

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ANDREZA CARLA DA SILVA DANTAS

**PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA
INTERSETORIALIDADE**

JOÃO PESSOA - PB

2012

ANDREZA CARLA DA SILVA DANTAS

**PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA
INTERSETORIALIDADE**

JOÃO PESSOA - PB

2012

ANDREZA CARLA DA SILVA DANTAS

**PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA
INTERSETORIALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador (a): Dr^a Patrícia Barreto Cavalcanti

JOÃO PESSOA – PB

2012

ANDREZA CARLA DA SILVA DANTAS

**PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA
INTERSETORIALIDADE**

Aprovação em ____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba
Orientadora

Profª Drª Liliane Capilé Charbel Novais
Universidade Federal de Mato Grosso
Examinadora Externa

Profª Drª Ana Paula Miranda Rocha
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Interna

*Aos meus amados pais Arnaldo e Socorro
e ao meu esposo Paulo. Pela
compreensão, carinho e incansável apoio
ao longo do período de elaboração deste
trabalho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Ele toda honra e toda glória. Por ter permitido a conclusão do mestrado, por estar presente e direcionar toda a minha vida.

Aos meus pais, Arnaldo e Socorro, que sempre priorizaram a minha educação, e por muitas vezes abriram mão de tantas coisas visando garantir as condições necessárias para que eu e minhas irmãs pudéssemos prosseguir nos estudos. Obrigada paiinho e mainha por tanto amor e zelo.

Ao meu esposo Paulo, que sempre me apoiou e esteve ao meu lado vencendo cada etapa do mestrado. Soube me incentivar e também me mostrar que seria capaz. Agradeço pela compreensão e por ter me auxiliado nos momentos de dificuldades, obrigada meu amor. Às minhas queridas irmãs Andreia e Karla que sempre me inspiraram, obrigada pelo apoio, o carinho e união que sempre nos fortaleceram.

Agradeço a minha orientadora e amiga Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, por todos os seus ensinamentos acadêmicos desde a minha graduação. Obrigada por ter me aceitado como sua orientanda mesmo sabendo das minhas limitações, por ter me ajudado a conciliar um mestrado acadêmico e a atividade profissional. Obrigada por tudo e por ter acreditado em meu potencial. Tive uma orientação não só para o mestrado, mas sem dúvida, para a vida.

Obrigada a todos os profissionais, sem exceção, que participaram da minha pesquisa, aos colegas do CEA, do Hospital Santa Isabel e do CAIS de Jaguaribe. Sem a colaboração destes profissionais não seria possível a conclusão deste trabalho. Agradeço a todas as minhas colegas Assistentes Sociais e Psicólogos do CEA e do Hospital Santa Isabel pelo ânimo que sempre passaram para mim e pelo apoio. Agradeço em especial ao colega Jupiratan do Setor de Planejamento da Fundac, que contribuiu bastante com o meu trabalho. A todos que fazem parte da Coordenação da Pós-graduação de Serviço Social da UFPB, meu muito obrigada.

Em especial agradeço a todos os profissionais do CEA por acreditarem e lutarem por uma causa que a sociedade condena e que o Estado finge existir. São mais que guerreiros!

*Eu, o Senhor, esquadrinho o coração, eu
provo os pensamentos; e isto para dar a
cada um segundo o seu proceder, segundo
o fruto de suas ações. (Jeremias 17-10)*

RESUMO

DANTAS, A.C.S. **Privação de liberdade e o acesso à saúde: o desafio da intersetorialidade**. 2012. 183 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

Os adolescentes privados de liberdade em cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado do Centro Educacional do Adolescente (CEA), pertencente à FUNDAC, apresentam diversas necessidades para o seu desenvolvimento, dentre estas a saúde. Tais necessidades são trazidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como garantias e direitos que devem ser providos de forma integral. No entanto, o que se percebe é o escamoteamento de tais garantias em função do estigma e preconceito que permeiam a realidade socioeducativa. Nesta perspectiva, o estudo trouxe como objetivos analisar o processo de intersetorialidade, construído a partir das relações transversais entre a política de saúde e a política de proteção social ao adolescente privado de liberdade, na perspectiva da ampliação dos direitos sociais e assim delinear como as ações intersetoriais são desenhadas entre as esferas gestoras. Optou-se por realizar uma pesquisa de natureza exploratória, tendo em vista que a temática ainda é pouco explorada, sobretudo no que tange à intersetorialidade. Ademais, não anulamos a pesquisa bibliográfica e documental, pois esta constitui o ponto de partida para uma compreensão preliminar. Para análise dos dados, utilizamos a dimensão qualitativa com vistas ao aprofundamento do estudo, não sendo dispensada a abordagem quantitativa. Com relação aos instrumentos de coleta dos dados, utilizamos formulários específicos para cada grupo de pesquisados: profissionais do Centro Educacional do Adolescente (CEA), com amostra de 28% do universo; os profissionais da rede de saúde pública representados pelos médicos especialistas do Hospital Municipal Santa Isabel e do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS de Jaguaribe), cujo universo era de 104 profissionais, a amostra foi de 15% do universo. Com relação à escolha do grupo dos profissionais da rede de saúde pública, foi realizado um levantamento dos encaminhamentos das demandas e assim identificados os serviços de referência para onde os adolescentes recorrentemente são encaminhados para atendimentos especializados. Os resultados do estudo apontaram que do ponto de vista normativo e documental há de fato planos e normas construídos que contemplam o atendimento à saúde do adolescente privado de liberdade na Paraíba. Ademais, a realidade concreta investigada é perpassada por lacunas e expressivas fragilidades na forma como o acesso à saúde dos adolescentes é provido. Os profissionais conseguem identificar a falta de diálogo entre as políticas sociais e seus impactos, provocados pela ausência da intersetorialidade nas ações. Com relação aos gestores, percebeu-se que há diálogo com relação à criação do Plano Operativo Estadual (POE) com vistas à sistematização e promoção da saúde do adolescente em conflito com a lei, todavia não se traduz ainda numa construção intersetorial, haja vista o não envolvimento de outros atores e demais setores da gestão. Pode-se então concluir, a partir da realidade investigada, que a intersetorialidade se reveste de um imenso desafio, pois para que o acesso à saúde do adolescente se transforme numa prática pautada no direito, esta visão deverá ser das três esferas gestoras e suas respectivas instituições e órgãos de controle social.

Palavras-chave: *adolescência, conflito com a lei, política da saúde, intersetorial.*

ABSTRACT

Dantas, A.C.S. **Deprivation of liberty and access to health: the challenge of intersectionality**. 2012. 183 f. Dissertation (MSc) - University of Paraíba, Joao Pessoa, 2012.

Adolescents deprived of liberty under socio-through closed-Educational Center of the Adolescent (ECA), belonging to FUNDAC, have different needs for its development, among these needs, health. These needs are brought by the Child and Adolescent (ECA) as guarantees and rights that must be provided in full. However, what is perceived is the camouflage of such guarantees due to stigma and prejudice that permeates socio reality. In this perspective, the study brought the objective of analyzing the process of intersectoral relationships built from the cross between the politics of health and social protection policy adolescents deprived of freedom, in view of the expansion of social rights and thus outline how intersectoral action are drawn between management levels. We decided to conduct a search of an exploratory nature, given that the theme is not explored, especially in terms of an intersectoral approach. Also, do not nullify the bibliographic and documentary research, as this is the starting point for a preliminary understanding. For data analysis, we use the qualitative dimension in order to intensify the study, not being exempted from a quantitative approach. With respect to the instruments of data collection forms used for each group of respondents: Professional Education Center Adolescent (ECA), with 28% sample of the universe; professionals in public health network represented by the specialists of the Municipal Hospital Santa Isabel and the Center for Integrated Healthcare (CAIS Jaguaribe) whose universe was 104 professionals, the sample was 15% of the universe. Regarding the choice of the group of professionals in the public health system, was a survey of referrals to the demands and thus identified the referral services to which adolescents are repeatedly referred for specialized care. The study results showed that the normative point of view and documentary is actually built plans and specifications that address the health care of adolescents deprived of freedom in Paraíba. Furthermore, the investigated reality is pervaded by significant gaps and weaknesses in how access to the health of adolescents is provided. The professionals can identify the lack of dialogue between social policies and their impacts, caused by the lack of intersectoral actions. With respect to managers, it was realized that there is dialogue regarding the creation of the State Operating Plan (POE) with a view to systematizing and promoting the health of adolescents in conflict with the law, however not yet been translated into a building intersectoral, given the no involvement of other actors and sectors of administration. One can then conclude from the fact that the intersectoral investigated is of an immense challenge, because access to the health of the adolescent becomes a practice based on the law, this view should be the three management levels and their respective institutions and organs of social control.

Keywords: *adolescence, conflict with the law, health policy.intersectoral*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Fluxo do Sistema de Garantia de Direitos (SGD).....	46
Figura 2 Sistema de Garantia de Direitos (SGD).....	79
Figura 3 Etapas da implantação do POE na Paraíba.....	98
Figura 4 PEG e PEL.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Municípios, total e com política para crianças e adolescentes, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2009 (IBGE).....	72
Tabela 2 Faixa etária dos entrevistados.....	108
Tabela 3 Profissionais com pós-graduação.....	108
Tabela 4 Forma de contratação dos Entrevistados.....	109
Tabela 5 Tempo de trabalho dos entrevistados na instituição.....	109
Tabela 6 Fatores que levaram à obtenção de outro vínculo trabalhista.....	111
Tabela 7 Fatores determinantes para o estado de saúde do adolescente na visão dos profissionais.....	114
Tabela 8 Demandas mais recorrentes para intervenção na visão dos Profissionais.....	115
Tabela 9 Fatores impeditivos para o atendimento integral à saúde no CEA segundo a visão dos profissionais.....	118
Tabela 10 Dificuldades no encaminhamento dos adolescentes na visão dos profissionais.....	120
Tabela 11 Principal motivo para trabalhar no CEA.....	122
Tabela 12 Fatores impeditivos para a intersetorialidade no âmbito das políticas sociais.....	125
Tabela 13 Idade dos entrevistados.....	127
Tabela 14 Forma de contratação dos profissionais.....	127
Tabela 15 Tempo de serviço dos profissionais.....	128
Tabela 16 Motivos pelos quais os profissionais possuem outros vínculos.....	129
Tabela 17 Fatores determinantes para saúde do adolescente privado de liberdade na visão dos profissionais da rede.....	130
Tabela 18 Demandas mais recorrentes para intervenção profissional.....	131
Tabela 19 Principal dificuldade encontrada ao receber um adolescente para atendimento na visão dos profissionais da rede.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Resumo dos serviços públicos no Estado da Paraíba.....	70
Quadro 2	Políticas públicas, programas e ações de saúde para a adolescência.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Início de funcionamento das unidades no Brasil em cada região geográfica.....	83
Gráfico 2 Visão dos gestores acerca da integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social no tocante à criança e ao adolescente.....	104
Gráfico 3 Principal fator que constitui a maior dificuldade para a intersetorialidade no âmbito das políticas sociais, na visão dos gestores.....	105
Gráfico 4 Profissionais com outros vínculos trabalhistas.....	110
Gráfico 5 Visão dos profissionais acerca da ressocialização.....	112
Gráfico 6 Visão dos profissionais acerca da diminuição da maioria penal.....	113
Gráfico 7 Visão dos profissionais sobre o atendimento integral à saúde no CEA.....	117
Gráfico 8 Satisfação quanto à marcação de consultas e demais encaminhamentos na visão dos profissionais.....	119
Gráfico 09 Satisfação das condições de trabalho junto aos adolescentes.....	121
Gráfico 10 Realização de curso específico para o atendimento ao adolescente privado de liberdade.....	121
Gráfico 11 Identificação com o trabalho no CEA.....	123
Gráfico 12 Conhecimento acerca do SGD.....	124
Gráfico 13 Integração entre os setores da proteção social na visão dos profissionais.....	125
Gráfico 14 Profissionais que conhecem o CEA.....	129
Gráfico 15 Visão dos profissionais sobre a ressocialização.....	131
Gráfico 16 Conhecimento dos profissionais acerca do modo como os adolescentes são encaminhados para atendimento médico na rede.....	132
Gráfico 17 Satisfação dos profissionais da rede com relação à forma como são viabilizados consultas e demais encaminhamentos.....	133
Gráfico 18 Satisfação com relação às condições para o desempenho do trabalho junto aos adolescentes.....	134
Gráfico 19 Visão dos profissionais acerca da possibilidade de atuação numa unidade de internação.....	134

Gráfico 20 Visão dos profissionais da rede sobre a integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social.....	136
Gráfico 21 Possibilidade de construção da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais na visão dos profissionais da rede.....	137
Gráfico 22 Principal fator que constitui a maior dificuldade para a intersetorialidade no âmbito das políticas sociais, na visão dos profissionais da rede.....	138

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

ASAJ - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem

CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEJ - Centro Educacional do Jovem

CEM - Centro Educacional do Menor

CEMIC - Centro de Estudos do Menor e Integração da Comunidade

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

COINJU – Coordenadoria da Infância e da Juventude

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBEMAA - Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor “Alice de Almeida”

FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FUNDAC - Fundação de Desenvolvimento da Criança e do Adolescente “Alice Almeida”

HABITAT - Centro das Nações Unidas para Assentamentos Humanos

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MNMMR - Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social

MS – Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

ONG - Organização não-governamental

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PAIF - Programa de Atenção Integral a Família
PEG- Planejamento Estratégico de Gestão
PEI -Planejamento Estratégico Intersetorial
POE - Plano Operativo Estadual
PROSAD - Programa Saúde do Adolescente
PSF - Programa de Saúde da Família
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SAM - Serviço de Assistência a Menores
SETRASS - Secretaria do Trabalho e Serviços Sociais
SGD Sistema de Garantia de Direitos
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Criança
UFPB - Universidade Federal da Paraíba
VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO 1 A INTERSETORIALIDADE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	22
1.1 A INTERSETORIALIDADE ENQUANTO CONSTRUCTO.....	22
1.2A INTERSETORIALIDADE NO PROCESSO DE GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	32
1.3AS RELAÇÕES TRANSVERSAIS ENTRE A POLÍTICA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE E A POLÍTICA DE SAÚDE.....	39
CAPÍTULO 2 AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE NO ESTADO DA PARAÍBA NA PERSPECTIVA INTERSETORIAL	56
2.1A REDE INSTITUCIONAL DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO ESTADO DA PARAÍBA.....	56
2.2 A POLÍTICA DE PROTEÇÃO AO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE NA PARAÍBA.....	74
2.3HISTÓRICO DO CENTRO EDUCACIONAL DO ADOLESCENTE (CEA).....	80
CAPÍTULO 3 DO ABSTRATO AO CONCRETO: SONDAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NA REALIDADE SOCIOEDUCATIVA	93
3.1ANÁLISE SOBRE A EXISTÊNCIA DE ARRANJOS INSTITUCIONAIS VOLTADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE (SUS E CEA).....	94

3.2PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO CEA.....	107
3.3PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENDIMENTO.....	126
CONCLUSÕES.....	139
REFERÊNCIAS.....	149
APÊNDICE.....	155
APÊNDICE A.....	156
APÊNDICE B.....	158
APÊNDICE C.....	163
APÊNDICE D.....	168
ANEXOS.....	171

INTRODUÇÃO

A presente dissertação constitui numa investigação sobre a intersectorialidade, tomando como ponto de partida as supostas articulações existentes entre a política da saúde e o atendimento ao adolescente privado de liberdade, com vistas à garantia do direito à saúde ao adolescente institucionalizado.

Para além das questões conjunturais que moveram a delimitação deste tema, esta pesquisa parte de um interesse advindo da experiência profissional como assistente social desde 2008, junto ao Centro Educacional do Adolescente, o que possibilitou a vivência de como as ações voltadas para as demandas sociais são compartimentalizadas, embora por vezes os discursos e normas institucionais reafirmem a concretização de atendimentos intersectoriais.

Para tanto, reitera-se o fomento que o Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social vem dando à temática, tentando, desde 2008, articular as questões relacionadas ao atendimento à saúde coletiva e individual às demais políticas de corte social.

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de intersectorialidade construído a partir das relações transversais entre a política de saúde e a política de proteção social ao adolescente privado de liberdade, na perspectiva da ampliação dos direitos sociais. Desse modo, tem-se o desdobramento para outros objetivos mais específicos, quais sejam: delinear como as ações intersectoriais são desenhadas entre as esferas gestoras que têm a responsabilidade de proteger socialmente o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, bem como analisar a existência de ações intersectoriais para o acesso à assistência pública à saúde a estes adolescentes.

Assim, no percurso desta investigação, será recorrente a busca pela construção de um conceito mais abrangente sobre intersectorialidade, que de fato revele as potencialidades que as políticas sociais guardam entre si, notadamente, as de proteção ao adolescente privado de liberdade e a política de saúde.

Nesta perspectiva, visando alcançar os objetivos propostos deste estudo adotamos procedimentos metodológicos condizentes com a realidade estudada, assim como foram utilizadas estratégias metodológicas que garantissem o rigor científico do trabalho.

Mediante os objetivos pretendidos neste estudo, do ponto de vista da abordagem optamos por realizar uma pesquisa de natureza exploratória, tendo em vista que a temática ainda é pouco explorada, sobretudo por trazer a categoria da intersectorialidade. Ademais, não

anulamos a pesquisa bibliográfica e documental, pois esta constituiu-se o ponto de partida para se obter uma compreensão preliminar acerca da temática. Sobre este ponto, destacamos a dificuldade de referencial bibliográfico sobre o assunto estudado. No entanto, tal fato não veio a prejudicar o desenvolvimento do trabalho, haja vista a finalidade precípua em contribuir na construção de conhecimento que se some aos referenciais já existentes sobre a temática arrolada.

Para análise dos dados, utilizamos a dimensão qualitativa com vistas ao aprofundamento do estudo, não sendo dispensada a abordagem quantitativa, já que foi necessário mensurar quantitativamente alguns dados no que tange ao perfil dos pesquisados e às questões objetivas realizadas.

Com relação aos instrumentos de coleta dos dados, utilizamos formulários específicos para cada grupo de pesquisados: profissionais do Centro Educacional do Adolescente (CEA), profissionais da rede de saúde pública e um último formulário destinado aos gestores.

A escolha dos grupos de atores da pesquisa foi intencional tendo em vista obter de cada grupo pesquisado diferentes elementos para a compreensão global do problema estudado.

No tocante aos profissionais do CEA, foram entrevistados os profissionais de saúde da unidade de internação que totalizam 25 profissionais sendo: 02 dentistas, 01 médica, 05 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de consultório dentário, 01 fisioterapeuta, 08 psicólogos, e 07 assistentes sociais, estas duas últimas categorias profissionais não fazem parte diretamente do setor de saúde do CEA, pois as suas atribuições estão mais vinculadas à situação jurídica do adolescente, principalmente com relação à elaboração de avaliações e pareceres psicológicos e sociais para a Vara da Infância e Juventude da capital.

A vinculação dos assistentes sociais e psicólogos com o setor da saúde se dá praticamente pela necessidade dos encaminhamentos. Ainda não existem estes profissionais dentro do setor da saúde para prestar especificamente a assistência à saúde dos adolescentes. Ademais, estes dois grupos de profissionais também foram incluídos na amostra da pesquisa, já que entendemos ser fundamental a percepção destes profissionais para este estudo. Assim, do total de 25 profissionais foram entrevistados 07, de forma que de cada categoria profissional foi representada, totalizando assim uma amostra de 28% do universo pesquisado.

Com relação à escolha do grupo dos profissionais da rede de saúde pública, foi realizado um levantamento dos encaminhamentos das demandas e assim identificados os

serviços de referência para onde os adolescentes, recorrentemente, são encaminhados para atendimentos especializados.

Neste caso, no tocante a este grupo específico foram pesquisados os médicos especialistas do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de Jaguaribe, nas especialidades para as quais frequentemente os adolescentes são encaminhados. Cabe ressaltar que o atendimento no CAIS de Jaguaribe é ambulatorial. Para tanto, dentro das especialidades médicas demandadas pelos adolescentes, segundo levantamento realizado neste serviço de saúde, o número totalizou 51 médicos. Todavia, não foram incluídas nesta contagem especialidades como ginecologia, obstetrícia, mastologia e outras para as quais não há registros de encaminhamentos, tendo em vista que o CEA recebe apenas adolescentes do sexo masculino que não demandam atendimento para tais especialidades. Assim, a amostra foi composta por 08 profissionais das variadas especialidades, totalizando 15% do universo.

No outro serviço de saúde pesquisado, Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), também possui atendimento ambulatorial e é referência regional em cirurgias eletivas. Os adolescentes são encaminhados para este serviço com vistas a realizar cirurgias eletivas nas diversas especialidades. Para tanto, dentro das especialidades requisitadas pelos adolescentes, foi contabilizado o número de 53 médicos, dos quais foram entrevistados 08 totalizando assim 15% do universo pesquisado. Vale salientar que para análise deste grupo serão somadas as amostras dos dois universos (CAIS de Jaguaribe e o HMSI), tendo em vista que representam os profissionais da rede de pública de saúde.

No que tange ao grupo dos gestores, buscou-se reunir os atores privilegiados que estão diretamente vinculados ao processo de gestão da política de saúde do adolescente privado de liberdade. Neste caso, participaram da pesquisa: a diretora técnica do Distrito Sanitário III, o Coordenador do setor da saúde do CEA, a técnica responsável pelo Plano Operativo Estadual – POE do Estado da Paraíba, a representante do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e a diretora da Atenção à Saúde do Estado da Paraíba. Desta forma, foi possível investigar em nível de gestão quais as ações que vêm sendo desenhadas no tocante à saúde do adolescente privado de liberdade, nos diferentes espaços constitutivos das políticas sociais, assim como poder identificar que percepções sobre a intersetorialidade estes atores possuem e a aplicabilidade desta categoria nos planejamentos e demais ações dos seus respectivos setores.

Os formulários destinados aos três grupos foram formulados com questões abertas e fechadas. O período de coleta deu-se nos meses de dezembro de 2011 e Janeiro de 2012. Para

uma melhor disposição dos dados, foram criadas tabelas e gráficos, assim como diagramas, todos passando por uma interpretação analítica e crítica.

Neste contexto, a organização deste trabalho de dissertação deu-se em três partes ou capítulos. O primeiro capítulo intitulado “A INTERSETORIALIDADE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS”, através do qual buscamos trabalhar o conceito de intersectorialidade em suas diferentes faces teóricas, ou seja, foi realizada uma fundamentação no entorno desta categoria, situando-a nas diferentes áreas do conhecimento, com vistas a sinalizar a perspectiva adotada na investigação trabalho, sobretudo no que tange às políticas sociais. Neste capítulo, também foi possível tecer ainda que de forma resumida, a discussão sobre o modo como a intersectorialidade ganha centralidade nos modelos de gestão das cidades e de organismos que sentem a necessidade de realçar a intersectorialidade enquanto estratégia de aprimoramento e resolutividade no conjunto das políticas sociais.

O segundo capítulo intitulado “AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE NO ESTADO DA PARAÍBA NA PERSPECTIVA INTERSETORIAL” remonta à construção da política do adolescente privado de liberdade na Paraíba, adensando a discussão das estruturas de formação da rede de atendimento à criança e ao adolescente como processo derivado da municipalização e descentralização das políticas sociais basilares como a saúde e a assistência social.

Não obstante, neste capítulo também foram trazidas sucintamente a constituição institucional da rede de atendimento à criança e adolescente na Paraíba de acordo com cada segmento das políticas sociais, momento em que foram apontados alguns avanços e fragilidades deste campo. Foi dado destaque também ao histórico do Centro Educacional do Adolescente (CEA), enquanto locus privilegiado desta pesquisa e enquanto unidade de internação de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, cujas condições postas vêm refletir na realidade socioeducativa de todo o país. Esta é uma incursão fundamental para a compreensão ampla do problema estudado, adentrar no quesito intersectorialidade significa infiltrar-se em todos os meandros possíveis.

Por fim, no terceiro capítulo que tem por título “DO ABSTRATO AO CONCRETO: SONDAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NA REALIDADE SOCIOEDUCATIVA” trazemos, concretamente, com base nos dados empíricos fruto da pesquisa propriamente dita, os elementos constitutivos da transversalidade existente entre a política do adolescente privado de liberdade e a política da saúde. Para tanto, foram tecidas várias análises na tentativa de cercar de diferentes ângulos a intersectorialidade.

Os diferentes e convergentes entendimentos acerca da intersectorialidade foram apresentados no terceiro capítulo a partir das percepções dos profissionais executores diretos da assistência à saúde do adolescente na unidade de internação – quem no primeiro momento identifica as necessidades de atendimento dos adolescentes; assim como através da participação na pesquisa dos profissionais da rede de saúde, essencial para a compreensão do entorno das articulações e condições de acesso dos adolescentes aos demais serviços públicos de saúde e o modo como são vistos por estes profissionais. Por último, e não menos importante, no decorrer do capítulo, a visão dos gestores também é apontada de forma a contemplar o nível de integração e compromisso político com a política a que estão vinculados à questão da saúde do adolescente privado de liberdade.

A discussão vai além, pois o principal objetivo desta pesquisa foi tentar descortinar o problema posto, buscando desvelar a intersectorialidade a partir das relações sociais, profissionais, institucionais que perpassam as políticas de atendimento ao adolescente privado de liberdade e a política da saúde, mesmo sem soluções teóricas conclusivas.

Neste último capítulo, tivemos o intuito de romper com as abstrações por simplificações no tocante à intersectorialidade, com vistas a uma maior aproximação com a realidade concreta investigada, bem como ir além do simbólico através das confrontações das expressões da questão social postas.

CAPÍTULO 1 A INTERSETORIALIDADE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

1.1 A INTERSETORIALIDADE ENQUANTO CONSTRUCTO

O termo intersectorialidade é indicado na literatura como possuidor de vários sentidos. Numa perspectiva mais nuclear, “intersectorialidade” deriva da junção da expressão/prefixo *inter* agregada a um conjunto de setores, que ao se aproximarem e interagirem entre si podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes.

O prefixo *inter* é oriundo do latim *inter* que significa “no interior de dois”; “entre”; “no espaço de”; “posição intermediária”, assim a palavra intersectorialidade desvela: 1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores.

Nesta perspectiva, a palavra setor aqui empregada, pela própria composição do termo intersectorialidade, remete-se às políticas sociais, que na conceituação geral remonta aos processos de gestão das políticas de corte social. Assim, a intersectorialidade, para além da sua conceituação, desvela orientações para soluções e alternativas concretas para articulação das políticas sociais, objetivando impactos positivos para as condições de vida das populações urbanas e rurais.

Assim, para Nascimento (2010), 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 sua execução. Deste modo, a intersectorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil.

Segundo Azevedo (2003, p. 41) apud Nascimento (2010), a intersectorialidade diz respeito à inter-relação entre as diversas políticas. Neste contexto, destaca algumas dificuldades para a intersectorialidade no que se refere à crescente especialização do poder público e a tendência de maximização do desempenho de cada um dos órgãos do setor estatal.

Para Koga (2003, p. 238) apud Nascimento (2010), a intersectorialidade sobressai enquanto caminho de perspectiva para a política pública, a fim de articular as políticas sociais, urbanas, econômicas de forma a atuarem nos mesmos territórios prioritários da política da cidade.

Segundo Bidarra (2009), optar pela intersectorialidade é preferível porque: a) investe numa lógica para a gestão que considera o cidadão e por isso busca superar a fragmentação das políticas sociais e b) investe no aprendizado sobre como lidar com as tensões produzidas, quando se tem diferentes setores e atores com diferentes concepções de mundo, tendo que negociar uma resposta partilhada para os problemas que lhe são comuns.

Situar a intersectorialidade na literatura atual requer muita cautela. De um lado há convergências de ideias consistentes de alguns autores já tidos como referenciais no estudo da temática, de outro lado, tem-se construções teóricas totalmente divergentes que empregam o termo “intersectorial” para explicar num mesmo espaço todos os problemas de ordem da gestão das políticas sociais, imprimindo ao termo uma perspectiva simplista e estética.

Para tanto, de acordo com Inojosa (2001), a intersectorialidade ou transectorialidade, é uma expressão no campo das políticas públicas e das organizações que tem sido discutida no

âmbito do conhecimento científico. Segundo a autora, é possível encontrar na literatura o emprego dos dois termos no sentido de articular saberes e experiências para solução sinérgica de problemas complexos.

Ademais, Inojosa (2001) diz que uma perspectiva de trabalho intersetorial implica mais do que justapor ou compor projetos que continuem sendo formulados e realizados setorialmente. A intersetorialidade ou transetorialidade está para além desta restrita relação. Desse modo, a autora vem demonstrar que as políticas sociais brasileiras trazem um cariz muito forte da setorialização, perseguindo a noção de fragmentação da questão social sob o viés, sobretudo, do assistencialismo, conforme assinala nesta passagem:

Contudo, tais políticas não se encaixam no modo de pensar intersetorial, pois ele contradiz a natureza do assistencialismo, que tem caráter de compensação e de provimento de itens. Por exemplo: quando está faltando algo, busca-se sanar esse problema específico. Mas, cuidar da transformação da sociedade e promover o desenvolvimento social é uma abordagem diferente, que significa a repartição mais equânime das riquezas.
(INOJOSA, 2001, p.106)

Compactuando com este ponto de vista, o autor Junqueira (1997) defende que o cidadão, ao tentar resolver seus problemas, necessita que sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada. Ressalta ainda que apesar dos serviços serem direcionados aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico, eles são executados isoladamente por cada política pública.

Para tanto, percebe-se que, para Junqueira, há uma relação existente entre a população e o espaço geográfico a que pertence, com vistas à identificação dos problemas comuns, bem como as possibilidades de solução para que se tenha uma vida com qualidade.

Assim, segundo o autor, a intersetorialidade constitui “uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pelas relações homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade.” (JUNQUEIRA, 1997, p. 37).

Neste sentido, diante dos levantamentos realizados na literatura vigente no entorno desta temática, observam-se convergências nas ideias e conceitos trazidos pelos autores que têm produzido conhecimento no que tange à intersetorialidade.

Desse modo, corroborando também com tal afirmação, em sua tese de doutorado, datada no ano de 2004, o autor Andrade traz uma importante contribuição. Dentre muitas análises que realiza em seu estudo, o professor vem defender que,

[...] experiências estudadas evidenciam uma inquietação no interior do Estado sobre como trabalhar com a intersectorialidade. Observou-se que em relação a ela há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menos conflito, poderes disciplinares que estruturaram hegemonicamente sua organização. Esta organização condicionou os avanços na intersectorialidade das reformas estudadas. (ANDRADE, 2004, p. 54)

Paulatinamente, o debate acerca da intersectorialidade vai ganhando espaço na medida em que vão sendo incorporadas as estratégias do movimento “Cidades Saudáveis” à gestão de alguns municípios brasileiros como Fortaleza (CE) e Curitiba (PR), que de acordo com Westphal e Mendes (2000), soma-se, também, aos demais movimentos que ganharam destaque no final do século XX, nas diferentes regiões do país e do mundo (como as comunidades solidárias, cidades sustentáveis, cidades iluminadas e a Agenda 21) e cujos objetivos levam em conta o desenvolvimento humano sustentável, a integração social e a governabilidade.

O movimento por cidades saudáveis faz parte de um conjunto de políticas urbanas difundidas e implantadas pela ONU, especialmente por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Centro das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (HABITAT), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e do Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF), que buscam intervenções diretas, influenciando políticos e planejadores locais.

Diante dos levantamentos bibliográficos, vê-se que alguns conceitos destacam-se principalmente por serem pautados em experiências concretas como a de Fortaleza (CE), analisada pelos autores Junqueira, Inojosa e Komatsu, no final da década de 1990, interessante ressaltar que estes autores tiveram participação na gestão pública municipal. Assim, dentre as constatações pleiteadas pelos autores acerca da intersectorialidade, tem-se o seguinte conceito:

Intersectorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. Os conceitos de intersectorialidade 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. [...] A articulação de ambos - descentralização e intersectorialidade, referidos ao processo de desenvolvimento social, constituem um novo paradigma orientador da modelagem de gestão pública. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997)

Desse modo, as construções teóricas formuladas na década de 1990 no tocante à intersectorialidade estão intrinsecamente relacionadas à lógica de gestão das cidades numa ótica de otimização de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento urbano na perspectiva da administração pública. Nas produções recentes, diante do arcabouço normativo que permeia todo o rol de políticas sociais, há um esforço em analisar como as ações estão refletindo nas condições objetivas de vida da população. Uma criança com desnutrição grave, por exemplo, há todo um contexto que possivelmente favoreceu este quadro: falta de alimentação, falta de condições sanitárias, ausência de informação, habitação em condições precárias, falta de trabalho, ausência de postos de saúde e hospitais locais. Mesmo que as políticas sociais relacionadas aos fatores destacados contemplem em suas leis e diretrizes o direito de acesso aos bens e serviços/assistência, não é garantia que o problema de desnutrição daquela criança seja enfrentado pelo poder público. A intersectorialidade entra em cena com a perspectiva de conjugar as políticas sociais, para que num dado espaço seja possível alcançar o indivíduo de forma totalizante e assim reproduzir ou generalizar a experiência para raios de abrangência maiores. De forma que a desnutrição seja vista por dentro e por fora, que seja uma pauta comum nas agendas de âmbito federal ao municipal.

