



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Gestão

### GESTÃO E O TRABALHO EM REDE: UM OLHAR SOBRE O COTIDIANO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Mayara Santos Brito<sup>1</sup>

Marcelo Renê Teixeira de Oliveira<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo trás uma reflexão sobre as influências da gestão nas políticas públicas nacionais, através de um olhar sobre as políticas de saúde e assistência social, a qual se baseia em um apanhado histórico e tem como elemento central de análise a fala de profissionais dos serviços e conclui com ponderações sobre os fatores que norteiam os moldes atuais para a gestão pública no cenário nacional.

**Palavras-Chave:** Gestão; Políticas Públicas; Intersetorialidade.

**Abstract:** This article reflects on the influence of management in national public policies, through a look at health policies and social assistance, which is based on a historical survey and has as a central element of analysis the speech of service professionals and concludes with considerations about the factors that guide the current models for public management in the national scenario.

#### INTRODUÇÃO

A motivação para construção deste trabalho partiu da observação do cotidiano de diferentes equipamentos de garantia de direitos, sendo estes ligados às políticas públicas de assistência social e de saúde em Pernambuco, fato que proporcionou a identificação da relevância da articulação entre serviços para a efetivação dos direitos.

Para tanto este trata-se de um estudo acerca das contribuições que uma gestão estruturada na perspectiva de rede pode acrescentar aos processos supramencionados. Tal perspectiva foi determinada diante da *necessidade de realizar uma análise que busque identificar* como estão articuladas às necessidades dos profissionais e usuários que estão na ponta dos serviços com a ideologia adotada pela gestão.

Com base nos elementos antepostos o estudo em questão teve o objetivo geral de identificar como a ideologia norteadora dos processos de gestão interfere no trabalho em rede no âmbito dos equipamentos das políticas pública de garantia de direitos, o qual foi estruturado a partir do levantamento de bibliografias que conceituam o trabalho em rede; da análise de como se configura o processo de referência e contrarreferência, como foco nos

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social. Prefeitura Municipal do Jaboatão dos Guararapes - PMJG  
E-mail: mayarasbrito@hotmail.com.

<sup>2</sup> Professor com formação outra áreas. Faculdade Educacional da Lapa. FAEL  
E-mail: mayarasbrito@hotmail.com.

serviços ligados a políticas públicas de assistência social e saúde; e de como as ações determinadas pela gestão interferem no trabalho em rede.

## **A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA SOCIAL BRASILEIRAS**

Os moldes das políticas públicas em vigor no território nacional estão diretamente ligados com a efetivação da Constituição Federal de 1988 – CF/88, conhecida como a Constituição Cidadã, que representa um avanço na compreensão dos direitos sociais para o povo brasileiro. A CF/88 foi construída com a participação de segmentos significativos da sociedade civil, fato que se tornou fundamental para o reconhecimento da necessidade de que as políticas públicas fossem adequadas às demandas da população.

A participação da população no processo de tomada de decisões no âmbito da gestão administrativa, por sua vez, está ligada ao declínio dos modelos de gestão empresarial tradicionais o que possibilitou a ascensão dos novos princípios de flexibilização e participação os quais permitiram a aproximação das pessoas à esfera gerencial, com isto é possível afirmar que o processo de construção da Constituição Federal de 1988 trouxe inovação para o âmbito da gestão ao tomar como base a perspectiva da gestão social<sup>3</sup> (BORTOLUZZI, 2013).

Neste contexto de avanço da participação popular nos processos de planejamento é que foram instituídas as políticas de saúde pública e de assistência social nos parâmetros atualmente vigentes. A partir de então a saúde passa a ser entendida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196, CF/88). A Assistência Social, que até então tinha caráter caritativo, passa a ser entendida como política social devendo ser “prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (Art. 203, CF/88).

Após a promulgação da CF/88 foi preciso o detalhamento da forma de planejamento e execução das políticas de saúde e assistência social, para tanto foram constituídos marcos regulatórios específicos.

No âmbito da saúde pública, como havia sido determinado pela Constituição Federal de 1988, houve a estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS por meio da Lei

---

<sup>3</sup> “A definição ou significado do conceito gestão social se dá pela delimitação de um conjunto de iniciativas expressadas em tomada de decisão, regulamentos e procedimentos que se viabilizam por meio de uma ação conjunta entre Estado, sociedade e mercado.” (BORTOLUZZI, 2013, p. 17).

