



METODOLOGIAS INTERSETORIAIS PARA A QUALIFICAÇÃO DE PRÁTICAS EM NEURODIVERGÊNCIA: ANÁLISE DO PROGRAMA INTEGRAR NA INTERFACE ENTRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E PROTEÇÃO SOCIAL

INTERSECTORAL METHODOLOGIES FOR IMPROVING PRACTICES IN NEURODIVERGENCE: AN ANALYSIS OF THE INTEGRAR PROGRAM AT THE INTERFACE BETWEEN HEALTH, EDUCATION AND SOCIAL PROTECTION

METODOLOGÍAS INTERSECTORIALES PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS EN NEURODIVERGENCIA: UN ANÁLISIS DEL PROGRAMA INTEGRAR EN LA INTERFAZ ENTRE SALUD, EDUCACIÓN Y PROTECCIÓN SOCIAL

DOI: 10.5281/zenodo.19561596



Viviane Marques Cabral¹

Tatiane Alves Baptista²

Heloísa Viscaíno Fernandes Souza Pereira³

Marcia Cristina Paes⁴

Gabriel Ferreira Gonzalez Villar⁵

1.Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: vivianemarquescabral@gmail.com

2.Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: tatianebuerj@gmail.com

3.Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: draheloisaviscaino.neuroped@gmail.com

4.Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: marcia.paes.uerj@gmail.com

5.Graduando em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: gabrielfgvillar@hotmail.com

Revista *OWL Journal*, Campina Grande - PB, v.4 n.4 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista *OWL Journal* está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)





Amanda Medeiros Gonçalves⁶
Joelma Botilheiros Lopes de Melo⁷
Bianca Luzia de Souza Fernandes⁸
Mariana Ribeiro Soares Florentino⁹

RESUMO

O presente estudo analisa e sistematiza uma proposta metodológica desenvolvida no âmbito do Programa Integrar, voltada à qualificação de práticas intersetoriais no campo da neurodivergência. Partindo do reconhecimento da insuficiência de abordagens fragmentadas frente à complexidade das demandas que atravessam saúde, educação e proteção social, o artigo tem como objetivo compreender como dispositivos formativos podem contribuir para a construção de respostas mais integradas e efetivas. A pesquisa adota abordagem qualitativa, ancorada em referenciais da pesquisa-ação e da metodologia social, e utiliza como base empírica dados produzidos em atividades formativas realizadas com aproximadamente 176 participantes, organizados em grupos interdisciplinares. O processo metodológico articulou exposição teórica, problematização de caso clínico e sistematização coletiva de propostas, estruturadas em três eixos: saúde, rede de proteção social e educação. Os resultados evidenciam uma compreensão ampliada dos participantes sobre a complexidade das demandas, com destaque para a centralidade do cuidado multidisciplinar, da família e da atuação intersetorial. Contudo, revelam também fragilidades estruturais, como a fragmentação das políticas públicas, o despreparo das redes institucionais e a dificuldade de integração entre setores. Conclui-se que a metodologia adotada apresenta elevada potência formativa e analítica, contribuindo para a produção de conhecimento aplicado e para o fortalecimento de práticas interdisciplinares. O estudo reafirma o papel da universidade pública na construção de metodologias inovadoras voltadas à qualificação das políticas públicas e à promoção da inclusão social.

Palavras-chave: Neurodivergência. Políticas Públicas. Intersetorialidade. Pesquisa-Ação. Formação Profissional.

ABSTRACT

This study analyzes and systematizes a methodological approach developed within the Integrar Program, aimed at qualifying intersectoral practices in the field of neurodivergence. Recognizing the

6.Graduanda em Pedagogia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: amandahped@gmail.com

7.Graduanda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: melojoelma38@gmail.com

8.Graduanda em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: afrouniversitaria@gmail.com

9.Graduanda em Pedagogia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: marianafrsoares@gmail.com

Revista *OWL Journal*, Campina Grande - PB, v.4 n.4 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista *OWL Journal* está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)





limitations of fragmented approaches in addressing complex demands that intersect health, education, and social protection, the article seeks to understand how training devices can contribute to more integrated and effective responses. The research adopts a qualitative approach, grounded in action research and social methodology frameworks, and is based on empirical data produced through training activities involving approximately 176 participants organized into interdisciplinary working groups. The methodological process combined theoretical input, case-based problematization, and collective systematization of proposals structured across three axes: health, social protection network, and education. The findings reveal an expanded understanding among participants regarding the complexity of the issues, highlighting the centrality of multidisciplinary care, family support, and intersectoral action. However, structural challenges were also identified, including fragmentation of public policies, institutional unpreparedness, and weak integration across sectors. The study concludes that the adopted methodology demonstrates strong formative and analytical potential, contributing to the production of applied knowledge and the strengthening of interdisciplinary practices. It reinforces the role of public universities in developing innovative methodologies aimed at improving public policies and promoting social inclusion.