Nesta perspectiva, Monnerat e Souza (2009) colocam que,

A imersão neste cenário concreto de implementação da intersectorialidade evidencia, dentre outras questões mencionadas, que o governo estadual e o nível federal (embora haja avanços na formulação de programas federais com desenho intersectorial) ainda apresentam fraca sensibilidade para com as iniquidades geradas a partir da fragmentação e descoordenação de programas e políticas sociais. (MONNERAT ; SOUZA, 2009, p. 219)

Mesmo que tenha havido alguns avanços na forma de pensar e construir as políticas sociais e programas governamentais em nível federal, a barreira da setorialização, que é inerente às condições sócio-históricas de surgimento da proteção social brasileira, é de difícil superação. Além dos fatores estruturais de ordem da gestão administrativa, há também o elemento cultural na gestão das políticas públicas.

Romper com os parâmetros que ao longo de décadas permeiam o modo como as políticas sociais são pensadas e operacionalizadas, constitui um grande desafio, pois além do peso que a cultura exerce, a vontade política dos indivíduos também será crucial no processo de mudança. Assim, Machado (2011) vem apontar que,

[...] As práticas intersetoriais, por se pautarem em articulações entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto de saberes, poderes e vontades diversas se apresentam como uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas. Estas políticas devem possibilitar o enfrentamento de problemas e devem produzir efeitos mais significativos para as pessoas. Estas ações permitem certa superação da fragmentação de conhecimentos e das estruturas sociais, apontando um novo arranjo para a intervenção e participação para resolução de questões amplas e complexas. (MACHADO, 2011, p. 1)

A autora defende que a intersectorialidade envolve a expectativa de maior capacidade de resolver situações, de efetividade e de eficácia, pois, em todas as experiências reconhece-se claramente que ela se constrói sobre a necessidade das pessoas e setores de enfrentar problemas concretos. São as questões concretas que mobilizam as pessoas; são elas que criam o espaço possível de interação e de ação. (MACHADO, 2011)

Para Bourguignon(2001), a moderna gestão social pauta-se, portanto, em princípios como a descentralização, participação social e intersectorialidade. Com relação a este último termo – intersectorialidade –, a autora vem conceituá-lo como,

[...] articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a proteção, inclusão e promoção da família vítima do processo de exclusão social. Considera-se a intersectorialidade um princípio que orienta as práticas de construção de redes municipais. (BOURGUIGNON, 2001, p. 4).

Ainda de acordo com Bourguignon (2001), tradicionalmente as políticas públicas básicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, etc.) são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção humana. Além disto, percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais. Exemplo disto é a Assistência Social que possui um conjunto de entidades estatais e filantrópicas que prestam serviços na área de forma paralela as demais políticas e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários.

Bourguignon (2001) ressalta que esta forma de gestão das políticas públicas gera fragmentação da atenção às necessidades sociais, paralelismo de ações, centralização das decisões, informações e recursos, rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais, divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede, fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário – sujeito do conjunto das atenções na área social.

Para tanto, de acordo com Nobre (2003), em 1978 a intersetorialidade é definida pela Organização Mundial da Saúde, como uma estratégia para atingir “Saúde para Todos no Ano 2000”. Nas últimas duas décadas, o debate sobre promoção da saúde enfatiza as propostas de "cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersetorial" (TEIXEIRA; PAIM, 2000). No Brasil, esses temas são absorvidos e difundidos no contexto do processo de reforma sanitária e de implementação de mudanças de políticas de saúde e reorganização da gestão e dos serviços de saúde.

Nobre (2003) ainda destaca que a necessidade de ações intersetoriais também foi apontada pelo conjunto da sociedade representada pelos delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Dezembro de 2000, em Brasília/DF, que defendeu como primeiro ponto da agenda para a efetivação do SUS e do controle social: "a melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população" (Conferência Nacional de Saúde, 2001).

No item do Relatório Final desta Conferência, intitulado: “Determinantes das Condições de Saúde e Problemas Prioritários no País”, tem-se a seguinte medida:

C) Articular os vários setores e órgãos do governo, promovendo políticas integradas e privilegiando o financiamento das políticas sociais, de forma a potencializar a qualidade de vida da população, o que só poderá ser viabilizado com a mudança do modelo econômico. A **intersetorialidade** e a regionalização são fundamentais para superar a verticalização, desarticulação, fragmentação e pulverização das políticas sociais que melhoram a qualidade de vida das pessoas, e deve ser priorizada a articulação entre as políticas de educação, habitação, emprego e renda, saneamento básico e meio ambiente, imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. A implementação de políticas **intersetoriais** deve ser realizada, em âmbito local, sob a concepção de municípios e ambientes saudáveis, com estratégias que estimulem a promoção da Saúde e

organizem a atenção por meio da articulação, na ponta, das ações de vários órgãos de governo. (11ª Conferência Nacional de Saúde, 2001)

Neste sentido, a intersetorialidade debatida na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2001) é refletida na visão atual do Ministério da Saúde (MS), colocando a intersetorialidade como uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (MS), a intersetorialidade permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, para o MS, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Desse modo, percebe-se que a intersetorialidade vem sendo utilizada há pelo menos três décadas nos textos de organismos internacionais, como a OMS, assim como pelos órgãos e Ministérios nacionais, como o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Todavia, a intersetorialidade, ao partir para o plano da execução das políticas sociais, encontra limites, isto porque as estruturas de gestão de cada política possuem suas particularidades e se fecham dentro dos seus processos de organização.

Importante, inicialmente, deixar claro que a intersetorialidade vem sendo articulada não só ao trato das políticas públicas. Ver-se que seu uso percorre atualmente desde as agendas político-partidárias, grassando as análises sobre os processos de trabalho e

particularmente no contexto de planejamento e gestão das políticas públicas, em que sua utilização insurge como tentativa de superar as contradições inerentes ao modelo injusto e desigual de desenvolvimento social.

Situando a intersectorialidade no âmbito da saúde, Bredow e Dravanz (2010), ressaltam que a intersectorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, partindo do princípio do diálogo entre os seus executores e gestores. Para as autoras, a intersectorialidade tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão, tornando-se um mecanismo para a garantia do direito de acesso à saúde, já que esta é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida, conjugando também a intersectorialidade às categorias de “rede” e integralidade.

Com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), os preceitos democráticos como participação cidadã, descentralização e universalidade ganham espaço nos debates e no desenvolvimento das políticas públicas. Afinal, a partir deste momento, novos valores democráticos passavam a balizar todo o sistema de proteção social brasileiro. Trazendo à tona discussões como a intersectorialidade no âmbito das políticas sociais nas décadas seguintes.

Na medida em o poder público internaliza modelos de gestão pautados no gerenciamento de resultados, há uma crescente especialização da administração pública. No sentido de que tendencialmente tem-se uma atenção voltada para os indicadores sociais, ou seja, os números, em detrimento do real impacto do conjunto de políticas sociais na vida dos cidadãos.

De acordo com Inojosa (1998) os governos, especialmente os municipais, têm decididosobre suas políticas fundamentais quase sempre de uma formasegmentada, setorizada, utilizando um conjunto de organizações –secretarias, departamentos, autarquias, fundações e empresas públicas –através das quais exercem o seu poder de regulação e prestam serviços àsociedade.

Para Inojosa (1998) a maioria das estruturas organizacionais municipais reforça afragmentação das políticas, pois apresenta-se com um formato piramidal,com vários escalões hierárquicos e departamentos separados pordisciplinas ou áreas de especialização. Tais estruturas dificultam aoscidadãos o exercício e o controle social sobre seus direitos de segundageração – os direitos sociais e econômicos, uma vez que os problemastêm origens múltiplas, tornando impossível cobrar sua solução de um único setor.

Desse modo, Nascimento (2010) ressalta que embora haja o avanço na gestão da política pública, há inúmeras dificuldades enfrentadas no âmbito das políticas setoriais, sobretudo por conta da própria cultura, dificuldades político-partidárias e outras questões que vão incidir diretamente na execução das políticas.

Apesar da polissemia que o tema provoca duas grandes perspectivas são sinalizadas pelo campo teórico no que concerne a esta estratégia de gestão que por vezes também é confundida como aspecto de planejamento e execução. A primeira delas se vincula à matriz modernizante que relaciona a intersectorialidade às inovações tecnológicas leves, ou seja, nesse caso, as ações entre os setores funcionam como desdobramentos do modo como o homem processa a absorção dos saberes dispostos e de como o produto desse processo entra na gestão, por exemplo, das políticas públicas.

A segunda apresenta um *mix* de elementos próprios da modernidade e aspectos com veios mais críticos, arrolando nas análises o impacto que o desenho estrutural provoca no modo como tais políticas ganham concretude.

Portanto, é tomando como parâmetro tais assertivas que esta pesquisa pretende caminhar, buscando, nesse processo, uma aproximação ao tema que envolva aspectos próprios das políticas de proteção social arroladas, e, para tanto, será almejada uma perspectiva que revele aspectos próprios dessas políticas, sobre as quais pouco se tem estudado.

As produções bibliográficas recentes, a partir de 1988, situam a intersectorialidade como uma estratégia que surge para superar a fragmentação e fragilidade das políticas sociais, com vistas a combater as iniquidades sociais. Trazem também a ideia de que possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante. Neste sentido, a intersectorialidade, no debate atual, vem como uma recorrente estratégia para obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social, numa importante “ferramenta” para superação da setorialização das demandas sociais.

A temática parte de uma inquietação que advém do atual cenário em que as políticas sociais atravessam de complexificação da questão social, no tocante ao seu enfrentamento que no geral ganha contornos de resolução via ações setorializadas e parcializadas.

Assim, torna-se necessário realizar estudos que não se limitem a fetichizar o tema da intersectorialidade, mas sim provocar o debate arrolando categorias que estão intrinsicamente vinculadas à implementação e, portanto, gestão de tais políticas. É justamente durante o processo de gestão que os problemas estruturais relativos a tais políticas ganham visibilidade,

como por exemplo, as formas de financiamento, os modelos de gestão seguidos, os diversos modos de organização dos processos de trabalho, parâmetros legais e a própria estrutura de rede que as políticas encontram para se materializarem. Nessa direção é fundante analisar a contradição central que envolve o binômio: políticas sociais e intersectorialidade, qual seja, identificar as reais possibilidades de implementação de ações articuladas entre os setores de proteção social num locus de planejamento que parte de ações isoladas e sem estratégias de diálogo.

1.2 A INTERSETORIALIDADE NO PROCESSO DE GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Ao centrar a análise no campo das políticas sociais, é importante considerar que elas estão localizadas do ponto de vista histórico e político num cenário que combina uma série de fatores, dentre os quais se destacam a própria condição de variável de política pública, somada a contradição, a resistência da sociedade civil, a relação histórica dessa última com o Estado e na modernidade, contextos bem particulares de institucionalização, organização legal e material.

As políticas públicas constituem campos de tensão que resultam da própria composição dos espaços e esferas públicas em cada conjuntura assim como produzem efeitos e significados bastante concretos nos modos de compreensão social da coisa pública. Não devem ser concebidas, nesta linha de raciocínio, numa perspectiva instrumental, muito embora possuam uma dimensão operacional na medida em que são formas concretas de intervenção social, esforços dirigidos ao enfrentamento de necessidades sociais que são reais e socialmente reconhecidas. Deste modo, constituem meios para se alcançar um resultado social, frutos de um determinado estágio de pactuação social. Contemporaneamente as políticas públicas respondem a um desenho arquitetônico determinado por um novo patamar de relacionamento do Estado com a sociedade civil em que se combinam contraditoriamente elementos de uma lógica globalizante das relações econômicas com a perspectiva de valorização da dimensão política na esfera local. (ALMEIDA, 2010, p88,)

Implica também pensar que a intersectorialidade faz parte desse complexo rol de elementos e sofre ao mesmo tempo, impactos do produto de interação que esses fatores irão gerar quando processados.

As diretivas observadas atualmente no campo das políticas públicas (portanto das políticas sociais) devem ser consideradas em qualquer análise que hoje se realize. Um aspecto em especial deve ser posto em relevo, notadamente, a valorização que o nível local obteve nas últimas décadas quando discutimos ações estatais na esfera pública. Esse movimento é observado em nível mundial e no Brasil faz parte da recente agenda de gestão tanto do Estado quanto da sociedade civil organizada.

Quando focalizamos o Brasil, constatamos que, o modo como as políticas sociais, historicamente, foram construídas, revela a forte e insistente tendência de fragmentação da questão social e por conseguinte, uma divisão de setores no seu enfrentamento. Entre as décadas de 20 e 30, quando são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões(CAP), no ano de 1923, e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), a partir dos anos de 1930, além de alcançarem somente as profissões vinculadas aos setores produtivos da época, como os ferroviários, marítimos, bancários e industriários, também era condição essencial a formalização dos seus vínculos empregatícios.

Ademais, as provisões ligadas, sobretudo aos serviços previdenciários de saúde, eram consolidadas, paulatinamente, mediante pressões das classes trabalhadoras. Assim, é neste processo de lutas que, gradativamente, foram acrescentados serviços à “cartela de direitos” dos trabalhadores, e, mais tarde, estendidos aos demais sujeitos. Vale salientar, que desde a criação das CAPs e dos IAPs seguiu-se uma linha de setorialização das demandas sociais transpondo esta tendência para a formulação das políticas sociais até a sua execução. E neste sentido, a celeuma criada pelo insulamento das políticas sociais acaba por gerar formas de acesso restritivo para segmentos parcializados da população.

O entrecruzamento das diferentes políticas sociais com vistas ao atendimento das diversas necessidades sociais dos sujeitos é uma tarefa complexa, principalmente quando se tem profundas desigualdades sociais, cujas condições de vida são parametrizadas pelo acesso ao trabalho. Na fratura social gerada pelo emprego ou não emprego, tem-se cenários que vão desde a miserabilidade extrema, perpassando pelos que têm acesso focalizado e seletivo aos serviços/políticas sociais até os que detêm condições próprias de custeio total de suas necessidades, sejam estas de saúde, educação, previdência, habitação, transporte, cultura e lazer, por via de serviços privados. Como bem acrescenta Almeida (2010),

As políticas sociais encerram uma decisiva e central contradição: elas integram os esforços políticos, econômicos e ideológicos de não reconhecimento da classe trabalhadora como sujeito que produz a riqueza social e que dela não se apropria e, ao mesmo tempo, constituem formas históricas e concretas através das quais se produzem o reconhecimento e a

incorporação dos direitos sociais dessa mesma classe. Desta forma, as políticas sociais ao mesmo tempo em que são determinadas pela contradição que movimenta a sociedade capitalista potencializam um conjunto outro de contradições que materializam territorialmente na cidade os contornos da relação entre o Estado e a sociedade civil, um campo de diferentes lugares e possibilidades de exercício do poder, em conjunturas históricas particulares. (ALMEIDA, 2010, p. 85)

Precisamente, no âmbito da saúde, a intersetorialidade ganha contornos bem específicos, haja vista que o processo saúde-doença engendra os fatores determinantes inerentes às condições de vida da população. Neste sentido, há também de se considerar o aparato normativo criado com diretrizes e princípios que estendem aos sujeitos o direito ao acesso à saúde de forma totalizante. Assim, as conquistas constitucionais de 1988, no que tange à saúde, resultaram de um amplo movimento e politização da saúde, sobretudo com a expressiva luta do movimento da Reforma Sanitária.

No entanto, as bases de sustentação deste movimento enfraquecem na medida em que a política de saúde ganha materialidade através do Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçado já na Constituição de 1988, cuja envergadura traz uma ampla complexidade que vem permear toda a estrutura do sistema, isto porque a cobertura de caráter universal da saúde enseja numa estratégia complexa com maior grau de dificuldade de gestão voltada para a efetividade dos serviços e da política de saúde, haja vista os elementos políticos e culturais alicerçados nos modelos de atenção à saúde anteriores ao SUS.

Neste sentido, a intersetorialidade, no debate atual, vem como uma recorrente estratégia no plano das ideias, para obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social, numa importante “ferramenta” para superação da setorialização das demandas sociais. Surge também como estratégia para aniquilar a fragmentação e fragilidade das políticas sociais, com vistas a combater as iniquidades sociais. Desse modo, a intersetorialidade possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante.

Segundo Ferreira (2009), as políticas públicas são fruto de movimentos sociais e decisões políticas que vêm, ao longo dos últimos anos no Brasil, ampliando as situações sobre as quais o Estado deve prover respostas. Muitos aspectos da vida do cidadão que até pouco tempo eram considerados de ordem familiar ou privada passam a ser regulados pela lei e mediados pela atuação de servidores públicos.

No que tange à intersetorialidade Ferreira (2009) defende que,

[...] Essas diferenças configuram o primeiro desafio quando o tema é intersetorialidade: as políticas públicas setoriais estão estruturadas para funcionarem isoladamente. Planejamentos, orçamentos, normatizações técnicas, recursos humanos, enfim, todo o modelo de gestão é pensado, via de regra, em função do grau de especialização e profissionalização de cada área.(FERREIRA, 2009, p. 19)

Ademais, as políticas sociais atravessam a complexificação da questão social, no tocante ao seu enfrentamento que no geral ganha contornos de resolução via ações setorializadas e parcializadas como já sinalizamos. Assim, a setorialização das políticas sociais é algo inerente à condição de configuração da proteção social brasileira, pautada na sobreposição do processo econômico, uma vez que, em virtude de todo percurso sócio-histórico do país, há uma forte inclinação para ampliação da presença do mercado, e, por conseguinte, o gradual afastamento do Estado no que tange à proteção social.

Para tanto, a intersetorialidade vem sendo posta como um desafio, pois com base na doutrina da proteção integral, o atendimento em todos os níveis requer complementariedade, pactuação e convergência entre as políticas sociais. No entanto, os problemas de gestão atrelados às discrepantes definições das agendas políticas dos Estados e dos Municípios não coadunam para a garantia de direitos sociais, em decorrência do distanciamento entre as esferas federal, estadual e municipal.

Nesta perspectiva, não se pode dispensar a crítica, haja vista que todo este cenário ora traçado está submerso num Estado capitalista em que a lógica é a superacumulação em detrimento das garantias dos direitos sociais e trabalhistas dos sujeitos. Para tanto, a criação de políticas sociais setorializadas constitui uma estratégia de Estado, uma vez que no âmbito de cada política social vão ser criados mecanismos seletivos no acesso. Mesmo na política da saúde, que apesar de ter a universalidade garantida em seus parâmetros normativos, sua cobertura se dá de forma restritiva e precarizada não atendendo a população de forma efetiva.

Neste sentido, Bidarra (2009) ressalta que,

[...] restringir direitos é a alternativa para diminuir a demanda por investimentos e por cobertura estatal para com as mazelas sociais, expressões da “questão social”, que resultam do movimento de reprodução das desigualdades “financiado” pelo processo de superacumulação do modo de produção capitalista. Não se pode perder de vista o papel classista desempenhado pelo Estado para afiançar as reivindicações das elites econômicas. (BIDARRA, 2009, P. 487)

Para tanto, o modo como as políticas sociais foram germinadas e maturadas não foi um processo involuntário, mas foi sem dúvida uma articulação fechada do Estado com vistas ao estreitamento de sua intervenção sobre as demandas sociais.

Dentro deste contexto, no tocante à intersectorialidade, Bidarra (2009) ressalta que,

Não por acaso, prevalece o entendimento em dada direção política, que equipara a intersectorialidade a um procedimento da reforma administrativa do Estado, a qual tende a ser apresentada como uma resposta positiva para solucionar a “crônicamoléstia” que acomete o aparato estatal, ou seja, a ineficiência conjugada com a corrupção no serviço público. (BIDARRA, 2009, p. 487)

Com esta perspectiva, a autora acima citada, traz a intersectorialidade como parte importante para uma contra-reforma administrativa do Estado, isto porque com adoção deste mecanismo na formulação e gestão das políticas sociais, abre-se uma maior possibilidade para a eficiência frente às respostas do aparato estatal às demandas sociais.

Deste modo, a complexificação da vida social tem exigido respostas por sua vez mais complexas por parte do Estado e é nesse processo de respostas que a intersectorialidade surge. Contudo, sua emergência se articula a outros conteúdos políticos relevantes, dentre os quais se destaca o movimento descentralizador da ação estatal e como este se diluiu na gestão das políticas públicas, em especial nas políticas sociais. Se trata de um movimento-estratégia de base democrática que trouxe para o cenário brasileiro na década de 1980 avanços e ganhos nas formas de operar os programas, planos e projetos sociais.

A literatura é clara quando adverte que não é possível analisar as experiências intersectoriais sem as articular ao processo de descentralização política iniciado a partir da expansão de direitos sociais consolidados na Constituinte de 1988. Foi a partir desse marco que Estados e Municípios ao tempo em que adquiriam maior autonomia administrativa para gerirem as políticas públicas tiveram que assumir o ônus de uma maior fatia de responsabilidade na produção das respostas às demandas da sociedade civil. A intersectorialidade passou a representar para estes um instrumento a mais de busca de eficácia nesse processo bifurcado e por vezes conflituoso, que será analisado com maior acuidade a posteriori.

Dentro desta perspectiva chamamos a atenção para as inúmeras inter-relações que a intersectorialidade demanda, pois;

Os processos de gestão das políticas públicas na realidade local aopasso que expressam tendências e fenômenos que se inscrevem nadinâmica global das relações entre a política e a economia e entre o Estadoe a sociedade civil também ganham pulsações próprias, demarcandopráticas sociais que singularizam a relação dos sujeitos políticos com e nacidade. A intersetorialidade é uma das práticas sociais que se articula namediação institucional entre diferentes políticas públicas na esfera municipal.Expande-se a partir do fenômeno da descentralização e como umadecorrência concreta das dificuldades e possibilidades que se apresentamnos processos cotidianos de oferta dos serviços sociais prestados no âmbitodas políticas públicas na esfera local. (ALMEIDA, 2010, p. 93)

Tecendo uma análise sobre as especificidades e a intersetorialidade dentro da política da Assistência Social, Sposati (2004) coloca que a assistência social é uma política capilar que penetra com seus serviços, benefícios e trabalho social, concretizando direitos sociais no cotidiano. A assistência social é uma política que se desloca para o território, e como a saúde, desloca-se de unidade física do serviço até o local de permanência das pessoas ou de sua morada e convívio. Assim, para a autora, a base territorial é um dos significativos espaços para a articulação intersetorial de necessidades e de conhecimentos.

Aqui residem dois campos: *a intersetorialidade no conhecimento da realidade* que supõe a produção de informações que fortalece as evidências sobre os determinantes e condicionantes intersetoriais na produção de necessidades sociais; *a intersetorialidade na ação que supõe a criação de articulação intersetorial para potenciar ações e resultados*. (SPOSATI, 2004, p. 52)

Desse modo, Sposati (2004) vem desvelar que no veio da intersetorialidade o conhecimento da realidade e a ação devem manter uma relação estreita, a fim de que se possa ter aproximação das necessidades sociais dos sujeitos.

A intersetorialidade, no âmbito das políticas sociais, também tem sido objeto de análise das autoras Monnerat e Souza (2009), que ao longo de seus estudos, vêm destacar os consensos teóricos e os desafios práticos presentes na perspectiva desta temática. As autoras em tela defendem que a intersetorialidade tem sido recorrentemente defendida por diversos analistas de políticas públicas, haja vista a tarefa inadiável de promover uma dada capacidade de gestão que minimize as características históricas de fragmentação das políticas sociais.

De acordo com Monnerat e Souza (2009), as principais publicações sobre a intersetorialidade são provenientes das áreas de Administração Pública e de Saúde Coletiva, havendo poucas produções nas áreas da Educação e do Serviço Social.

As autoras também conjugam a interdisciplinaridade à intersetorialidade para que se possa ter uma análise global dos problemas, com vistas à promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social atual.

[...] Neste caso, o planejamento deve ser a tradução da articulação entre saberes e práticas setoriais, considerando-se que no âmbito do planejamento conjunto a intersetorialidade deve se concretizar como síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos. A ideia de síntese não prescinde dos afazeres e atribuições setoriais, isto é, dá-se grande importância aos domínios temáticos setoriais para a construção de objetos e objetivos comuns, mas, ao mesmo tempo, espera-se que este novo tipo de intervenção social contamine as tradicionais lógicas setoriais. (MONNERAT ; SOUZA, 2009, p. 204)

Ainda de acordo com as autoras, há a necessidade de definição de uma dada área comum para a ação das diferentes políticas sociais, a fim de promover a intersetorialidade. Desse modo, a promoção de mecanismos que favoreçam o diálogo e os fluxos de informação e comunicação também é enfatizada na produção bibliográfica existente, ressaltam as autoras. (MONNERAT; SOUZA, 2009).

Para Monnerat e Souza (2009), no âmbito da produção teórica da Administração Pública, a intersetorialidade constitui uma nova forma de gerenciar as cidades, ou seja, é uma proposta de modelo de gestão urbana. E neste sentido, a preocupação situa-se no sentido da otimização dos recursos humanos e financeiros, haja vista a possibilidade de superação da ineficácia das políticas sociais. Já no campo da Saúde Coletiva, as produções teóricas arrolam a intersetorialidade numa perspectiva bastante específica, isto porque, há a apropriação do conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que vem compreender a intersetorialidade como uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde.

Para tanto, as autoras ainda destacam que a preocupação atual do setor saúde com a promoção de políticas intersetoriais pode ser observada na revitalização do debate sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, assim como no resgate de princípios fundamentais do projeto de Reforma Sanitária como alternativa para superação dos impasses setoriais travados após mais de vinte anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, chegar à compreensão de que o processo saúde-doença está para além do adoecimento físico ou mental do sujeito, dentro de um espectro meramente patológico, não é um exercício simples. Uma vez que as ações do poder público, e neste sentido incluem-se o

planejamento e execução de políticas sociais, são pensadas e propostas por agentes públicosque trazem consigo uma carga intelectual, ideológica e ética, bastante diferenciada. Assim, dentro das dissonâncias existentes entre os gestores dos diferentes setores do Estado, o interesse público é posto sobremaneira em segundo plano em detrimento da vontade política de partidos políticos e agentes públicos.

Os setores são pensados e organizados, isoladamente, numa espécie de *enclausuramento* (a própria palavra *setor* desvela sua real finalidade e sentido), mantidos em microterritórios onde cada gestor é responsável pela sua “pasta”, pela sua “área”, não mantendo um diálogo com seus pares que também comungam de problemas, demandas de mesma ordem de atendimento das necessidades sociais dos sujeitos, seja no campo da assistência social, saúde, previdência social, educação e das demais políticas.

Para tanto, este *enclausuramento* tão presente no âmbito das políticas sociais vem a incidir, fundamentalmente, na forma de acesso dos sujeitos aos serviços e benefícios materializados pelo poder público, haja vista que coexistem fracionamentos da população em virtude da seletividade e focalização engendradas na provisão dos direitos sociais. Um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação, por exemplo, certamente terá necessidades de saúde, educação, lazer, assistência social, contudo, o acesso a tais políticas terá que percorrer um longo caminho até chegar a estes sujeitos, pois além da barreira da privação de liberdade, há uma forte resistência dos demais setores do Estado em garantir o atendimento das necessidades dos adolescentes de forma totalizante. Mesmo porque para que as políticas sociais ganhem materialidade na realidade socioeducativa, todos os setores terão que manter diálogos de forma continuada, com vistas à consolidação de uma rede de atendimento, que de fato reconheça estes adolescentes enquanto sujeitos de direitos.

1.3 AS RELAÇÕES TRANSVERSAIS ENTRE A POLÍTICA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE E A POLÍTICA DE SAÚDE

Ao tratar dos aspectos presentes na correlação existente entre políticas sociais específicas arroladas na proposta do estudo, é indispensável resgatar o percurso sócio-histórico tecido ao longo da construção da proteção social brasileira, e neste sentido, o ponto de partida para análise será a constituição da Seguridade Social advinda da promulgação da carta magna de 1988.

Assim, a Seguridade Social brasileira compreende as políticas da saúde, previdência e assistência Social, que em conjunto representam o produto histórico das lutas da classe trabalhadora frente ao reconhecimento pelo Estado de suas necessidades sociais decorrentes da reprodução da força de trabalho inerente à relação capital-trabalho.

Mas, conforme indicado, a consolidação da seguridade social não se deu de forma desarticulada dos processos sócio-históricos, uma vez que cada política constitutiva da seguridade foi perpassada por conflitos e negociações no entorno dos divergentes interesses da classe trabalhadora e do patronato, tendo como pano de fundo o Estado regulador das relações político-econômicas.

Somente com a Constituição de 1988 (CF/88), foi possível apreender a Seguridade Social de forma a condensar três importantes políticas sociais: saúde, previdência e assistência social, que possuem traços diferenciados quanto a sua forma de provisão e acesso. A primeira está pautada no princípio da universalidade, na perspectiva do direito à saúde, superando assim o modelo securitário da medicina previdenciária; a segunda política tem base contributiva, ou seja, está atrelada fundamentalmente na lógica do seguro para que seja garantida a sua sustentabilidade, através das contribuições dos trabalhadores e empregadores; a terceira, por sua vez, está para todos aqueles que dela venham a necessitar, rompendo, ainda que de forma tímida, com o clientelismo e assistencialismo, historicamente reproduzidos.

Para tanto, é com a promulgação da Constituição de 1988 que se inaugura um novo momento político-institucional, sendo reafirmado o Estado Democrático de Direito, ensejando, dessa forma, uma política de proteção social ampla.

Estamos atentando para o fato de que apesar do Brasil ter estabelecido um sistema de seguridade social que se pretende ampliado com relação à cobertura e ao acesso, vale ressaltar que a noção de seguridade confirmada no contexto da CF/1988, ainda se configura como restrita na medida em que referenda apenas políticas de saúde, previdência e assistência social. Assim, é importante assinalar que a seguridade social pode se estabelecer em bases mais alargadas, ou padrões mais abrangentes, agregando outras políticas de corte social, a exemplo da habitação, educação, esporte, cultura e políticas por segmentos como as de proteção à mulher, à juventude e (no caso deste estudo) a do adolescente.

Nesta perspectiva e considerando tais premissas, a seguridade social brasileira passou a se materializar a partir da CF/1988, pela via de três políticas sociais específicas e que seguem normativamente um modelo de gestão pautado em mecanismos intersetoriais, com

vistas à confluência entre elas próprias e as demais políticas, vislumbrando um maior nível de resolutividade e efetividade sobre as demandas sociais.

Ao tratar Seguridade Social nacional dentro do veio da intersectorialidade, torna-se pertinente realçar que embora tenha sido formatada e idealizada com a propositura de um comando único, incorre-se a análise de que as três políticas constitutivas tiveram trajetórias diferentes, bem como, base política e institucional peculiares. Advém deste importante aspecto, o enorme desafio da implantação e efetivação da Seguridade Social.

Assim, deste modo, a investigação em pauta tentará desvelar como as ações intersectoriais são construídas entre a política da saúde e a política de atenção voltada para o adolescente sob privação de liberdade, partindo do pressuposto que a intencionalidade é observada em nível da retórica, porém não se verifica a ultrapassagem da falácia, desdobrando-se de fato num atendimento que integre a saúde e a proteção sociojurídica destes adolescentes.

Nesta investigação, o foco se voltou notadamente para duas políticas sociais, quais sejam: Saúde e Adolescência, que embora sejam de naturezas diversas desvelam expressões da questão social, uma interdependência para o atendimento que se pretende. Porém essa característica por si só não vem conseguindo se traduzir em ações efetivas, onde a saúde do adolescente atendido por instituições vinculadas formalmente à política de proteção, não tem sido objeto de intervenções mais contundentes.

Desse modo, faz-se necessário delinear os percursos que cada uma destas políticas teve até a sua consolidação, para então alcançarmos a conexão existente entre elas com vistas ao atendimento integral à saúde do adolescente privado de liberdade.

Segundo Ferreira (2009), a trajetória das políticas setoriais brasileiras guarda distinções entre elas em função dos movimentos sociais que as pautaram e constituíram, da forma como estão formalizadas em lei, da variedade de interesses que compõem sua agenda, das responsabilidades que foram capazes de configurar para cada esfera governamental.

Ao analisar o modo como foi construída a política de atenção à criança e ao adolescente, remetemo-nos a um passado de repressão, exploração, exclusão e rejeição, cujo enfrentamento das expressões da questão social vinculadas à infância e juventude brasileira se dá de forma incipiente, e, sobretudo, com caráter interventivo voltado para o assistencialismo conjugado a preceitos moralizadores e repressores. Pode-se, pois afirmar que desde o período colonial, por volta do século XVII, que as crianças e adolescentes alvos de abandono e de

outras formas de violência, eram vistos como “desvalidos”, “delinquentes” e “desviados” dentro da ordem social estabelecida.

De acordo com Souza (2010), desde o século XVII, na Europa, a questão da infância e da adolescência abandonada já ocupava espaço de discussão entre o Estado, a igreja e as instituições filantrópicas. Somente no final do século XIX e início do século XX, essa temática começa a ter visibilidade, também, no Brasil.

Segundo Rizzini (2008), durante o século XVIII e parte do século XIX, era predominante a prática essencialmente caritativa de zelar pelas crianças pobres, que se materializava no ato de recolher crianças órfãs e expostas. E neste sentido, destaca a “Roda dos Expostos”, que era uma instituição que acolhia crianças através um mecanismo que impedia a identificação de quem as abandonava. Estas instituições foram implantadas no Brasil, por volta de 1730, através da Santa Casa de Misericórdia.