8.080/1990, uma vez que esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. É possível afirmar que ao trazer modos de gestão descentralizados, a Lei 8.080/1990 já comunga com os preceitos da gestão social, fato que faz da política em questão uma construção coletiva. A afirmativa anterior é ratificada quando observada a Lei 8.142/1990, que vem complementar a Lei 8.080/90 no que concerne à participação da comunidade na gestão do SUS.

Em relação à Assistência Social, que teve como marco regulatório original a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Nº 8.742/1993), o modo de gestão descentralizado e participativo também é incorporado nos processos de planejamento e execução da política, através do Sistema Único de Assistência Social – SUAS como é afirmado no Art. 6º da normativa supramencionada. O modelo de gestão adotado na Assistência Social é reafirmado em seus marcos regulatórios seguintes, sendo estas a Política Nacional de Assistência Social – PNAS em 2004 e Norma Operacional Básica - NOB/SUAS em 2005.

Com base nos exemplos anteriormente expostos é que se pode afirmar que as políticas públicas brasileiras são regidas por princípios democráticos que se efetivam através da forma que foram previstos seus processos de planejamento, execução e avaliação.

No que tange aos princípios norteadores das políticas aqui abordadas é notória sua comunhão em prol da garantia de direitos, tendo em vista que ambas se encontrem no tripé da seguridade social, a qual atua direcionada pelos seguintes objetivos

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Art. 194, CF/88)

Conforme exposto, através das normativas apresentadas, fica evidente o compromisso assumido para com a população quanto a sua participação nos processos que compõem e culminam em políticas públicas, participação esta que se materializa através da

composição dos conselhos e da realização das conferências, sendo espaços de construção coletiva entre a sociedade civil e representações do governo.

No entanto, essa articulação proposta pelas normativas, anteriormente mencionadas, ainda se apresenta timidamente na esfera da execução, tendo em vista a escassa comunicação estabelecida, seja entre políticas ou entre equipamentos de uma mesma política, um exemplo desta falha na articulação é vivenciado constantemente pelos indivíduos que fazem uso dos serviços de saúde pública e de assistência social que enfrentam as barreiras do imediatismo, da falta de articulação entre profissionais, equipamentos e políticas, entre outros fatores que impedem a concretização de uma prática afastada dos princípios de integralidade e, principalmente, o trabalho em rede<sup>4</sup>.

Os entraves anteriormente expostos, estão ligados à compreensão da intersectorialidade entre as políticas públicas, a qual tem entre suas bases norteadoras os conceitos de referência e contrarreferência, considerando que estes correspondem a estratégias de garantir o atendimento aos usuários da forma mais integral possível considerando as demandas em seus níveis de complexidade (Nascimento, 2010).

## **INTERAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS - DOS CONCEITOS À PRÁTICA**

A intersectorialidade ganhou notoriedade entre as políticas públicas a partir do momento em que a população passou a ter maior participação na administração pública, tendo em vista que esse conceito permite uma prática profissional pautada nos interesses do público alvo dos serviços a serem ofertados através das políticas públicas, uma vez que permite maior interação entre os atores envolvidos.

A intersectorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas (NASCIMENTO, 2010).

Para além dos aspectos expostos acima a intersectorialidade pode ser compreendida como um veículo de aprendizado para os atores das políticas públicas, tendo em vista que favorece a troca de saberes, bem como um caminho para a construção de novos

---

<sup>4</sup> Consultar SOARES, Raquel C. Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: As ideologias da contrarreforma e o serviço social. (Org.) MOTA, A. E. – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.) no que se refere ao desmonte do Sistema Único de Saúde; e em relação à Assistência Social consultar RAICHELIS, Raquel; SILVA e Silva, Maria O; COUTO, Berenice R.; YAZBEK, Maria C. **Estudo avaliativo da implementação do Sistema Único de Assistência Social no Brasil**. Pesquisa financiada pelo CNPQ. Submetida à Chamada Universal – MCTI/CNPq N. 14/2014.

questionamentos e respostas à medida que busca a multiplicidade de demandas que chegam aos serviços públicos (Sposati, 2006).

