‘resultados’ e o envolvimento direto dos doadores nas ações filantrópicas e nas comunidades de políticas. [...] Tudo isso re-situa o escopo e os objetivos da filantropia tradicional. Isso indica uma mudança em três etapas: da doação paliativa (ou seja, a filantropia tradicional ou a ‘filantropia 1.0’) à filantropia para o desenvolvimento (‘filantropia 2.0’), e, finalmente, à doação ‘rentável’, constituindo aquilo que é chamado de ‘filantropia 3.0’. (Ball & Olmedo, 2013, pp. 33-34).

Esclarece ainda o autor:

A Filantropia 3.0 faz parte de uma nova configuração e lógica de ações de ajuda e desenvolvimento e de um novo conjunto de relações ligadas a problemas de desenvolvimento e aos grandes desafios. Chamamos esta lógica e relações de

‘filantropia de rede’. Ao usar este termo estamos sugerindo que para entender o trabalho das ‘novas’ organizações filantrópicas e seus ‘parceiros’, precisamos considerá-los não sob uma perspectiva individual, como atores isolados, mas sim como nós interconectados que operam de acordo com lógicas de rede e configuram suas agendas e ligações de formas mutantes e fluídas. (Ball & Olmedo, 2013, p. 40).

A Terceira Via não considera a democracia como oponente, como o neoliberalismo, mas como ferramenta à retirada do Estado das políticas sociais, através das parcerias com o terceiro setor. Clama-se pela subjetividade das pessoas através da ajuda mútua, da solidariedade, da filantropia, enquanto o dinheiro público dos impostos é deslocado para a esfera financeira.

Como uma análise geral da trajetória da pesquisa, a intersectorialidade emerge nos discursos dos entrevistados de forma contundente e urgente, pois deveria ser a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das questões sociais. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades da população e, no caso desta pesquisa, das pessoas com deficiência. Para tanto, tem como objetivo a articulação de diferentes setores em torno de expectativas comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais.

A descentralização, por sua vez, está intimamente ligada à intersectorialidade. Como dito anteriormente, tais conceitos se aproximam pelo fato da descentralização significar a materialização da transferência do poder de decisão para outras instâncias, intimamente ligadas à interferência dos cidadãos. E a intersectorialidade pelo fato de buscar atender às expectativas e necessidades desses cidadãos, de forma articulada e integrada (JUNQUEIRA, INOJOSA & KOMATSU, 1997).

No entanto, a descentralização, a partir do modelo neoliberal, serviu como suporte para dismantlar o serviço público e fomentar a privatização. O processo de privatização do público torna-se parte integrante de um contexto contínuo de dissolução da esfera da pública e de desresponsabilização do Estado, atribuindo à sociedade civil o cumprimento de seu papel, culminando na destituição de direitos, na fragmentação e precarização das políticas sociais.

Infelizmente, cada vez torna-se mais distante a perspectiva de uma sociedade democrática e igualitária, visto que a hegemonia trilha no propósito de atender ao capital financeiro, sob a égide do ideário neoliberal, que reestrutura o Estado ser subserviente aos interesses do capital em detrimento dos interesses sociais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENCERRANDO UMA ETAPA

Durante a pesquisa, concluímos que as três áreas – Educação, Saúde e Assistência Social – demonstraram, em suas ações, um anseio por um serviço ofertado de qualidade, de forma intersetorial, em se tratando inclusive da pessoa com deficiência. Utilizam estratégias de enfrentamento às dificuldades postas no dia a dia do atendimento a esses sujeitos, como nas relações interpessoais, as parcerias com a UFF, com a Defesa Civil e outros órgãos públicos, que propiciem subsidiar parte de toda a demanda existente no município. A outra “fatia” (acreditamos que seja a maior) fica a cargo das instituições (filantrópicas) parceiras no atendimento.

O modo de pensar e administrar as responsabilidades em relação ao atendimento à pessoa com deficiência ganha destaque quando abordamos essas questões tendo como cenário o redimensionamento do Estado e, nesse contexto, a presença de instituições privadas de caráter assistencial, concebidas no âmbito do terceiro setor.