Ademais conforme ressalta Rizzini (2008), este modelo de instituição foi se tornando inadequado e incompatível com a mentalidade do século XIX. Cabendo aos higienistas e demais moralistas, polemizar contra a assistência caritativa com base em argumentos respaldados na moral e nos conhecimentos adquiridos pela ciência médica.

Nas primeiras décadas do século XIX, de acordo com Araújo (2003), os asilos dão lugar aos institutos, reformatórios e as escolas correcionais, representando a consolidação do sistema de internato pautado numa concepção de assistência voltada para “prevenção” e “recuperação”, bem como uma educação voltada para o trabalho.

De acordo com Rizzini (2008), diante das transformações econômicas, políticas e sociais, que marcam a era industrial capitalista do século XIX, o conceito de infância adquire novos significados e uma dimensão social até então inexistente no mundo ocidental. “A criança deixa de ser objeto de interesse, preocupação e ação no âmbito privado da família e da Igreja para tornar-se uma questão de cunho social, de competência administrativa do Estado”. (RIZZINI, 2008).

O Código do Menor criado pelo Decreto de nº 17.943/1927 constituiu o primeiro documento legal para a população com menos de 18 anos, direcionado às crianças em “situação irregular”.

“O menor de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menor de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistências e proteção contidas nesse código.” (Decreto nº 17.943/1927, art.1º).

Como reflexo deste contexto, no campo da infância, de acordo com Oliveira e Silva (2005), ocorreu uma ampla mobilização nacional, com repercussão internacional, que visava a defesa dos direitos das crianças e adolescentes, assim como havia uma luta por mudanças já no segundo Código de Menores de 1979, na mentalidade social e nas práticas judiciais e sociais dos órgãos do Estado que implementavam a política destinada a este segmento.

[...] Em 1979, quando de sua promulgação, comemorava-se o Ano Internacional da Criança, fruto de uma mobilização mundial que exigia atenção especial aos direitos das crianças e dos adolescentes. No entanto, esses direitos não estavam contemplados na legislação que acabara de nascer. O “novo” Código, lançado em um momento de contestação política respaldado na Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBM), representava os ideais dos militares que estavam em crise. Não correspondia aos interesses das crianças e dos adolescentes, os quais permaneciam confinados nas instituições totais e submetidos ao poder discricionário do juiz de Menores. Dessa forma, o código de Menores e PNBM, com seu paradigma da “situação irregular”, entraram em colapso, “desaparecendo” do cenário nacional em 1990, com a aprovação do ECA. (OLIVEIRA ; SILVA, 2005, p. 32)

Assim, teve grande expressão, neste momento, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMRR) que foi referencial no processo de desconstrução do paradigma de “situação irregular” do Código de Menores. Para Oliveira e Silva (2010), os meios de comunicação também foram fundamentais em não omitir os excessos e abusos das práticas institucionais; denunciavam rebeliões, maus-tratos e as diferentes formas de violência inerentes ao sistema menorista.

Para Oliveira e Silva (2005), a base filosófica do direito menorista prevista no Código de Menores de 1927 e de 1979 se manteve quase inalterada desde sua origem, por um longo período de 63 anos, até a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Assim, segundo Volpi (2010), o início da década de 1980 foi marcado pelo surgimento dos movimentos sociais, que impulsionaram o processo de redemocratização do país após uma ditadura de mais de vinte anos. “A mobilização da sociedade no combate ao arbítrio e na consolidação de um Estado democrático de direito traduziu-se, nesta área, na elaboração, aprovação e entrada em vigor do Estatuto da Criança e do Adolescente”. (VOLPI, 2010, p.48).

Para tanto, ainda de acordo com Volpi (2010), o ECA instituiu mudanças substanciais no tratamento que o Estado dispensava às crianças e aos adolescentes empobrecidos. O ECA, além de trazer novos deveres do Estado para com as crianças e adolescentes

brasileiros, também substitui o enfoque doutrinário da “situação irregular” pelo princípio da “proteção integral”. Desse modo, a ação do Estado transpõe o controle e a repressão, passando a garantir direitos essenciais às condições de vida das crianças e adolescentes.

Desse modo, o Estatuto da Criança e do Adolescente decorreu também de um amplo movimento no âmbito internacional, principalmente com o advento da aprovação da Convenção Internacional dos Direitos da Criança pelas Nações Unidas, em novembro de 1989, ocasião em que se institui o paradigma da proteção integral, daí porque este paradigma vem nortear o ECA. Mais tarde, a proteção integral também é balizadora do Sistema de Garantia de Direitos (SGD).

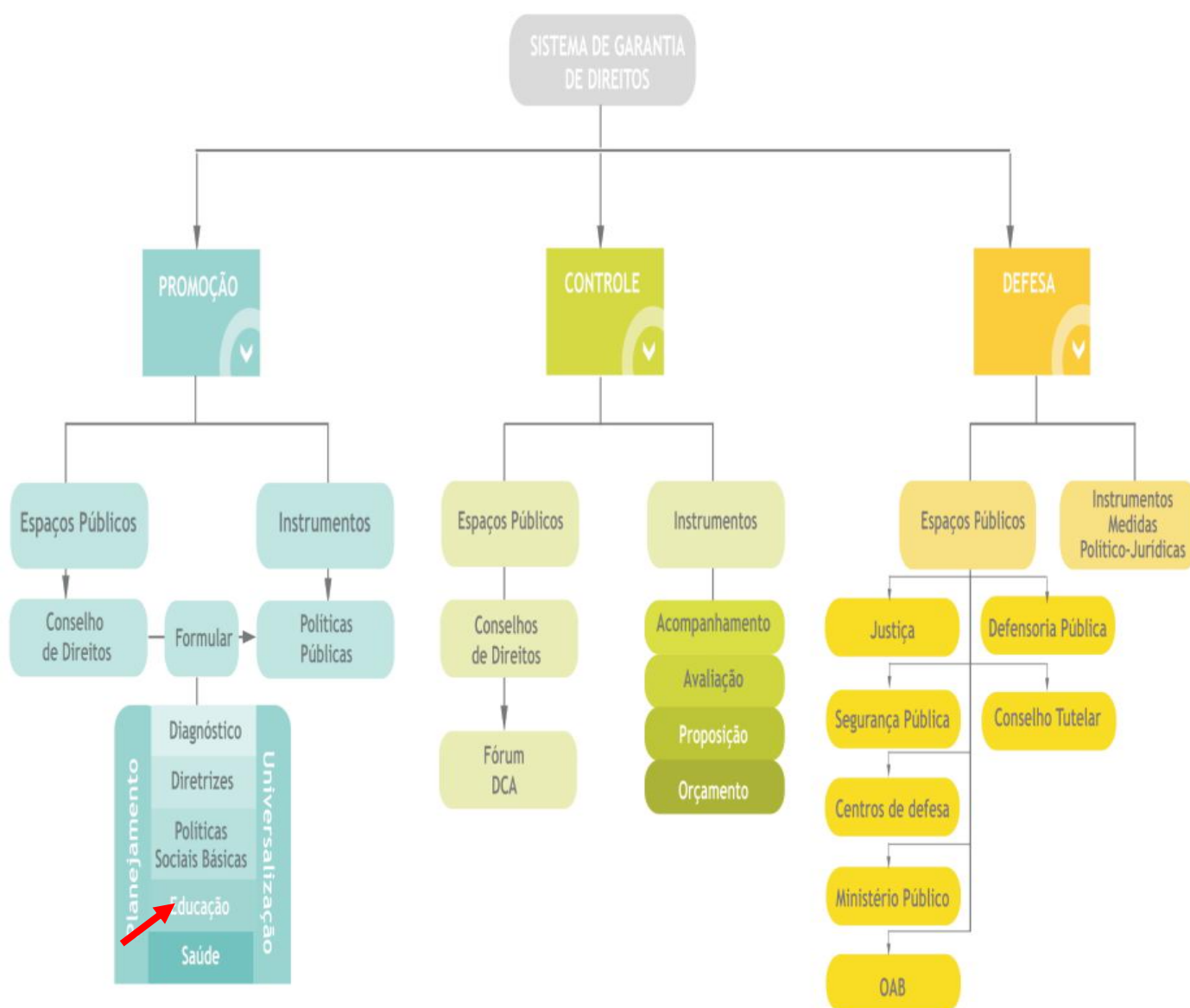


Figura 1 Fluxo do SGD

Fonte: Ministério da Saúde

Para Nogueira Neto (2005), o SGD se operacionaliza mais como um “sistema estratégico” do que propriamente como um “sistema de atendimento direto”. O SGD atua em três frentes: 1) promoção de direitos; 2) defesa da proteção de direitos; 3) controle institucional e social da promoção e defesa dos direitos.

Ademais, cabe ressaltar que mesmo com a criação do ECA, na década de 1990, as velhas práticas de repressão e opressão contra as crianças e adolescentes ainda permanecem até os dias atuais. Embora o aparato judicial e órgãos de controle social, como os conselhos de direitos, estejam presentes na maioria dos municípios brasileiros.

Nessa perspectiva, para Nilson et al. (2009), as crianças e adolescentes são considerados como sujeitos de direitos e estes, por sua vez, têm como característica a indivisibilidade, ou seja, não há nenhum direito que se sobreponha a outro. Este princípio expressa a integralidade tanto das necessidades de desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, quanto da integralidade das respostas, pelas políticas públicas, a essas necessidades. (NILSON, et al (2009), p. 6).

A configuração das políticas sociais no Brasil teve forte influência das experiências realizadas em outros países. Porém, devido aos contrastes sociais e aos diversos cenários conjunturais nacionais, a proteção social brasileira formatou-se, com características como: seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos, desarticulação institucional e intermitência da provisão dos serviços.

No período anterior a 1930, o Estado não exercia o papel de agente regulador da área social, ficando a cargo do mercado e da iniciativa privada responder, pontualmente, às demandas sociais. A polícia tinha o papel de controlar repressivamente a questão social. Dentre as principais medidas adotadas destacam-se: a criação dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde, em 1923, do código Sanitário, da Lei Elói Chaves, relativa à previdência social. Para tanto, as áreas da saúde, educação e habitação tiveram tratamento residual.

Foi a partir dos anos 30 que o Estado passou a identificar a questão social como problemática de cunho político, ampliando assim as suas bases sociais sobre esta. Até então, os trabalhadores contavam com benefícios previdenciários oferecidos por algumas empresas, em outros casos, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que eram financiadas pela União, empresas empregadoras e empregados. O acesso a tais benefícios restringiam-se à classe economicamente ativa, ou seja, dos trabalhadores, que nem sempre gozavam destas benefícios, tendo que recorrer à assistência médica oferecida pelos serviços públicos, aos serviços dos profissionais liberais e a outras formas de medicina, estes três últimos correspondiam a via de acesso à saúde da população não inserida na esfera do trabalho.

Assim, a acumulação capitalista, proveniente da atividade industrial, trazia à tona o fenômeno da urbanização, da ampliação da massa trabalhadora, das condições precárias de

saúde, higiene e habitação, formatando-se novas exigências em prol da ampliação e efetivação das políticas sociais.

Assim, neste momento, a política de saúde nacional desdobrava-se de duas formas: a saúde pública, que vinculava-se aos processos emergentes de imigração, urbanização, industrialização e com a criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana e rural. E a segunda, por sua vez, era a chamada medicina previdenciária, que surge numa fase de agudos problemas na área de saúde pública, visando atender tanto às demandas de assistência médico-individual quanto aos problemas de saúde coletiva, acumulados ao longo das décadas anteriores.

[...] O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá a sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2007, p. 91)

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, recebia assistência técnica da Fundação Rockefeller, que desenvolvia um tipo de assistência médica através de unidades mistas, a pacientes de todas as idades, à gestante e ao infante, além do controle de doenças transmissíveis, educação sanitária e saneamento domiciliar.

Eram, ainda, realizados programas de orientação de parteiras leigas, de vigilância epidemiológica, saneamento do meio, implantação de sistemas de abastecimento de água e esgotos sanitários, fluoretação de água e aplicação de flúor, higiene Industrial e ensino de enfermagem.

Em meados dos anos de 1950, percebe-se a formatação da estrutura hospitalar de natureza privada, havendo, desse modo, a formação das empresas médicas.

Com a reforma administrativa federal, através do Decreto-lei nº 200 de 25 de Fevereiro de 1967, foi redefinida a área de competência do Ministério da Política Nacional de Saúde, que passa a abranger as atividades médicas e paramédicas, ações de prevenção em geral, vigilância sanitária de fronteiras e portos marítimos, fluviais e aéreos, controle de drogas, medicamentos, alimentos e pesquisas médico-sanitárias.

No ano de 1968, foi elaborado o Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, através do qual o Ministério da Saúde passou a coordenar a prestação da assistência médica à população, conforme previsto na reforma administrativa, bem como, as medidas de alcance coletivo.

Em 1970, concretiza-se a primeira experiência de integração total das ações de saúde nos programas de desenvolvimento, com a elaboração do 1º Plano Nacional de Desenvolvimento, o qual estabelecia as ações que seriam realizadas na área da saúde coletiva e na área da saúde individual. Para tanto, em 1975, foi promulgada a lei nº 6229, que definia o Sistema Nacional de Saúde como o complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltado para as ações de interesse da saúde.

Durante todo o período ditatorial, o Estado utilizou-se da política assistencial, com a finalidade de maximizar o seu poder sobre a sociedade e de outro lado amenizar as tensões sociais, visando assim sua legitimidade enquanto regime político. Durante o período tecnocrático-militar (1964-1985), houve um aumento massivo do desemprego e da pobreza, para tanto, as respostas políticas frente a este cenário, foram insuficientes para suprir as necessidades humanas básicas.

Já no período de transição para a democracia liberal (1985-1990), a proteção social recebeu uma atenção especial, a assistência social, saúde e previdência social, foram incluídas na Constituição Federal de 1988 como componentes do Sistema de Seguridade Social brasileiro.

Na década de 1980, a saúde contou com a participação de novos sujeitos no que tange à discussão das condições de vida dos brasileiros, como os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público, o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estado de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e a ampliação do debate em torno dos temas Saúde e de elaboração de contrapropostas, os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar a temática nos seus programas e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, além dos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

O projeto da reforma Sanitária, mesmo tendo partido de intelectuais do setor da saúde, visava atender principalmente as necessidades das classes subalternas, ao passo que feria interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área de saúde.

A proposta da Reforma Sanitária vinha sendo gestada desde a década de 1970, a partir de estudos e críticas realizadas em torno do sistema de assistência à saúde por parte dos diversos atores da sociedade civil. Os princípios e diretrizes desta Reforma foram

sistematizados na VII conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que destacou os seguintes pontos para implementação da saúde:

- Em primeiro lugar, incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultural (educação, renda, ocupação, etc.), e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e a recuperação da saúde.
- Em segundo lugar, a Constituição de 1988 também legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim como explica que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Estado, isto é, do poder público.
- Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle da sociedade. Os serviços privados, conveniados e contratados passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, o SUS resultou do Movimento de Reforma Sanitária e formatou-se a partir de uma perspectiva de defesa de um conceito de saúde que não se resumia apenas ao atendimento curativo da doença, mas de um conjunto de medidas que primasse pela qualidade de vida de toda população.

O texto constitucional de 05 de Outubro de 1988 traz a política de saúde em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988:192).

Nesta perspectiva, o SUS apoiou suas bases e princípios de acordo com os preceitos constitucionais, tendo como principal base de organização a universalidade do direito. A lógica previdenciária representada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), onde o acesso à saúde se dava mediante contribuição, é

extinta. Assim, a grande parte da população pobre que não concebia salário, e que era atendida como indigente na rede estadual, municipal e principalmente nas instituições filantrópicas, passa a acessar os serviços de saúde sem restrições, já que a promoção da saúde constitui agora um direito de todos.

Na década de 1990, o Ministério da Saúde se responsabiliza pela implantação do SUS, junto aos Estados e Municípios através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que estabelece as competências dos níveis federal, estadual e municipal.

Ao longo da década de 1990, foram criadas normas com o objetivo de nortear a operacionalização de tais diretrizes, as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) que foram as de 1991, 1993 e 1996. As duas primeiras focavam-se no processo de descentralização, onde os municípios passavam a ser responsáveis pela implementação da Política da Saúde, todavia, enquanto desvantagem desse processo aponta-se os desvios de verba no trajeto União/Estado/Município, o que visivelmente gerou um consequente impacto na qualidade dos serviços de saúde prestados. A NOB de 1996 redimensiona o papel dos governos estaduais na organização da Política de Saúde, visando uma maior regulação e acompanhamento dos municípios no âmbito da saúde.

Ademais, o neoliberalismo no país desde a década de 1990 foi o grande protagonista na desconstrução dos direitos sociais. Cada vez mais se tem o afastamento do Estado perante as políticas sociais, que abre mão de grande parte de sua responsabilidade para o mercado, organizações não-governamentais e outras organizações da sociedade civil.

No âmbito da saúde, há visivelmente um esvaziamento paulatino do SUS, que se expressado por serviços precarizados, prestados mediante a escassez de recursos humanos e materiais, a fragmentação e seletividade no atendimento aos usuários, bem como o sucateamento das estruturas físicas dos hospitais e serviços, entre outros.

Em decorrência do atual processo de desmonte do sistema de proteção social, gerado pela Reforma do Estado brasileiro de cunho neoliberal, torna-se perceptível o grave impacto provocado na Política da Saúde.

A partir dos anos de 1990, a política neoliberal torna-se protagonista no cenário político-econômico brasileiro. Momento este que considerara a presença do Estado excessiva no âmbito das políticas sociais, dando abertura para que o mercado assumisse parte do papel de provedor social.

Desta forma, cabe explicitar, neste momento, como se orientou o percurso da formatação da política social da saúde no Brasil desde meados da década 30 até sua inserção

no processo de mercadorização, inerente ao modelo neoliberal, difundido pelo presidente Fernando Henrique Cardoso nos anos de 1990, e seguido durante os dois mandatos do presidente Luís Inácio Lula da Silva (1ª eleição: 2003; 2ª eleição: 2006).

A partir dos anos de 1990, o modelo neoliberal ganha maior expressividade. Privatização, privilégio dos serviços privados de saúde e educação, ênfase nos serviços e atendimentos domiciliares. No âmbito da assistência social, são implementados serviços focalizados nos mais pobres em parceria com organismos não-governamentais, reduzindo assim o papel do Estado como provedor da cidadania.

No âmbito do SUS, há fortes impactos principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser algo constante. Os hospitais filantrópicos em especial as Casas de Misericórdia, de todo o país, tomam a decisão de criar seus próprios planos de saúde, o que implicou numa diminuição brusca de leitos disponíveis para o SUS.

Ações de saúde ampliam-se na década de 1990 com os seguintes programas: Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991; Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância epidemiológica e ambiental.

Concomitantemente, no mesmo ano em que o SUS é instituído, cria-se também o Estatuto da Criança e do Adolescente, que segue a doutrina da proteção integral, em que o Estado brasileiro tem o dever de garantir as necessidades da pessoa em desenvolvimento, que de acordo com Del-Campo (2008), à luz do ECA, compreende a fase que vai dos 12 aos 18 anos de idade.

Esta proteção contida no ECA, resguarda o direito à vida, saúde, educação, convivência familiar e comunitária, lazer, liberdade, profissionalização, com o objetivo de garantir o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social.

Segundo Del-Campo (2008), a lei nº 11.185, de 7 de outubro de 2005, alterou a redação do artigo 11, para substituir a expressão atendimento médico por atendimento integral à saúde, objetivando, em primeiro lugar, adequar o texto legal à determinação constitucional do artigo 227, e, também, para deixar claro que o cuidado com a saúde da criança e do adolescente não se resume à mera atenção médica. Pois, em se tratando de direito fundamental da pessoa humana, a saúde deve ser garantida pelo Estado em todos os seus planos e aspectos, que vão do preventivo à manutenção e recuperação. Dessa forma, o atendimento integral à saúde abrange tanto a assistência médico-hospitalar quanto ao

fornecimento gratuito de medicamentos, ao apoio psicológico, ao tratamento para dependentes químicos e outros.

Para Pimenta (2007), a preocupação com a juventude é recente, aos poucos vão sendo criadas políticas que contemplam interesses e necessidades dos jovens. Até os anos de 1990, percebe-se uma limitação das políticas públicas direcionadas para este segmento, merecendo destaque as ações no campo das instituições educacionais e esportivo-culturais, com práticas didático-pedagógicas de preparação para a vida adulta, principalmente a entrada das ações desenvolvidas por organizações não-governamentais no espaço comunitário.

Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) colocam que a preocupação recente demonstrada pelos programas voltados para a saúde do adolescente perpassa a promoção da satisfação das necessidades do adolescente de forma integral. Contudo, o que se observa na prática é a tendência a ver os problemas isolados do seu contexto social, seja a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a violência ou a dependência química, resultando na implementação de programas verticais e isolados.

Desse modo, a organização de programas voltados à saúde do adolescente requer, efetivamente, a consideração das dimensões social e coletiva, abordadas de forma ampliada. Estes programas devem envolver os diferentes aspectos inerentes ao cotidiano dos adolescentes e ao contexto social em que estão inseridos, procurando aliar os conteúdos desses programas às diferentes demandas individuais e coletivas.

Segundo Raposo (2009), a Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem preconiza a atenção integral a esse segmento populacional, considerando as necessidades específicas de adolescentes e jovens, as características socioeconômicas e culturais da comunidade a qual pertencem, bem como as diferenças de gênero, raça e religião.

Desse modo, o modelo de atenção à saúde do adolescente e jovem, resultante de uma política pública integrada à Política Nacional de Saúde e articulada a outros setores governamentais e não governamentais, reflete a perspectiva de intervenção do Estado na garantia e efetivação dos direitos sociais regulamentados pelo marco legal da Lei 8.080/90, que dispõe sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e da Lei 8.069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (RAPOSO, 2009, p. 118)

Assim, o ponto de convergência entre as duas políticas sociais arroladas primeiro se dá no campo normativo, dentro dos preceitos constitucionais, do Estatuto da Criança (ECA), Lei 8.069/90, e, por conseguinte, da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080/90, que asseguram de forma clara o acesso prioritário às crianças e adolescentes à saúde. Em segundo lugar, a relação se configura no âmbito do planejamento e execução das ações e programas nas

agendas políticas. No entanto, esta última é condicionada aos modelos adotados de gestão, sobretudo ao modo como os gestores irão estabelecer o diálogo com vistas a objetivos concretos comuns aos dois setores.

Conforme assinala Raposo (2009), alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) expressam uma relação direta com a política de atendimento à infância e à adolescência determinada pelo Estatuto de Criança e do Adolescente (ECA). A garantia do direito à Saúde remete à efetivação da política de atendimento para a infância e adolescência, conforme as diretrizes estabelecidas pelo ECA. Não obstante, a efetivação do direito à saúde pressupõe a articulação de uma rede regionalizada e descentralizada dos serviços de saúde, os quais devem ser regidos pelos princípios de universalidade, integralidade e igualdade, conforme previsto na legislação do SUS. (RAPOSO, 2009).

Neste sentido, reconhecendo a vulnerabilidade do público alvo pertencente à faixa etária dos 15 aos 24 anos de idade, o Ministério da Saúde passa a oferecer uma maior aproximação acerca do processo saúde-doença advindo das determinações socioeconômicas da população, através das recentes **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Estas diretrizes estão baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

O documento contendo as diretrizes foi elaborado pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ/SAS) e teve sua aprovação, na última reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em Dezembro de 2009. As diretrizes servirão para aprimorar o atendimento da saúde voltado para os adolescentes e os jovens.

Ao serem atendidos na rede de saúde, os adolescentes e jovens recebem a Caderneta de Saúde do Adolescente, objetivando a continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento iniciado ainda na Infância.

Dados do Ministério da Saúde, de 2007, revelam que o número de partos entre jovens de 15 e 19 anos representa 23% do total de partos realizados. Em relação aos atendimentos por agressões e maus tratos, cerca de 19% dos atendimentos foram em relação às adolescentes entre 10 a 19 anos (dados da Vigilância de Violências e Acidentes – Viva). Em uma análise realizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2000 a 2006, foi identificado que 80% dos casos de AIDS foram notificados entre adolescentes e jovens.

Desse modo, fica explícita a vulnerabilidade a que muitos adolescentes e jovens estão submetidos, pois desde a infância são destituídos de direitos básicos como saúde, educação,

alimentação, habitação, entre outros, o que vem a comprometer o seu desenvolvimento, de forma que há a potencialização dos riscos como: DST/AIDS, drogas, e a violência de modo geral.

De acordo com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) (2006), o ECA, instituído pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, contrapõe-se historicamente a um passado de controle e de exclusão social sustentado pelo Código de Menores. O estatuto expressa também direitos da população infanto-juvenil brasileira, uma vez que afirma o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano e a necessidade do respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento. O ECA situa a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, e que por sua situação de vulnerabilidade, são merecedores da proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, devendo este atuar mediante políticas públicas visando a promoção e defesa dos direitos.

Ancorada na Constituição Federal de 1988, bem como no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a portaria interministerial nº 1426, de 14 de julho de 2004 vem aprovar as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, com o objetivo do atendimento de forma integral à saúde.

Esta portaria traz como prioridade a implantação de ações de prevenção voltadas para o desenvolvimento integral da adolescência, em particular, a saúde mental, a atenção aos agravos psicossociais, atenção aos agravos associados ao uso de álcool e outras drogas, saúde sexual e reprodutiva, atenção às DST/HIV/AIDS e às hepatites, assim como a atenção aos adolescentes com necessidades especiais.

O documento também estabelece em seu artigo 2º, que em cada unidade da federação, as Secretarias de Saúde do Estado, do Distrito Federal e dos municípios-sede das unidades de internação e internação provisória, em conjunto com a secretaria gestora do sistema socioeducativo, deverão formular um Plano Operativo Estadual, conforme as normas a serem estabelecidas por meio de portaria do Ministério da Saúde. Os Planos Operativos Estaduais, segundo a portaria, deverão ser submetidos à aprovação do respectivo Conselho Estadual de Saúde e Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Anterior à criação da portaria interministerial 1426/2004, foi implantado o "Programa Saúde do Adolescente" (PROSAD) fomentado pelo Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989, constituindo numa política de promoção à saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitadas as

diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. O público alvo do programa centra-se nos jovens de ambos os sexos com idade a partir dos 10 anos aos 19 anos de idade, caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo.

Ademais, vale ressaltar que este programa não especificou em sua formulação, o atendimento aos adolescentes em situação de privação de liberdade. Desse modo, a portaria 1426/2004 vem para aglutinar os parâmetros para implantação e sistematização das ações e serviços voltados para o atendimento à saúde dos adolescentes internos nas unidades socioeducativas de internação.

Desse modo, dentre as ações que carecem da materialidade intersetorial destaca-se o atendimento à saúde dos adolescentes institucionalizados, já que se constata diariamente que a política de saúde não consegue ser visualizada ensejando na proteção necessária tendo em vista as condições em que tais adolescentes vivenciam a preservação da saúde individual.

CAPÍTULO 2 AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE NO ESTADO DA PARAÍBA NA PERSPECTIVA INTERSETORIAL

2.1 A REDE INSTITUCIONAL DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO ESTADO DA PARAÍBA

Para se chegar ao debate que se pretende neste item, é necessário delinear o modo como a rede institucional de proteção à criança e ao adolescente se configurou no Estado da Paraíba e que processos conjunturais acompanharam esta construção.

Assim, é sabido que antes da redemocratização do país, consolidada com a promulgação da Constituição de 1988, as políticas sociais brasileiras eram ancoradas num profundo conservadorismo expressado em ações clientelistas e de caridade. Inexistia o sentido de ampliação na cobertura de acesso às políticas sociais vigentes, mesmo porque o aparato de proteção social estava fundado no processo de inserção do trabalhador na crescente industrialização. Ademais, a população excedente do mercado de trabalho ficava a mercê tão somente das poucas iniciativas filantrópicas.

Assim, no Brasil, o desenvolvimento capitalista foi acompanhado pelo binômio industrialização/urbanização, que ao passo que impulsionava o crescimento da riqueza, contraditoriamente gerava a pauperização da classe trabalhadora, é o que Netto e Braz (2009), vêm chamar de polarização riqueza/pobreza. Esta é a lógica capitalista.

Assim, segundo Iamamoto e Carvalho (2005), o desdobramento da questão social é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses.

Neste contexto, gradualmente, as políticas sociais vão emergindo como resultado das lutas de classe, sobretudo, a partir da década de 1930. Para tanto, as protoformas das políticas sociais advêm, inicialmente, dos setores atrelados à atividade agroexportadora, como os ferroviários e marítimos, depois, com a crescente industrialização fez-se necessário ampliá-las com vistas a um maior controle e docilização do operariado urbano-industrial.

Mas o reconhecimento da classe operária só foi possível por meio das lutas reivindicatórias do proletariado por melhores condições salariais, de trabalho, e, por

consequente de vida. Todavia, neste quadro de reivindicações trabalhistas também cresce o chamado *exército industrial de reserva*, oriundo do emprego massivo de máquinas em substituição do trabalho “vivo”. Advém também deste processo, a divisão sociotécnica do trabalho, cujas especialização e qualificação da mão de obra tendem a ser cada vez mais intensas nos novos moldes de produção capitalista.

Neste sentido, Netto (2009) destaca que na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista (fins do século XIX), o Estado enaltece a sua função de “comitê executivo” da burguesia monopolista, opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista. Há, neste momento, o alargamento da sua base de sustentação e legitimação sócio-política, mediante a generalização e a institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais, permitindo-lhe organizar um consenso que assegure o seu desempenho. Ademais, este consenso é materializado gradativamente através da política social.

A funcionalidade essencial da política social do Estado burguês, no capitalismo monopolista, se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho, ocupada, mediante a regulamentação das relações entre capitalistas e trabalhadores, sobretudo mediante a instituição dos seguros.

Assim, segundo Netto (2009),

É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista (e, como se infere desta argumentação, só é possível pensar-se em política social pública na sociedade burguesa com a emergência do capitalismo monopolista), configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da “questão social”, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes. (NETTO, 2009, p. 30)

Para que fossem garantidas as condições fundamentais à reprodução do capital, e por conseguinte, sua acumulação, o Estado entra em cena na provisão de políticas sociais que de modo geral vêm atuar sobre as expressões da questão social.

O capitalismo se apropria visceralmente da força de trabalho, convertendo-a em sobrevalor através da mais-valia (trabalho excedente), e a consequência deste processo

deságua na exploração dos trabalhadores. Desse modo, a questão social está vinculada à condição da exploração da classe trabalhadora.

Para tanto, segundo Mota (2008), a expressão questão social foi utilizada a fim de designar o processo de politização da desigualdade social inerente à constituição da sociedade burguesa. O seu surgimento atrela-se à emergência do capitalismo e à pauperização dos trabalhadores, sendo a sua politização remetida ao século XIX, como resultado profícuo dos movimentos operários, que empregaram em suas lutas, bandeiras por melhores condições de vida e de trabalho.

Importante notar que no conceito levantado por Mota (2008), destaca-se um elemento importante: a politização da desigualdade social, haja vista que nos marcos do capitalismo concorrencial a questão social era, de certo modo, “negligenciada” no tocante à sua dimensão política, embora trouxesse antagonismos intrínsecos à sua condição de existência. Ademais, posteriormente, na fase imperialista ou monopolista, a questão social ganha visibilidade política e econômica, sua supressão indicava vias de controle da classe trabalhadora.

Incorre-se também, nesta análise, a forte tendência que há em reduzir a questão social aos problemas sociais, destituindo-a da complexa relação entre capital/trabalho. Neste sentido, deve-se ressaltar que as teorias mais consistentes acerca da questão social, não dissociam a historicidade inerente à produção e reprodução social no contexto da acumulação capitalista. Mas, é no campo institucional que expressivamente nos deparamos com formulações técnicas que se utilizam do termo “questão social” de forma que vem a conjugá-lo meramente aos problemas sociais. Para tanto nesta linha de pensamento, Behring e Santos (2009) assinalam que numa perspectiva reducionista e positivista, em geral, a questão social aparece como problema social, fato social, fenômeno social desvinculado da forma com que a sociedade produz e reproduz as relações sociais.

Desse modo, quando falamos da questão social também é importante ressaltar que esta categoria perpassa as realidades mundiais mais diversas, Robert Castel (2009), por exemplo, ao analisar a sociedade salarial europeia, traz elementos cruciais para a compreensão da questão social. Não podemos dizer que o conceito por este autor trazido reproduz as mesmas condições que impulsionaram o surgimento da questão social brasileira, pois sem dúvida as condições sociais da Europa e da América tinham bases históricas bem diversas.

Ao tratar das “Metamorfoses da questão social”, Castel (2009), aponta que,

[...] A “questão social” é uma aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de

sua fratura. É um desafio que interroga, põe em questão a capacidade de uma sociedade (o que, em termos políticos, se chama uma nação) para existir como um conjunto ligado por relações de interdependência. Essa questão foi explicitamente nomeada como tal, pela primeira vez, nos anos 1830. Foi então suscitada pela tomada de consciência das condições de existência das populações que são, ao mesmo tempo, os agentes e as vítimas da Revolução Industrial. É a questão do pauperismo. (CASTEL, 2009, p.30)

Desse modo, percebemos que embora a questão social seja tomada pelo autor em uma conjuntura bem diversa da brasileira, há dois elementos fundantes comuns às duas realidades: o desenvolvimento industrial e a fratura social gerada pela tomada de consciência da classe trabalhadora na sua condição de detentora da força de trabalho. Neste contexto, Castel vem a enfatizar a população como *agente e vítima* da Revolução Industrial, uma vez que ao passo que a classe trabalhadora se configura enquanto força motriz para o desenvolvimento industrial, esta também passa a se reconhecer enquanto alvo de exploração; e neste momento começa a reivindicar melhores salários, diminuição das horas trabalhadas, bem como garantias ligadas ao campo da saúde e à previdência.