Keywords: Neurodivergence. Public Policies. Intersectorality. Action Research. Professional Training.

RESUMEN

Este estudio analiza y sistematiza una propuesta metodológica desarrollada en el marco del Programa Integrar, con el objetivo de mejorar las prácticas intersectoriales en el ámbito de la neurodivergencia. Partiendo del reconocimiento de la insuficiencia de los enfoques fragmentados ante la complejidad de las demandas que abarcan la salud, la educación y la protección social, el artículo busca comprender cómo los instrumentos de formación pueden contribuir a la construcción de respuestas más integradas y eficaces. La investigación adopta un enfoque cualitativo, basado en la investigación-acción y la metodología social, y utiliza como base empírica datos generados en actividades formativas realizadas con aproximadamente 176 participantes, organizados en grupos interdisciplinarios. El proceso metodológico articuló la exposición teórica, la problematización de un caso clínico y la sistematización colectiva de propuestas, estructuradas en tres ejes: salud, red de protección social y educación. Los resultados muestran una mayor comprensión entre los participantes de la complejidad de las demandas, destacando la centralidad de la atención multidisciplinaria, la familia y la acción intersectorial. Sin embargo, también revelan debilidades estructurales, como la fragmentación de las políticas públicas, la falta de preparación de las redes institucionales y la dificultad de integración entre sectores. Se concluye que la metodología adoptada presenta un alto potencial formativo y analítico, contribuyendo a la producción de conocimiento aplicado y al fortalecimiento de las prácticas interdisciplinarias. El estudio reafirma el papel de la universidad pública en la construcción de metodologías innovadoras orientadas a mejorar las políticas públicas y promover la inclusión social.

Palabras clave: Neurodivergencia. Políticas Públicas. Intersectorialidad. Investigación-Acción. Formación Profesional.





1. INTRODUÇÃO

A consolidação de práticas interdisciplinares nos campos da saúde, educação e proteção social evidencia a centralidade do conhecimento qualificado como condição para a efetividade das políticas públicas. Nesse contexto, o Programa Integrar, desenvolvido pela Secretaria de Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), propõe a redução das desigualdades por meio da integração de ações voltadas a famílias em situação de vulnerabilidade associada à neurodivergência.

A complexidade dessas demandas expõe os limites de abordagens fragmentadas, frequentemente restritas a leituras setoriais e insuficientes para sustentar práticas integradas. Tal cenário revela uma lacuna formativa entre profissionais das diferentes áreas, comprometendo a construção de respostas intersetoriais e a continuidade do cuidado.

Diante disso, o estudo tem como objetivo analisar uma metodologia formativa baseada na problematização de casos e na construção coletiva de soluções, orientada por uma perspectiva integrada entre saúde, educação e proteção social. Fundamenta-se na pesquisa qualitativa e na pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011) articuladas à pedagogia crítica (FREIRE, 1996), compreendendo os participantes como sujeitos ativos na produção do conhecimento.

A neurodivergência é abordada como fenômeno relacional e multidimensional, articulado a fatores sociais, culturais e institucionais, em diálogo com o modelo social da deficiência. Nesse sentido, a proposta metodológica busca traduzir referenciais teóricos em estratégias operativas, contribuindo para a qualificação das práticas profissionais e para o fortalecimento das políticas públicas.





2. ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS

Levando em consideração a complexidade da temática da neurodivergência na prática clínica, que se desdobra na necessidade de ações em eixos complementares de saúde, educação e assistência social, optamos por introduzir a discussão junto aos profissionais selecionados para atuação através de um caso clínico hipotético, problematizado em eixos das referidas áreas, que, unidas em suas abordagens, representariam a engrenagem de soluções integradas.

O caso em questão utilizou-se de elementos práticos, que se apresentam com frequência no cotidiano, seja de maneira isolada ou combinada, para profissionais que agem em interface direta com o público. Para todas as áreas, estabelecemos a introdução da estratégia de construção de linha de cuidado, que se inicia na prevenção e caminha através do tratamento em direção à meta de conduzir o indivíduo e sua família a uma vida saudável física e mentalmente, integrada socialmente, produtiva e digna. Assim, entende-se que a criança é o ponto focal afetado por questões de saúde, educação e seguridade social de todos os membros da família diretamente envolvidos com seu cuidado.

A problematização inicia-se com a caracterização do principal cuidador, no caso a avó, ela mesma fragilizada. Do texto, extrai-se informação relevante em relação ao pré-natal e à saúde materna na gestação, causa de agravo precoce na saúde do feto e do recém-nascido, inadequação na aplicação de recomendações de supervisão de saúde global e desenvolvimento infantil que atrasam o processo diagnóstico pela vertente da saúde.