As experiências intersetoriais em Niterói foram se estruturando a partir da combinação das especificidades das próprias políticas públicas, com suas contradições e dinâmicas, ou seja, como processos nos quais as lutas sociais passaram a ganhar visibilidade em torno das possibilidades de controle social sobre os modos de sociabilidade e reprodução material das classes trabalhadoras. Nesse sentido, compreendemos a urgência dessas experiências como decorrentes das disputas dos diferentes sujeitos coletivos em relação aos significados que a Educação, a Saúde e a Assistência Social devem ter enquanto formas de garantia das condições objetivas e subjetivas, imprescindíveis à continuidade do modo de viver.

Tais condições foram definidas por processos institucionais contraditórios que integram as formas de inclusão da vida aos imperativos do capital, produzindo subjetividades de conformação à sua lógica. As políticas públicas, bem como as práticas sociais, são impregnadas pelas construções cotidianas nas quais as instituições públicas e privadas contribuem, de modos particulares, tanto na reprodução dos valores hegemônicos quanto na produção da contra-hegemonia. Dessa forma, passa a emergir as contradições existentes nas fronteiras do público e do privado, frente à construção dos novos espaços públicos que surgem a partir da diversidade de ações e formas de organização e manifestação de interesses de classes.

Ao analisar as políticas públicas em Niterói, observamos que as mesmas caminharam com elementos comuns, mas em ritmos e circunstâncias diferenciadas. Percebemos que a maioria das ações intersetoriais se dá por meio dos esforços pessoais dos profissionais da

ponta, na busca de um atendimento específico para cada deficiência diagnosticada. Verificamos que faltam políticas públicas, que sejam pensadas e executadas de forma integrada, que efetivamente garantam os direitos desses cidadãos.

A Assistência Social é percebida como uma política que promove arranjos intersetoriais, devido à sua atuação nas mais diversas expressões da questão social. No âmbito territorial, o Programa Bolsa Família, apresenta-se como um agente provocador das ações intersetoriais, haja vista as suas condicionalidades.

Em se tratando da pessoa com deficiência, na Assistência Social, como citado anteriormente, o foco da pesquisa foi o COMPEDE, o qual possui caráter fiscalizador e de controle social das políticas municipais dos direitos desses sujeitos. Durante as reuniões assistidas nas assembleias do COMPEDE, verificamos que o mesmo não dialoga com a Coordenadoria de Acessibilidade. Vale ressaltar que ambos não são vinculados a uma mesma secretaria: o COMPEDE vincula-se à SASDH, já a Coordenadoria de Acessibilidade é vinculada a Secretária Executiva da Prefeitura de Niterói. Tal falta de diálogo constitui-se como um dos entraves na implementação e execução de políticas públicas intersetoriais voltadas à pessoa com deficiência no município de Niterói.

A Assistência Social em Niterói ainda tem como obstáculos práticas históricas de serviços socioassistenciais protagonizados por instituições da sociedade civil, através de convênios, em que os recursos são repassados para que estas executem ações nesse campo. A própria constituição do COMPEDE, que é um conselho responsável pela fiscalização e controle social, apresenta uma parcela considerável de representantes da sociedade civil, especificamente de instituições filantrópicas responsáveis pelas ações socioassistenciais, bem como ao atendimento terapêutico da pessoa com deficiência, direcionando o “caminhar” das políticas sociais.

No campo de atuação da Assistência Social junto à pessoa com deficiência, constatamos que existem poucas ações diretas a esse público, ressaltando: Passe Livre; Transporte Eficiente voltado às pessoas impossibilitadas de utilizar o transporte convencional; a triagem e efetivação do BPC; controle e fiscalização da acessibilidade urbana.

Em relação à Saúde, conforme descrevemos em outro capítulo, a Secretaria Municipal de Saúde incorporou à sua estrutura, a FMS, entidade pública – que tem como presidente a própria secretária de saúde – e várias outras instâncias de gestão, a fim de viabilizar o gerenciamento de uma gama de unidades e serviços incorporados ao SUS. Desde sua criação em 1990, a FMS possui total autonomia em relação à Prefeitura, sendo responsável pela gestão do Fundo Municipal de Saúde.