O trabalhador não se coloca na condição de explorado por opção, pois como apenas possui sua força de trabalho, vende a mesma em troca de salário para garantir suas condições objetivas de vida. A exploração do trabalho ao longo do tempo ganha contornos cada vez mais complexos: trabalho terceirizado, trabalho domiciliar, o emprego da robótica, somados à informalização do trabalho em suas diversas faces, cuja desregulamentação do trabalho é justificada pela flexibilização da produção. Os direitos conquistados através das lutas da classe trabalhadora vão gradativamente sendo eliminados em favor do acúmulo de capital.

Para tanto, segundo Behring e Boschetti (2008) a questão social no Brasil só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas dos trabalhadores. A produção e reprodução das relações sociais, e, por conseguinte a acumulação capitalista dependiam de uma ampliação na legislação trabalhista, para que minimamente fossem garantidas melhores condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora. A relação de trabalho e o vínculo empregatício, é que determinam a garantia de acesso aos benefícios funcionais.

Desse modo, Behring e Boschetti (2008) formulam um pensamento relevante sobre as bases constitutivas da política social brasileira,

[...] Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela

fragmentação/cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social. É nesse quadro que se devem observar as medidas esparsas e frágeis de proteção social no país até a década de 1930, embora tais características sejam persistentes e nos ajudem também a pensar os dias de hoje. (BEHRING E BOSCHETTI, 2008, p. 78)

Assim, a política social vem para mediatizar a relação capital/trabalho com a intervenção do Estado sobre a questão social. Neste sentido, Mota (2008) vem definir a questão social como processo de politização da desigualdade social inerente à constituição da sociedade burguesa, estando a sua emergência vinculada ao surgimento do capitalismo e à pauperização dos trabalhadores. A sua constituição enquanto questão política foi remetida ao século XIX, como resultado das lutas operárias.

Não obstante, o enfrentamento da questão social diante de um novo cenário de ajuste macroeconômico, faz com que o Estado recue no tocante à proteção social, com adoção de novos projetos alternativos assumidos pela sociedade, que vem a ensejar na retração das políticas sociais estatais e escamoteamento dos direitos socialmente construídos.

Dessa forma, uma tendência decorrente do afastamento do Estado é a parcialização e fragmentação das políticas sociais, que diante da complexificação da questão social há uma intervenção incipiente sobre ela, uma vez que também ocorre um desvirtuamento das políticas sociais em favor de interesses burocráticos, pessoais e até mesmo ideológicos na máquina pública, ou melhor, no Estado.

Diante deste quadro, o enfrentamento da questão social tende a ser posto em segundo plano pelo Estado, em detrimento dos intermináveis ajustes econômicos decorrente da globalização dos mercados e do capital. Assim, frente ao recuo do Estado no tocante à proteção social surgem novos projetos alternativos assumidos pela sociedade civil e o chamado terceiro setor.

Neste sentido, Iamamoto (2008),

[...] A política social, submetida aos ditames da política econômica, é redimensionada ante as tendências de privatização, de cortes nos gastos públicos para programas sociais, focalizados no atendimento à pobreza e descentralizados na sua aplicação. Os impactos da redução dos gastos sociais e a consequente deterioração dos serviços sociais públicos dependeram das relações entre o estado e a sociedade, das desigualdades e das políticas sociais anteriormente existentes ao programa de “contra-reformas”. (IAMAMOTO, 2008, p. 147)

A questão social embora tenha ganho visibilidade política a partir da década de 1930, por meio das crescentes pressões da classe trabalhadora, permaneceu sendo vista pelo Estado de forma tópica e residual. Ademais, a expansão da política social durante todo o período do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, foi sempre conduzida de forma conservadora e autoritária, relegando os direitos civis, políticos e sociais conquistados.

Não se pode perder de vista também, que as políticas sociais constituíram uma estratégia de peso para o desenvolvimento capitalista brasileiro, uma vez que através delas era possível a contenção das forças trabalhistas, por meio de ações com viés clientelista, revigorando assim a cultura do favor e do paternalismo.

Contudo, a partir de 1974 emergem as primeiras fissuras e sinais de esfacelamento do projeto autoritário-modernizador, já que a economia internacional iniciava um processo de restrições do trânsito de capitais, impondo assim limites internos, por este motivo que a década seguinte, 1980, foi tida como “década perdida”, em função do processo de frenagem na economia sofrido naquela conjuntura.

Por outra via, a década de 1980 representou no campo social, uma década marcada por importantes conquistas democráticas, e uma das maiores, sem dúvida, foi a promulgação da Constituição de 1988.

Neste sentido, Iamamoto (2005) referenda que a política social é reduzida, sobretudo nos discursos governamentais, aos tradicionais campos como educação, saúde, habitação, a partir dos quais são compartimentalizadas as necessidades vitais de reprodução da classe trabalhadora. Assinala ainda que as soluções passam a ser definidas através de programas específicos que individualizam respostas de reivindicações de conteúdo coletivo. Os programas sociais, por sua vez, constituem tais respostas cujos investimentos partem de capitais nacional e estrangeiro.

Para tanto, conforme apontado no capítulo anterior, a Constituição Federal de 1988, além de inscrever os direitos sociais de forma a atribuí-los a todos os cidadãos brasileiros, impulsiona também uma nova forma de atuação do Estado diante deste novo cenário. Como administrar as políticas sociais de modo que cheguem a todos os brasileiros? Como distribuir renda de forma equânime a todos os estados e municípios, para que tenham condições de ofertar tais políticas? Como controlar e fiscalizar se os recursos destinados estão chegando objetivamente a sua finalidade? Estas questões são parte dos elementos que motivaram os legisladores e a classe política a pensar em novos paradigmas para a administração pública.

Nesta perspectiva, duas frentes ganham visibilidade e espaço, quais sejam: a descentralização e a municipalização.

A partir da década de 1990, as políticas sociais que gradativamente vão sendo normatizadas e conseqüente sancionadas com *status* de lei, são balizadas tanto pela descentralização como pela municipalização, a exemplo, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei 8080/1990 e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei 8742/1993.

Neste sentido, Beretta e Martins (2004) apontam que:

As prerrogativas da Constituição Federal de 1988 e a normatização das ações sociais [...], redesenharam o sistema de proteção social brasileiro no que se refere à descentralização política e administrativa das políticas sociais, iniciando uma grande discussão acerca da atuação e da natureza do Estado e caminhos para a efetivação das propostas de municipalização, bem como a transferência de competências, funções, responsabilidades e a destinação de recursos federais e estaduais para as esferas municipais do governo. (BERETTA ; MARTINS, 2004, p. 65)

Desse modo, a descentralização em linhas gerais supõe a partilha de responsabilidades e competências entre os três entes federativos no que tange a todo o aparato social, político e econômico. Sugere uma uniformidade nas ações que partem da União para os Estados e destes para os Municípios. A municipalização, por sua vez está atrelada à lógica de que cada município seja capaz de planejar, executar e criar mecanismos de controle e participação social na gestão, ou seja, que tenha autonomia político-administrativa para gerir as políticas sociais, antes centralizadas no âmbito dos governos federais e estaduais. Embora estas duas frentes tenham sido germinadas numa mesma conjuntura de democratização dos direitos, foi gradativo e diverso o modo como cada estado e seus respectivos municípios conduziram o processo de adoção de tais diretrizes na esfera administrativa, dada a diversidade cultural e geopolítica de cada região.

Para tanto, duas perspectivas críticas acerca do conceito descentralização são adotadas pelos autores Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997). A primeira diz respeito à descentralização na perspectiva neoliberal, que apresenta-se numa estratégia de mudança nas relações Estado e Sociedade que teve início nos anos 70, pelos países centrais democráticos, como alternativa à crise do Estado do Bem-Estar Social. Para os autores, esse modelo de Estado teria ocasionado uma enorme expansão do aparato burocrático para a gestão das políticas sociais, gerando, inclusive, uma acentuada centralização das decisões e comprometendo a sua eficácia. Defendem ainda que a descentralização também é receitada para reduzir o tamanho

do aparato organizacional do Estado, de modo a que ganhe em agilidade e eficiência na gestão de políticas sociais compensatórias, de modo a atenuar desigualdades mais aparentes.

Para os neoliberais, portanto, descentralização significa redução do papel do Estado para chegar ao Estado Mínimo, deslocando a força motriz da mudança para o mercado, e de redução da organização que permanecerá cumprindo as funções residuais e gerindo as políticas compensatórias. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p.7).

Demonstrando o viés neoliberal da descentralização, não vem anular a segunda perspectiva também apontada pelos autores em tela. De fato, o neoliberalismo impulsiona novos direcionamentos no que tange à estrutura Estatal e aos seus rebatimentos nas políticas públicas, principalmente nas políticas de corte social, alvo preferencial do afastamento do Estado que vem ensejar no repasse de responsabilidades para o mercado e para o chamado terceiro setor - as Organizações não-governamentais (ONGs), bem como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). As OSCIPs, por sua vez, ganham espaço considerável na gestão pública, expressado, sobretudo nos serviços médico-hospitalares.

Assim, a segunda perspectiva da descentralização apontada pelos autores é a progressista que implica transferir competências visando a democratização da administração pública e dos partidos, podendo contribuir para o desenvolvimento de modelos econômicos socialmente mais justos, pela mudança das relações Estado e Sociedade. Neste ponto de vista, a descentralização se configura como uma estratégia para reestruturar o aparato estatal, não com o objetivo de que, reduzido, ganhe agilidade e eficiência, mas para aumentar a eficácia das ações das políticas sociais pelo deslocamento, para esferas periféricas, de competências e de poder de decisão sobre as políticas. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997).

Deve-se considerar que a descentralização na perspectiva progressista manifestou-se quase que de forma unânime na construção das diretrizes e princípios norteadores das políticas sociais no pós-constituição de 1988. Ademais, o seu exercício constitui um desafio constante, haja vista o cenário de disputas partidárias e o não alinhamento político das ações e agendas nas esferas federal, estadual e municipal.

Assim Beretta e Martins (2004) acrescentam que;

A descentralização ainda tem dificuldades em se realizar pela concentração das decisões nas mãos do Executivo local, dada pela cultura do patrimonialismo e de clientelismo, apropriação da máquina pública, tendência à burocratização e especialmente pela falta de tradição de

enfrentamento das questões sociais. (BERETTA; MARTINS, 2004, p. 75).

Neste sentido, Beretta e Martins (2004) ainda destacam que a descentralização não ocorreu homogeneamente em todo o país, efetivou-se de maneira bastante diversificada em decorrência da capacidade de cada município no enfrentamento de novos desafios, assim como pelas dinâmicas políticas e sociais internas de cada localidade e as expressões da sociedade civil sobre o governo local.

Ao analisar a descentralização no Estado brasileiro Arretche (1996) defende que:

[...] Foi um Estado dotado destas características que consolidou o Sistema Brasileiro de Proteção Social, até então um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e fragilmente financiado de iniciativas governamentais na área social. Esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do Sistema brasileiro: sua centralização financeira e administrativa. (ARRETCHÉ, 1996, p.3)

Para tanto, romper com a histórica e engessada centralização administrativa e financeira do Estado brasileiro, ainda constitui um entrave importante para a consolidação da descentralização no âmbito das políticas sociais, embora conste no rol dos princípios e diretrizes norteadores.

Mas, dado novo momento vivido na década de 1990 foi necessário haver, além do reordenamento político-jurídico expressado nas leis, o reordenamento institucional, pois as instituições, sobretudo as voltadas para a assistência social, não possuíam um controle e fiscalização efetivos de suas ações, assim como não eram muito claras a sua finalidade e intervenção no que tange ao público alvo, ora proteção, ora punição.

Com o advento da criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, de acordo com Behring e Boschetti (2008) iniciara uma certa centralização da Assistência Social no âmbito federal, sua ação articuladora conveniava muitas instituições privadas imprimindo em sua intervenção a marca assistencialista e seletiva. Contudo, mesmo com a criação da LBA a assistência social permanecia com uma estrutura desorganizada e fragmentada. A citação que segue reflete bem como era a assistência social no período anterior ao seu reconhecimento por parte do Estado enquanto direito e política social:

Como já vinha acontecendo desde os anos 60, as prefeituras e governos estaduais estavam organizando os serviços de assistência social em secretarias, departamentos e diretorias. A atuação destes órgãos

governamentais era estendida como complementação de outras políticas públicas, ou seja, a assistência social não tinha um objetivo próprio. Servia como um complemento, ficando como que não cabia nas outras políticas, ou seja, o atendimento das demandas dos mais pobres. No caso da saúde provia remédios, próteses etc. Para a educação implantava creches e alfabetizava adultos. Para a habitação fazia algumas melhorias habitacionais. (MDS, CNAS, 2006, p.16)

A sanção da lei 8742/1993, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), trouxe novos rumos para a assistência social, pois vem instituir instâncias deliberativas, os Conselhos:

Art. 16. As instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de assistência social, de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são:

I – o Conselho Nacional de Assistência Social;

II – os Conselhos Estaduais de Assistência Social;

III – o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;

IV – os Conselhos Municipais de Assistência Social.

Importante destacar que dentre as inúmeras atribuições do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), está a de acompanhar e fiscalizar o processo de certificação das entidades e organizações de assistência social no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O artigo 55 da lei 8.212/1991 estabelece que o fornecimento do certificado das entidades beneficentes de assistência social é de competência do CNAS e tem renovação a cada três anos.

Outra conquista importante no âmbito do controle social na assistência social, foi a convocação ordinária a cada quatro anos da Conferência Nacional de Assistência Social, objetivando a avaliação da política e a proposição de diretrizes para aperfeiçoamento do sistema.

Para além desse desenvolvimento que a área da Assistência Social apresenta em termos de movimentos descentralizadores é importante salientar que no leque das políticas setoriais que circundam a proteção social, foi no cenário da política de saúde que a estratégia da descentralização mais se configurou face à ambiência que a política de saúde sinaliza a partir da criação do Sistema Único de Saúde em 1988. No SUS, a descentralização ganhou uma super dimensão já que insurge tanto como estratégia gerencial como princípio organizativo.

No decurso de sua utilização, se verifica que ocorreu um processo marcado por fases delimitadas. Sem dúvida a descentralização político-administrativa concluiu seu ciclo dentro da gestão da saúde, porém as fases subsequentes não foram exitosas. As características do Estado brasileiro marcadamente patrimonialista e hierárquico funcionaram como obstáculos a evolução natural que o processo de descentralização desenha.

De acordo com Lobo (1988) há três vertentes para a análise da categoria descentralização: no plano vertical do Estado – que se dá entre os níveis do governo; no plano horizontal – que parte da administração direta para a indireta; e, por fim no plano da relação Estado/sociedade – do setor público para o privado. Para a autora, a primeira vertente é a privilegiada em seu estudo, embora esta atravesse as demais.

Segundo Lobo (1998), o conceito de descentralização está fundamentalmente vinculado à distribuição adequada de poderes financeiros e funcionais entre os níveis de governo, o que vem divergir da descontração que não afeta o poder decisório, atinge apenas o plano físico-territorial. A descentralização, no sentido realçado pela autora, está precipuamente atrelada à redistribuição de poder, e conseguinte deslocamento de centros decisórios.

[...] É consenso, no país, a necessidade de reduzir a distância histórica entre a sociedade e o Estado. Levando a prestação de serviços públicos aos níveis de governo que estão mais próximos da população, se está possibilitando essa aproximação. Igualmente, um processo real de descentralização só se justifica na medida em que através do mesmo se possa garantir uma distribuição equânime de serviços públicos para toda a população, propiciando, inclusive, uma distribuição de renda. (LOBO, 1988, p.18)

Assim, quando observamos a partilha de poder (essência da descentralização) entre estado e sociedade civil na formulação e gestão da política de saúde (e nas políticas públicas de modo geral), fica evidente que esse processo continua truncado, com baixa participação dos cidadãos e pouco impacto dos fóruns de controle social, criados no âmbito da Constituinte de 1988.

Num balanço de utilização dessa estratégia de gestão no contexto da Seguridade Social brasileira, se constata que houve sem dúvida um avanço nas estruturas centralizadas ao menos em duas das políticas que compõem esse tripé, mas esses avanços têm se ressentido de incrementos para que a descentralização se aperfeiçoe.

Como já foi mencionado anteriormente, a Saúde e a Assistência Social foram palcos de uso dos recursos descentralizadores, porém no que se refere à Previdência Social, a

estrutura continua engessada, com baixa entrada de novos atores nos processos das tomadas de decisões.

A Previdência Social teve desde a sua gênese total vinculação com a questão salarial, pois somente através das contribuições da classe trabalhadora que era possível ter acesso aos benefícios. Devido a este caráter contributivo desta política, ao longo dos anos, foram criados vários órgãos com vistas à operacionalização e racionalização do conjunto de benefícios previdenciários. Primeiro as Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs), 1923, em seguida, transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1930, estes institutos, por sua vez, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e, após a criação da Seguridade Social com a constituinte de 1988 o INPS torna-se o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O INSS foi criado em 26 de março de 1988, por meio do Decreto nº 99.350, assinado pelo então presidente Fernando Collor de Melo, que determinou a fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Segundo Neves e Silva (2007), o governo Collor aponta a necessidade de enfrentamento “das graves distorções político-administrativas da Previdência”, e assim tornar mais ágil essa estrutura organizacional. Propõe no ano de 1991 o Plano de Modernização Administrativa do INSS, apresentando-o como modelo de reestruturação institucional.

Esta proposta de modernização foi dividida em 31 projetos que abarcavam dispositivos legal-normativos; estratégias de comunicação, de gerenciamento, de arrecadação e de controle; padronização de dados; capacitação de recursos humanos; enfim, uma ampla proposta de revisão e revisão institucional, cuja operacionalização desencadeou um processo de consulta em larga escala, envolvendo todos os âmbitos da instituição e cujos resultados embasaram a normatização das propostas de cada área. (NEVES; SILVA, 2007, p. 104)

Percebe-se, pois, que a proposta ora apresentada significou uma importante estratégia do Estado no que tange ao processo de centralização da política de Previdência Social. A Previdência Social é capaz de gerar volumoso capital, à custa é claro, das contribuições da classe trabalhadora, que para ter acesso aos benefícios como auxílio doença e aposentadoria por invalidez, por exemplo, enfrentam de forma penosa o mesmo processo burocrático que fora o principal alvo da reestruturação ensejada na década de 1990.

Nesta perspectiva, Mota (2007) ressalta que,

[...] o trabalho, suas condições (sob o capital) e relações (assalariado/alienado) têm centralidade na constituição dos sistemas de

seguridade social. Por isso mesmo, as políticas de proteção social são referenciadas por princípios e valores da sociedade salarial, particularmente aquela desenhada pelo capitalismo desenvolvido e pelo trabalho organizado (sindicatos e partidos).[...] Essa inflexão responde pela recomposição do processo de acumulação – seja na esfera da economia, seja na da política – incidindo diretamente na reestruturação dos capitais, na organização dos processos de trabalho, na organização dos trabalhadores e no direcionamento da intervenção estatal que, sob a batuta do capital financeiro e das ideias neoliberais, constrói novas estratégias de relacionamento entre o Estado, a sociedade e o mercado. (MOTA, 2007, p.41)

Para Boschetti e Salvador (2007), a análise das principais fontes de financiamento da Previdência Social, no período de 1999 a 2004, revela que, em média, 57,9% do CETSS, ou seja, da arrecadação da Contribuição Previdenciária do Regime Geral da Previdência Social, o que indica que quem paga a conta são os trabalhadores (BOSCHETTI; SALVADOR, 2007).

Mesmo os trabalhadores sendo os grandes financiadores da Previdência Social, não há abertura para a participação destes atores na política em nível do controle social, na verdade há uma blindagem e centralização da política. A Previdência Social mesmo tendo sido alvo de reformas administrativas, não inseriu processos descentralizadores no seu escopo organizacional e sua operacionalização. O INSS é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social, constituída por uma rede bastante capilarizada formada pelas Agências da Previdência Social (APS), no entanto, este formato institucional não se traduz em ações descentralizadoras e sim numa contundente verticalização.

Tem-se, pois uma contradição instalada no âmbito da gestão das políticas de proteção social brasileira, se por um lado a descentralização vem sendo largamente utilizada como estratégia diretiva, por outro se sabe que a ampliação dessa estratégia guarda uma dependência estrutural com as características originais do Estado brasileiro, que são claramente de ordem conservadora e verticalizante.

No caso particular da rede de proteção social à criança e ao adolescente, outros problemas se colocam frente à busca por ações gerenciais mais democráticas. A própria natureza dessa rede a impede de assumir sozinha a quebra das ações verticalizadas, já que a rede é composta por políticas, planos e programas de diferentes orientações do ponto de vista gerencial e com vivências diversas de processos de descentralização.

Certamente (até em função da possibilidade que a descentralização coloca para os vários cenários locais), esse processo não é único, cada nível local tem construído seu processo de democratização da gestão das políticas públicas e a repercussão é sem dúvida diferenciada.

No lócus paraibano se identifica um lento processo de flexibilização, aqui entendida como abertura para a descentralização, da gestão do setor público. Envolto no processo desencadeado pelo SUS no final da década de 1990, a administração pública paraibana inicia o processo de descentralização impulsionado pela estadualização e municipalização da saúde respectivamente. Tal procedimento implicou sem dúvida numa tentativa de quebra das estruturas de poder, não o político em síntese, mas o poder diluído no interior das ações das políticas públicas.

Apesar dessas tímidas mudanças, no que se refere às estruturas de poder, Lima e Medeiros acrescentam que;

(...) as oligarquias dominantes no Estado, continuam as mesmas de antes, de durante e de depois do período militar. Os governos militares precisaram delas para garantir apoio a suas políticas. Na Nova República, a correlação de forças não alterou em nada sua dominação. Todavia, elas também se modernizaram. A figura do velho coronel foi substituída pelo empresário, ou o político empresário, com métodos, digamos, mais atualizados. Os partidos reagrupados atendem aos diversos grupos oligárquicos com seus participantes passando de um para o outro conforme suas conveniências. (LIMA; MEDEIROS, p 20)

Apresentando um desenho organizacional de estruturas rígidas, foi no contexto da assistência pública à saúde que novas formas gerenciais foram sendo adotadas. Note-se, porém, que a partilha de poder ocorrida pelas mãos do SUS, não foi capaz de ultrapassar os limites da política de saúde e influenciar as demais políticas setoriais.

A esse respeito Cavalcanti (2000) assinala que;

Na Paraíba, e em particular em João Pessoa, a descentralização dos serviços de saúde através da municipalização não se constituiu num processo democrático, mas num processo centralizador tangenciado pela lógica da burocratização. A questão da intervenção governamental no funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e a lentidão no repasse dos serviços constituíram-se expressões concretas dessas características. A dinâmica desse momento histórico caracterizou-se fundamentalmente pela manipulação dos órgãos públicos como locus privados, ou seja, os comportamentos dos principais dirigentes das instituições de saúde envolvidas no processo foram pautados em interpretações pessoais e não baseados em critérios técnicos que era o que mais se exigiria num processo como o da descentralização dos serviços. (CAVALCANTI, 2000, p.110)

Assim, mesmo com os avanços operados no campo da saúde, foi no conjunto de ações construídas pela Política de Assistência Social (em sua expressão local) que a rede de

proteção social da criança e do adolescente começou seu processo simultâneo de flexibilização e da construção de arranjos intersetoriais.

Se o processo constitutivo do SUS, no cenário paraibano, e de sua expressão descentralizadora se coloca um tanto quanto à margem dessa rede de proteção, é na Assistência Social que as ações voltadas para infância e juventude adquirem densidade.

A política de assistência social tem construído uma nova reengenharia de gestão, que vem a impactar positivamente na assistência à criança e ao adolescente.

Portanto, no cenário paraibano essa rede está longe de atender universalmente as demandas desse segmento, ademais, o que se observa de movimentos de impacto positivo na área da criança e do adolescente advêm da assistência social.

O quadro a seguir é fruto de um estudo realizado no ano de 2009 pelo Tribunal de Justiça - PB, que reflete quantitativamente a disposição de forma resumida da rede de proteção à criança e ao adolescente no Estado da Paraíba.

Quadro 1 – Resumo dos serviços públicos do Estado da Paraíba

RESUMO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS NO ESTADO DA PARAÍBA

PROGRAMA / SERVIÇO	MUNICIPAL			ESTADUAL			TOTAL DE UNIDADES	TOTAL DE BENEFICIADOS
	Unidades	Beneficiados	Municípios	Unidades	Beneficiados	Municípios		
Escola	4.487	581.461	223	1.021	444.191	222	5.508	1.025.652
Creche	347	28.523	175	49	4.709	9	396	33.232
Centro de Atenção Psicossocial – CAPs	45	0	31	0	0	0	45	0
Centro de Referência Especializado Regional de Assistência Social (Municípios Polos) – CREAS Estadual	0	0	0	20	0	20	20	0
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI	0	53.101	201	0	0	0	0	53.101
Programa de Atendimento à Criança – PAC	0	21.027	153	0	0	0	0	21.027
Programa de Apoio à Família e ao Egresso – PROAFE	0	0	0	6	554	6	6	554
Programa de Saúde da Família – PSF	1.235	0	223	0	0	0	1.235	0
Programa de Atenção Integral à Família – PAIF / Centro de Referência de Assistência Social – CRAS	184	0	168	0	0	0	184	0
Programa Gente Jovem	0	4.125	93	0	0	0	0	4.125
Programa Leite da Paraíba	0	0	0	0	120.168	223	0	120.168
Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente	217	0	217	0	0	0	217	0
Conselho Municipal de Assistência Social	223	0	223	0	0	0	223	0
Conselho Tutelar	206	0	198	0	0	0	206	0
Unidade de Semi-liberdade – Medida Sócioeducativa	0	0	0	1	22	1	1	22
Unidade de Internação – Medida Sócioeducativa	0	0	0	6	273	4	6	273

Fonte: Tribunal de Justiça da Paraíba

Conforme apontado no quadro, os serviços dispostos contemplam quase a totalidade dos municípios paraibanos, entretanto observa-se que os serviços no campo da Assistência Social são maioria. Os serviços na área da saúde têm destaque na quantidade de Unidades de Saúde da Família que totalizam 1.235, em todo o estado, o que podemos concluir que os 223 municípios paraibanos são contemplados pelo Programa de Saúde da Família, havendo desse modo cobertura na atenção básica. Todavia, ainda com relação à saúde, o quadro aponta também a quantidade insuficiente de unidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) no estado, apenas 45 unidades. Esta quantidade é deficitária, tendo em vista que os problemas correlacionados à saúde mental são presentes em todo estado paraibano, mesmo porque é crescente o número de crianças, adolescentes e adultos usuários de álcool e outras drogas, sobretudo com a proliferação do crack em todo o estado. Assim, embora a rede se mostre relativamente ampliada carece de efetividade, eficácia e resolutividade.

A tabela seguinte publicada pelo IBGE, referente ao ano de 2009, revela no contexto nacional a quantidade e natureza das políticas voltadas para a criança e o adolescente de acordo com cada estado brasileiro. Nota-se, pois, que a saúde não está explicitamente incluída neste conjunto, prevalecendo mais uma vez os serviços constitutivos da política da Assistência Social.

Tabela 1

Total de políticas voltadas para a criança e adolescentes por grandes regiões e as unidades da federação - IBGE

Tabela 180 - Municípios, total e com política para as crianças e adolescentes, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2009

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Municípios										
	Total	Com política para crianças e adolescentes									
		A política inclui programas, ações ou medidas de									
		Total	Retirada de crianças e adolescentes em situação de rua	Lazer	Desabrigo	Combate ao trabalho infantil	Combate à exploração sexual	Combate ao turismo sexual com exploração de crianças e adolescentes	Atendimento à criança e adolescente com deficiência	Atendimento ao adolescente em conflito com a lei	Outros
Brasil	5 565	4 910	2 102	3 111	898	3 263	2 201	791	2 711	2 275	634
Norte	449	413	162	228	43	361	239	86	193	168	47
Rondônia	52	49	24	28	12	44	27	10	32	27	6
Acre	22	21	6	11	1	21	17	11	15	13	-
Amazonas	62	56	23	37	5	49	31	13	28	29	4
Roraima	15	14	5	12	2	14	5	3	6	5	1
Pará	143	126	64	63	18	102	90	26	54	51	21
Amapá	16	16	4	9	1	16	6	-	5	8	-
Tocantins	139	131	36	68	4	115	63	23	53	35	15
Nordeste	1 794	1 606	576	986	94	1 308	750	271	812	607	159
Maranhão	217	178	56	88	12	156	72	23	88	58	32
Piauí	224	216	62	139	2	199	95	37	104	72	15
Ceará	184	184	72	137	16	158	68	37	107	97	20
Rio Grande do Norte	167	152	33	86	4	131	44	22	59	35	11
Paraíba	223	199	63	103	3	185	78	14	89	60	6
Pernambuco	185	180	85	116	21	169	146	56	110	86	12
Alagoas	102	85	27	49	6	81	55	15	42	30	8
Sergipe	75	71	30	39	15	63	48	13	33	28	11
Bahia	417	341	148	229	15	166	144	54	180	141	44
Sudeste	1 668	1 425	669	963	343	685	526	199	783	711	211
Minas Gerais	853	691	302	456	89	338	268	103	345	268	59
Espírito Santo	78	72	35	41	21	66	39	22	47	34	15
Rio de Janeiro	92	86	50	57	34	63	48	19	59	51	21
São Paulo	645	576	282	409	199	218	171	55	332	358	116
Sul	1 188	1 069	516	651	347	599	476	127	703	594	186
Paraná	399	376	220	226	129	231	155	42	247	225	59
Santa Catarina	293	281	121	181	92	204	158	45	190	161	43
Rio Grande do Sul	496	412	175	244	126	164	163	40	266	208	84
Centro-Oeste	466	397	179	283	71	310	210	108	220	196	31
Mato Grosso do Sul	78	64	39	47	28	61	47	25	44	36	8
Mato Grosso	141	124	60	79	27	94	88	48	76	53	6
Goiás	246	208	79	156	15	154	74	35	99	106	17
Distrito Federal	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	-

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2009.

Para tanto, a rede que ora está posta no cenário nacional, e conseguinte, no Estado da Paraíba, não vem dando conta do aumento de vulnerabilidade entre as crianças e, sobretudo os adolescentes, pois tal questão depende da resolução de muitas outras variáveis sociais, políticas e econômicas, que vêm refletir na diminuição das iniquidades sociais. Assim, para o fortalecimento da rede de proteção integral à criança e ao adolescente, é fundamental a articulação de cada instância que compõe o sistema de proteção social com vistas à complementariedade das ações das diversas políticas sociais, e, desse modo, eliminar possíveis sobreposições.

2.2 A POLÍTICA DE PROTEÇÃO AO ADOLESCENTE PRIVADO DE LIBERDADE NA PARAÍBA

Estima-se que, no Brasil, são aproximadamente 15.426 adolescentes e jovens internados, sendo 90% do sexo masculino, com maior concentração na faixa etária de 15 a 18 anos, distribuídos por todos os estados do país, nos 142 municípios que possuem as unidades de internação. Pesquisa recente realizada pela própria instituição em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, no ano de 2009, constatou-se um número de 267 adolescentes internos no Estado da Paraíba.

Os adolescentes em conflito com a lei também são amparados pela lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o ECA, ademais, percebe-se que ainda ocorrem muitas violações de direitos, mesmo tomando os adolescentes como sujeitos de direitos e pessoa em condição peculiar de desenvolvimento. Isto porque a herança do Código de Menores, lei 6697/1979 e 4513/1964, somada ao preconceito da sociedade, corriqueiramente, ainda reflete o estigma de “bandidos”, ou pelo uso do termo “menor”, que na essência da palavra, revela uma redução, minimização de tudo o que concerne a estes sujeitos, principalmente quando falamos de direitos.

Mas esta tendência em reduzir a problemática que envolve o adolescente que pratica atos infracionais à mera atitude positivista, não é um elemento da contemporaneidade, desde mesmo o período imperial brasileiro que a causa foi tratada como problema do indivíduo, a dimensão social é totalmente rejeitada.

De acordo com Câmara (2000), no Código Penal do Império, promulgado em 1830, constam as primeiras referências ao tratamento aos menores de 21 anos. A “teoria do discernimento”, acolhida neste período, determinava que os adolescentes menores de 14 anos que agissem com discernimento, seriam recolhidos à Casa de Correção pelo tempo que o Juiz julgasse necessário, não podendo passar dos 17 anos. Aqueles menores, entre 14 e 17 anos, estariam sujeitos à pena de cumplicidade, ou seja, 2/3 (dois terços) da pena que cabia ao adulto pela prática do idêntico crime, e, finalmente, os menores entre 17 e 21 anos gozariam do benefício da atenuante da menoridade.