Também são consideradas condições internas da família que somam risco à saúde da criança, tais como a saúde materna debilitada, sua dependência financeira e a dinâmica de responsabilidades familiares, que fragiliza ainda mais a condição da criança em termos de diagnóstico precoce e tratamento adequado. Salienta-se a questão de segurança alimentar, cobertura vacinal e vulnerabilidade para situações de violência.

Este atraso no reconhecimento de riscos e desvios resulta na detecção do problema, através da unidade educacional, já em uma idade relativamente avançada e tendo-se perdido





tempo no diagnóstico e no tratamento, já com a geração de problemas secundários. Com a inserção da criança na vida social, problemas mantidos estáveis em ambiente controlado passam a gerar eventos adicionais na forma de comportamentos socialmente inaceitáveis e potencialmente lesivos.

Apresentam-se pontos para possíveis soluções nas estratégias de cuidado, tais como as habilidades da própria criança, a possibilidade de educação familiar para mitigar riscos e vulnerabilidades, expansão da rede de apoio, envolvimento da escola na estratégia adaptada de inclusão pedagógica e início de procedimentos terapêuticos com metas funcionais estabelecidas.

Caso clínico hipotético:

Kauã Ramos, 6 anos, sexo masculino, chegou para atendimento de atenção básica à saúde (ABS) acompanhado por sua avó, Dona Geralda, que caminha com auxílio de uma bengala.

QUEIXA PRINCIPAL: foi encaminhado pela escola

Dona Geralda traz Kauã pela mão e o menino permanece em pé andando e explorando a sala. Ela diz que ele fala apenas algumas palavras, que tem dificuldades de realizar tarefas que são solicitadas no dia a dia e que “sempre foi assim”, desde que começou a morar com ela, há dois anos. Ao se mudarem para a região, foi matriculado na escola e a professora pediu uma reunião para dizer que Kauã não conseguia se manter junto dos colegas da turma, sempre preferindo estar sozinho ou com a professora. Chora muito para entrar na escola e várias vezes já foram chamados para buscá-lo antes do horário de saída. Também não gosta da comida da escola e frequentemente passa o dia sem comer. A professora diz que Kauã já apresentou alguns episódios de descontrole emocional na escola, outro dia jogou cadeiras em cima de uma amiga e mordeu a professora. Ele não consegue se dedicar às tarefas que usam tinta, papel e lápis e frequentemente joga no chão tudo que está em cima da mesa. Se interessa apenas em ficar no pátio e no parquinho. A professora diz que Kauã precisa de um “laudo” e que estará suspenso das atividades até que isso seja providenciado. A avó descreve que os pais são separados e que Kauã tem dois irmãos mais velhos por parte de pai e um mais novo por parte de mãe. A mãe de Kauã, Karen, mora há dois anos com o atual companheiro e Dona Geralda é a principal cuidadora de Kauã desde que a mãe se mudou. A mãe vai visitá-lo uma vez por semana. Às vezes o leva para passar o final de semana com ela, mas o padrasto não gosta muito da presença dele porque é “muito agitado”. Na casa residem Dona Geralda, o marido Senhor Walter e uma tia de 20 anos, Ana. A casa tem dois quartos e Kauã dorme com a tia. Há saneamento básico. História gestacional pregressa: a gravidez foi descoberta no terceiro mês e a mãe de Kauã, que é epilética, faz uso de valproato de sódio desde a infância. Quando foi diagnosticada grávida o remédio foi trocado para lamotrigina, que usa até hoje. O