Acerca do atendimento à pessoa com deficiência, constatamos que a FMS estabeleceu parceria e convênios com instituições privadas e criou o RESNIT com o objetivo de atender às demandas de habilitação e reabilitação desses sujeitos. Volta-se, então, à discussão do papel do Estado frente à implementação e à execução de políticas públicas em Saúde: o terceiro setor atendendo a uma demanda que deveria ser do Estado.

Já em relação à Educação, e em particular da Educação Inclusiva, responsável pelo atendimento educacional das pessoas com deficiência regularmente matriculadas na rede de ensino, pode-se destacar que os esforços dos profissionais envolvidos com Educação Especial ganharam visibilidade pelo sentido político de sua percepção quanto às necessidades e urgência das práticas intersetoriais – principalmente, na busca de parcerias públicas e privadas para efetivar os direitos desses estudantes, cada um em sua especificidade. Mais uma vez, esbarramos com as instituições filantrópicas, espaços privados, de serviços públicos, para onde os educandos com deficiência são encaminhados para terapias com multiprofissionais.

Determinar, na diversidade de relações estabelecidas entre as instituições públicas e privadas, as fronteiras do que seja o avanço da intersetorialidade, é hoje um investimento que requer o desenvolvimento de pesquisas e uma vivência muito próxima das instâncias de controle social, gestão e execução das políticas públicas. Ao longo das entrevistas, percebemos que não se trata de uma visão para separar o bem e o mal. Mostra-se, na verdade, como uma investigação que exige a capacidade de compreender os processos institucionais em suas múltiplas contradições, pois, as práticas intersetoriais nem sempre se opõem com clareza na dinâmica da esfera municipal. Ao contrário disso, se entrelaçam na organização dos serviços, nas formas de aproximação e de participação dos conselhos municipais, na distribuição dos fundos públicos e na composição da estrutura de instâncias de gestão das políticas públicas.

Estamos vivenciando um processo de retorno da filantropia no campo da prestação dos serviços assistenciais, marcada pelo estímulo à participação de entidades privadas, iniciativas voluntaristas, fortalecendo cada vez mais o jogo de interesses privados na implementação dos serviços sociais. Ao reduzir os gastos na área social, o Estado passa a transferir suas responsabilidades a setores da sociedade civil no enfrentamento à questão social, contribuindo, desta forma, para o desmonte dos direitos sociais, tão duramente conquistados no Brasil.

Em um município que preza por indicadores de qualidade de vida, em vias de serem alcançados, o desafio que se coloca para o campo das políticas públicas, sem considerar a forte cultura por conta da presença das instituições privadas na oferta desses serviços sociais, é o de assegurar essa qualidade de vida a todos, sem distinção.

Vale ressaltar que Estado e sociedade civil têm uma dívida histórica com as pessoas com deficiência e que a efetivação plena dos direitos sociais é o propósito das políticas públicas para esses sujeitos. Não é possível pensar em uma política integrada e integradora com cada um fazendo a sua parte de forma separada porque, desse modo, cada um desconhece que boa parte das áreas e dos campos é multiplamente atravessada por um conjunto de teias produtivas que só podem ser criadas pela produção de um objetivo comum. Faz-se necessário responder com equidade e integralidade às demandas das pessoas com deficiência, com ações realizadas de modo articulado e transversal na Saúde, na Educação e na Assistência Social.

A sensação de concluir uma dissertação remete à ilusão de que um tema esteja esgotado, explorado em toda a sua profundidade. Mas, na verdade, a sensação maior é que muito deixou de ser falado, discutido e analisado. Portanto, trago, nessas considerações finais, toda a angústia da incompletude, de ainda ter muito a dizer, mas, que pretendo aprofundar as discussões no Doutorado. Esse fim não significa o fim do processo, mas o fim de uma significativa etapa.

“Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado” (FREIRE, 2004, p.55).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO - AFR. **Estudo de Prevalência de Incapacidade no Município de Niterói**, RJ. Niterói, 2006.
- ASSUMPTO JUNIOR, F. B. & SPROVIERI, M. H. **Introdução ao Estudo da Deficiência Mental**. São Paulo: Memnon, 2000.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- BALL, S. & OLMEDO, A. A “nova” filantropia, o capitalismo social e as redes de políticas globais em educação. In: PERONI, V. (Org). **Redefinições das fronteiras entre o público e o privado: implicações para a democratização da educação**. Brasília: Liber Livro, 2013.
- BEYER, H. O. **Educação Inclusiva ou Integração Escolar? Implicações pedagógicas dos conceitos como rupturas paradigmáticas**. Ensaios Pedagógicos, Brasília, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado**. Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Brasília: Senado, 1995.
- _____. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem**. UNESCO, Jomtien/Tailândia, 1990a.
- _____. Lei nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Diário Oficial da União: Brasília, 19 de set. 1990.
- _____. **Declaração de Salamanca**. Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais. Brasília: UNESCO, 1994a.
- _____. Lei nº 8069. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União: Brasília, 13 jun. 1990.
- _____. Lei nº 9.394. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Diário Oficial da União: Brasília, 20 dez. 1996
- _____. Lei nº 13.146. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União: Brasília, 06 jul. 2015.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2008a.

_____. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação 2014-2024: Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília, DF: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília, DF: MS, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.034 de 05 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: MS, 2012.

_____. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011a. **Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências.**

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (**Lei do SUAS**). Altera a Lei no 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, 2011.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Resolução Nº 109, de 11/11/2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS).** Brasília, nov. 2004.

_____. Decreto Lei nº 5296, de 02 de dezembro de 2004. **Regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.** Brasília, dezembro de 2004.

_____. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro 2007. **Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.**

_____. **Norma Operativa Básica do SUAS (NOB-SUAS).** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2005.

_____. **Norma Operativa Básica do SUAS (NOB-SUAS).** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2012

_____. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS. NOB-RH/SUAS** Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Brasília, 2007.

BUENO, J. G. A inclusão de alunos diferentes nas classes comuns do ensino regular. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 54, p. 21-27, 2001

BUENO, C. C. O.; KASSAR, M. C. M. Público e privado: a educação especial na dança das responsabilidades. In: ADRIÃO, T. e PERONI, V. (Org.). **O público e o privado na educação: Interfaces entre Estado e sociedade.** São Paulo: Xamã, 2005, v. 1. pp. 116-135.

BRONZO, C.; VEIGA, L. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 28, n. 92, pp. 5-21, nov., 2007.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino & MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006, Out-Dez, p. 679-684.

CARVALHO, Maria do Carmo Nacif de. **Relacionamento Interpessoal: como preservar o sujeito coletivo.** Rio de Janeiro: LTC, 2009.

CENSO. **Educação Básica: 2016.** Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2013.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2016.

_____. **Educação Básica: 2018.** Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2018.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

COSTA, Jaderson Costa da; ANICET, Adão; COUTINHO, Mario Ferreira. The Dandy-Walker syndrome. Report of four cases. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 46-52, 1973.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci, estudo sobre seu pensamento político.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DUPAS, Gilberto. **Tensões contemporâneas entre público e privado.** São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FIORI, José Luis. **O vôo da coruja.** Rio de Janeiro: Record, 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 30ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2004. pp. 55-58.

GIDDENS, A. **A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GLAT, R. & BLANCO, L. de M. V. Educação Especial no contexto de uma Educação Inclusiva. In: GLAT, R. (org.). **Educação Inclusiva: cultura e cotidiano escolar**. Coleção Questões atuais em Educação Especial. Vol. VI. Rio de Janeiro: Editora Sete Letras, 2007. pp. 15-35.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a política e o estado moderno**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GRYNSZPAN, Mário. **Ciência política e trajetórias sociais: uma sociologia histórica da teoria das elites**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 1999. 255p.

HOFLING, Eloise de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Caderno CEDES**, ano XXI, novembro/2001. pp.30-41

IBGE. **Censo Demográfico**, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

INEP. **Censo Escolar do INEP**. 2014. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/basica/censo/Escolar/Sinopse.asp>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

JANUZZI, G. M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas: Autores Associados, 2004.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. **Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal**. *Saúde e sociedade*, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rosa Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones**, p. 63-124, 1997.