Assim, ultrapassamos o Império com os órfãos, os abandonados e os delinquentes. Entramos na República. O Código Penal de 1890, o primeiro da era republicana, manteve-se dentro da linha do Código do Império, teve, no entanto, a coragem cívica de declarar, a “irresponsabilidade de pleno

direito” aos menores de 09anos de idade; ordenou que os menores de 9 a 14 anos que “agissem com discernimento”seriam recolhidos a estabelecimento disciplinar industrial; tornou obrigatória a pena dacumplicidade para aqueles entre 14 e 17 anos; de 17 até 21 anos, manteve a atenuante damenoridade, com a observação de que não havendo “Casa de Detenção”, e, igualmente,não havendo “Instituição Disciplinar Industrial”, eram lançados nas prisões dos adultosem deplorável promiscuidade. (CÂMARA, 2000, p.69).

Segundo Câmara (2000), somenteem 1924 foi criado o primeiro Juizado deMenores, tendo como seu titular o juiz José Cândido Albuquerque Mello Mattos,considerado, na época, o apóstolo da infância abandonada, a quem se deve também o primeiro Código de Menores, o chamado “Código Mello Mattos”, datado de 1927 e que vigeu até a edição do Código deMenores de 1979.

Segue abaixo alguns dos importantes marcos para a criação da rede de atendimento ao adolescente em conflito com a lei no estado da Paraíba, no período que antecede a criação do Estatuto da criança e do adolescente (ECA):

- Orfanato Dom Ulrico - Fundado em 02 de abril de 1922
- Instituto de Proteção à Infância - Inaugurado em 07 de janeiro de 1913 e instalado em 09 de outubro de 1927
- Abrigo de Menores Jesus de Nazaré - Inaugurado em 13 de janeiro de 1938, hoje Lar Jesus de Nazaré
- Primeiro escritório na Paraíba do Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI), hoje, UNICEF, criado em 1938 (para aqui viessem os primeiros recursos para os programas de assistência à infância).
- Escola Correcional de Pindobal, criada em 26 de junho de 1930 com a finalidade de educar o menor abandonado e “corrigir o menor infrator”, no município de Mamanguape.
- Justiça de Menores da Capital, Criada em fevereiro de 1970
- 6ª Vara da Comarca da Capital, a “Vara de Menores” – 1975
- Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor “Alice de Almeida” (FEBEMAA)- Criada em 25 de novembro de 1975, hoje FUNDAC

Assim, este conjunto de iniciativas era marcadamente permeado pela legislação menorista, e, neste caso, as ações eram balizadas pela ideia de “situação irregular”. O

atendimento às crianças e adolescentes tinha como foco a delinquência, havia as instituições correcionais para os adolescentes “infratores” e os internatos para os “menores” abandonados. Dentre as instituições acima elencadas, situam-se enquanto exemplos na Paraíba, a Escola Correcional de Pindobal e o Abrigo de Menores Jesus de Nazaré, respectivamente. Sobre a primeira instituição citada, até os dias atuais, no imaginário da sociedade paraibana, é conservada a lembrança do cariz correcional da instituição, ouve-se ainda: “Era bom mandar este menino para Pindobal”! “No tempo de Pindobal queria ver se ia ser assim”...

Desse modo, até a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a organização das instituições e ações voltadas para o atendimento deste segmento da população paraibana era fundamentalmente com base na filantropia, com poucas intervenções do Estado. Com a criação do ECA, um novo desenho institucional se configura, a doutrina da proteção integral passa a circundar a rede de proteção à criança e ao adolescente. Estes, por sua vez, ganham *status* de sujeitos de direitos, com “prioridade absoluta” para o Estado brasileiro.

Para tanto, com base nas transformações desencadeadas com o advento do ECA, a rede de proteção à Criança e ao Adolescente se reorganiza na Paraíba fundamentada em novos parâmetros normativos. Em face de muitas dificuldades, esta construção vem se operacionalizando em nível estadual.

A priori esse processo de reorganização pode parecer inócuo num cenário de sobreposições de ações, marcadamente ineficazes, mas como assinala Menecucci (2006);

A mudança na forma de atuar tem implicações também nas estruturas organizacionais que, em princípio, devem expressar a intenção de articular os diversos segmentos da organização governamental, privilegiando a integração. Se é verdade que desenhos organizacionais não garantem por si só determinados comportamentos, eles podem, no entanto, favorecer ou não determinadas formas de atuação. (MENECCUCCI, 2006, p.13)

São tentativas que se somam, sobretudo, a uma mudança de atitude política, face ao aumento das iniquidades sociais que de modo geral caracterizam o país.

O levantamento abaixo desvela resumidamente tal configuração. Ressalta-se, pois, que mesmo existindo todos estes órgãos, instituições e programas lotados em diferentes eixos, não significa que a categoria intersectorialidade se faça presente, daí o propósito deste estudo. Cabe elucidar também que este levantamento não é um mapeamento de todas as instituições existentes no âmbito do estado da Paraíba, haja vista que tal mapeamento demandaria uma pesquisa específica.

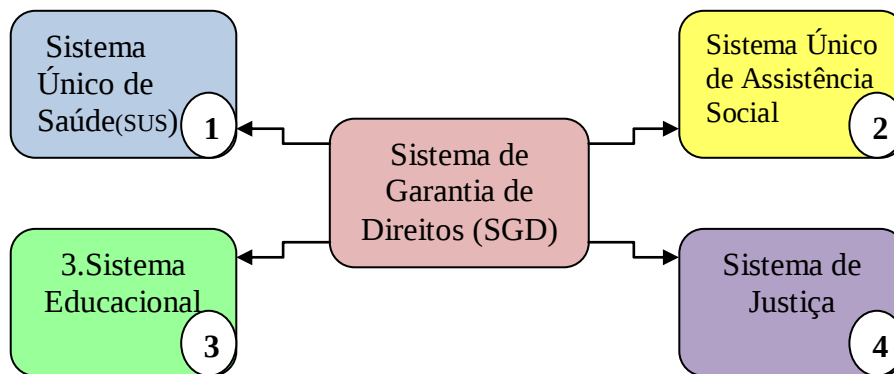


Figura 2 SGD
Fonte primária

Eixo 1 - Órgãos e Instituições da política de saúde na Paraíba e seus respectivos programas

- Secretaria Estadual de Saúde
- Secretarias Municipais da Saúde
- Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)
- Hospitais de média e alta complexidade
- Programa de Saúde da Família (PSF)
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Programa Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas
- Coordenação de Saúde Mental
- Conselhos Municipais de Saúde
- Conselho Estadual da Saúde
- Vigilância Sanitária

Eixo 2 – Órgãos e programas integrantes da política de Assistência Social na Paraíba

- Secretaria de Desenvolvimento Humano do Estado da Paraíba
- Secretarias Municipais de Assistência Social

- Fundação de Desenvolvimento da Criança e do Adolescente “Alice Almeida” - FUNDAC
- CRAS/PAIF – Centro de Referência da Assistência Social/ Programa de Atenção Integral à Família
- CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- Casas de Passagem e Acolhida
- Instituições não-governamentais (ONGs)
- Movimentos Sociais
- Conselho Estadual de Assistência Social
- Conselhos Municipais de Assistência Social
- Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
- Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente
- Conselhos Tutelares

Eixo 3 – Órgãos e instituições componentes do Sistema Educacional da Paraíba

- Secretaria Estadual de Educação
- Secretarias Municipais de Educação;
- Escolas Estaduais e Municipais
- Creches

Eixo 4–Órgãos integrantes do Sistema de Justiça na Paraíba

- COINJU – Coordenadoria da Infância e da Juventude - Tribunal de Justiça
- Vara da Infância e da Juventude
- Curadoria da Infância e da Juventude
- Delegacias especializadas (Infância e juventude)
- Secretaria de Segurança Pública

Assim, paulatinamente, a rede de proteção à criança e ao adolescente no estado da Paraíba vem se configurando para que de forma integral este segmento tenha suas condições objetivas de vida garantidas pelo Estado, independentemente da natureza de suas

necessidades, sejam no campo da saúde, assistência social ou qualquer outro direito que venha a ser destituído.

Para que este movimento ganhe uma maior concretude é preciso trilhar ainda um longo caminho, que passa necessariamente por mudanças estruturais no núcleo central da estrutura administrativa do estado paraibano. Como bem indica Menecucci (2006);

[...] a integração e coordenação das ações pressionam para mudanças nas estruturas tradicionais de governo em dois sentidos principais: substituir as estruturas funcionais e piramidais – que refletem a especialização de saberes e modos de intervenção - por estruturas matriciais mais flexíveis, que permitam a coordenação constante em todos os níveis, e substituir órgãos segmentados por áreas de conhecimento e atuação por órgãos de corte regional que tenham como missão melhorar as condições de vida da população em áreas delimitadas geograficamente. Uma organização do trabalho que se constitua em bases territoriais possibilita articular os planos particulares de a cada setor e as respectivas redes de serviços, integrando-as em uma única rede regional. (MENECCUCCI, 2006, p.06)

Mas para que o processo de construção desta rede de atendimento se consolide, a problemática que envolve a criança e adolescente deve ser vista como prioridade por parte do Estado, haja vista que as mudanças de governo ocorridas em cada processo eleitoral, configuram um novo modelo de atuação com diferentes agendas de prioridades. Assim, a propensão da descontinuidade é irrefutável.

Além dos fatores de ordem política, é urgente uma mudança no modo como as políticas sociais são pensadas e traduzidas para o concreto, pois a setorialização e fragmentação históricas no processo de formação da proteção social brasileira se contrapõem as noções postas como a universalidade e totalidade. Aliado a isto, depara-se também com a segmentação nas estruturas governamentais, cuja atuação se detém focalmente a um dado objeto de intervenção, e, neste sentido atrela-se também a tendência da especialização do saber.

Sobre um determinado problema ou demanda social, poderão ser acionados vários setores, políticas e diferentes profissionais de várias áreas do conhecimento, ademais a resolutividade dependerá de uma ação totalizante e efetiva que atenda àquela necessidade, que muitas vezes é urgente. A burocratização ainda é um fator impeditivo para uma flexibilização no modo como as políticas sociais se relacionam. Todavia, construir novas formas de integração entre as políticas sociais não se faz de forma repentina, mas devem ser

experimentadas gradativamente novas formas de gerir e integrar práticas e saberes territorialmente, segundo cada universo.

2.3 HISTÓRICO DO CENTRO EDUCACIONAL DO ADOLESCENTE (CEA)

Em 1941, através do Decreto 3.799, foi criado o Serviço de Assistência a Menores (SAM) que tinha como finalidade, segundo o decreto:

a) sistematizar e orientar os serviços de assistência a “menores desvalidos e delinquentes internados em estabelecimentos oficiais e particulares; b) proceder a investigação social e ao exame médico-psicopedagógico dos menores à disposição do Juízo de Menores do Distrito Federal; d) recolher os menores em estabelecimentos adequados, a fim de ministrar-lhes educação, instituição e tratamento sômato-psíquico, até o seu desligamento; e) estudar as causas do abandono e da delinquência infantil para a orientação dos poderes públicos; f) promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas”.

Nesta perspectiva, o SAM inicia a prática de internar as crianças e adolescentes tidos como “desvalidos” e “delinquentes”, mediante encaminhamentos dos juizados. A ideia central era retirar do convívio social, ou melhor, apartar da sociedade todos aqueles que representavam uma ameaça à civilizada sociedade brasileira. Advém deste período, o modelo atual de institucionalização dos adolescentes.

No início dos anos setenta, a então Secretaria do Trabalho e Serviços Sociais - SETRASS tinha em sua estrutura organizacional o Departamento do Menor, órgão responsável pelos “menores” desassistidos e de “situação irregular” no Estado da Paraíba.

Em 1974, o Departamento do Menor da SETRASS implanta o Centro de Estudos do Menor e Integração da Comunidade (CEMIC). Nesta época, o Plano de Prevenção era instrumento da Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), criada em 1964.

A FUNABEM com direção nacional e uma assessoria de supervisão contava na época com quinze projetos implantados no território nacional, sendo a Paraíba, um destes estados.

Neste período, a SETRASS, através do Departamento do Menor, firma convênio com a FUNABEM/UFPB/SETRASS, para treinamento de Universitários, na qualidade de voluntários e estagiários para desenvolver atividades no CEMIC de João Pessoa. Foram treinados aproximadamente 200 estudantes de vários cursos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). As atividades foram iniciadas com um treinamento e em seguida uma

pesquisa de campo no Bairro do Róger e na comunidade do Porto do Capim em João Pessoa. Com o resultado da pesquisa foram implantadas as ações do CEMIC de João Pessoa.

A Lei 3.815 de 25 de novembro de 1975 cria a - Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor “Alice de Almeida”(FEBEMAA), vinculada à Secretaria do Trabalho e Serviços Sociais (SETRASS), sendo o primeiro Presidente - Dr. José Lemos.

O nome “Alice de Almeida” foi acrescentado ao título Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, em homenagem a senhora Alice de Almeida, esposa do Governador José Américo de Almeida, sobretudo por ter sido uma notável incentivadora e colaboradora nas ações que envolviam as crianças desassistidas.

A FEBEMAA era o órgão responsável pela política do “bem-estar do menor” em nível estadual, com autonomia financeira e administrativa, sendo os seus Estatutos aprovados pelo decreto nº 6.891 de 12 de maio de 1976.

Desse modo, o objetivo da FEBEMAA era adequar as peculiaridades locais às diretrizes que informam a política nacional do “bem-estar do menor”, mediante estudo do problema e planejamento das soluções e a orientação, coordenação e fiscalização das entidades que executavam a política.

A FEBEMAA, em seu Regimento Interno, pontua sua natureza e finalidade nos artigos:

Art. 1º - A Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor “Alice de Almeida”, instituída pela Lei nº 3.815, de 25 de novembro de 1975, vinculada à Secretaria do Trabalho e Serviços Sociais, é pessoa jurídica de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, regendo-se pela lei, que a criou pelo seu Estatuto em decreto de nº 6.891, de 12 de maio de 1976, pelo presente Regimento Interno.

Art. 2º - com sede na cidade de João Pessoa, a FEBEMAA, sigla da entidade, tem jurisdição em todo o território da Paraíba e adotará, em sua linha de ação, os princípios norteadores da Lei Federal nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964.

Art. 3º - A FEBEMAA tem por finalidade:

a) Atuar de acordo com os princípios básicos da Carta das Nações Unidas, relacionados com a Declaração dos Direitos da Criança, e ainda em harmonia com as normas técnicas gerais da FUNABEM.

b) Desenvolver zeloso e incessante trabalho, para alcançar os objetivos, de que falam, especificamente, os itens do art. 5º da Lei nº 3.815 de 25 de novembro de 1975 do Governo Estadual.

Sua estrutura organizacional era descrita da seguinte forma: Conselho Estadual; Presidência; Vice-Presidência; Conselho Fiscal; Assessoria; Gabinete, Diretorias (Diretoria Administrativa e Diretoria Técnica); Unidades Educacionais de Base (Unidades Terapêuticas e Núcleos Preventivos). Esta organização estava prevista no art. 4º.

A FEBEMAA tinha enquanto princípios e diretrizes a política nacional do bem-estar do menor, difundida pelo Órgão Normativo a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), respaldada também na política do bem-estar social desenvolvida pelo Governo do Estado da Paraíba.

A política do bem-estar do menor no Estado da Paraíba era balizada por cinco elementos básicos: saúde, amor e compreensão, educação, recreação e segurança social. Sendo suas formas de atenção definidas por duas linhas de ação: a terapêutica e preventiva. A primeira perspectiva era constituída por quatro unidades de internação de “menores” e uma unidade de reeducação de “menores” de conduta “anti-social”, além da assistência ao menor em ambiente familiar, a adoção. A perspectiva preventiva constituía um grande desafio para o estado, haja vista o crescente processo de vulnerabilidade das crianças e adolescentes em todo o país, expressada, sobretudo pelo abandono, violência e exploração sexual, desnutrição, analfabetismo entre outras.

Em sua área de atuação, o Serviço de Prevenção da Marginalização do Menor, funcionava em: João Pessoa, Campina Grande, Cabedelo, Alagoa Grande, Guarabira, Patos e Areia. Em 1978, tiveram início as atividades dos Núcleos de Prevenção da Marginalização do Menor de Santa Rita e Bananeiras.

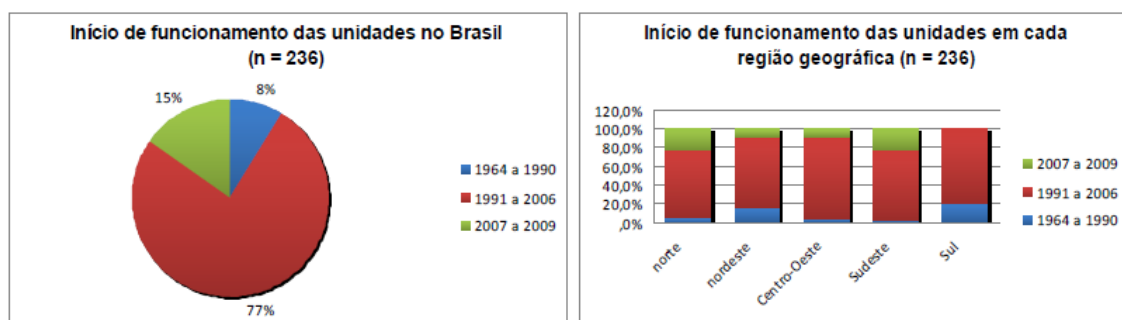
Deste período até o exercício de 1990, a FEBEMAA passou por diversas reformulações de seus programas direcionados à clientela preventiva e terapêutica.

Em 13 de julho de 1990, foi criada a Lei Federal 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que traz um novo rumo à política de atendimento à criança e ao adolescente, agora sujeitos de direitos.

A lei nº 5.743, de 09 de Junho de 1993, alterou a denominação da FEBEMAA para Fundação do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente Alice de Almeida (FUNDAC), transformando-a em fundação de direito público. Com esta alteração, houve um reordenamento institucional, mudanças estruturais, administrativas e pedagógicas em consonância com a lei nº 8.069/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Os gráficos a seguir, fonte da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (2009), apontam a criação das unidades de privação de liberdade no Brasil em

cada período histórico. A região Nordeste apresenta nos períodos entre os anos de 1991 a 2006 a maior prevalência de implantação das unidades de internação, dado este que acompanha as demais regiões do país, cujo percentual de 77% corresponde ao funcionamento de unidades no período ora mencionado no Brasil.



Fonte: Secretaria dos Direitos Humanos, 2009

Gráfico 1 Início de funcionamento das unidades no Brasil em cada região geográfica

Assim, com o reordenamento institucional, a FUNDAC inseriu em sua estrutura organizacional unidades específicas para o acolhimento de adolescentes autores de atos infracionais, em cumprimento de medida socioeducativa. Para tanto, a disposição atual das unidades de privação de liberdade pertencentes à FUNDAC no Estado da Paraíba, organiza-se da seguinte forma:

- Casa Educativa – João Pessoa /PB - Acolhe as adolescentes e jovens do sexo feminino, na faixa etária dos 12 aos 21 anos de idade;
- Centro Educacional do Jovem – CEJ - João Pessoa/PB - Acolhe os adolescentes e jovens do sexo masculino, na faixa etária dos 18 aos 21 anos de idade, com capacidade para 60 adolescentes.
- Centro Educacional do Adolescente – CEA - João Pessoa/PB – Acolhe os adolescentes e jovens do sexo masculino, na faixa etária dos 12 aos 18 anos, com capacidade para 62 adolescentes.
- Centro Educacional do Adolescente – CEA – Sousa/PB – Acolhe os adolescentes e jovens do sexo masculino, na faixa etária dos 12 aos 21 anos de idade;

- Abrigo Provisório - Campina Grande/PB – Acolhe os adolescentes e jovens do sexo masculino, na faixa etária dos 12 aos 21 anos de idade, com capacidade para 12 adolescentes.
- Lar do Garoto “Pe. Otávio dos Santos” – Lagoa Seca/PB – Acolhe os adolescentes e jovens do sexo masculino, na faixa etária dos 12 aos 21 anos de idade, com capacidade para 45 adolescentes.

O Centro Educacional do Adolescente (CEA) foi fundado na década de 1970 e era vinculado ao Departamento do Menor da Secretaria do Trabalho e Serviços Sociais do Estado da Paraíba. O objetivo inicial da instituição era internar crianças e adolescentes, apenas do sexo masculino, considerados em “situação irregular”, de acordo com o Código de Menores vigente na época.

A partir da instituição da FUNDAC foram sendo criadas e reorganizadas, paulatinamente, as unidades de atenção às crianças e adolescentes em situação de abandono e ao adolescente autor de ato infracional, estando incluído o Centro Educacional do Adolescente (CEA), uma unidade com capacidade para sessenta e dois adolescentes, cujo objetivo é acolher adolescentes do sexo masculino, com idade entre 12 e 18 anos, em cumprimento de medida socioeducativa de internação (seja por sentença – de 6 a 36 meses, descumprimento de medida – até 90 dias ou internação provisória – até 45 dias).

Assim, antes da criação do CEA, culminada pelo advento do Estatuto da Criança e do Adolescente, havia uma unidade chamada de Centro Educacional do Menor (CEM), que acolhia os adolescentes inseridos em contexto de risco, na época, em “situação irregular”, seja por abandono, “delinquência”, “desajuste” e por autoria de atos infracionais, sem que houvesse a distinção da natureza da vulnerabilidade. Os adolescentes ficavam internos no CEM por determinação judicial, todavia, eram colocados numa mesma estrutura física sem que houvesse um acompanhamento voltado para perspectiva socioeducativa, de acordo com as especificidades dos adolescentes, ou seja, o adolescente infrator e o adolescente vítima de abandono tinham um mesmo tipo de intervenção, sobretudo pela via da punição.

Segundo Souza (2010), no início a instituição foi denominada de “Casa de Recuperação do Menor”, com o tempo essa acepção “recuperar” começou a ser questionada e a instituição passou a se denominar apenas de “Casa do Menor”. O próprio nome dessa instituição, de certa forma, já denotava a visão que os órgãos responsáveis tinham acerca do atendimento que deveria ser destinado às crianças e aos adolescentes considerados “marginais”.

Segundo relatos dos funcionários mais antigos, o CEA foi construído em um local de difícil acesso, justamente para manter-se longe dos olhos da sociedade (a mesma lógica adotada na construção de muitos presídios brasileiros, que com o passar dos anos foram sendo construídas habitações nas imediações). O CEA permanece no Bairro Jardim Cidade Universitária em João Pessoa/PB, embora atualmente seja um bairro bastante habitado e com melhor infraestrutura. Todavia, o acesso ainda é precário, tendo em vista que a estrada que dá acesso à unidade continua sendo de terra e sem saneamento. A unidade de internação tem sua forma arquitetônica ainda nos moldes antigos, que remete a uma unidade prisional como qualquer outra. Ademais, uma nova unidade vem sendo construída em um bairro vizinho (Mangabeira), dentro do que prevê o SINASE no tocante à arquitetura, com previsão de conclusão da obra para o corrente ano.

O CEA de João Pessoa tem capacidade para 62 adolescentes, no entanto este quantitativo quase sempre extrapola o seu limite. A média de adolescentes internos gira em torno de 130 a 150 adolescentes privados de liberdade na unidade. Este número oscila bastante em virtude da internação provisória, em que o adolescente permanece interno aguardando a decisão da justiça até num prazo de quarenta e cinco dias. Cabe ressaltar que o número de reincidentes é alto, há registros na unidade em que um único adolescente possui mais de seis entradas.

Ao falar do CEA, surgem vários questionamentos: Como é a rotina dos adolescentes? Quem trabalha na instituição? Como os adolescentes ocupam o seu tempo? Como a família participa do processo socioeducativo?

O dia-a-dia dos adolescentes internos no CEA é bem regrado, os horários são estabelecidos pela Direção; há hora para se alimentar, tomar banho, assistir TV, ir à escola e oficinas pedagógicas. Sobre estas últimas, dentro da própria instituição funciona a Escola Estadual Almirante Saldanha com ensino que vai do Fundamental ao Médio. Todos os adolescentes internos no CEA obrigatoriamente são matriculados; a frequência e desempenho são critérios fundamentais na composição da avaliação da medida socioeducativa. As oficinas pedagógicas e profissionalizantes, por sua vez, também são realizadas na própria instituição, dentre as oficinas ofertadas na unidade estão: produtos de limpeza, artes, confecção de bolas de futebol e cerâmica. Em parceria com outros órgãos, outras oficinas de caráter temporário também já foram realizadas, como Arte em Mosaico (Parceria com a Secretaria Estadual de Saúde), Instalador Hidrosanitário (Parceria com o SENAI). A participação dos adolescentes segue critérios determinados pela Coordenação das Oficinas.

Os adolescentes participam durante o dia de atividades esportivas como futebol e vôlei, mas cabe ressaltar que não há um espaço equipado adequadamente para tal fim. Na mesma área que praticam esportes também é local do chamado “banho de sol”, que é um momento do dia muito esperado pelos adolescentes, momento em que vão sair das grades para ficar aproximadamente uma hora fora de seus quartos ao ar livre. A todo momento, os adolescentes são conduzidos e observados pelos Agentes Sociais, que são os profissionais responsáveis por toda a parte de segurança da unidade, e, que por sinal, constituem mão-de-obra terceirizada; não tendo vínculo trabalhista direto com a FUNDAC.

Os adolescentes também são atendidos com frequência por Assistentes Sociais e Psicólogos que fazem o acompanhamento da medida socioeducativa, em conjunto também com a família dos internos. Dentre muitas atribuições, estes profissionais são responsáveis em no máximo a cada seis meses, construir uma avaliação da medida imposta ao adolescente e remetê-la ao Juiz da Infância e Juventude de todos os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

O CEA também conta com um setor de saúde que detém em seu quadro funcional: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliar de consultório odontológico, fisioterapeuta e o coordenador do setor. Os atendimentos da saúde se dão regularmente conforme as necessidades dos adolescentes, e caso as demandas não possam ser resolvidas na unidade, os adolescentes são encaminhados para os demais serviços de saúde da rede municipal e estadual de saúde.

Neste aspecto já é possível observar os problemas relacionados aos arranjos intersetoriais seja pela falta de condições materiais, seja pela visão enviesada dos profissionais que compõem a rede com relação aos adolescentes. Frequentemente, as ações de encaminhamento são confundidas com ações intersetoriais que como já assinalamos anteriormente apresentam uma complexidade maior e demandam o efetivo funcionamento de um leque de fatores que vão desde a homogeneização do planejamento das ações por parte dos setores envolvidos com esta questão até o nível de conhecimento dos profissionais acerca da mesma, que vão materializar a intersectorialidade.

Tal problemática é facilmente constatada nos depoimentos de alguns profissionais como vemos a seguir:

“Faço encaminhamento através da FEM – Ficha de Encaminhamento Médico...de referência e contra-referência...aciono

Serviço Social, Psicologia e outros...a ficha de encaminhamento especializado manda diretamente para especialização através da marcação no SUS.”(Entrevista – 07)

“No primeiro momento aciono o coordenador da saúde, já que ele é o nosso link com a rede externa.” (Entrevista – 02)

O encaminhamento sem dúvida é uma importante estratégia para possibilitar resolutividade das demandas, todavia não é uma garantia de atendimento efetivo, pois no percurso da referência para outro serviço se não houver mediação dos profissionais envolvidos, o encaminhamento pode se perder no meio do caminho dificultando ou até mesmo tolhendo a contra-referência. Um problema encontrado nos encaminhamentos dos adolescentes do CEA para o atendimento médico especializado é a definição/delimitação pelo serviço do seu público alvo, em muitos casos os hospitais alegam que os atendimentos aos “menores de 18 anos” não é permitido, pois o perfil destes adolescentes é para hospital que atenda somente público infanto-juvenil. Porém, as especialidades demandas nem sempre são ofertadas nos serviços hospitalares indicados. Assim, se não houver a mediação dos profissionais envolvidos a necessidade de atendimento do adolescente é frustrada e não há resolutividade para o caso, sobretudo o seu direito é ceifado. Nesta perspectiva, o encaminhamento deve ser compreendido pelos profissionais que lidam diretamente com as expressões da questão social, em todas as áreas, como meio e não fim.

Para tanto, neste sentido, Neto (2009) ressalta que:

[...] No entanto, mesmo no bojo da (formal) “homogeneização” que os procedimentos burocrático-administrativos realizam institucionalmente (com delimitação dos “problemas”, do “público alvo” e dos “recursos” a serem alocados), persiste a ineliminável heterogeneidade das *situações*, que o profissional só pode elidir pela abstração, elisão que não resiste exceto no plano da formalidade institucional. Daí que, aprisionado na lógica hierárquica e na mecânica estabelecida no jogo institucional, o profissional remeta a problemática das refrações da “questão social” – daquelas que não estão contempladas nas suas “atribuições”, prescritas nos limites dos serviços institucionais – *sempre* para outras instâncias [...]. (NETTO, 2009, p. 94)

Não se pretende aqui criticar a postura profissional diante dos encaminhamentos, ou mesmo condenar o agir destes profissionais, mas mover também uma inquietação sobre o engessamento sofrido pelos mesmos ao dar prosseguimento ao atendimento das demandas

postas, visto que as instituições muitas vezes limitam a intervenção dos profissionais, sobretudo diante da escassez de recursos materiais e muitas vezes humanos.

Mas, dando continuidade a discussão sobre o acompanhamento socioeducativo numa unidade de internação é importante salientar que o processo socioeducativo do adolescente também é acompanhado pela família que recebe o apoio e suporte da equipe multidisciplinar, com vistas ao fortalecimento e resgate dos vínculos familiares.

A família participa do processo socioeducativo e é também acompanhada pela equipe multidisciplinar, com vistas ao fortalecimento e resgate dos vínculos familiares. O contato da família com os adolescentes se dá, sobretudo, através das visitas que são realizadas nas quartas-feiras e aos domingos. Para tanto, antes que a família passe a visitar o adolescente, o Serviço Social realiza um cadastro, mediante apresentação dos documentos de identificação dos familiares, para que seja comprovada a relação de parentesco.

Ademais, muitos adolescentes que chegam ao CEA vivem um histórico de total abandono, estando estes sem qualquer referencial familiar. Outros, procedentes de cidades circunvizinhas, por meses ficam sem ver a família; primeiro pela distância e dificuldades de acesso ao transporte, e, segundo pelas condições socioeconômicas da família, que em sua maioria sobrevive apenas do benefício socioassistencial do Bolsa Família.

A unidade de internação conta também com a atuação de três Defensoras Públicas que orientam e acompanham o processo de cada adolescente interno. O prazo limite de cumprimento da medida de internação é de três anos, podendo o adolescente ser liberado a qualquer tempo dentro deste período. Por isto, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece a medida de internação por prazo indeterminado. Nesta perspectiva, este acompanhamento do tempo de cumprimento da medida socioeducativa de internação também é acompanhado pela Defensoria Pública, assim como o prazo de quarenta e cinco dias na Medida Provisória e os noventa dias nos casos de Descumprimento da Medida.

O período de internação que cada adolescente se submete não significa apenas sua privação de liberdade, mas, sem dúvida um período de ausência da autonomia e limitação no que tange ao acesso a direitos. Garantir direitos num contexto tão contraditório e complexo significa romper com estigmas, preconceitos e paradigmas cultivados ao longo de séculos, o que não vem a ser uma tarefa fácil.

A FUNDAC, em sua estrutura organizacional, conta com o Setor de Planejamento cujo objetivo central é planejar as ações da instituição, de forma abrangente e em conjunto com as unidades componentes da fundação.

O orçamento da FUNDAC contempla de um modo geral as despesas de suas unidades, todavia, segundo relatório do ano de 2010, apontou-se grandes dificuldades financeiras e orçamentárias que vieram a repercutir na operacionalização técnico-administrativa, incidindo sem dúvida nos atendimentos das demandas nas unidades.

Para tanto, a equipe do Planejamento é responsável em elaborar planos, projetos, firmar convênios e pactuações, participar das reuniões colegiadas com demais órgãos parceiros, bem como aprimorar os levantamentos estatísticos e sistemas de informação da instituição. Neste sentido, dentre as ações realizadas pelo referido setor no ano de 2010, segundo relatório institucional, destacam-se:

- Projeto de Formação/Capacitação de Profissionais que atuam no sistema de atendimento socioeducativo de privação de liberdade e em meio-aberto dos municípios paraibanos; este projeto foi realizado em parceria com a UFPB mediante convênio com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Foram capacitados 340 profissionais da FUNDAC e dos CREAS.
- Elaboração do projeto referente ao Serviço de Proteção Social de Alta Complexidade de regime de abrigo na FUNDAC; a ser efetivado em convênio com a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano (SEDH), com recursos financeiros advindos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O objetivo deste projeto é aquisição de recursos materiais para manutenção das unidades.
- Elaboração do projeto “Despertar para Viver Bem”, convênio com SEDH/CEDCA/FUNDAC com recursos do Fundo Estadual da Infância e Adolescência. Este projeto destina-se ao desenvolvimento de ações continuadas com vistas à sensibilização dos adolescentes e jovens para promoção do desenvolvimento da saúde física, mental e espiritual.
- Desenvolvimento das atividades do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA) e Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). O SIPIA já está sendo implementado nas unidades, no entanto algumas dificuldades de infraestrutura ainda estão sendo adequadas, como por exemplo a instalação de internet e aquisição de computadores. Foram treinados 20 técnicos para serem multiplicadores dos demais profissionais. Este sistema de informação é de fundamental importância, uma vez que consegue reunir todas as informações dos adolescentes que passam pelo processo socioeducativo como: dados pessoais,

estrutura familiar, procedência, internamentos, atos infracionais cometidos, acompanhamento do histórico da saúde, profissionalização, histórico escolar, atividades de lazer, Plano Individual de Atendimento (PIA), avaliações e pareceres técnicos. Desta forma, este sistema foi o pensado para que os órgãos competentes que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) possam acompanhar estes adolescentes, e, sobretudo avaliar a efetividade das ações desenvolvidas do campo socioeducativo. O SIPIA também possibilita aos gestores maiores subsídios para implementação das políticas sociais voltadas para o adolescente privado de liberdade.