Embora exista a compreensão de como a perspectiva da intersectorialidade se faz fundamental para a efetivação das políticas públicas no cenário nacional, o que se nota é a estruturação setorial dos serviços públicos, a qual se expressa através da segregação de públicos e demandas.

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)

A articulação entre ações e serviços mencionada por Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 21) pode ser exemplificada pelos processos de referência e contrarreferência, os quais são compreendidos conceitualmente como mecanismos de interação entre serviços de níveis de complexidade distintos e até mesmo entre serviços de políticas diferentes formando assim um sistema de comunicação focado em promover a qualidade no atendimento prestado aos usuários.

É fato que tanto a referência como a contrarreferência tem o intuito de contribuir para o acesso de forma assegurada do usuário ao atendimento, além da redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços sendo muito importante que o serviço prestado seja com qualidade.

A referência e a contrarreferência é um sistema onde um serviço articula com o outro levantando importantes informações sobre o indivíduo e trabalhando de acordo com as peculiaridades de cada caso [...] Os serviços e atendimentos são complementares, é um processo dialético em constante formação, ou seja, através do diálogo e em contato com a rede, numa troca de informações construindo novos pensamentos, conceitos, saberes e se adequando as demandas. (BATISTA e COUTO, 2015, p. 18)

Nesta perspectiva a falha na efetivação do referido sistema de comunicação afeta no cumprimento das políticas públicas conforme suas normatizações, tendo em vista sua influência para a prática da intersectorialidade, fato que limita a construção de modos de trabalho que ultrapassem as quatro paredes de uma sala de atendimento. A afirmativa aqui construída é ratificada com pensamento de Frantini quando este coloca que

Os conceitos de referência e contrarreferência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos, quanto na efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não (FRATINI, 2007, p. 29).

Através de levantamento bibliográfico acerca da temática se encontram poucas produções e estas, em sua maioria, estão vinculadas à saúde onde se há um entendimento de que

Referência representa o maior grau de complexidade, ou seja, consiste no encaminhamento do usuário para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, sendo este encaminhamento realizado a um atendimento de menor complexidade, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. (FRATINI, 2007, p. 29).

A limitação bibliográfica demonstra a escassez de debates relacionados à referência e contrarreferência, fato este que exemplifica a falta de base teórica para execução das políticas públicas conforme previstas legalmente. A afirmativa anterior esbarra também nos entraves que restringem a compreensão sobre a real dimensão das políticas de saúde e assistência social tendo em vista que a prática de olhar especificamente para o problema, desconsiderando seus agentes causadores, principalmente aqueles de cunho social, ainda é mantida nos processos de condução das referidas políticas.

O cenário exposto, por sua vez, afeta diretamente na forma como os serviços de saúde e assistência social serão ofertados, posto que em se tratando de serviços que atendem a usuários em momentos de extrema vulnerabilidade, seja ela de cunho social ou físico, estes exigem o preparo profissional, o qual não se limita a deter o conhecimento sobre sua prática direta, este está ligado a conhecer seu local de trabalho, a área onde está atuando e assim a rede que embasa sua atuação tendo em vista que

Para que o sistema de referência e contrarreferência funcionem é necessário que os profissionais conheçam os diferentes serviços ofertados no território ou no município, para encaminhar o usuário adequadamente ao serviço que corresponde a sua necessidade com o intuito de complementar o outro serviço sem que aja a sobreposição destes, e assim compor uma rede de informação de referência de casos, sendo fundamental a existência de registros dos atendimentos, a interlocução entre a rede e o conhecimento e qualificação dos profissionais envolvidos para que façam um bom trabalho e garantam direitos. (BATISTA e COUTO, 2015, p. 18)

A fragilidade aqui trabalhada é vivenciada constantemente pelos profissionais que atuam diretamente no atendimento aos usuários, tal afirmação pode ser evidenciada nas falas abaixo, as quais fizeram parte de um estudo desenvolvido por Brondania, *et. al.*

[...] nós temos pontos de cuidados, falta interligar esses pontos pra formar a rede, algumas coisas funcionam, mas isso não está institucionalizado, tu depende muito mais do profissional que está ali [...] acho que falta os serviços se reunirem, se conhecerem, conversassem entre si pra formarem essa rede, tem que ser formalizado[...] ser instituído longitudinal, que todos os serviços da rede possam ter

esses momentos de conversa e de ter essa preocupação de contrarreferenciar/referenciar, porque é muito importante [...].(a5)