KASSAR, Monica. **Escolarização de alunos com deficiência: desafios e possibilidades**. Série Educação Geral, Educação Superior e Formação Continuada. Campina, SP: Mercado de Letras, 2013.

LANDIN, Leilah. Notas em torno do terceiro setor e outras expressões estratégicas. **O Social em Questão**, n. 4. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Serviço Social, 1999.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina (Org). **Estado e políticas sociais no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Demerval (Orgs). **Marxismo e educação: debates contemporâneos**. Campinas: Autores Associados, 2005.

MBC. **Movimento Brasil Competitivo**. Disponível em: <<http://www.mbc.org.br/portal/>>. Acesso em: 28 abr. 2018

MELLO, Hivy D. A. O Banco Mundial e a reforma educacional no Brasil: a convergência de agendas e o papel dos intelectuais. In: Marcela Pronko; João Márcio Mendes Pereira (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde** (1980-2013). 1 ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2014, v.1. pp. 153-179.

MENDES, Enicéia Gomes. Concepções atuais sobre a educação inclusiva e suas implicações políticas e pedagógicas. In. MARQUEZINE, M.C; ALMEIDA, M.A; TANAKA, E. D. O. (Orgs.). **Educação especial: políticas públicas e concepções sobre a deficiência**. Londrina: EDUEI, 2003.

MENDONÇA, Sonia Regina de. Estado. In: CALDART, I. B. P.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. (Org.) **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; Expressão Popular, 2012. pp. 349-353.

MINAYO, Maria. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria. C. S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004. 269 p.

MIRANDA, T. G. In: MIRANDA, T. G. & FILHO, T. A. G. (Orgs.). **Educação especial em contexto inclusivo: reflexão e ação**. Salvador: EDUFBA, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2003.

NEVES, Lúcia Maria W. **A nova pedagogia da hegemonia no Brasil**. Perspectiva: Florianópolis, v. 29, n.1, 2011.

NEVES, L. N. W. **Conceitos Gramscianos: cadernos do cárcere**. v. I a VI. Universidade Federal Fluminense, 2004, p. 258.

NEVES, L. M. W. (Org.) **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar para o consenso**. 1. ed. São Paulo: Xamã Editora e Gráfica Ltda., 2005. v. 1. 312 p.

_____; PRONKO, M. A. A atualidade das ideias de Nicos Poulantzas no entendimento das políticas sociais do século XXI. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, v. 2, p. 97-111, 2010.

NETTO, José Paulo. **Curso Livre Marx-Engels: a criação destruidora**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, carta maior, 2015.

NITERÓI. FME. Portaria n° 239/2001. **Dispõe sobre as questões educacionais que envolvem a inclusão, a permanência, o atendimento e a avaliação dos alunos com necessidades educacionais, especiais, na Rede de Ensino de Niterói**. Publicado no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro dia 02 / 10 / 2001 – ano XXVII n° 184, Parte IV.

_____. Portaria 087/2011. **Dispõe sobre a estrutura e funcionamento da Rede Educacional do município de Niterói.** Niterói: 2011.

_____. Deliberação CME nº 035/2017. **Estabelece normas para regulamentar a inclusão de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação e o Atendimento Educacional Especializado, nas formas complementar e suplementar, no Sistema Municipal de Ensino de Niterói, e dá outras providências.** Niterói, 2017.

_____. Lei nº 718/1988. **Cria a Fundação Municipal de Saúde de Niterói.** Niterói, 1990.

_____. FME – Fundação Municipal de Educação. Lei nº 924/91. **Dispõe sobre a criação da Fundação Municipal de Educação.** Secretaria de educação. Niterói: RJ.

_____. Lei Municipal nº 2.513 de 18 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre as novas diretrizes de Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, doravante denominada Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência - COMDEDE, criado pela Lei Municipal nº 1.621/97 e cria o Fundo Municipal da Pessoa com Deficiência.** Niterói, RJ.

NOVAES, Maria Helena. **Desenvolvimento psicológico do superdotado.** São Paulo: Atlas. 1979.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil,** 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br>>. Acesso em: 15 out. 2017.