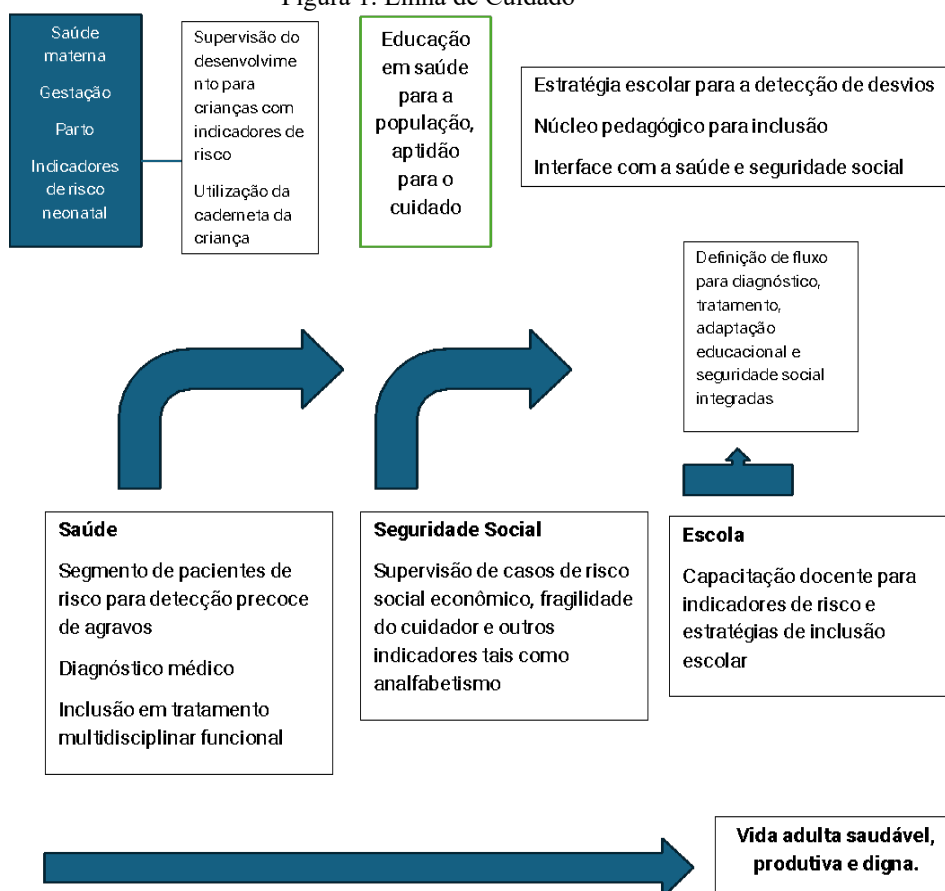
parto foi prematuro, de 34 semanas, e Kauã ficou na UTI com dificuldade respiratória e infecção por um mês. Depois da alta, não foi amamentado. História do desenvolvimento: era um bebê que chorava muito e não dormia bem. Com 1 ano estava andando, mas até hoje quase não fala. Não usa mais fraldas, largou sozinho com 3 anos. Não coloca a roupa sozinho, mas consegue comer com colher. Alimentação: alimenta-se apenas de macarrão, caldo de feijão, batata, banana e ovo e recusa quase todos os demais alimentos oferecidos. Toma mamadeira, onde a avó mistura algumas frutas, mas precisa ser coado, pois se ele percebe que há algo a mais na textura, vomita. Só gosta de brincar com crianças mais velhas e um dos irmãos por parte de pai, de 12 anos, gosta muito dele e é com quem mais se relaciona. O pai mora bem perto agora e tem se aproximado do menino, levando-o para andar de carro. Não consegue levá-lo para a sua casa porque Kauã chora muito. Em casa, Kauã passa a maior parte do tempo tranquilo, vê televisão. Quando quer alguma coisa vai até a cozinha e ele mesmo pega água ou banana. Só dorme de luzes acesas e às vezes acorda de noite e fica olhando para a janela. Está sempre um pouco aéreo e dificilmente atende pelo nome. Quando está incomodado chora e repete as frases dos desenhos que assiste. Às vezes pula e faz movimentos com os braços. Não gosta de barulho e tiveram que doar o cachorro da família por causa dos latidos. Seu interesse principal é em montar brinquedos de encaixe e pode passar muitas horas fazendo isso. Ao exame Kauã é um menino sem dismorfias, não responde pelo nome, explora a sala de maneira aleatória e não permitiu o exame físico completo. Seu peso e altura são adequados à idade conforme as referências da OMS. A caderneta da criança não descreve os marcos do desenvolvimento e nem a antropometria. A caderneta de vacinação está incompleta.

Ao final da discussão deste caso, gerou-se um documento de discussão organizado a partir de estratégias por área de atuação, com informações relacionadas à: 1) reconhecimento de oportunidades perdidas na linha de cuidado e alerta para que sejam sistematicamente conferidas nas ações de saúde da mulher e da criança; 2) necessidade de cumprimento das recomendações estabelecidas para o seguimento de saúde da criança; 3) identificação dos pontos frágeis para o cumprimento destas recomendações; e 4) identificação de soluções possíveis nos ambientes de saúde, educação da família, capacitação escolar e integração com as políticas de direitos sociais.





Figura 1. Linha de Cuidado



Fonte: Projeto Integrar/UERJ, 2026.

3. PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados foram produzidos a partir de metodologia participativa desenvolvida no âmbito do Projeto Integrar, envolvendo aproximadamente 176 participantes organizados em grupos interdisciplinares.

A dinâmica incluiu atividades formativas prévias, seguidas da análise coletiva do caso clínico, estruturada nos três eixos temáticos. As discussões foram sistematizadas em formulários analíticos, que constituíram o principal instrumento de coleta de dados.

A análise considerou recorrências, padrões e convergências, permitindo identificar



percepções coletivas sobre fragilidades e potencialidades da rede. O processo configurou-se simultaneamente como produção de dados e dispositivo formativo, em consonância com a abordagem da pesquisa-ação.

4. ANÁLISE DOS DADOS

4.1 EIXO 1: SAÚDE

A análise dos dados referentes ao eixo da saúde, construída a partir de 8 formulários consolidados, revela um quadro complexo e, ao mesmo tempo, coerente com os desafios historicamente identificados no campo da saúde pública brasileira.