[...] existe essa rede já ou não? Existe! Só que não é funcional [...] não sei o que falta para funcionar, mas uma coisa é que tem que funcionar, porque senão todo o SUS e os preceitos e princípios básicos não fazem sentido, a história da integralidade do serviço não faz sentido [...] porque eu estou trancada na atenção básica, e aí eu consigo encaminhar o paciente para outro nível, só que, quando ele volta, ele volta sem nada, como se ele nunca tivesse saído da atenção básica [...] me sinto bem ilhada na atenção básica, não tenho contato, estou isolada, não tenho contato com ninguém dos outros níveis...se funcionar, é de grande valia! (c3)

[...] é impossível um profissional fazer funcionar se ele não sabe nem como é que funciona, nem quem dá suporte pra ele, nada [...] também vai do profissional, cada um é um, às vezes não funciona, eu acho que a parte de organizar que falta, organizar um pouco, que daí cada um faz o seu, no seu cantinho e acaba que [...] eu faço o meu [...] cuidado do ombro do meu e aí mando para ele lá e ele se vira, não sei nem como é que tá [...] e daí pra ti conseguir alguma informação já é uma função [...] um dia eu precisei de informação do hospital, de um paciente meu, liguei pra lá, não consegui nada [...] então falta essa interação [...] não sei nem qual é o caminho (risos) [...] alguém precisava criar (risos) um sistema pra integração (risos) de portas abertas, que eu nem sei como é que faz, não sei nem como é que começa [...]. (b8) (BRONDANI, 2016, p. 04)

O estudo mencionado foi direcionado aos profissionais de saúde, no entanto é possível afirmar que as falas acima transcritas caberiam para os profissionais da assistência social, tendo em vista o sucateamento que perpassa tal política e que está ligada também à fragilidade dos vínculos profissionais, afirmativa esta que pode ser ilustrada pelos dados apontados na Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2009 (Munic) através da qual foi possível observar a precariedade característica a tais vínculos, uma vez que

os trabalhadores estatutários correspondem a apenas 38,34%; enquanto 25,04% não têm vínculo permanente, 19,56% possuem apenas cargos comissionados e 12,84% são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Isso significa que aproximadamente metade dos trabalhadores (44,6%) do SUAS não possuem vínculo permanente com a Política de Assistência Social, o que possibilita a alta rotatividade e descontinuidade dos serviços. (MUNIC, 2009 apud CFESS, 2011).

Com base nos argumentos antepostos é possível identificar que a intersectorialidade, através dos processos que viabilizam sua efetivação na prática das políticas públicas com destaque para os de referência e contrarreferência, se caracteriza como um instrumento de gestão à medida que favorece a interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado a compreensão de proteção integral norteadora das políticas públicas brasileiras. No entanto as limitações que perpassam sua efetivação evidenciam falhas no processo de gestão considerando que cabe à gestão adotar práticas que privilegiem a integração de saberes e experiências, em prejuízo da setorização (NASCIMENTO, 2010).

## **A influência da gestão no trabalho em rede**

A relação entre a gestão e a execução dos serviços nas políticas públicas se dá de forma intrínseca, tendo em vista que seus reflexos atingem diretamente os processos de trabalho que, por sua vez, chegam a ser compreendidos como a chave da questão, quando se trata da interligação entre os serviços, tanto entre níveis de atenção de uma mesma política quanto entre políticas distintas, interligação essa que é fundamental para a efetivação dos processos de referência e contrarreferência (BRONDANIA, *et. al.*, 2016).

A partir desta perspectiva é que Brondania, *et. al.* compreende que “o processo de trabalho é a chave da questão, pois é por meio dele que se promove o cuidado aos usuários. Para tanto, é necessário que os serviços (...) estejam interligados, fazendo com que se efetivem os processos de referência e contrarreferência” (Idem, p. 02).