- Participação em órgãos colegiados como: Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA); Fórum Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil (FEPETI), Fórum Nacional de Dirigentes governamentais do Sistema Socioeducativo (FONACRIAD).

Assim, percebe-se que a FUNDAC possui um bom trânsito no tocante à integração aos diversos órgãos que compõem a rede de atendimento ao adolescente. Com relação às unidades de internação, toda a sua rotina e planejamento das ações são guiados pelas decisões da gestão da FUNDAC. O CEA, assim como as demais unidades, não possui autonomia financeira e administrativa, desta forma, as ações *macro* desenhadas no âmbito institucional são decorrentes das diretrizes traçadas pela direção da FUNDAC, tendo em vista que os recursos financeiros são desmembrados para as demais unidades. Quanto às ações *micro* (de rotina institucional) são desenvolvidas normalmente nas unidades, seguindo as normas de funcionamento interno. No entanto, com relação ao CEA ainda não se tem a cultura de planejamento operacional das ações, há uma dependência administrativa que tende a verticalizar as decisões, ademais algumas iniciativas começam a emergir no sentido de planejar ações em conjunto com os profissionais da instituição. Todavia, este traço verticalizante vem refletir na execução das ações cujo maior impacto se desdobra na concretização dos direitos, o que se pode constatar em um depoimento a seguir:

“Em muitos casos a consulta é marcada, o encaminhamento é feito, porém, falta transporte! Em um levantamento, 50% das consultas não foram feitas pelo fato do adolescente não ter ido...devido a falta de carro... teve um adolescente que teve a consulta marcada oito vezes e não foi.”(Entrevista -02)

Neste depoimento acima, percebe-se que a instituição conseguiu a marcação e remarcação da consulta médica para o adolescente, ou seja, houve a articulação com a rede de atendimento, entretanto a falta de um transporte na unidade de internação foi o fator determinante para que o adolescente não tivesse a sua necessidade de saúde atendida. Desse modo, é notório que as dificuldades internas da instituição muitas vezes são as razões do não acesso aos direitos, pois como se pode constatar foi possível a viabilização da marcação da consulta médica por várias vezes através do sistema de regulação.

Assim, para que se alcance resultados efetivos no campo do atendimento socioeducativo, faz-se necessário o rompimento com processos decisórios verticalizados e centralizados, bem como privilegiar a participação de todos os atores que fazem parte do universo socioeducativo: os adolescentes, as famílias, conselheiros, profissionais e gestores.

Nesta perspectiva, a construção da intersetorialidade deve iniciar-se de “dentro para fora”, num primeiro momento no âmbito institucional nos seus processos internos (integração dos profissionais, setores, unidades, aquisição de materiais e equipamentos, otimização das ações junto aos adolescentes e familiares e a desburocratização), visando o alcance de um objetivo comum; num segundo momento, na relação entre a instituição e a rede de proteção social, haja vista que não adianta apenas garantia de acesso aos direitos, através da articulação com a rede de atendimento sem que haja as condições mínimas internas da instituição seja quanto aos recursos humanos, seja quanto aos recursos materiais, e, nesta relação, a participação efetiva interlocutores do processo - os profissionais.

Ademais, atualmente a FUNDAC vem formulando novas linhas e diretrizes para o atendimento socioeducativo através da construção de planos e projetos, como o Plano Político Pedagógico, desenvolvido em conjunto com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria de Educação, o Plano Operativo Estadual (POE), que objetiva contemplar a saúde integral dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, articulado com o apoio das Secretarias de Saúde do município e do Estado; o Plano de Convivência Familiar, construído em conjunto com os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), bem como o Plano de Segurança, que deverá contar com uma equipe de inteligência em todas as unidades de internação de adolescentes do Estado da Paraíba.

Outro projeto difundido pela FUNDAC é o Plano de Acordo Social, que conta com a parceria de Organizações não-governamentais (ONGs), instituições de ensino superior, entidades religiosas, empresas e sociedade civil organizada. De acordo com a presidência da

FUNDAC, este último plano citado visa sensibilizar todos esses atores no sentido de contribuírem na ressocialização dos jovens, seja absorvendo-os no mercado de trabalho, seja colaborando nas atividades pedagógicas e de formação desenvolvidas nas unidades de internação, de estímulo à arte, cultura, esporte, profissionalização e cidadania, entre outros eixos apontados pelo SINASE.

Apesar desses esforços, os resultados estão longe de serem visualizados. Como bem sinaliza Menecucci (2006), urge uma mudança e maior flexibilização dos setores que dão solidez aos programas sociais, já que ;

a integração e coordenação das ações pressionam para mudanças nas estruturas tradicionais de governo em dois sentidos principais: substituir as estruturas funcionais e piramidais – que refletem a especialização de saberes e modos de intervenção - por estruturas matriciais mais flexíveis, que permitam a coordenação constante em todos os níveis, e substituir órgãos segmentados por áreas de conhecimento e atuação por órgãos de corte regional que tenham como missão melhorar as condições de vida da população em áreas delimitadas geograficamente. Uma organização do trabalho que se constitua em bases territoriais possibilita articular os planos particulares de a cada setor e as respectivas redes de serviços, integrando-as em uma única rede regional.(MENEUCUCCI,2006, p 7)

Ao fazermos um balanço acerca das ações em curso, entendemos que há um longo caminho a percorrer, que passa necessariamente pela democratização da gestão da informação e mais por um amadurecimento da concepção que a sociedade civil brasileira tem da sua própria condição frente à construção da cidadania e mais particularmente da situação em que foram colocados os adolescentes pobres do país.

CAPÍTULO 3 DO ABSTRATO AO CONCRETO: SONDAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NA REALIDADE SOCIOEDUCATIVA

Este capítulo traz o ápice da investigação propriamente dita, de forma a desvelar através de elementos concretos a relação existente entre o adolescente privado de liberdade e o acesso à saúde. Deste modo, para tal aproximação com tal realidade buscamos uma análise à luz da intersectorialidade, já que no atual debate acerca das políticas sociais ganha visibilidade enquanto condição para efetivação dos direitos. Ademais, o objetivo de inserir a intersectorialidade no estudo não foi por motivação estética tampouco determinista, mas desvelar através da realidade concreta seus limites e possibilidades no que tange às duas políticas sociais arroladas.

Neste sentido, Netto (2009) ao discutir o conhecimento teórico e a pesquisa dentro da concepção marxiana, diz que a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador:

“[...] a teoria é a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto. Esta reprodução, porém, não é uma espécie de reflexo mecânico, com o pensamento espelhando a realidade tal como um espelho reflete a imagem que tem diante de si.” (NETTO, 2009, p. 675).

Assim, para Marx, o ideal é o material (realidade concreta) transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado. Este pensamento, pois, contrapõe-se ao hegeliano em que o real é a manifestação externa do pensamento. O conhecimento teórico para Marx é o conhecimento que parte da realidade concreta.

Para tanto, com esta perspectiva é que este capítulo empreenderá o seu conteúdo. A partir da investigação realizada junto aos atores que fazem parte do cenário compreendido no estudo, foi possível identificar determinantes que coadunam para o modo como estão sendo operacionalizadas concretamente as políticas de proteção ao adolescente privado de liberdade, sobretudo no que tange à saúde. Assim a organização deste capítulo está disposta em três pontos: o primeiro ponto desdobra-se sobre os arranjos existentes para construção da intersectorialidade no âmbito das políticas sociais da saúde e do adolescente privado de liberdade; o segundo ponto traz através dos dados da investigação, a visão dos profissionais do CEA acerca do atendimento prestado aos adolescentes privados de liberdade no que se refere à saúde, bem como suas percepções acerca da intersectorialidade; e, por último, o

terceiro ponto que traz a análise dos dados referentes à visão dos profissionais da rede de atendimento no tocante à saúde do adolescente privado de liberdade na perspectiva intersetorial, sob que condições estes profissionais atuam e como constroem através de sua prática movimentos intersetoriais.

Diante do exposto, vislumbrou-se neste capítulo, a partir da pesquisa, uma construção teórica acerca da categoria intersectorialidade, a partir de uma realidade concreta, das relações existentes entre os sujeitos que constroem e fazem a história, que recriam estratégias visando melhores condições de vida de indivíduos vulnerabilizados, diante do velado desmonte da proteção social.

3.1 ANÁLISE SOBRE A EXISTÊNCIA DE ARRANJOS INSTITUCIONAIS VOLTADOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE (SUS E CEA)

Dentre as diferentes formas de vulnerabilidades que permeiam a vida dos adolescentes, estão a pobreza e pobreza extrema, a baixa escolaridade, a exploração no trabalho, a privação da convivência familiar e comunitária, os homicídios, a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o abuso e a exploração sexual e o abuso de drogas, estas vulnerabilidades por sua vez foram sinalizadas pelo relatório da UNICEF de 2011 que traça a situação da adolescência no Brasil.

A realidade encontrada no Estado da Paraíba não foge do quadro geral nacional, visivelmente os adolescentes são alvo de desigualdades e conseguinte exclusão social, o direito de crescer e se desenvolver de forma saudável é ceceado antes mesmo de chegar à fase adulta.

Com relação ao acesso à saúde do adolescente privado de liberdade, as ações de enfrentamento são balizadas pelo aparato normativo bem como pelos programas e políticas criados do âmbito federal para operacionalização nos estados e municípios brasileiros. Ademais, até a operacionalização de tais políticas e ações nos diversos municípios muitas dificuldades são encontradas. O quadro a seguir descreve as políticas e programas vigentes para direcionamento nacional da política da saúde voltada para a adolescência:

Quadro 2 Políticas públicas, programas e ações de saúde para adolescência

Políticas públicas, programas e ações de saúde para a adolescência	
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens	Incorpora a atenção à saúde da população jovem à estrutura, aos mecanismos de gestão, às ações e rotinas do SUS e serve de parâmetro às ações, aos serviços e programas de saúde nas três esferas de governo.
Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	Promove o crescimento e desenvolvimento saudáveis; a atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva, a redução da morbimortalidade por causas externas.
Caderneta de Saúde do(a) Adolescente	Instrumento de orientação para os serviços de saúde. Serve como instrumento orientador do autocuidado para os/as adolescentes e pretende ser indutora de outras políticas e ações, em todos os níveis, para a saúde integral de adolescentes.
Programa Saúde na Escola (PSE)	Avalia as condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; busca promover a saúde e atividades de prevenção; promove ainda a Educação permanente e a capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; acompanha e avalia a saúde dos estudantes.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, por intermédio da Portaria Interministerial nº 1.426 e da Portaria SAS/MS nº 647	Orienta a atenção em saúde voltada para adolescentes em conflito com a lei, dentro dos princípios do SUS (incluindo repasse de incentivo a Estados e municípios para ações de promoção da saúde).

Fonte: UNICEF

Assim, a política que será neste momento destacada é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (com base na Portaria Interministerial n. 1426/2004 e na Portaria n.647/2008), que tem como objetivo orientar as ações voltadas para o atendimento dos adolescentes internos sob os regimes de Internação e Internação Provisória no que tange ao acesso à saúde.

Nesta perspectiva, na Paraíba uma das ações incluídas na política mencionada é o Plano Operativo Estadual (POE), fundamentado nas portarias interministeriais citadas, que visa garantir a realização de ações sistemáticas de promoção e prevenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei que estão nas unidades socioeducativas. Este plano parte de uma pactuação entre os estados e os municípios que possuem unidades de internação com vistas a garantir através da rede de saúde pública e complementarmente do setor privado, o acesso integral à saúde.

Para efetivação do POE, muitos são os requisitos a serem preenchidos, haja vista que sua aprovação e habilitação demandam uma série de decisões, adequações e pactuações no âmbito da gestão. Na Paraíba, o processo de implantação do POE teve início no ano de 2004, mas dadas as diversas mudanças ocorridas no plano político, desencadeadas pelas eleições estaduais e municipais, o processo sofreu retrocessos. Ademais, alguns avanços começam a emergir com relação à consolidação do POE no estado, que serão apontados a seguir:

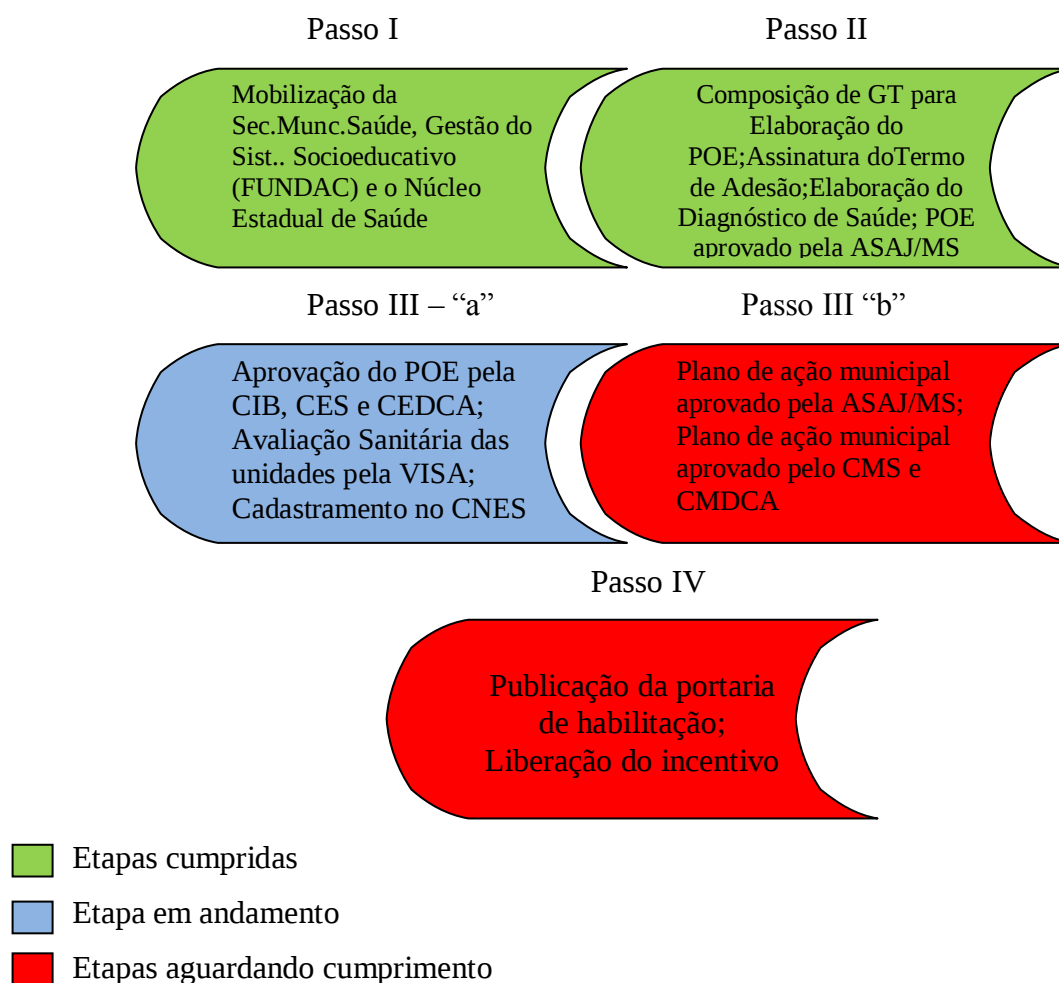


Figura 3 Etapas da implantação do POE na Paraíba

Fonte primária

Assim, para que fossem cumpridas as etapas para implantação do POE era fundamental a articulação entre a Secretaria Estadual da Saúde (SES), o órgão gestor do Sistema Socioeducativo – FUNDAC, bem como os Conselhos de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente. Foram realizadas várias reuniões deste Grupo de Trabalho (GT)

objetivando traçar ações para o alcance das metas estabelecidas. No entanto, com as mudanças na gestão houve um gradual afastamento de alguns atores, ficando as ações apoiadas pela FUNDAC e a Gerência Executiva de Atenção à Saúde, representada por profissionais vinculados ao Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD).

Mesmo com as inúmeras dificuldades encontradas foi possível avançar em alguns passos, houve, portanto a aprovação do POE na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e os Conselhos da Saúde (CES) e da Criança e Adolescente (CEDCA). Para o cumprimento do Passo III “a” na íntegra está pendente a avaliação da Vigilância Sanitária (VISA) nas unidades de internação de João Pessoa, para que sejam vistas as condições físicas e de salubridade para a realização dos atendimentos de saúde nas unidades, assim como o cadastro do estabelecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Este é o estágio atual em que se encontra o processo de implantação do POE.

Cabe ressaltar que o envolvimento dos atores dos outros setores que não sejam a FUNDAC e do PROSAD ainda é de forma pontual. Percebe-se um maior empenho da parte destes dois grupos, que conseguem de forma integrada avançar nas etapas exigidas, mesmo com muitas fragilidades e limitações.

Diante da investigação realizada, foi possível apreender que os diversos setores constitutivos do sistema de proteção à criança e ao adolescente mantêm integração superficial no que concerne ao processo de implantação do POE; o compromisso com a causa não é de todos os setores envolvidos. Embora o cumprimento das etapas exija uma articulação constante entre os conselhos, a FUNDAC e as Secretarias de Saúde do início até a habilitação do POE, percebe-se que a fragmentação perpassa todo o processo de construção, seja por fatores de ordem política, seja pelo próprio compromisso político dos atores.

Este processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei requer uma pactuação balizada pela perspectiva intersetorial. A intersetorialidade é essencial neste contexto, pois somente será possível a concretude desta política caso haja a participação de todos os atores efetivamente. Esta, por sua vez, não se dá, por exemplo, quando num planejamento são apenas referendados e citados os setores que participarão da construção; para que a intersetorialidade traga resolutividade faz-se necessário que cada parte envolvida assimile e dê respostas dentro do processo de construção; é preciso que haja a clareza que a consolidação de uma política social não é para benefício de um grupo, mas de toda a sociedade. Ademais, os interesses envolvidos nem

sempre estão voltados para o bem comum, mas para interesses pessoais, sobretudo a projeção política.

Os problemas, na operacionalização/execução da política da saúde, estão postos de forma generalizada. Historicamente, há uma tímida atuação das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes. Mesmo porque o Estado da Paraíba é marcado por entraves de cunho político-partidário, tornando a esfera pública o cenário perfeito para a continuidade da politicagem em detrimento de ações que vislumbrem a gestão de políticas públicas voltadas, de fato, para a melhoria das condições de vida da população.

Assim, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em seu artigo 11, fica assegurado o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ademais, o quadro atual no tocante ao acesso do adolescente privado de liberdade do CEA/JP à saúde, possui elementos fundamentais para compreensão de como vem sendo a articulação com a política da saúde no atendimento às necessidades dos adolescentes.

A instituição conta com uma equipe formada por alguns profissionais de saúde que trabalham internamente na unidade no atendimento ambulatorial básico. Os profissionais que fazem parte desta equipe são: Técnicos de Enfermagem, Médico, Enfermeiro, Odontólogos, Auxiliar consultório odontológico e Fisioterapeuta, contando com o apoio de Assistentes Sociais e Psicólogos que fazem parte de um Setor específico, o “Psicossocial”. As demandas que necessitam de um atendimento especializado são atendidas por meio de consultas externas em hospitais da rede municipal e estadual de saúde, cuja marcação se dá através do Distrito Sanitário da Área a que pertence a unidade.

Assim, os adolescentes internos do CEA recorrem frequentemente ao atendimento à saúde, com necessidades diversas como: tratamento odontológico, diagnóstico e tratamento de DST's, problemas oftalmológicos, consultas psiquiátricas, crises alérgicas e cirurgias. No entanto, há uma grande dificuldade no que tange às respostas a estas requisições, haja vista as recorrentes restrições e seletividade presentes no acesso à saúde pública brasileira como um todo. Agravada, neste caso, ainda mais pela circunstância de privação de liberdade, que vem a limitar a autonomia do adolescente usuário dos serviços de saúde.

Ademais, enquanto o POE não se efetiva, as ações voltadas para saúde do adolescente neste Centro Educacional vão sendo realizadas de forma pontual e não continuada, com

ausência também de um programa educativo de prevenção. O atendimento de emergência também constitui um entrave, pois o acolhimento nos hospitais de emergência nem sempre é satisfatório, haja vista que não dispõem de uma estrutura física apropriada para receber o adolescente sob privação de liberdade, assim como os profissionais de saúde nem sempre estão preparados eticamente e tecnicamente para atendê-lo. Infelizmente ainda prevalece o estigma de “bandido” em detrimento da condição de sujeito de direito.

Ademais, quando analisamos os conteúdos produzidos no âmbito dos fóruns de controle social (notadamente as conferências) das políticas setoriais (Assistência Social e Saúde) que em tese poderiam auxiliar na superação ou atenuação desse estigma, tecendo arranjos intersetoriais com a Política da Criança e do Adolescente, verificamos que nesses casos os avanços são pífios.

A resolução nº 01 de 09 de janeiro de 2012 traz as deliberações decorrentes da VIII Conferência Nacional de Assistência Social realizada nos dias 7 a 10 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, com o tema “Avançando na Consolidação do Sistema Único de Assistência Social com a Valorização dos Trabalhadores e a Qualificação da Gestão dos Serviços, Programas e Projetos e Benefícios”.

Embora a temática trazida nesta conferência centralize o debate no entorno dos trabalhadores do SUAS e sua valorização, bem como a melhoria na gestão dos serviços incluídos programas, projetos e benefícios da política de Assistência Social, percebe-se nas deliberações a presença de propostas que vislumbram a intersetorialidade.

Para uma melhor compreensão, segue abaixo algumas deliberações da VIII Conferência Nacional de Assistência Social com grifos nossos nos principais fragmentos que trazem a noção intersetorial:

- Elaborar e implementar o Plano municipal, estadual, do Distrito Federal e nacional de formação permanente para os trabalhadores do SUAS, em consonância com a NOB-RH/SUAS e na perspectiva da qualificação dos serviços socioassistenciais, *em articulação com as demais políticas setoriais*, os poderes Judiciário e o Legislativo,[...].
- Fortalecer ou criar Fóruns de Trabalhadores do SUAS, nas três esferas de governo e no Distrito Federal com perspectiva intersetorial, visando a melhoria do atendimento aos usuários, a organização dos trabalhadores, *a troca de experiências e construção*

de agendas conjuntas, ações e estratégias intersetoriais entre as políticas, a rede socioassistencial e as diversas áreas profissionais.

- Fomentar e cofinanciar a celebração de termos de cooperação técnica e financeira entre a União, estados, Distrito Federal e municípios com universidades e instituições de pesquisas,[...]d) *pesquisas e diagnósticos intersetoriais, com referência nos territórios dos CRAS.*
- *Garantir protocolo para a interdisciplinaridade no SUAS e a intersectorialidade com as demais políticas públicas, assegurando fluxo dos encaminhamentos das referências e contrarreferências dos usuários nos serviços da rede socioassistencial, com objetivo de primar pela qualidade dos serviços prestados e pela melhoria do atendimento às demandas da população, incluindo as comunidades indígenas e quilombolas.*
- *Fomentar, por meio de protocolo específico, o processo de construção da intersectorialidade e a transversalidade Política de Assistência Social, no intuito de melhorar a qualidade dos serviços socioassistenciais e adensar a participação da sociedade na construção do SUAS.*
- *Estimular a atuação intersectorial e em rede, com articulação das ações da assistência social com as demais políticas públicas, na perspectiva da integralidade do atendimento e potencialização de recursos, visando à inclusão produtiva das famílias urbanas e rurais, de territórios de fronteira, de assentamentos, das terras indígenas e quilombolas.*
- *Criar, em todas as esferas de governo, estratégias para a ampliação do acesso às políticas públicas em articulação com as políticas transversais setoriais, nas comunidades e povos tradicionais, conforme Decreto Federal nº 6.040/2007,[...].*
- *Estabelecer/fortalecer parcerias com as demais políticas públicas e com instituições governamentais e não governamentais, objetivando desenvolver programas de qualificação profissional, a inclusão produtiva e o empreendedorismo dos usuários dos serviços e benefícios socioassistenciais.*
- *Reafirmar a centralidade do SUAS na erradicação da extrema pobreza no Brasil, considerando seu papel de assegurar os direitos socioassistenciais, e dar visibilidade às necessidades da população e de atuar na perspectiva da garantia dos direitos e melhor qualidade de vida, por meio da articulação intersectorial com outras políticas públicas para que alcancem moradia digna, trabalho e cuidados de saúde, acesso à*

educação, à cultura, ao esporte e lazer, à segurança alimentar e nutricional, à segurança pública, à preservação do meio ambiente, à infra estrutura urbana e nas comunidades tradicionais,[...].

Assim, como se pode visualizar no rol das deliberações citadas acima constam muitas indicações para propostas intersetoriais, ademais percebe-se uma visão ainda endógena focada para o interior da política social de Assistência Social. Este “olhar para dentro” da política, justifica-se pela necessidade de debates sobre temas que são considerados “nós críticos”, tendo em vista a pouca idade da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) – 2004. Ademais, timidamente, os outros setores são citados para que de forma complementar contribuam para uma melhor qualificação na execução desta política social, e, conseguinte atendimento das demandas sociais.

Não fica explícito, nas diversas deliberações que políticas setoriais serão partícipes da construção desta intersetorialidade. Nesta perspectiva, o SUAS é posto como sistema central e as demais políticas como complementos para a melhoria da qualidade de vida da população. Para tanto, a Assistência Social, segundo Mota (2008), constitui a principal estratégia de enfrentamento da “questão social”. De acordo com a autora, a Assistência Social passa a assumir para uma significativa parcela da população, a própria política de proteção social e não apenas parte do sistema de proteção social, daí porque a autora vai chamar “o mito da Assistência Social”.

Não se pode desconsiderar que de fato a Assistência Social sem dúvida é o alvo central da conferência a que se faz referência neste momento, assim como, as deliberações são requisições e anseios trazidos de todos os municípios e estados brasileiros condensados numa formulação conjunta. Vem expressar deliberadamente o que será implementado nos anos seguintes no âmbito da política social.

Mesmo que tais deliberações tragam elementos que induzam a intersetorialidade, não significa que tais deliberações serão traduzidas em ações concretas intersetoriais. Em muito dependerá das pactuações traçadas nas demais políticas sociais. Deve-se ter muito clara nas agendas políticas e demais espaços deliberativos a participação de cada setor na intervenção sobre as demandas sociais.

É inegável os avanços trazidos nesta última conferência nacional de Assistência Social no que tange à intersetorialidade, todavia se não houver o entendimento, por parte dos diferentes atores e setores em cada município e estado brasileiro, do que de fato a

intersectorialidade representa para a resolutividade das necessidades sociais de forma totalizante, a intenção se resumirá a elaboração e publicação do texto.

No que tange à XIV conferência nacional da saúde que teve como título: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro", foi realizada de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011 em Brasília. Com base no Relatório consolidado das propostas levadas pelos estados (incluindo o Distrito Federal) para discussão, algumas observações são levantadas sobre a intersectorialidade. Ressalta-se, pois, que tais observações foram pautadas neste relatório e não das deliberações finais cuja publicação ainda não está disponível.

O relatório foi composto por dois blocos de diretrizes, algumas das propostas contidas nestas diretrizes que trazem a ideia de intersectorialidade que estão dispostas a seguir:

- Fazer cumprir a lei de Seguridade Social, valorizar os direitos constituídos e *articular, intensificar e fortalecer as parcerias entre a Previdência Social, a Saúde e a Assistência Social melhorando a qualidade do atendimento, garantindo agilidade dos processos, desenvolvendo a intersectorialidade por meio de programas, projetos e ações transversais, dando prioridade a promoção e prevenção a saúde.*
- *Criar, implantar e institucionalizar comissões intersectoriais para fortalecer a integração entre o SUS, o SUAS e o FNDE visando impulsionar o desenvolvimento de políticas intersectoriais que garantam a sustentabilidade dos setores.*
- Fortalecer políticas públicas e implementar serviços de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, [...], *bem como formular políticas integradas entre saúde, educação e esportes incentivando parcerias e projetos intersectoriais, garantindo equidade de acesso físico e social e qualidade de vida a todos.*
- *Efetivar a integração entre a saúde, a assistência social e a previdência social, melhorando o acesso às informações sobre os benefícios da Seguridade Social relativos aos trabalhadores rurais, ao salário-maternidade e aos benefícios de prestação continuada da assistência social.*
- *Unificar as bases de dados das políticas setoriais que compõem o sistema de seguridade social (CAD-SUS/Saúde, CAD SUAS/Assistência Social e Base da Previdência/BPC) criando também instruções normativas que integrem serviços, programas e benefícios que tenham interface entre si nas três esferas de governo.*

- *Promover encontros intersetoriais entre órgãos do governo, poder judiciário, poder legislativo, e representação das câmaras do ministério publico, entre os conselhos e fóruns de políticas setoriais, com a sociedade civil organizada, com a finalidade de debater assuntos relacionados à saúde pública gratuita, de qualidade e de acesso integral a todos os cidadãos.*

Dada a própria tradição e força que historicamente as conferências de saúde construíram ao longo dos anos, não é difícil perceber no escopo das propostas ora apresentadas, uma maior objetividade e clareza da participação das demais políticas sociais nesta construção intersetorial. A própria temática da conferência já imprime um conceito com vistas à perspectiva intersetorial, sobretudo ao situar o SUS enquanto política constitutiva da Seguridade Social.

As propostas levantadas trazem de forma clara como será a articulação das políticas setoriais para o alcance de uma melhor qualidade de vida da população, através de que ações os objetivos serão atingidos e que mecanismos de informação, avaliação e controle serão adotados para se obter de fato a intersectorialidade no âmbito do SUS em conjunto com as demais políticas setoriais, sobretudo a Assistência Social e a Previdência Social.

Ao analisarmos as duas últimas conferências nacionais da Assistência Social e da Saúde, percebemos difusas deliberações e propostas. Sendo duas políticas sociais constitutivas da Seguridade Social cada uma guarda suas especificidades e modos de atuação condizentes com sua natureza de enfrentamento. Talvez esta seja uma das grandes dificuldades quando se pensa em adotar a intersectorialidade para o alcance de melhores resultados sobre as demandas sociais.

Na direção de dar maior profundidade à análise, consultamos três gestores que nas suas atividades profissionais transitam entre a política de saúde e o CEA, quais foram: a Diretora Técnica do Distrito Sanitário III (O CEA está dentro da área de abrangência deste distrito), com a formação em Farmácia e atuação na Secretaria Municipal de Saúde; uma técnica articuladora do Plano Operativo Estadual (POE) cuja formação é em psicologia, fazendo parte do PROSAD na Secretaria Estadual de Saúde; e o Coordenador do Setor da Saúde do CEA (FUNDAC), articulador do POE, cuja formação é na área de Administração Hospitalar trabalhando na Secretaria de Desenvolvimento Humano do Estado.