A distribuição das categorias evidencia três dimensões fundamentais da atenção à saúde: a prevenção (42 ocorrências), o acompanhamento multidisciplinar (52 ocorrências) e o atendimento por setores específicos (41 ocorrências). Essa configuração aponta para uma compreensão ampliada da saúde por parte dos grupos de trabalho, alinhada ao princípio da integralidade do cuidado, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A categoria com maior incidência, referente à necessidade de acompanhamento multidisciplinar enquanto atenção global à saúde (52 registros), destaca-se como o principal eixo estruturante das demandas identificadas. Tal centralidade reforça a percepção de que os problemas de saúde, especialmente no campo da neurodivergência, não podem ser tratados de forma fragmentada, exigindo a articulação entre diferentes saberes e práticas profissionais. Conforme argumenta Campos (2000), a clínica ampliada e o trabalho em equipe multiprofissional constituem estratégias fundamentais para responder à complexidade dos fenômenos de saúde, superando abordagens reducionistas.

Entretanto, a ênfase no atendimento multidisciplinar também explicita os principais gargalos da política pública. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2023) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2021) indicam desigualdades significativas no acesso a equipes multiprofissionais, especialmente em territórios de maior





vulnerabilidade social. No caso específico da atenção à neurodivergência, estudos recentes apontam a insuficiência de serviços especializados e a concentração de profissionais em grandes centros urbanos, dificultando o acesso equitativo ao cuidado (IPEA, 2021; INSTITUTO PEREIRA PASSOS – IPP, 2022). Essa lacuna evidencia um descompasso entre a diretriz normativa da integralidade e a capacidade operacional da rede.

A análise dos dados também permite identificar que a multidisciplinaridade, embora reconhecida como essencial, ainda enfrenta entraves estruturais, como a fragmentação dos serviços, a ausência de fluxos integrados e a limitada comunicação entre os diferentes pontos de atenção. Mendes (2011) destaca que a organização das redes de atenção à saúde no Brasil ainda carece de maior integração e coordenação do cuidado, sendo esse um dos principais desafios para a efetivação do modelo de atenção integral.

Paralelamente, a categoria de prevenção em saúde, com destaque para a caderneta de saúde da criança (42 ocorrências), revela uma valorização significativa das estratégias preventivas por parte dos grupos de trabalho. A recorrência desse tema indica que há um entendimento consolidado sobre a importância do acompanhamento longitudinal e do registro sistemático das informações em saúde como instrumentos de cuidado e gestão. A caderneta de saúde, nesse contexto, emerge como dispositivo central para a promoção da vigilância em saúde e para o fortalecimento do vínculo entre usuários e serviços.

A ênfase na prevenção dialoga com a literatura da saúde coletiva, que aponta a promoção da saúde como eixo estratégico para a redução das desigualdades e para a melhoria dos indicadores de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). No entanto, a repetição dessa categoria nos grupos de trabalho também sugere que, apesar de sua reconhecida importância, as ações preventivas ainda não estão plenamente institucionalizadas na prática cotidiana dos serviços, sendo frequentemente secundarizadas frente às demandas imediatas de atendimento.

No que se refere à categoria de acompanhamento por setor específico da saúde (41 ocorrências), observa-se que os grupos reconhecem a importância dos saberes especializados, como os das áreas médicas, do serviço social e da nutrição. Essa categoria evidencia a necessidade de respostas técnicas qualificadas para demandas específicas, especialmente no





campo da neurodivergência, onde o diagnóstico e o tratamento exigem conhecimentos especializados. Contudo, a proximidade numérica entre essa categoria e a multidisciplinaridade indica uma tensão produtiva entre especialização e integralidade.

Essa tensão revela um ponto central da análise: há, por parte dos grupos, um entendimento sofisticado de que o cuidado em saúde deve articular duas dimensões aparentemente opostas, mas complementares. De um lado, a necessidade de reconhecer as particularidades de cada caso, garantindo acesso a especialistas e intervenções específicas; de outro, a compreensão de que esses casos estão inseridos em contextos mais amplos, que demandam uma abordagem global e integrada. Essa perspectiva está em consonância com o conceito de integralidade, entendido como a articulação entre ações preventivas, curativas e de reabilitação, considerando o sujeito em sua totalidade (PAIM, 2008).

Além disso, a análise evidencia que os grupos de trabalho não apenas identificam demandas, mas também constroem uma leitura crítica da rede de atenção à saúde. Ao apontarem simultaneamente a necessidade de prevenção, especialização e multidisciplinaridade, os participantes revelam uma compreensão sistêmica dos desafios enfrentados, o que reforça o caráter formativo e reflexivo da metodologia adotada no projeto. Tal abordagem dialoga com a perspectiva freireana de construção coletiva do conhecimento, na qual os sujeitos são protagonistas na análise de sua realidade (FREIRE, 1996).