No que se refere à condução das políticas públicas no país foi possível observar, através de argumentação anteriormente exposta, que os serviços ofertados nas políticas públicas de saúde e assistência social vêm passando por um processo de setorialização e especialização dos saberes, em consequência a este processo temos a fragmentação e o parcelamento do trabalho que são elementos característicos dos modelos de gestão Fordista, Taylorista e Toyotista (RIBEIRO, 2018).

Os modelos de gestão supramencionados podem ser compreendidos como estratégias para racionalização do trabalho e que na época de sua formação buscavam pela primazia da lucratividade nas indústrias e assim impulsionaram o crescimento do capitalismo (*Idem*). No entanto sua aplicação nas políticas públicas tende a afastar os serviços das reais necessidades da população, fato que fortalece a ofensiva neoliberal onde o foco é redução da participação estatal e o fortalecimento da transformação de áreas de interesse público em instrumentos lucrativos, a exemplo do movimento de privatização da saúde pública com o enfraquecimento do SUS em detrimento do crescimento dos planos privados de saúde.

A partir dos argumentos antepostos cabe afirmar que embora o Brasil venha adotando o modelo de gestão social para as políticas públicas, que se pauta na compreensão de uma gestão pública e de responsabilidade coletiva, ainda existem falhas no processo de efetivação da administração participativa considerando a expansão do movimento de focalização crescente entre as políticas de saúde e assistência social, que se exemplifica pelas falas dos profissionais expostas ao longo deste texto, uma vez que essas evidenciam a falta de articulação entre serviços e profissionais.

No que se refere à administração participativa, Bortoluzzi (2013) trabalha as limitações para sua efetivação no cenário nacional a partir de sua dimensão histórica, ao considerar que a dificuldade em aderir a novos padrões de administração pública no Brasil



está ligada a raiz colonial-senhorial onde há prevalência de interesses particulares em detrimento do interesse público sendo tal argumento exemplificado no âmbito da gestão social onde “este fator se pronuncia como parte da incorporação de padrões gerenciais emergentes que requer dos operadores a articulação do conhecimento técnico com o conhecimento político” (BORTOLUZZI, 2013, p. 08).

A articulação em questão se torna uma demanda da gestão à medida que se compreende que cabe aos gestores fortalecer os espaços e processos de prática da intersetorialidade, como exposto por Sposati (2006) a partir da compreensão de que

Entende-se por ascendente o princípio da intersetorialidade aplicado na base da gestão institucional com setorialidade no modelo de gestão dos órgãos de cúpula, ou seja, a intersetorialidade acontecerá à medida que diferentes representações da gestão municipal se articulam e se integram a fim de atingir uma meta comum e o modelo descendente realiza o movimento contrário, levando em consideração a atuação de diferentes sujeitos/técnicos de organismos públicos e da sociedade civil na formulação de propostas para atendimento comum de uma meta, objetivo etc. (SPOSATI, 2006, apud NASCIMENTO, 2010).

O movimento aqui descrito corrobora com a compreensão por Sader (1996, apud RAICHELIS, 2000) de um Estado *Mini-Max*, onde é possível observar o enfraquecimento da participação do Estado frente a questões de interesse social e o fortalecimento quanto aquelas que visam atender aos interesses mercadológicos. Neste sentido ocorre a apropriação do público pelo privado, o que para as políticas públicas significa o distanciamento das reais necessidades dos usuários, o que torna fundamental trazer os sujeitos que compõem a política para dentro dos espaços de controle e gerenciamento das mesmas.

Quanto à participação da sociedade civil nestes espaços, Raichelis (2000) retoma a sua importância ao considerar a esfera pública como uma “totalidade dinâmica e articulada” a ser constituída por Visibilidade Social, Controle Social, Representação dos interesses coletivos, Democratização e Cultura Pública, ao mesmo tempo que aponta tal participação como uma estratégia de enfrentamento às investidas privatistas.

A mesma autora também aponta alguns entraves que limitação a apropriação do público pelo público, os quais podem ser exemplificados pela falta de publicização desses o que leva a uma percepção limitada, a ser exemplificada pelo entendimento dos Conselhos como espaços exclusivos para participação da sociedade. Ainda sobre os conselhos se têm as dificuldades ligadas à sua composição, as quais correspondem a falta de representatividades de usuários e profissionais atuantes nos serviços e quando se tem tal representação ainda se faz necessário lidar com o pouco conhecimento acerca das informações que correspondem a processos de gestão (RAICHELIS, 2000).