PAES, José Eduardo Sabo. **Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários.** Brasília: Brasília Jurídica, 2003.

PEREIRA, L. C. B.; GRAU, N. C. (Orgs.). **O Público Não-Estatal na Reforma do Estado.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista de Economia Política**, v.17, 1997.

PEREIRA, P. A. **Assistência Social na perspectiva dos direitos. Crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil.** Brasília: Thesaurus, 1996.

PERONI, V.; ADRIÃO, T. Mudanças na configuração do Estado e sua influência na política educacional. In: PERONI, V.; BAZZO, V.L.; PEGORARO, L. (Org.). **Dilemas da educação brasileira em tempos de globalização neoliberal: entre o público e o privado.** Porto Alegre: UFRGS, 2006.

_____. **Conselhos municipais de educação em tempos de redefinição do conceito democracia.** In: SOUZA, D. B. **Conselhos municipais e controle social da educação: descentralização, participação e cidadania.** São Paulo: Xamã, 2008a.

_____. A relação público/privado e a gestão da educação em tempos de redefinição do papel do Estado. In: ADRIÃO, T.; PERONI, V. **Público e privado na educação: novos elementos para o debate**. São Paulo, Xamã, 2008b.

PERONI, Vera Maria Vidal. **As implicações da relação público-privada para a democratização da educação no Brasil**. Tese de doutorado. Promoção a Professor Titular da Carreira do Magistério Superior. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2016.

PIMENTA, Carlos César. Novos modelos de gestão descentralizada e de parcerias para as administrações estaduais. **Revista de Administração Pública**. v. 29. n. 3. Rio de Janeiro: jul/set, 1995. P. 171-187.

PINTOR, N. A. M. **Uma análise do Projeto Integrado de Desenvolvimento e Estimulação (EIDE) na Rede Municipal de Ensino de Niterói/ RJ**. Tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2011.

PLETSCH, M. D. **Repensando a inclusão escolar: diretrizes políticas, práticas curriculares e deficiência intelectual**. Editora NAU/EDUR, Rio de Janeiro, 2010.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. 4ª edição. São Paulo: Editoras Graal / Paz e Terra, 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. (2003). **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios>. Acesso em: 10 ago. 2016.

RAFANTE, H.C. **Helena Antipoff, as Sociedades Pestalozzi e a educação especial no Brasil**. 2011. 319f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.

SCHMIDT, J. A. C. **A gestão pública do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município de Niterói: os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)**. Sistema Único de Assistência Social: avaliação da rede de proteção básica no município de Niterói – RJ. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: PPG/ UERJ, 2015.

SILVA, Deise Rosalio. **Hegemonia e Educação: teoria e prática para a mudança política**. Jornada Internacional de Estudos e Pesquisas em Antonio Gramsci. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2016. Disponível em: <<http://www.ggramsci.faced.ufc.br>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SOUSA, Camille Mello Barreto. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP, Rio de Janeiro, 2015.

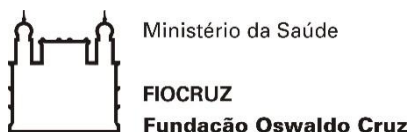
SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

SPOSATI, A.; BONETTI, D. A., YASBEK, M. C., & FALCÃO, M. D. C. B. C. **Assistência na trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma questão em análise.** São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

SZAZI, Eduardo. **Terceiro Setor: regulação no Brasil.** São Paulo: Petrópolis, 2003.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde pública**, v. 39, p. 507-514, 2005.

ANEXO A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **A articulação entre Educação e Saúde no município de Niterói: Quais as possibilidades para se efetivar uma Educação Especial na perspectiva inclusiva?**, desenvolvida por KARINE SERPA FRANCO, discente de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. ANAKEILA DE BARROS STAUFFER.

Sobre o objetivo central

O objetivo central do estudo é analisar a articulação entre as políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social em apoio às perspectivas inclusivas educacionais de alunos das escolas de Educação Básica do Município de Niterói/RJ.