Por fim, os resultados do eixo 1 indicam que a principal fragilidade da política pública não reside na ausência de diretrizes, mas na dificuldade de sua implementação de forma integrada e equitativa. A centralidade atribuída ao atendimento multidisciplinar evidencia tanto um avanço conceitual quanto um desafio operacional. Nesse sentido, o fortalecimento das redes de atenção à saúde, com investimento em equipes multiprofissionais e em mecanismos de coordenação do cuidado, mostra-se fundamental para responder às demandas identificadas e para consolidar um modelo de atenção à saúde efetivamente integral.





4.2 EIXO 2: REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL

A análise dos dados referentes à rede de proteção social, construída a partir de 8 formulários consolidados, revela um cenário marcado por tensões estruturais entre a concepção ampliada da proteção social e sua operacionalização fragmentada no cotidiano das políticas públicas. A distribuição das categorias — intersectorialidade (18 ocorrências), atenção à família (28 ocorrências) e vulnerabilidade social (22 ocorrências) — mostra uma compreensão consistente dos determinantes sociais, mas também aponta limites importantes na articulação entre os diferentes campos de atuação.

A categoria intersectorialidade, embora presente em 18 registros, aparece menos recorrente do que seria esperado diante da centralidade desse princípio nas políticas sociais contemporâneas. Esse dado sugere que a área da assistência social ainda é percebida como um campo relativamente dissociado das áreas de saúde e educação. Tal percepção reflete um desafio histórico das políticas públicas brasileiras: a dificuldade de construção de arranjos intersectoriais efetivos, capazes de responder à complexidade das demandas sociais.

Segundo Bronzo (2010), a intersectorialidade implica na construção de projetos compartilhados, com objetivos comuns e fluxos integrados de atuação. No entanto, os dados indicam que essa integração ainda não se realiza de forma plena, sendo frequentemente substituída por ações paralelas e pouco comunicante, comprometendo a efetividade das políticas, sobretudo em casos que exigem respostas simultâneas nas áreas de saúde, educação e assistência social, como aqueles relacionados à neurodivergência.

Por outro lado, a categoria atenção e proteção social à família, com 28 ocorrências, destaca-se como o eixo mais central da análise. Esse resultado reafirma a família como núcleo estruturante das políticas de proteção social, em consonância com a literatura da área, que reconhece a centralidade das dinâmicas familiares na produção e reprodução das condições de vulnerabilidade (MIOTO, 2008). Nos formulários analisados, a família aparece não apenas como destinatária das políticas, mas como espaço onde se acumulam riscos e potencialidades.

A ênfase na família revela também uma compreensão ampliada da proteção social, que





reconhece a importância das redes de cuidado e suporte. No caso analisado, a presença de uma cuidadora fragilizada, a dependência econômica e a sobrecarga de responsabilidades evidenciam como as condições familiares podem agravar ou mitigar os riscos associados à saúde e ao desenvolvimento da criança. Essa perspectiva dialoga com o conceito de proteção social como um conjunto de ações voltadas à garantia de condições mínimas de bem-estar e dignidade (SPOSATI, 2009).

Entretanto, a centralidade da família também revela um desafio importante: o risco de responsabilização excessiva desse núcleo, sobretudo em contextos de alta vulnerabilidade. Ao enfatizar a família como principal *locus* de intervenção, há o perigo de deslocar para o âmbito privado problemas que são, em essência, de natureza pública e estrutural. Nesse sentido, torna-se fundamental que as políticas de proteção social articulem ações de apoio às famílias com estratégias mais amplas de enfrentamento das desigualdades sociais.

A categoria vulnerabilidade social, com 22 ocorrências, reforça essa dimensão estrutural da análise. Os dados evidenciam que os aspectos econômicos e as condições relacionadas ao mundo do trabalho constituem elementos centrais na configuração dos problemas identificados. A dependência financeira, a insegurança alimentar e a precariedade das condições de vida aparecem como fatores que atravessam todas as dimensões do caso, impactando diretamente o acesso aos serviços e a capacidade de cuidado.

Cabe destacar, no entanto, que a vulnerabilidade social não se restringe ao campo da assistência social, sendo também identificada nas áreas da saúde e educação. Essa transversalidade evidencia que os determinantes sociais operam de forma integrada, produzindo efeitos cumulativos que exigem respostas igualmente integradas. Conforme argumenta Castel (1998), a vulnerabilidade social resulta da combinação entre precariedade econômica e fragilidade das redes de proteção, configurando situações de risco que não podem ser enfrentadas por políticas setoriais isoladas.

Além disso, os dados sugerem que os grupos de trabalho possuem uma leitura crítica e articulada da realidade social, reconhecendo que os problemas enfrentados são multidimensionais. Ao apontarem simultaneamente a centralidade da família e o peso das





condições socioeconômicas, os participantes demonstram uma compreensão complexa das dinâmicas de vulnerabilidade, o que reforça o caráter formativo da metodologia adotada no projeto.