A primeira questão colocada se relacionou à existência de integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social, voltado para o atendimento da criança e

adolescente em nível do Estado (Paraíba). Nesse sentido, os sujeitos apontaram as seguintes opiniões:



Fonte Primária

Gráfico 2 – Visão dos gestores acerca da integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social no tocante à criança e ao adolescente

Embora 67% afirmem existir integração, seus depoimentos contradizem tal percentual, como é possível constatar nas falas abaixo:

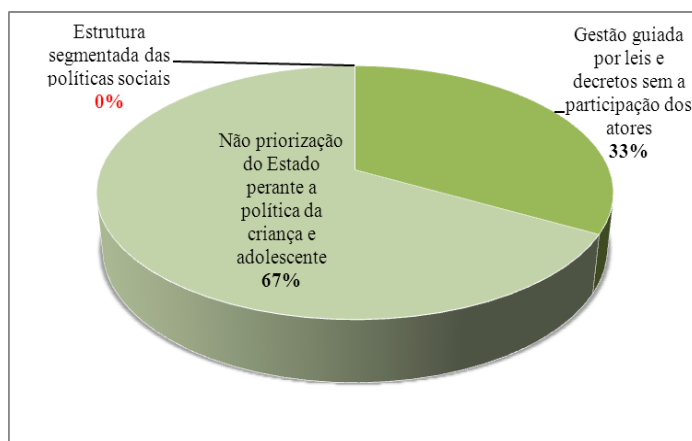
“Porque não se vê projetos; só se vê quando a problemática se instala, aí surgem os atores para resolver o problema no momento”.
(Gestor – A)

“Eu percebo que há integração em nível de gestão, mas na prática precisa de um conjunto de ações de diversos setores como educação, saúde...fica muito no plano da gestão; termina não envolvendo quem de fato precisa da política pública.” (Gestor – C)

“Ainda se encontra muito incipiente, fragilizada.” (Gestor – B)

Em seguida perguntamos aos gestores se na opinião deles é possível haver a intersetorialidade concretamente no âmbito das políticas sociais concernentes ao atendimento das demandas que envolvem a criança e o adolescente. Nesse quesito 100% afirmaram que sim, apesar de condicionar os arranjos intersetoriais à priorização

da política da criança e adolescente por parte do Estado, conforme expressa o gráfico que segue:



Fonte Primária

Gráfico 3 – Principal fator que constitui a maior dificuldade para a intersectorialidade no âmbito das políticas sociais, na visão dos gestores

A literatura sobre a intersectorialidade no contexto das políticas públicas (já assinalada no capítulo I deste trabalho) aponta que as dificuldades mais gerais de diálogo entre as políticas, repousam no espraçamento dessas em três esferas gestoras que em muitos casos não partilham o mesmo paradigma de planeamento e gestão. Nesse sentido, embora concordemos com os entrevistados sobre o fato de que a não priorização da política da criança e do adolescente, por si só se constitui num obstáculo aos arranjos intersectoriais, acrescentamos que a partilha em esferas gestoras com vieses diferentes também interferem. A saída seria um planeamento estratégico de gestão (PEG) conjunto e dialogado, articulado a um planeamento estratégico intersectorial (PEI) construído coletivamente pelos níveis federal, estadual e municipal, conforme ilustra a figura que segue:

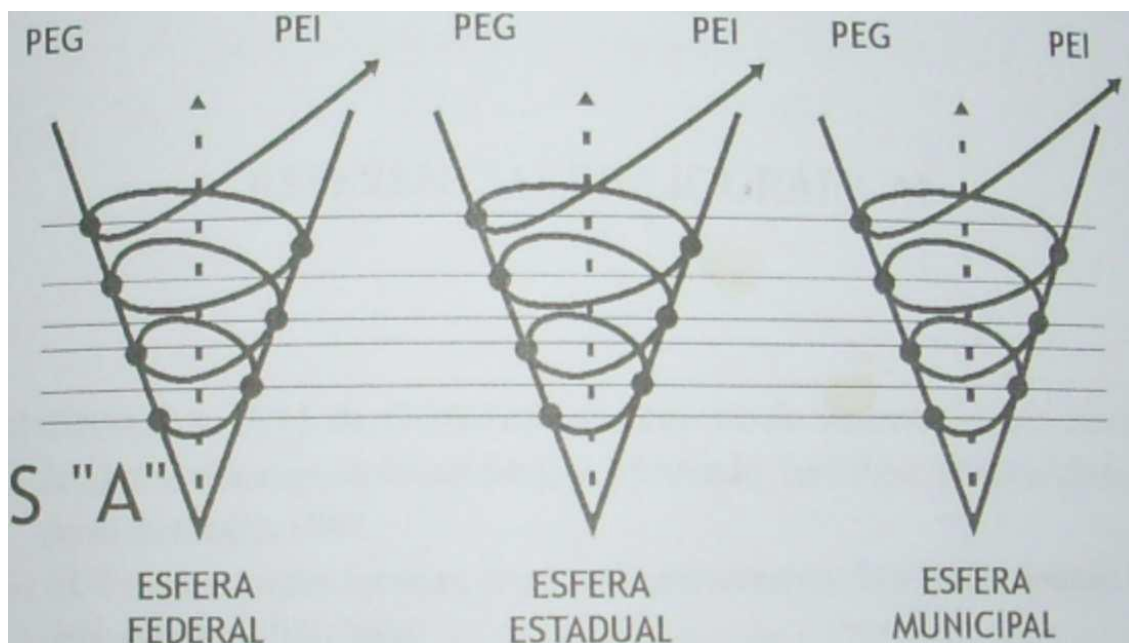


Figura 4 Planejamento Estratégico de Gestão (PEG) e Planejamento Estratégico Intersetorial (PEI)
 Fonte: Andrade (2004)

A abordagem seguinte versou sobre a crença de que a intersectorialidade está presente nas ações que as Secretarias onde os mesmos atuam constroem a qual 100% responderam positivamente, embora não indiquem objetivamente como esse movimento ocorre, como comprovam as falas que seguem:

“A Secretaria de Desenvolvimento Humano já possui os mecanismos necessários, porém faltam ações governamentais mais concretas.”
 (Gestor A)

“Um dos instrumentos utilizados na Atenção Básica é a intersectorialidade; o ser precisa ser visto de forma integral...e nesta construção necessita constantemente dos diversos setores. A saúde não é apenas a ausência da doença!” (Gestor C)

Relativamente a essa questão, insistimos ao perguntarmos através de quais ações ou mecanismos existia a intersectorialidade entre o setor de origem do entrevistado e os demais

que atuam sobre a questão da saúde do adolescente privado de liberdade. As respostas obtidas foram as seguintes:

“As feiras de saúde que envolvem vários setores, construção de projetos terapêuticos, Programa de Saúde na Escola (PSE), Orçamento Democrático e o Apoio Matricial (NASF) – que trabalha com a intersetorialidade no âmbito dos profissionais.” (Gestor C)

“As parcerias para garantir a assistência à saúde, como por exemplo: as secretarias de saúde do município e do estado.” (Gestor A)

“Processo de habilitação do Plano Operativo Estadual, o POE.” (Gestor B)

Tais ações segundo os entrevistados fazem uso dos seguintes dispositivos de gestão: encaminhamentos; reuniões colegiadas; formulação conjunta de ações; planejamento estratégico; sistema de monitoramento e avaliação periódicos para acompanhar as ações e evitar a sobreposição de intervenções.

3.2 PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO CEA

Como já indicamos neste estudo, acreditamos que a intersetorialidade se processa de modo singular em cada cenário em que é acionada. É uma estratégia de gestão que ganha tessitura a partir de várias mãos, seja dos gestores governamentais, dos profissionais ou dos usuários dos programas e projetos sociais.

Para garantirmos uma aproximação mais rigorosa do nosso objeto, buscamos aprender como alguns segmentos profissionais que trabalham diretamente na intersecção das políticas de saúde e da criança e do adolescente constroem, participam direta ou indiretamente dos arranjos intersetoriais e quais as suas respectivas percepções sobre esses processos.

Assim, neste item apresentamos as visões dos profissionais do CEA consultados nesta investigação. Em termos de perfil etário a amostra se apresentou como demonstra a tabela que segue:

Tabela 2

Faixa etária dos entrevistados

Faixa etária	nº	%
25-30	-	-
31-40	04	57%
41-50	01	14%
51-60	02	29%
61-70	-	-
Total	07	100%

Fonte primária

Do total de entrevistados percebe-se que a metade se encontra na faixa-etária dos 31-40 anos, portanto 57%, o que a priori indica maturidade, seguidos de 29% com idades que variam dos 51 aos 60 anos.

No que se refere à existência de cursos de pós-graduação, se verificou que a maioria dos profissionais (86%), se especializou, sobretudo na área da saúde pública seguidos de uma minoria que aprofundou estudos em áreas conexas ao trabalho executado no CEA.

Tabela 3

Profissionais com pós-graduação

Profissional	nº	Pós 1	Pós 2
Assistente Social	01	Saúde Pública	Projetos Sociais
Cirurgião Dentista	01	Cirurgia Bucal	-
Fisioterapeuta	01	Terapia Intensiva	-
Médica	01	Saúde Pública	-
Psicólogo	01	Criminologia-Psicologia Social	-
Téc.Enfermagem	01	Saúde Pública	-

Fonte Primária

Nota:A Técnica de Enfermagem possui Pós-graduação por já ser graduada em enfermagem.

Com relação à forma de inserção na instituição foi constatado que mais da metade dos entrevistados, portanto 57%, ingressou através de concurso público, o que revela uma certa independência ídeo-política e um reflexo da democratização do serviço público. Os demais profissionais (43%) ingressaram nos quadros do estado antes das mudanças ocorridas na CF de 1988, quando não havia ainda a difusão da prática dos concursos nos governos locais, como bem revela a tabela que segue.

Tabela 4

Forma de contratação dos Entrevistados

Contratação	nº	%
Concurso público	04	57%
Processo seletivo	-	-
Cargo em comissão	-	-
Efetivação anterior a CF 1988	03	43%
Outros	-	-
Total	07	100%

Fonte primária

Nota: 100% dos profissionais são estatutários

Quando indagados acerca do tempo de trabalho no CEA, os profissionais consultados apresentaram os seguintes dados:

Tabela 5

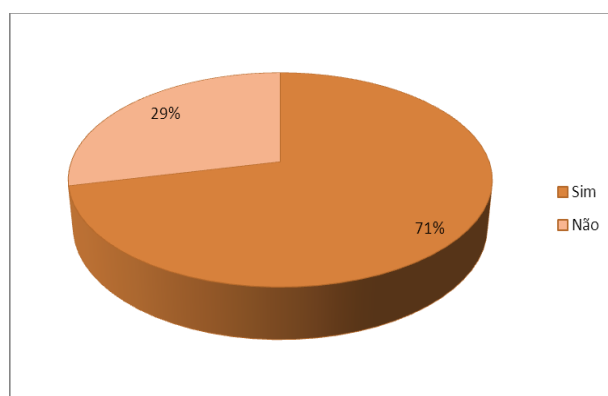
Tempo de trabalho dos entrevistados na instituição

Tempo de Trabalho	nº	%
Menos de 1 ano	-	-
1 a 2 anos	-	-
2 a 3 anos	-	-
3 a 4 anos	05	71%
5 a 10 anos	-	-
Mais de 10 anos	-	-
Mais de 15 anos	-	-
Mais de 20 anos	02	29%
Total	07	100%

Fonte Primária

Tais dados particularmente são bastante reveladores quando relacionados à construção ou não de arranjos intersetoriais, já que 71% atuam apenas entre 3 e 4 anos na instituição e os demais, 29% trabalham há mais de 20 anos. A construção de processos intersetoriais é por demais recente na realidade das políticas sociais brasileiras e demanda um profundo conhecimento do espaço institucional de onde partem os arranjos entre setores, bem como dos espaços que servirão de articulação. Deste modo, subentende-se que a vivência institucional, a absorção da cultura organizacional e seus meandros pode até ser pensada excepcionalmente de maneira atemporal, mas em geral ela advém da experiência no cotidiano. Por outro lado, o fato de 29% possuírem mais de 20 anos numa instituição que passou por poucas mudanças de ordem administrativa e estrutural pode impactar negativamente nas experiências intersetoriais, já que existe naturalmente uma tendência à acomodação, à sectorização das ações.

Quando perguntados acerca da existência de outros vínculos trabalhistas, os sujeitos investigados indicaram que cerca de 71% possuem outras inserções profissionais seguidos de 29% que trabalham apenas no CEA, conforme gráfico que segue.



Fonte Primária

Gráfico 4– Profissionais com outros vínculos trabalhistas

Tais percentuais sinalizam para um problema grave quando os relacionamos ao estudo da intersetorialidade. Como já apontamos tal estratégia de gestão além de ser nova no leque de possibilidades que os profissionais têm disponível, exige um mergulho no espaço sócio-ocupacional onde será utilizada. Dada a sua complexidade natural, exige acima de tudo comprometimento dos profissionais, das gestões e dos usuários dos serviços. Na noção de comprometimento estão contidos os desenhos operacionais dos programas e projetos que a instituição implementa; o conhecimento dos recursos materiais, humanos e financeiros dispostos para realização do trabalho intersetorial; reconhecimento dos mecanismos

institucionais de cooperação com outras políticas; tendências e posturas assumidas nas arenas decisórias relacionadas ao cotidiano institucional e por fim, conhecimento e domínio do sistema de informações presente no universo institucional.

Assim, o fato de 71% se dividirem entre outras ocupações acaba por se constituir em mais um obstáculo à efetivação dos arranjos intersetoriais, além de revelar indícios de que o processo de trabalho no que se refere à remuneração deixa a desejar, como é constatado na tabela que segue.

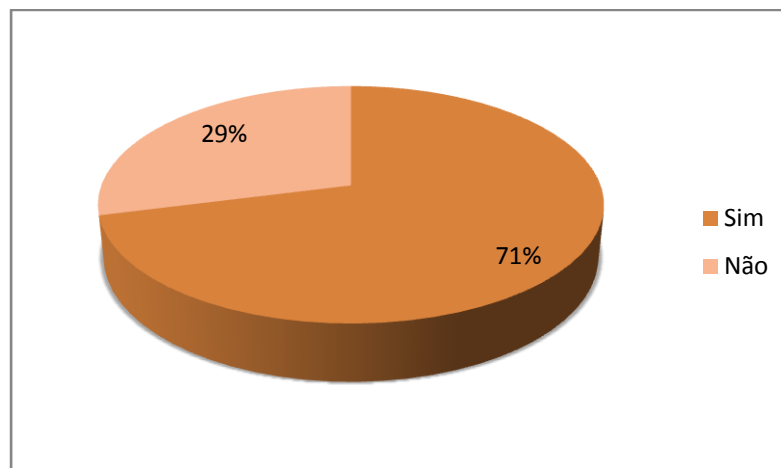
Tabela 6
Fatores que levaram à obtenção de outro vínculo trabalhista

Fatores	Nº	%
Uma só fonte de renda não supre as necessidades pessoais	03	43%
Baixa remuneração	01	14%
Ocupação do tempo livre	-	-
Interesse por outra área de atuação	01	14%
Outros	02	29%
Total	07	100%

Fonte primária

Com este perfil traçado passamos a desvelar quais as opiniões dos profissionais do CEA sobre a intersectorialidade. Nossa preocupação inicial residiu em captarmos suas impressões através de questões que cercam o processo de trocas entre políticas, saberes na resolução das demandas.

Quando interrogados sobre a crença na ressocialização do adolescente privado de liberdade, 71% acreditam no processo educativo e no retorno dos adolescentes ao convívio social, seguidos de 29% que não acreditam na ressocialização, conforme demonstra o gráfico:



Fonte primária

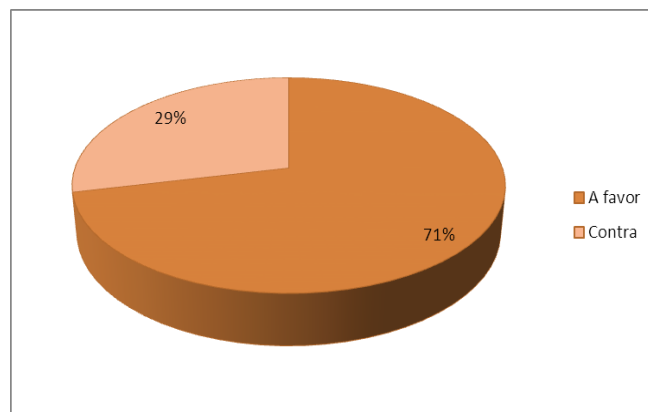
Gráfico 5 Visão dos profissionais acerca da ressocialização

O dado acima revela o quão o Sistema de Garantias e Direitos da Criança e do Adolescente não possui ainda total adesão por parte da população brasileira.

Na concepção de Guerra e Romera (2010) o segmento “adolescentes em conflito com a lei” vivencia um círculo vicioso no qual são vitimizadores e vitimizados. Tal círculo é alimentado pela plêiade de preconceitos por parte da sociedade civil, o que por outro lado, a impede de ter uma visão mais ampla da situação dos adolescentes que cometeram ato infracional.

No caso dos dados supra referidos há uma falta de credibilidade por parte de uma parcela dos profissionais na eficácia das ações de ressocialização empreendidas no país historicamente e mais pontualmente no Sistema de Garantias e Direitos da Criança e do Adolescente, já que esse é de certo modo, o vetor de tais ações.

Em continuidade ao debate, questionamos os profissionais quais as suas opiniões sobre a discussão evocada nos últimos anos e que envolve a maioridade penal de dezoito para dezesseis anos de idade. Os dados obtidos foram os expressos no gráfico que segue.



Fonte primária

Gráfico 6 Visão dos profissionais acerca da diminuição da maioridade penal

Do total da amostra, 71% se mostraram a favor o que é extremamente negativo em se tratando de profissionais que tem como função dar visibilidade à vulnerabilidade em que se colocam atualmente este segmento. Em consonância com os achados da pesquisa Santos (2011) acrescenta que;

No combate à criminalidade juvenil, a promoção das condições existenciais e a democratização do acesso à escolarização, à profissionalização, ao lazer, dentre outras medidas, valem cem vezes mais que o simples encarceramento. A solução do problema deve ser buscada em sua origem e não mediante meros remendos. Realizada a redução para os 16 anos, quanto demoraria a intencionar-se a redução para os 15 ou 14 anos? Não é possível admitir que, num Estado que se reputa Democrático de Direito – pautado pela legalidade, pela razão e, sobretudo, pelos valores e direitos oriundos da dignidade inerente a toda pessoa humana, independente de mérito ou demérito – seja tomada uma medida que, antes de trazer a solução a que se propõe, dessa se afastaria, contrariando diversos princípios, inclusive, constitucionais. Que, a propósito de segurança, seja tomada providência radical e, mormente, simbolicamente nefasta, ao declarar a descrença na possibilidade de recuperação e a falta de interesse em combater o problema em suas raízes. (SANTOS, 2011, p.18)

Nessa direção, indagamos, em seguida, aos interlocutores quais as impressões sobre o presumido direito que os adolescentes do CEA possuem no que concerne ao acesso à saúde ser igual ao de um adolescente que goza de liberdade. A essa questão observamos que 100% dos entrevistados são a favor de que os adolescentes do CEA tenham as mesmas condições de acesso à saúde que um adolescente que goza de sua liberdade.

Em 2006, ocorreu a Inspeção Nacional às Unidades de Internação de Adolescentes em Conflito com a Lei, em todo o Brasil. O Conselho Federal de Psicologia e o Conselho da Ordem dos Advogados do Brasil objetivavam avaliar os níveis de efetivação dos direitos deferidos aos jovens nessa condição, denunciar as violações, suscitar debates e propor ações. O documento publicado é chave para leitura das diferenças e invariâncias da experiência de privação de liberdade. Em linhas gerais, há significativo distanciamento entre o ideal jurídico da garantia de direitos conquistados pelos adolescentes autores de atos infracionais e a realidade de direitos violados. Além disso, a Inspeção mostra a face desumanizante do tratamento recebido pelos adolescentes naquela situação em grande parte das unidades de internação, o que pode ser creditado à inconsistência dos investimentos ou à incompetência do gerenciamento alçado à condição de política pública deliberadamente executada ou não executada (VILAS BOAS et alli, 2010, p. 226)

Em seguida questionamos a que fatores os profissionais vinculam o estado de saúde dos adolescentes privados de liberdade, solicitando que apontassem o fator mais preponderante. A esse respeito, obtivemos as seguintes respostas:

Tabela 7
Fatores determinantes para o estado de saúde do adolescente na visão dos profissionais

Fatores	nº	%
Pobreza	01	14%
Falta de oferta ampla de serviços públicos de saúde na comunidade	03	43%
Falta de informação dos adolescentes e familiares	03	43%
Descuido por parte dos pais	-	-
Outros	-	-
Total	07	100%

Fonte Primária

Como é possível verificar os fatores que apresentaram os maiores percentuais se desviam do que foi perguntado na medida em que o processo saúde-doença tem claramente uma articulação original com as condições de vida a que a população está submetida.

Como bem sinaliza Tancredi et alli (1998) o processo saúde- doença;

[...] é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço

geográfico e num determinado tempo histórico.(TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998, p.29)

Ao relacionarem o estado de saúde dos adolescentes do CEA à falta de informação das suas famílias e à inacessibilidade dos serviços públicos de saúde, os sujeitos entrevistados se desviaram do foco central da questão que é claramente a situação de desigualdade e exclusão a que são submetidos os adolescentes pobres brasileiros, notadamente os que estão cumprindo medidas socioeducativas.

A questão do atendimento público em saúde disponibilizada aos adolescentes do CEA, por sua vez, foi alvo de reflexões, quando perguntamos quais as demandas mais recorrentes dos socioeducandos, que chegam para a intervenção profissional. Nessa perspectiva, as demandas mais frequentes se relacionam a atendimento odontológico (57%), seguido de tratamento para DST's (29%).

Tabela 8
Demandas mais recorrentes para intervenção na visão dos profissionais

Demandas	n°	%
Atendimento odontológico	04	57%
Queixa de doenças sexualmente transmissíveis	02	29%
Queixa de problemas na visão	-	-
Queixa de problemas alérgicos	-	-
Queixa no campo da saúde mental	-	-
Outros	01	14%
Total	07	100%

Fonte Primária

A assistência odontológica, além de se constituir num gargalo de acesso complexo no Sistema Único de Saúde, de modo geral, em se tratando deste segmento tão singular, o acesso se torna mais difícil. Ademais, vale lembrar que o país está longe de possuir uma política de saúde bucal universal.

No que se refere à ocorrência de DST's entre os adolescentes privados de liberdade, vários estudos têm apontado que suas prevalências se agudizam em função das condições onde essa privação se materializa. Vilas Boas et alii (2010) já apontavam que inspeções

realizadas em São Paulo e Minas Gerais comprovaram a precariedade do estado de saúde dos adolescentes em instituições totais, bem como a insuficiência de profissionais:

Não há um programa sistematizado e de frequência regular de ações preventivas de DST/ AIDS e de drogadição, contando somente, segundo as supervisoras, com “iniciativas pontuais de alguns funcionários”, que possuem experiência nessa e naquela ação. Nos relatos dos adolescentes entrevistados, estes informaram que não recebem acompanhamento médico em caso de lesões sofridas por espancamentos; que as roupas são trocadas de quatro em quatro dias [...] que os banhos, em geral, são frios [enfim] há precariedade e negligência no atendimento de saúde aos internos. [...] dermatoses variadas, inexistindo qualquer controle em relação a tuberculose, DST/AIDS e sofrimento ou transtorno psíquico, deficiências e drogadição. As principais queixas dos adolescentes estão relacionadas às doenças respiratórias. Entretanto, a rotina do setor de saúde é a vermifugação em massa. Denúncia grave de um caso de necessidade de emergência não atendida: um adolescente baleado, na véspera, estava sem atendimento adequado, em uma cela superlotada. (Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional da OAB. Inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Brasília: CFP, OAB; 2006; apud Villas Boas et alii, p 227, 2010)

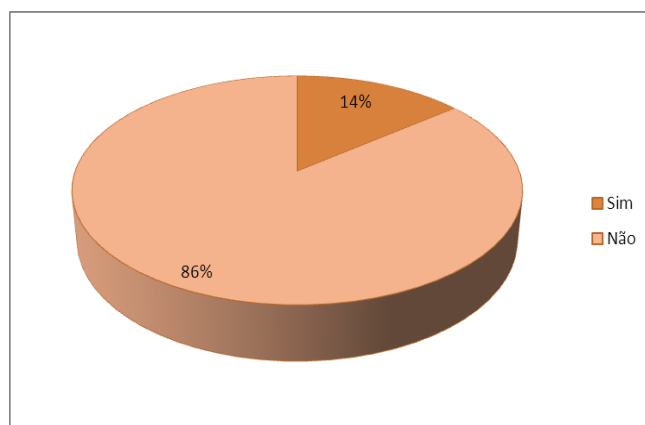
A realidade do CEA em João Pessoa em alguns pontos da questão se assemelha às encontradas pelo estudo supra referido. Há de fato uma dificuldade na prestação dessa assistência, seja pelo estigma, seja pela falta de condições estruturais. E é justamente no hiato desse problema que os arranjos intersetoriais se interpõem, já que um diálogo mais próximo entre os planejamentos das Secretárias de Saúde e Justiça em torno de programas conjuntos poderia minorar tal situação, ancorados obviamente no ECA, SINASE e nos órgãos fiscalizadores e de controle social.

Para além das dificuldades constatadas, a saúde do adolescente, especificamente, suscita outras questões que extrapolam a própria qualidade da assistência prestada pelo setor público e as multicausalidades do processo de prevenção, tratamento e cura de agravos. Como acrescentam Ferreira et alii (2007);

A adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão bio-psicológica, quanto à cronológica e a social. O fato é que estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, pois o crescimento somático e o desenvolvimento em termos de habilidades psico-motoras se intensificam e os hormônios atuam vigorosamente levando a mudanças radicais de forma e expressão. No que tange ao aspecto psicológico, muitas são as transformações, principalmente as relacionadas à labilidade no humor. Surgem dúvidas e questões de várias ordens, desde sobre como viver a vida, os modos de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro com as escolhas profissionais.... pensar a

saúde do adolescente implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Por sua vez, implica em um movimento de re-pensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade, os adolescentes.(FERREIRA et ali, 2007, p. 218)

Pensando nesta concepção ampliada que a saúde do adolescente requer, questionamos os entrevistados acerca do CEA possibilitar ou não um atendimento integral à saúde de seus internos. A esse respeito as opiniões foram as já esperadas tendo em vista as observações realizadas na instituição, ou seja, 86% consideram que não há integralidade no atendimento, seguidos de 14% que percebem um atendimento totalizante, como é possível verificar no gráfico que segue.



Fonte Primária

Gráfico 7 Visão dos profissionais sobre o atendimento integral à saúde no CEA

Em complemento à questão anterior, solicitamos aos sujeitos entrevistados que listassem quais os fatores impeditivos ao atendimento integral, através da qual obtivemos as seguintes opiniões:

Tabela 09 Fatores impeditivos para o atendimento integral à saúde no CEA segundo a visão dos profissionais

Fatores	n°	%
---------	----	---

Falta de recursos humanos e materiais	03	43%
Falta de articulação com a rede de saúde pública	-	-
Desinteresse dos gestores	03	43%
Estrutura física inadequada para ações	-	-
Outros	01	14%
Total	07	100%

Fonte primária

Questionamos os entrevistados sobre como são realizados os encaminhamentos para atendimentos externos (consultas com especialistas, exames, cirurgias). Nesse sentido, observamos que tais procedimentos são centralizados em profissionais que ocupam maior poder na escala hierárquica, o que resulta numa demora da resolutividade da demanda. Alguns fragmentos de fala atestam esse processo, como é visto nos depoimentos que seguem:

“O atendimento externo, o encaminhamento, é feito pela médica; em alguns casos o coordenador fica responsável em dar prosseguimento às demandas junto à rede.”

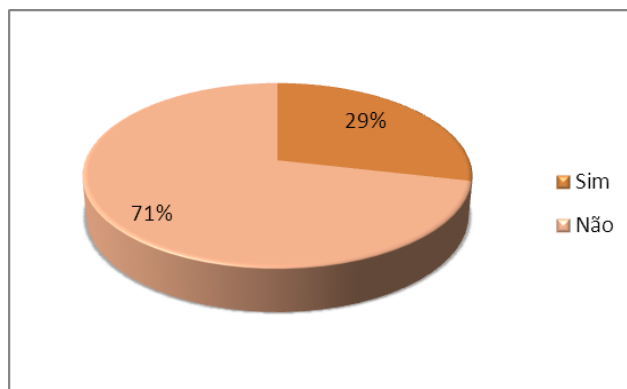
(Entrevista – 2)

“O processo é centralizado; o coordenador faz a articulação com os serviços de saúde e encaminha o adolescente.” (Entrevista – 03)

“É de forma precária, falta meio de locomoção...falta articulação. Há preconceito em receber as demandas fora da instituição.”

(Entrevista –06)

Com relação à marcação de consultas bem como demais encaminhamentos, perguntamos se os entrevistados consideravam a ação satisfatória, a partir do qual obtivemos as seguintes opiniões:



Fonte primária

Gráfico 8 Satisfação quanto à marcação de consultas e demais encaminhamentos na visão dos profissionais

Esse alto grau de insatisfação detectado se expressa por vários fatores, dentre os quais se destaca a falta de transporte, como reafirma a fala abaixo:

“Em muitos casos a consulta é marcada, o encaminhamento é feito, porém, falta transporte! Em um levantamento, 50% das consultas não foram feitas pelo fato do adolescente não ter ido...devido a falta de carro... teve um adolescente que teve a consulta marcada oito vezes e não foi.”(Entrevista -02)

Com o intuito de detalhar o grau de dificuldades vividas pelos profissionais na assistência prestada, solicitamos que os mesmos indicassem por grau de importância o principal obstáculo encontrado ao encaminhar um adolescente para o atendimento na rede de serviços públicos de saúde. Metade da amostra apontou ser a falta de conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos do adolescente como barreira principal (57%), seguidos de 29% que indicaram ser o preconceito como entrave ao atendimento.

Tabela 10 Dificuldades no encaminhamento dos adolescentes na visão dos profissionais

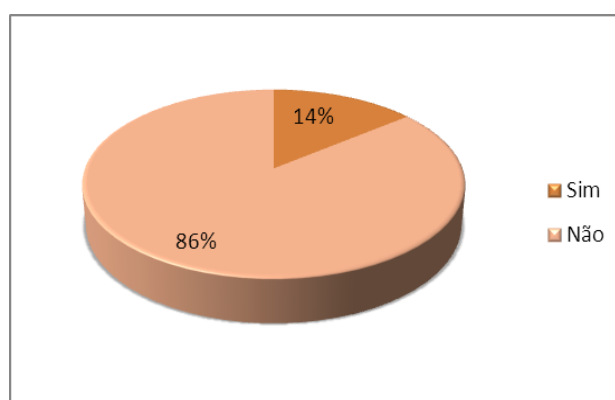
Dificuldades	n°	%
Seletividade nos serviços de saúde (fichas insuficientes, faltas de leitos e vagas)	-	-
Não priorização do adolescente no atendimento	-	-
Burocratização no processo de marcação de exames/consultas	01	14%
Acolhimento deficitário na alta complexidade em saúde	-	-
Preconceito e falta de ética dos profissionais da rede	02	29%
A falta de conhecimento dos profissionais e gestores acerca deste público alvo	04	57%
Total	07	100%

Fonte Primária

Corroborando com os dados acima, Vilas Boas (2010) acrescenta;

Negar ao adolescente privado de liberdade o direito à saúde é agir de forma violenta, atentando contra as diretrizes das normativas específicas para a criança e o adolescente. Para tanto, há políticas em vias de estruturação que conferem retaguarda aos profissionais de saúde no confronto com o modelo malcheiroso, corporificação da violência contemporânea tão presente na trajetória do adolescente em conflito com a lei no Brasil. Por uma Política Nacional de Saúde para os Adolescentes que Cumprem Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade, eis um norte ético para a garantia do direito à saúde desses jovens. (VILAS BOAS, 2010, p. 232)

No curso da investigação, perguntamos aos sujeitos entrevistados quais as suas impressões sobre as condições para o desempenho do seu trabalho junto aos adolescentes e se as mesmas eram satisfatórias.



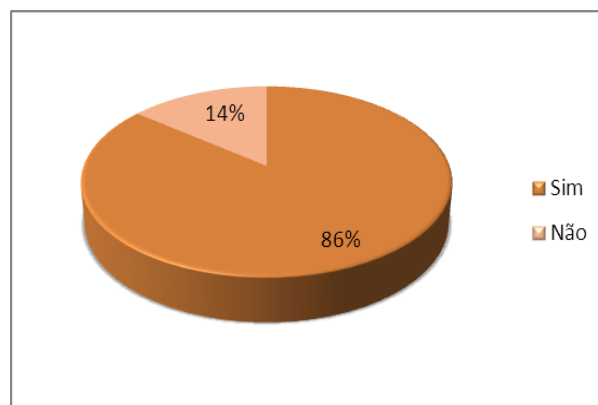
Fonte Primária

Gráfico 09 – Satisfação das condições de trabalho junto aos adolescentes

O gráfico nos apresenta uma situação paradoxal, se consultarmos os resultados expostos na tabela 10, quando os entrevistados apontaram os fatores impeditivos para o atendimento integral à saúde no CEA. Nesta ocasião, a questão da estrutura física ser inadequada para ações, não recebeu nenhum registro e consideramos que tal estrutura faz parte das condições de trabalho que os profissionais necessitariam para prover atendimento digno.

Além das condições de trabalho, partimos do pressuposto que atuar junto a este segmento demanda um preparo técnico bastante peculiar. Assim, perguntamos aos entrevistados se foram capacitados no trabalho junto aos adolescentes privados de liberdade.

Como expressa o gráfico a seguir, a maioria dos profissionais (86%) teve preparo específico para atuar no CEA. Tal dado é bastante animador, dada à realidade que configura as instituições socioeducativas em geral no Brasil.



Fonte Primária

Gráfico 10 Realização de curso específico para o atendimento ao adolescente privado de liberdade

A existência de uma cultura carcerária no interior destas instituições é uma realidade que não deve ser minorada. Nem tampouco desconhecida particularmente para aqueles que vão prestar algum tipo de atendimento profissional neste espaço sócio-ocupacional. Adicione-se ainda, as relações institucionais, um sistema de códigos ético e moral próprio, uma larga

escala hierárquica e o “lugar” que uma instituição dessa natureza ocupa no leque das políticas de proteção à criança e ao adolescente. Tudo isso deve ser do domínio teórico-metodológico dos profissionais. O não preparo impacta negativamente levando o profissional de maneira geral a reproduzir cotidianamente ações que em muitos casos são desprovidas de impacto junto ao usuário-adolescente.

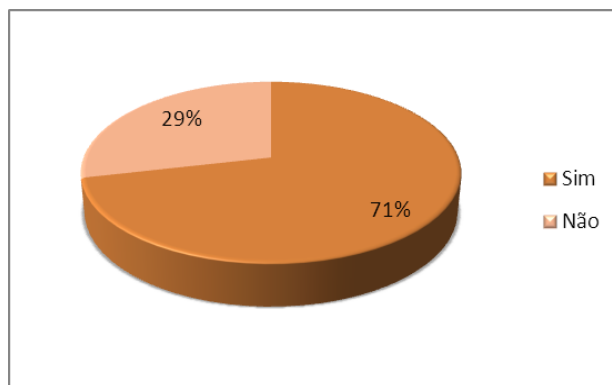
As questões levantadas se completam ao fato de que 43% da amostra ingressou no CEA através de concurso público, seguidos de 29% que entraram na instituição por determinação da esfera estatal superior, como se verifica na tabela que segue.