Critério de inclusão

O convite a sua participação se deve ao recrutamento de três coordenadores de área, vinculados à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, do município de Niterói/RJ.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

A sua participação consistirá em participar de entrevista individual, com duração de aproximadamente 1 (uma) hora. A entrevista será gravada e transcrita, respeitando plenamente sua fala.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

Os dados obtidos na entrevista serão transcritos e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos o pesquisador e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução n° 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Benefícios diretos (individuais ou coletivos) ou indiretos aos participantes da pesquisa

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de trazer substância para discussão em torno da interlocução das políticas públicas de Educação, Saúde e Assistência Social no atendimento à pessoa com deficiência, em uma abordagem crítico-dialética.

Previsão de riscos ou desconfortos

Toda pesquisa possui riscos potenciais. Maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Possíveis riscos seriam de constrangimento ou incômodo em relação às perguntas feitas na entrevista. Espera-se ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais, como potenciais e coletivos, assumindo o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência). Apesar de haver sigilo de suas informações pessoais, há a possibilidade dos mesmos serem indiretamente identificados, em função do cargo que ocupa.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa

Os resultados serão divulgados na dissertação do mestrando e outros fins acadêmicos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pela participante e pelo pesquisador ou sua orientadora, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender

os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel: 21 38659797 / E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br

<http://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ

Av. Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-360

KARINE SERPA FRANCO

Contato: 21 981619379 / E-mail: karinesfranco.edu@gmail.com

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 20__.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

Nome do(a) participante: _____

ANEXO B



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ASSISTÊNCIA SOCIAL

DADOS PESSOAIS

Formação Acadêmica:

Tempo de atuação na Assistência Social:

Tempo de atuação na função:

Vínculo empregatício:

ENTREVISTA

1. Como se estrutura a rede de Assistência Social em Niterói?
2. Como se estrutura a rede de Assistência Social em Niterói em relação ao atendimento à pessoa com deficiência?
3. Quais são esses atendimentos?
4. Poderia descrever sobre o Plano Municipal de assistência Social em relação à criação do Centro de Atendimento para pessoas com deficiência? E sobre o plano “Viver sem Limites”?
5. Esta secretaria tem articulação com outras secretarias/Fundações? Quais? Como funciona? Qual o fluxo? Que estratégias são utilizadas para um trabalho intersetorial entre Fundações/ secretarias?

ANEXO C



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA EDUCAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Formação Acadêmica:

Tempo de atuação na Educação:

Tempo de atuação na função:

Vínculo empregatício:

ENTREVISTA

1. Por que este setor é denominado Fundação Municipal de Educação e não como uma Secretaria, conforme constatamos em outros municípios?
2. Como se estrutura a rede de Educação em Niterói?
3. Como se estrutura a rede de Educação em Niterói em relação à educação da pessoa com deficiência?
4. Onde são oferecidos os atendimentos à pessoa com deficiência regularmente matriculado na rede de Educação Básica de Niterói?
5. Quais são esses atendimentos?
6. Como se dá o fluxo de encaminhamento à pessoa com deficiência na rede de Niterói?
7. Esta Fundação tem articulação com outras secretarias/Fundações? Quais? Como funciona? Qual o fluxo? Que estratégias são utilizadas para um trabalho intersetorial entre Fundações/Secretarias?

ANEXO D



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA SAÚDE

DADOS PESSOAIS

Formação Acadêmica:

Tempo de atuação na Saúde:

Tempo de atuação na função:

Vínculo empregatício:

ENTREVISTA

1. Por que a Fundação Municipal de Saúde assim se denomina e não se chama “Secretaria”, conforme constatamos em outros municípios?
2. Como se estrutura a rede de Saúde em Niterói?
3. Como se estrutura a rede de Saúde em Niterói em relação ao atendimento à pessoa com deficiência?
4. Onde são oferecidos os atendimentos à pessoa com deficiência?
5. Quais são esses atendimentos?
6. As Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família oferecem atendimento à pessoa com deficiência?
7. Como se organiza a Rede de Cuidados em Reabilitação do Município de Niterói?
8. Esta Fundação tem articulação com outras secretarias/Fundações? Quais? Como funciona? Qual o fluxo? Que estratégias são utilizadas para um trabalho intersetorial entre Fundações/ secretarias?