Por fim, a análise do eixo 2 evidencia que o principal desafio da rede de proteção social não está na ausência de reconhecimento dos problemas, mas na dificuldade de articulação entre os diferentes setores e níveis de atuação. A baixa incidência da intersetorialidade, em comparação com as demais categorias, revela um descompasso entre o discurso normativo das políticas públicas e sua implementação prática. Nesse sentido, o fortalecimento de estratégias intersetoriais, com definição clara de fluxos, responsabilidades e mecanismos de comunicação, mostra-se fundamental para a construção de uma rede de proteção social efetivamente integrada.

4.3 EIXO 3: EDUCAÇÃO

A análise dos dados referentes ao eixo 3, construída a partir de 7 formulários consolidados, evidencia a centralidade do campo educacional na identificação e no enfrentamento das situações de vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que revela fragilidades estruturais significativas na organização da rede de ensino. As categorias identificadas — integração com outras áreas (20 ocorrências), despreparo da rede (43 ocorrências) e relação família-escola (18 ocorrências) — apontam para uma compreensão ampliada do papel da educação, mas também para limitações importantes em sua capacidade de resposta.

A categoria com maior incidência, referente ao despreparo da rede de ensino, com 43 ocorrências, destaca-se como o principal ponto crítico identificado pelos grupos de trabalho. Esse dado revela que a rede educacional, em seus aspectos físicos, materiais e profissionais, não está suficientemente estruturada para lidar com a complexidade dos problemas sociais e educacionais contemporâneos, especialmente no que se refere à inclusão de crianças em situação de vulnerabilidade ou com necessidades específicas.

Essa constatação dialoga com a crítica de que as políticas sociais voltadas para





populações vulnerabilizadas frequentemente reproduzem uma lógica de baixa expectativa e investimento reduzido. Como sugerem os dados, há um reconhecimento de que a política social para o segmento da pobreza não precisa ser empobrecida, nem em termos de recursos materiais, nem no perfil dos profissionais envolvidos. Tal perspectiva reforça a necessidade de qualificação das políticas educacionais, com investimento em formação continuada, infraestrutura adequada e valorização dos profissionais.

Segundo Libâneo (2012), a qualidade da educação está diretamente relacionada à capacidade da escola de articular ensino, inclusão e desenvolvimento integral dos estudantes. No entanto, os dados indicam que essa articulação ainda enfrenta obstáculos significativos, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social, onde as demandas extrapolam o campo estritamente pedagógico e exigem respostas intersetoriais.

Nesse sentido, a categoria integração x desintegração com outras áreas, com 20 ocorrências, revela uma tensão semelhante à identificada no eixo 2. A escola aparece, simultaneamente, como um espaço privilegiado de identificação de problemas e um ponto de fragilidade na articulação com a rede de proteção social. Embora haja reconhecimento da importância da integração com saúde e assistência social, essa articulação ainda não se realiza de forma sistemática e estruturada.

A literatura educacional tem enfatizado a importância da escola como espaço de proteção social, especialmente em territórios vulnerabilizados (CAVALIERE, 2007). No entanto, para que essa função se efetive, é necessário que a escola esteja inserida em uma rede articulada de políticas públicas, com fluxos claros de encaminhamento e acompanhamento dos casos. A ausência dessa articulação compromete a capacidade da escola de atuar de forma preventiva e integrada.

Por outro lado, a categoria relação família-escola, com 18 ocorrências, revela um elemento de coerência e aderência do programa à realidade analisada. Os dados indicam que os grupos de trabalho reconhecem a importância da parceria entre família e escola como condição fundamental para o desenvolvimento das crianças e para a efetividade das ações educacionais. Essa relação aparece como um ponto estratégico de intervenção, especialmente





em contextos de vulnerabilidade.

A valorização da relação família-escola dialoga com a perspectiva de que a educação é um processo compartilhado, que envolve múltiplos atores e espaços de socialização. Conforme destaca Paro (2010), a participação da família na vida escolar é um fator determinante para o sucesso educativo, contribuindo para o fortalecimento do vínculo com a escola e para a construção de trajetórias mais estáveis.

Entretanto, assim como no caso da centralidade da família no eixo 2, é importante problematizar os limites dessa relação, especialmente quando as famílias também se encontram em situação de vulnerabilidade. Os dados analisados indicam que muitas vezes as famílias não dispõem das condições necessárias para acompanhar de forma efetiva a vida escolar das crianças, seja por questões econômicas, educacionais ou emocionais. Nesse contexto, a escola precisa assumir um papel ativo na construção dessa relação, desenvolvendo estratégias de aproximação e apoio às famílias.

Além disso, a análise evidencia que a escola desempenha um papel fundamental na detecção de sinais de risco e no encaminhamento para outras áreas da rede. No caso analisado, foi a instituição educacional que identificou, ainda que tardiamente, os primeiros indícios de problemas no desenvolvimento da criança. Esse dado reforça a importância da formação dos profissionais da educação para o reconhecimento de sinais de alerta e para a atuação em rede.