A partir de tais argumentações é possível identificar como o âmbito da gestão ainda está limitado para o público das políticas públicas, bem como para os profissionais responsáveis por sua execução, fato que traz à tona a necessidade de atribuir visibilidade a administração pública através da democratização de informações e publicização de processos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo deste artigo percebemos o quanto se avançou na compreensão da participação popular na formulação das políticas públicas, principalmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, ao mesmo tempo em que podemos observar o quanto se torna complexo a efetivação da sociedade civil na gestão contínua dos serviços a elas ligados, em especial aqueles compreendidos nas políticas de Assistência Social e Saúde.

A complexidade do processo em questão está atrelada a fatores múltiplos que se ramificam da desconstrução do Estado como ente provedor de direitos sociais, desconstrução essa que vem se expandindo no país desde o início dos anos de 1990. Os reflexos de tal movimento se materializam nas políticas públicas através das iniciativas de focalização dos serviços, imediatividade das demandas e centralização dos saberes, entre outros elementos que fragilizam a efetivação da intersetorialidade como previsto nos marcos regulatórios de tais políticas.

A falta da intersetorialidade é evidente na fala dos profissionais que atuam diretamente nos serviços. Ao expressarem como ocorre a articulação entre serviços ou níveis de complexidade, tais sujeitos evidenciam mais falhas e carências, do que a materialização de ações que garantam a qualidade do atendimento prestado.

As falas em questão são representações de um universo de deficiências que vão desde a deficitária produção de estudos que abordem as questões de referência e contrarreferência, processos fundamentais para a concretização da intersetorialidade, até a carência de articulação entre os interesses de gestores, executores e usuários.

Paralelamente ao conflito de interesses expostos e a desconstrução da figura do Estado enquanto protetor do interesse público, ainda é preciso lidar com a limitação no repasse de informações à população quanto aos processos que compõem a gestão, a qual está para além de uma falha gerencial, tendo em vista sua ligação com a falta de uma base de conhecimentos ligados aos espaços de participação social e de compreensão das temáticas pertinentes ao gerenciamento das especificidades de cada política.

Com base nas argumentações expressas anteriormente é possível concluir que, embora tenham ocorridos diversos avanços desde 1988, ainda se faz necessário lutar pela concretização de uma gestão democrática e participativa. Luta essa que deve ter como uma de suas bandeiras principais o fortalecimento da articulação entre todos os sujeitos envolvidos na materialização das políticas, ou seja, na execução dos serviços e da abertura dos espaços de gestão para usuários e profissionais.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, S. A.; COUTO, E. L. **O Processo de Referência e Contra Referência entre as Proteções da Política de Assistência em relação às crianças e adolescentes vítimas de violência física no município de Presidente Prudente**. Seminário Integrado. Presidente Prudente, V. 9, nº 9. 2015. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/5175> Acesso em 30 out. 2018.

BORTOLUZZI, J. **Gestão Social: setor público, privado e terceiro setor**. Pós-Graduação em Gestão Estratégica nas Áreas Social e de Saúde - FAEL. Paraná, 2013.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 22 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 22 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em 22 out. 2018.

BRONDANI, J.E., LEAL, F.Z., POTTER, C., SILVA, R.M., NOAL, C.H., & PERRANDO, M.S. (2016). Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Rev. Cogitare Enferm.** 21(1), p.1-8. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/>. Acesso em 27 de dez de 2018.

FRATINI, J. R. G. **Avaliação de um Programa de Referência e Contra-referência em Saúde**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), Centro de Ciências da Saúde – 2007.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

RAICHELIS, R. **Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil**. In: MOTA, A. E. *et al.* Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Brasília: OPAS, 2006. 17 p. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-4.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-4.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2019.

RIBEIRO, A. de F. Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. **Lutas Sociais**. São Paulo, vol. 19, n. 35, p.65-79, jul./dez., 2015. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/ls/article/viewFile/26678/pdf>. Acesso em 10 jan. 2019

SOUZA, Z. B. **Gestão e Sociabilidades do Trabalho em rede - as relações de trabalho em novos formatos organizacionais**. Relatório de Pesquisa. Universidade Católica de São Paulo, São Paulo - 2010.