Por fim, os resultados do eixo 3 indicam que a educação ocupa uma posição estratégica na rede de proteção social, mas que essa posição ainda não é plenamente sustentada por condições estruturais adequadas. O despreparo da rede de ensino, associado à fragilidade da articulação intersetorial, configura-se como um dos principais desafios para a efetivação de políticas educacionais inclusivas e integradas. Nesse sentido, o investimento na qualificação da rede e no fortalecimento das interfaces com outras áreas mostra-se fundamental para responder às demandas identificadas.





5. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida neste estudo evidencia que os desafios enfrentados no campo da atenção à neurodivergência e à proteção social não decorrem da ausência de diretrizes normativas mas, sobretudo, das dificuldades de implementação integrada das políticas públicas. A partir da articulação entre os eixos de saúde, educação e rede de proteção social, observa-se uma compreensão consistente da complexidade dos fenômenos analisados e valorização da integralidade do cuidado, da centralidade da família e da necessidade de respostas intersetoriais.

A fragmentação institucional, a insuficiência de equipes multiprofissionais, o despreparo estrutural da rede de ensino e a baixa efetividade das estratégias intersetoriais configuram entraves recorrentes, que comprometem a continuidade do cuidado e a efetividade das políticas. Esses achados dialogam com a literatura que aponta a persistência de modelos setoriais e pouco articulados na organização das políticas sociais no Brasil (MENDES, 2011; CASTEL, 1998).

A centralidade atribuída à família, embora coerente com os referenciais da proteção social (MIOTO, 2008; SPOSATI, 2009), evidencia uma tensão importante: ao mesmo tempo em que a família é reconhecida como espaço fundamental de cuidado, ela também aparece como *locus* de múltiplas vulnerabilidades. Esse cenário reforça a necessidade de que as intervenções ultrapassem a lógica de responsabilização familiar, incorporando estratégias estruturais de enfrentamento das desigualdades sociais.

No campo da educação, a análise aponta para a escola que se consolida como espaço privilegiado de identificação de situações de risco e de articulação com outras políticas. Simultaneamente, são apresentadas fragilidades em termos de formação profissional, infraestrutura e capacidade de atuação integrada. Esse paradoxo evidencia a urgência de investimentos que qualifiquem a rede educacional, reconhecendo seu papel estratégico na proteção social e no desenvolvimento integral dos sujeitos (LIBÂNEO, 2012; CAVALIERE, 2007).





No eixo da saúde, destaca-se a valorização do cuidado multidisciplinar e da prevenção, em consonância com os princípios do SUS (PAIM, 2008). Contudo, a recorrência dessas categorias também indica que tais diretrizes ainda não se materializam plenamente na prática, revelando limites na organização das redes de atenção e na garantia de acesso equitativo aos serviços (IBGE, 2023; IPEA, 2021).

O estudo evidencia a potência de abordagens participativas e formativas na produção de conhecimento aplicado às políticas públicas. A utilização de dispositivos como o caso clínico, os grupos de trabalho e as mesas temáticas permitiu não apenas a coleta de dados, mas também a construção de uma leitura crítica e situada da realidade, em diálogo com a perspectiva da pesquisa-ação e da educação emancipatória (FREIRE, 1996).

Por fim, os resultados apontam que o avanço das políticas públicas voltadas à neurodivergência e à proteção social exige o fortalecimento de estratégias intersetoriais, sustentadas por investimentos estruturais, qualificação profissional e mecanismos de coordenação do cuidado, promovendo integração, continuidade e centralidade no sujeito e em seus contextos de vida.

Nesse sentido, o Programa Integrar apresenta-se como uma experiência de formação, bem como um laboratório de construção de metodologias para a reconfiguração das práticas institucionais, aproximando a produção acadêmica das demandas concretas da sociedade e reafirmando o papel da universidade pública na promoção de soluções inovadoras para os desafios sociais contemporâneos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 1991.

Revista OWL Journal, Campina Grande - PB, v.4 n.4 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista OWL Journal está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)





_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

_____. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 abr. 2012a.

_____. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012b.

_____. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

_____. **Lei nº 14.624, de 17 de julho de 2023.** Institui o uso do cordão de girassol como símbolo nacional de identificação de pessoas com deficiências ocultas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jul. 2023.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em políticas sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 443-465, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

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

CAVALIERE, Ana Maria. Tempo de escola e qualidade na educação pública. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 1015-1035, 2007.





DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IPEA. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2021.

IPP. **Indicadores sociais da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IPP, 2022.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e políticas sociais: concepções e tendências. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 93, p. 130-148, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARO, Vitor Henrique. **Gestão democrática da escola pública**. São Paulo: Ática, 2010.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção social e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

Recebido em: 15/03/2026

Aprovado em: 30/03/2026

Publicado em: 13/04/2026