Tabela 11
Principal motivo para trabalhar no CEA

Motivos	n°	%
Identificação com o trabalho	-	-
Falta de outra oportunidade de emprego em outra área	01	14%
Determinação da instituição	02	29%
Realização de concurso público para tal fim	03	43%
Expectativa de uma remuneração diferenciada (gratificações, benefícios)	01	14%
Total	07	100%

Fonte Primária

Quando questionados se tinham identificação com o trabalho realizado no CEA, 71% dos consultados afirmaram que possuem identidade com a prática profissional, seguidos de 29% que não se identificam, conforme o gráfico:



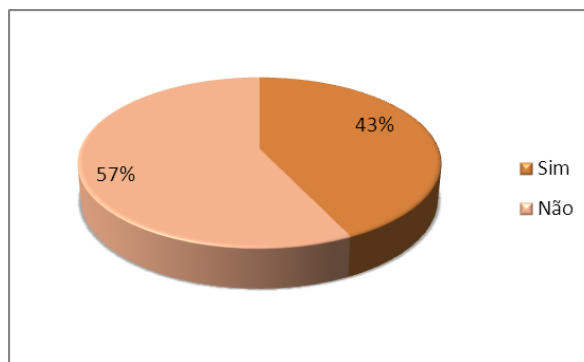
Fonte Primária

Gráfico 11 Identificação com o trabalho no CEA

A falta de identificação com o trabalho se relaciona a vários fatores, dentre os quais se colocam as condições de trabalho, remuneração, perspectivas de crescimento profissional, a periculosidade que o cenário do CEA apresenta e o grau de satisfação obtido.

Mais recentemente, satisfação no trabalho, embora persistam controvérsias quanto à sua natureza cognitiva ou afetiva, tem sido apontada como um vínculo afetivo positivo com o trabalho, e têm sido definidas como aspectos específicos deste vínculo as satisfações que se obtêm nos relacionamentos com as chefias e com os colegas de trabalho, as satisfações advindas do salário pago pela empresa, das oportunidades de promoção ofertadas pela política de gestão da empresa e, finalmente, das satisfações com as tarefas realizadas. Portanto, o conceito de satisfação evoluiu para uma concepção multidimensional. (SIQUEIRA & GOMIDE JR, 2004, p. 300).

Indagamos aos entrevistados se conheciam o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e nos causou espanto constatar que metade da amostra, ou seja, 57%, não o conhecia, como se verifica no gráfico e no depoimento que seguem.



Fonte primária

Gráfico 12Conhecimento acerca do SGD

Nota: Grau de conhecimento superficial

*“O sistema é o que há disponível para o atendimento jurídico para garantir os direitos da criança e adolescente com respaldo do ECA.”
(Entrevista –03)*

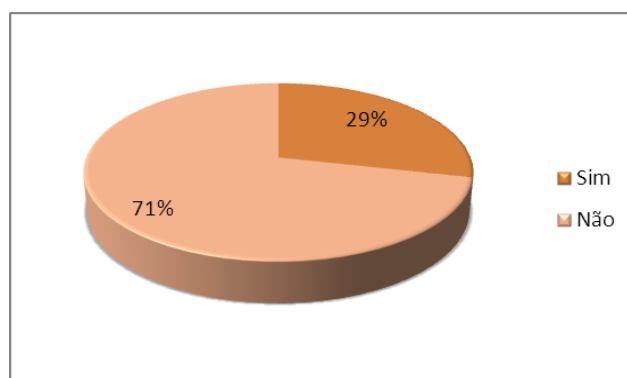
Perguntamos ainda como os entrevistados procedem quando o atendimento da demanda de saúde do adolescente que chega para suas intervenções profissionais, exige que outros setores sejam acionados. Nesse sentido, obtivemos os seguintes depoimentos:

“Há a articulação com os demais setores internos, como a saúde, a escola...e externamente os CRAS, CREAS no campo da Assistência Social.” (Entrevista –03)

“Faço encaminhamento através da FEM – Ficha de Encaminhamento Médico de referência e contra-referência...aciono Serviço Social, Psicologia e outros...a ficha de encaminhamento especializado manda diretamente para especialização através da marcação no SUS.”(Entrevista – 07)

“No primeiro momento aciono o coordenador da saúde, já que ele é o nosso link com a rede externa.” (Entrevista – 02)

Questionamos os profissionais se os mesmos consideram que há integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social, voltado para o atendimento da criança e adolescente em nível do Estado (Paraíba). Como é possível constatar no gráfico abaixo, 71% afirmaram que não, contradizendo de modo contundente as opiniões dos gestores, a esse respeito, apresentadas no item anterior.



Fonte Primária

Gráfico 13 Integração entre os setores da proteção social na visão dos profissionais

Quando questionados acerca dos fatores que impõem as maiores barreiras para a intersetorialidade no contexto das políticas destinadas à criança e ao adolescente os consultados apresentaram os seguintes aspectos, conforme tabela abaixo:

Tabela 12

Fatores impeditivos para intersetorialidade no âmbito das políticas sociais

Fatores	nº	%
Estrutura segmentada das políticas sociais que compõem o SGD	02	29%
Natureza da gestão guiada por leis e decretos, sem que haja participação dos atores	04	57%
A não priorização do Estado perante a política da criança e do adolescente	01	14%
Total	07	100%

Fonte Primária

Os dados acima revelam que para 57% dos sujeitos pesquisados a gestão legalista e centralizadora é a maior responsável pela não construção dos arranjos setoriais, seguida de 29% que evidenciam a estrutura dissociada das políticas que compõem o SGD. Como já aludimos anteriormente, o uso da estratégia da intersectorialidade não se corporifica por si só. Ela demanda um contexto marcado pela democratização ídeo-política, que influencia as demais instâncias que permeiam a relação entre o estado e a sociedade civil, dentre as quais as políticas sociais.

Como bem prescusa Inojosa (1998);

As estruturas organizacionais em nossa realidade ainda apresentam, em geral, com um formato piramidal, composto de vários escalões hierárquicos, e departamentalizadas setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização. A essas características soma-se um conjunto de práticas de organização do trabalho, como: centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução (planos de papel), sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva (grande produção de papéis que circulam em rotas horizontais e verticais, para receberem, no mais das vezes, meros encaminhamentos), e distanciamento do cidadão e mesmo usuário, dificultando o controle social (INOJOSA, 1998, P. 38).

Nesta perspectiva é relevante sublinhar que embora algumas mudanças tenham sido verificadas na realidade nacional face à descentralização político-administrativa iniciada ao final dos anos 80, não tem conseguido impactar mais fortemente nas gestões locais. Na verdade esse mesmo processo descentralizador perdeu fôlego na conjuntura neoliberal da década de 1990, metamorfoseando-se numa “descentralização liberal”, que mais desconcentrou responsabilidades para os municípios sem, contudo, ampliar seus espaços de autonomia administrativa.

3.3 PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENDIMENTO

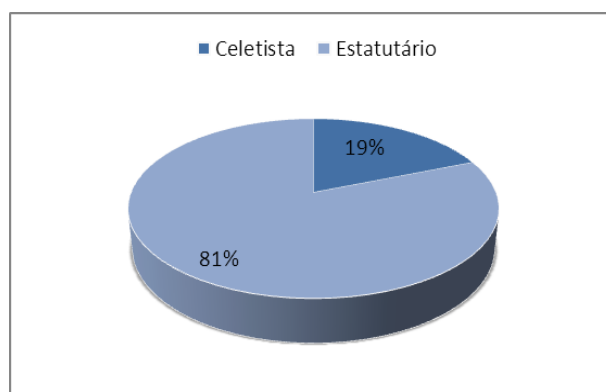
Neste módulo procuramos captar o que pensam os profissionais da rede de atendimento acerca dos arranjos intersectoriais. Foram entrevistados 16 profissionais médicos, sendo 81% do gênero masculino e 19% do feminino. No que se refere à faixa etária os consultados se distribuíram como expressa a tabela que segue:

Tabela 13
Idade dos entrevistados

Idade	Quantidade	%
Mais de 30 anos	03	19%
40-50	04	25%
51-60	06	37%
Mais de 60 anos	03	19%
Total	16	100%

Fonte primária

No que concerne ao regime de trabalho, os profissionais entrevistados são na grande maioria (81%) estatutários, seguidos de 19% regidos pela CLT, conforme o gráfico que segue.



Fonte primária

Gráfico 13Regime de trabalho dos profissionais

A forma de contratação destes profissionais foi através de concurso público (44%); processo seletivo (13%), seguidos de um percentual de 37% que ingressaram no serviço público antes das mudanças operadas com a Constituição Federal de 1988, que obriga aos gestores à realização de concurso público para provimento de suas vagas, como constatamos na tabela a seguir.

Tabela 14
Forma de contratação dos profissionais

Forma de contratação	Quantidade	%
----------------------	------------	---

Concurso público	07	44%
Processo seletivo	02	13%
Cargo em comissão	-	-
Efetivação anterior a CF88	06	37%
Outros	01	6%
Total	16	100%

Fonte primária

Dos entrevistados a grande maioria trabalha na instituição há mais de vinte anos (57%), seguidos de 25% que atuam no espaço institucional há mais de 10 anos. Tais dados denotam em tese a longa experiência e a maturidade profissional, o que também em tese poderiam jogar um papel importante na assistência prestada aos adolescentes privados de liberdade.

Tabela 15Tempo de serviço dos profissionais

Tempo	Quantidade	%
Menos de 1 ano	-	-
1 a 2 anos	-	-
2 a 3 anos	01	6%
3 a 4 anos	01	6%
5 a 10 anos	-	-
Mais de 10 anos	04	25%
Mais de 15 anos	01	6%
Mais de 20 anos	09	57%
Total	16	100%

Fonte primária

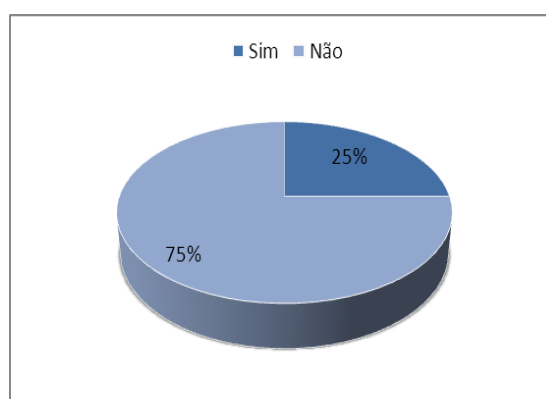
Importante ainda assinalar que 100% dos consultados possuem outros vínculos profissionais, ocasionados precisamente pela necessidade de complementação de renda (57%), acompanhado de uma baixa remuneração na opinião deles. Tal fato é mais um elemento revelador da precarização do processo de trabalho em saúde no Brasil, que desde a década de 1990 face à emersão dos ideários neoliberais e todas as nuances da reestruturação produtiva vem acelerando a precariedade das condições de trabalho no serviço público, em particular no contexto do Sistema Único de Saúde.

Tabela 16
Motivos pelos quais os profissionais possuem outros vínculos

Motivos	Quantidade	%
Uma só fonte de renda não supre as necessidades pessoais	09	57%
Baixa remuneração	05	31%
Ocupação do tempo livre	01	6%
Interesse por outra área de atuação	-	-
Outros	01	6%
Total	16	100%

Fonte primária

Ao iniciarmos o debate mais específico do objeto dessa investigação, perguntamos aos médicos se eles conhecem o Centro Educacional do Adolescente – CEA e constatamos que 75% não conhecem a instituição, conforme os dados:



Fonte primária

Gráfico 14 Profissionais que conhecem o CEA

Indagamos aos profissionais se acham que os adolescentes do Centro Educacional do Adolescente – CEA devem ter as mesmas condições de acesso à saúde que um adolescente comum (que goza de sua liberdade). A esse respeito, 100% dos profissionais acham que os

adolescentes do CEA devem ter as mesmas condições de acesso que o adolescente em liberdade.

Os mesmos profissionais vinculam o estado de saúde dos adolescentes privados de liberdade, fundamentalmente, à falta de informação dos adolescentes e seus familiares (38%) aliada à falta de uma ampla oferta de serviços públicos de saúde (31%), conforme detectamos na tabela seguinte.

Tabela 17 Fatores determinantes para saúde do adolescente privado de liberdade na visão dos profissionais da rede

Determinantes para saúde do adolescente	Quantidade	%
Pobreza	04	25%
Falta de oferta ampla de serviços públicos de saúde na comunidade	05	31%
Falta de informação dos adolescentes e familiares	06	38%
Descuido por parte dos pais	01	6%
Total	16	100%

Fonte primária

Dentre as demandas mais recorrentes recebidas pelos entrevistados se destacam as DSTs com 38%, seguidas de outras queixas (56%), que variam de casos cirúrgicos dentro das suas áreas de intervenção (cirurgias abdominais, das mãos, urológica, plástica. Algumas demandas estão correlacionadas a sequelas por ferimento de armas de fogo, daí a necessidade de cirurgias; da mesma forma as urológicas – devido as DST's); relação direta com a vivência destes adolescentes no meio social e suas vulnerabilidades.

Tabela 18 Demandas mais recorrentes para intervenção profissional

Demandas de saúde	Quantidade	%
Atendimento odontológico	-	-
Queixa de DST's	06	38%
Queixa de problemas na visão	-	-
Queixa de problemas alérgicos	-	-
Queixa no campo da saúde mental	01	6%
Outras	09	56%
Total	16	100%

Fonte primária

Questionamos os consultados se eles acreditam na ressocialização do adolescente privado de liberdade, através da qual obtivemos as seguintes opiniões: 81% afirmam que sim, seguidos de 19% que não.



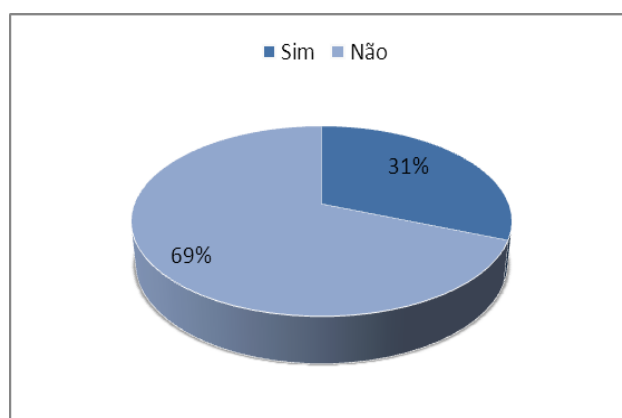
Fonte Primária

Gráfico 15 Visão dos profissionais sobre a ressocialização

Com relação à diminuição da maioridade penal (de dezoito para dezesseis anos de idade) 100% dos profissionais é favor da redução da maioridade penal.

Um dado em particular nos surpreendeu notadamente o fato de que 100% dos médicos entrevistados afirmarem que não possuem nenhum conhecimento acerca do atendimento à saúde do adolescente praticado no CEA. Isso demonstra, no mínimo, a expressão da total falta de arranjos intersetoriais, pois dependem da troca de informações mútuas entre os setores envolvidos.

O mesmo desconhecimento também foi observado no que concerne à forma como são realizados os encaminhamentos dos adolescentes para os atendimentos (consultas com especialistas, exames, cirurgias). A esse respeito 69% dos profissionais não conhecem os processos de encaminhamentos, como comprova o gráfico e os depoimentos que seguem.



Fonte Primária

Gráfico 16 Conhecimento dos profissionais acerca do modo como os adolescentes são encaminhados para atendimento médico na rede

“Recebo alguns pacientes no ambulatório de urologia do Cais de Jaguaribe sempre acompanhados por escolta e uma assistente social.” (Entrevista 08)

“É feito pela instituição todo o procedimento até chegar para a consulta ambulatorial.” (Entrevista 09)

“O encaminhamento é feito pelo PSF – priorização para o hospital referência ou ambulatório de especialidade.” (Entrevista 16)

“Creio que seja por meio do setor de Regulação da prefeitura.” (Entrevista 17)

Consultamos os entrevistados como eles encaravam e se estavam satisfeitos com o processo de marcação de consultas e demais encaminhamentos. Identificamos que a grande maioria 69% não se mostrou satisfeita, seguida de 31% que concordam com os processos

utilizados. Nesse sentido, apesar do alto grau de insatisfação, esses profissionais não indicaram sugestões de mudanças.



Fonte Primária

Gráfico 17 Satisfação dos profissionais da rede com relação à forma como são viabilizadas consultas e demais encaminhamentos

Solicitamos aos entrevistados que apontassem a maior dificuldade ao receber um adolescente para atendimento na rede de serviços públicos de saúde. Nessa direção obtivemos os dados que seguem.

Tabela 19 Principal dificuldade encontrada ao receber um adolescente para atendimento na visão dos profissionais da rede

Dificuldades	Quantidade	%
Seletividade nos serviços de saúde(fichas insuficientes, faltas de leitos e vagas)	02	13%
Não priorização do adolescente no atendimento	-	-
Burocratização no processo de marcação de exames/consultas	04	25%
Acolhimento deficitário na alta complexidade em saúde	01	6%
Preconceito e falta de ética dos profissionais da rede	01	6%
A falta de conhecimento dos profissionais e gestores acerca deste público alvo	08	50%
Total	16	100%

Fonte Primária

No que se refere às condições para o desempenho do seu trabalho junto aos adolescentes, os médicos (81%) consideram insatisfatórias, como comprova o gráfico a seguir.



Fonte Primária

Gráfico 18 Satisfação com relação às condições para o desempenho do trabalho junto aos adolescentes

Importante salientar que nenhum entrevistado fez curso específico voltado para o atendimento ao adolescente sob privação de liberdade e nem conhece o Sistema de Garantia de Direitos (SGD).

Perguntamos aos entrevistados se trabalhariam com adolescentes privados de liberdade numa instituição de internação. Os dados obtidos apontam que 62% trabalhariam, seguidos de 38% que não.

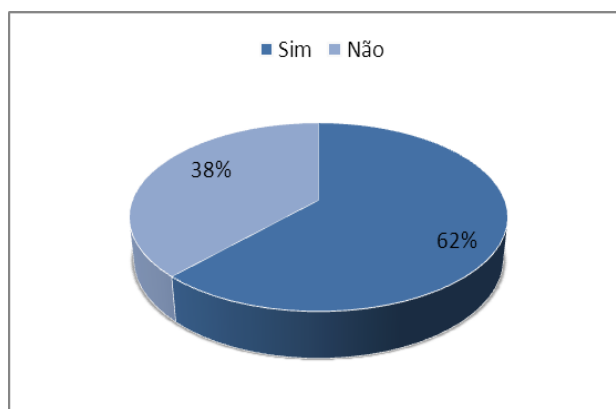


Gráfico 19 – Visão dos profissionais acerca da possibilidade de atuação numa unidade de internação

Dentre os entrevistados as razões que justificam a positividade e a negatividade da questão colocada variaram, conforme os fragmentos de falas abaixo:

“São pacientes acima de tudo e necessitam de acompanhamento especializado.” (Entrevista – 08)

“Pagando super bem eu iria; se houvesse estímulos...pois se trata de um público muito difícil”. (Entrevista – 09)

“Porque não me sinto habilitada para acolher e conduzir esse público”. (Entrevista – 10)

“Não é meu perfil.” (Entrevista 19)

“Não vejo impedimento, desde que haja um ambiente adequado e remuneração condizente.” (Entrevista – 20)

“Casos na família, de sobrinhos dependentes químicos, assassinato e tentativa de dois sobrinhos por uso de drogas...trabalharia sim!” (Entrevista – 16)

“Pelo princípio ético da profissão d’gente temos que atender independente da condição do usuário”. (Entrevista – 17)

Interrogamos ainda aos médicos entrevistados como eles procedem quando o atendimento da demanda de saúde do adolescente que chega para sua intervenção profissional exige que outros setores sejam acionados. Os depoimentos quase que na maioria delegam ao Serviço Social a responsabilidade de prover os arranjos intersetoriais, como comprovam as falas abaixo.

“Requisito o parecer e conduta dos diversos profissionais”. (Entrevista – 16)

“Solicito auxílio do Assistente Social”. (Entrevista – 11)

“Faz-se os encaminhamentos necessários na maioria das vezes através do Serviço Social.” (Entrevista – 22)

“Contato com o Serviço Social; e aí este setor realiza o encaminhamento devido”. (Entrevista – 18)

“Aciono os diversos setores; e na maioria dos casos o Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia”. (Entrevista – 09)

“Fico estressada...é muito difícil de conduzir”. (Entrevista 10)

“Aciono o Serviço Social do hospital”. (Entrevista -20)

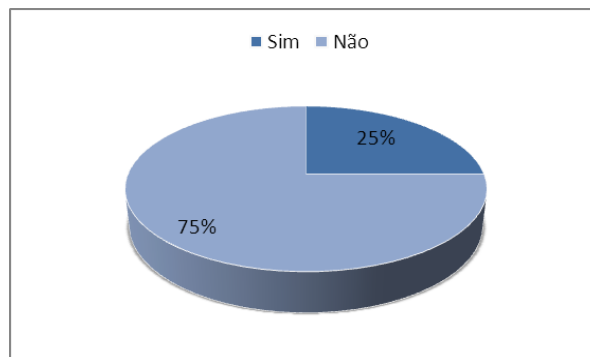
“Aciono os setores competentes para o devido encaminhamento...geralmente o Serviço Social. (Entrevista – 21)

“Viabilizo como qualquer outro paciente; não discrimino...separo as coisas.” (Entrevista – 19)

A esse respeito, Schutz (2009) ao realizar análise sobre a presença da intersectorialidade como demanda constante na prática profissional do Assistente Social, afirma que é na mediação entre os usuários e os serviços que o profissional de Serviço Social pode contribuir para que esses processos tomem concretude, sobretudo se conseguirem utilizar a autonomia relativa, como assevera a autora;

(...) Esta mediação exige o esforço do profissional de construir ações intersectoriais com setores, instituições e políticas públicas diversos no provimento destas necessidades. (...) Entretanto, nem sempre os assistentes sociais reconhecem a intersectorialidade no seu exercício profissional, reduzindo as ações intersectoriais a simples “encaminhamentos” e “repasses de informações”. (SCHUTZ, 2009, p. 77)

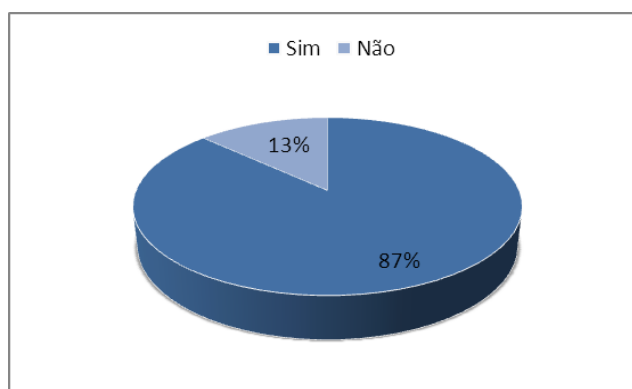
Questionamos os profissionais se consideram existir integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social, especificamente o setor saúde e o sistema de atendimento à criança e o adolescente em nível do Estado (Paraíba). Relativo a tal indagação obtivemos os seguintes dados:



Fonte Primária

Gráfico 20 Visão dos profissionais da rede sobre a integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social

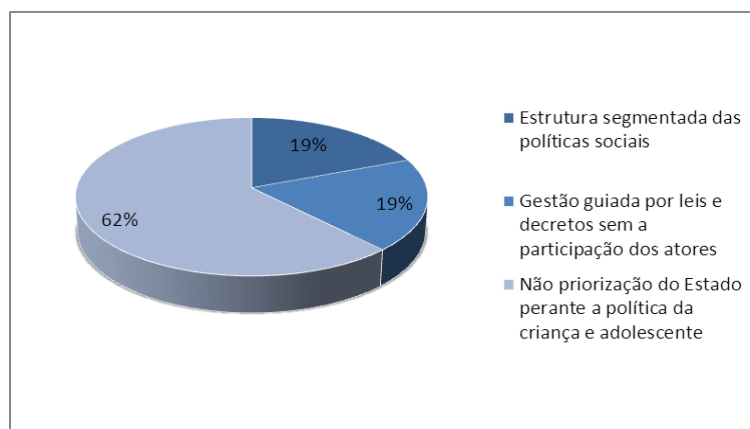
Como é possível observar no gráfico acima a imensa maioria não percebe integração entre os setores mencionados na questão. Contudo, entendem que essa interação é possível concretamente no âmbito das políticas sociais concernentes ao atendimento das demandas que envolvem a criança e o adolescente, conforme é possível visualizar no gráfico que segue.



Fonte Primária

Gráfico 21 Possibilidade de construção da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais na visão dos profissionais da rede

Nesta discussão sobre os arranjos intersetoriais e seus entraves, solicitamos que os pesquisados indicassem os fatores considerados como as maiores barreiras para intersetorialidade no âmbito das políticas sociais, no tocante à criança e ao adolescente. A barreira mais evidente foi justamente o descaso com que o Estado trata a questão do adolescente pobre no país (62%), corroborando inclusive com a opinião dos gestores arrolados nessa pesquisa, seguidos de 19% que culpam a estrutura segmentada sobre as quais as políticas sociais foram gestadas historicamente no Brasil e 19% que indicam ser a gestão centralizadora o maior empecilho a conquista da intersetorialidade.



Fonte Primária

Gráfico 22 Principal fator que constitui a maior dificuldade para a intersectorialidade no âmbito das políticas sociais, na visão dos profissionais da rede

A construção dos arranjos intersetoriais, como vimos ao longo deste estudo, demanda o desate sobre alguns nós críticos. Não se trata de um movimento isolado ou construído por atores e setores específicos, mas sim de movimentos sistêmicos entre a estrutura onde as políticas públicas são materializadas, seus personagens, seus saberes e fundamentalmente seus projetos societários.

CONCLUSÕES

A intersectorialidade nas produções teóricas recentes vem cada vez mais ganhando visibilidade e notoriedade acadêmica. Não por acaso, áreas do conhecimento como Saúde Pública, Administração Pública e o Serviço Social veem nesta categoria um achado relevante no que tange ao estudo das questões que envolvem as políticas públicas, haja vista que o sistema de proteção social brasileiro aliado ao quesito macroeconômico é balizado por uma estrutura complexa e robusta. Ademais, mesmo com tendências sofisticadas, as políticas públicas, sobretudo as políticas sociais ainda produzem resultados de pouco impacto sobre as desigualdades sociais brasileiras.

Para tanto, o conhecimento produzido nas diversas áreas do saber tem a função social de contribuir na melhoria das condições objetivas de vida da população. Mas de que modo efetivamente o estudo sobre a intersectorialidade vem impactar na vida dos indivíduos? Grosso modo, podemos partir da ideia de que todos os indivíduos têm diversas necessidades a serem atendidas para sua sobrevivência. Estas necessidades, por sua vez, serão atendidas mediante a disponibilidade de um conjunto de bens e serviços públicos e privados existentes em sua realidade local. Todavia, uma dada necessidade social de um indivíduo pode demandar a interlocução de diferentes atores e serviços, não havendo esta interlocução minimiza-se a possibilidade de atendimento e do risco social.

Neste sentido, a intersectorialidade vem como uma recorrente estratégia para obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social, num importante aporte para superação da setorialização das demandas sociais. Surge também como possibilidade de minimizar a fragmentação e fragilidade históricas das políticas sociais, com vistas a combater as iniquidades sociais. Assim, a intersectorialidade possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de modo a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante.

Este estudo trouxe como recorte a análise que circunda duas políticas sociais quais sejam: a política de proteção ao adolescente privado de liberdade em cumprimento da medida socioeducativa de internação e a política da saúde. Esta primeira constitui um desdobramento da política da criança e do adolescente. A investigação desenvolveu o seu curso no sentido de elucidar as relações existentes entre estas duas políticas e seus impactos no tocante ao acesso à saúde por parte dos adolescentes privados de liberdade.

Assim, no decurso desta pesquisa nos guiamos por algumas questões. A primeira e mais abrangente foi analisar o processo de intersectorialidade construído a partir das relações transversais entre a política de saúde e a política de proteção social ao adolescente privado de liberdade na perspectiva da ampliação dos direitos sociais. Como sequência, a segunda questão levantada foi delinear como as ações intersectoriais são desenhadas entre as esferas gestoras responsáveis em proteger socialmente o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, e a terceira questão, não menos importante, foi analisar a existência efetiva de ações intersectoriais que possibilitam aos adolescentes o acesso à assistência pública à saúde.

Ao adentrarmos na análise documental que perpassa as duas políticas setoriais em tela, nos deparamos com um vasto conteúdo, sobretudo no que tange ao aparato normativo que vem contemplar na perspectiva da doutrina da proteção integral o atendimento ao adolescente privado de liberdade.

Na política da saúde é bem recente a criação da Política Nacional de atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de Internação e Internação Provisória, por intermédio da Portaria Interministerial nº1426/2004 e da Portaria 647/2008. Esta política objetiva orientar a atenção em saúde voltada para os adolescentes privados de liberdade dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

Com relação à Política da Criança e do Adolescente balizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), há um aparato normativo amplo, e a este inclui-se o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que foi transformado em lei recentemente. Esta lei, que foi sancionada no dia 18 de janeiro de 2012, regulamenta e padroniza a execução das sanções destinadas aos adolescentes em conflito com a lei, vem detalhar também como deve ser o atendimento a este segmento, de modo que sejam respeitados os parâmetros normativos fundamentais contidos no ECA. A lei do SINASE vem trazer competências claras para a União, estados e municípios, estabelecendo normas relevantes no tocante à execução da medida socioeducativa, bem como cria requisitos mínimos para o atendimento dos adolescentes privados de liberdade em todos os estados da federação.

Neste sentido, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGD), também é uma importante ferramenta para articulação e integração das instituições públicas e da sociedade civil, com vistas à aplicação dos instrumentos normativos existentes a fim de garantir os direitos das crianças e adolescentes, seja na esfera estadual, federal, distrital ou municipal. O SGD é formado por três eixos: promoção, controle e defesa e envolve vários órgãos e instituições do poder público e da sociedade civil constitutivos do Sistema de Justiça,

Sistema Educacional, Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

No campo normativo fica evidente a conexão existente entre as duas políticas sociais, a questão da saúde do adolescente privado de liberdade é posta de forma clara enquanto garantia fundamental. Ademais, ao partir para uma abordagem do concreto visualizamos muitas dificuldades na operacionalização da lei bem como efetivação dos direitos da criança e dos adolescentes socialmente construídos.

A estrutura piramidal e verticalizada das instâncias governamentais aliada à própria formação sócio-histórica das políticas sociais desenha um cenário de parcialização da questão social. O seu enfrentamento se dá de forma segmentada e fragmentada refletindo a perspectiva reducionista e positivista que lhe é empregada. A questão social é reduzida a meros problemas sociais, desprende-se do que a sociedade historicamente produz e reproduz enquanto manifestações do processo de acumulação capitalista.

Desse modo, o enfrentamento das manifestações e expressões da questão social deve ser guiado pela relação de totalidade que envolve os indivíduos e as relações sociais por eles produzidas. Ademais, neste enfrentamento coexistem as relações de poder e interesses de classes, que sobremaneira, imperam os do capital.

Nesta perspectiva, a intersetorialidade ganha espaço no sentido de trazer uma nova forma de pensar, organizar, gerir e trazer resultados no âmbito das políticas sociais no tocante às condições de vida dos indivíduos. Traz a possibilidade de visualizá-lo de forma totalizante, identifica suas necessidades sociais como produto da história dos homens.

Assim, no decorrer da pesquisa foi possível adentrar nos diversos espaços constitutivos do campo investigado, assim como ter acesso aos atores que constroem a realidade socioeducativa e a rede de atendimento à saúde do adolescente, com vistas a identificar como e de que modo a intersetorialidade vem sendo requisitada.

Desse modo, neste estudo adotamos um conceito de gestão mais abrangente, onde estão incluídos todos os atores que participam do processo de construção da política de atendimento ao adolescente privado de liberdade. A gestão é o todo, e não apenas está relacionada àqueles que estão na linha decisória. Nesta perspectiva, foram investigados três grupos integrantes desta construção: os profissionais de saúde do CEA, os profissionais da rede de atendimento de dois serviços constitutivos (Hospital Municipal Santa Isabel e Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS de Jaguaribe), bem como os gestores representantes da FUNDAC (Coordenador da Saúde do CEA), Secretaria Municipal da Saúde – (Diretora

Técnica do Distrito III) e Secretaria Estadual da Saúde (Integrante do PROSAD/Responsável Técnica do POE).

Estes atores foram intencionalmente escolhidos em virtude do seu envolvimento com o processo de construção da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) na Paraíba.

Ao investigar os três grupos foi possível identificar a participação de cada um no processo de construção do atendimento à saúde do adolescente privado de liberdade. Podemos verificar também que as ações por eles desenhadas em seus respectivos órgãos coadunam para um objetivo comum e suas interfaces dentro da perspectiva intersetorial.

Para tanto no que tange aos profissionais de saúde do CEA que totalizam o número de 25 profissionais entre Técnicos de Enfermagem, Enfermeira, Médica, Fisioterapeuta, Odontólogos, Auxiliar de consultório Odontológico, Assistentes Sociais, Psicólogos, foram entrevistados 07 profissionais perfazendo uma amostra de 28%. O CEA, por sua vez, foi locus privilegiado da pesquisa já que é deste espaço que partem as demandas de saúde dos adolescentes.

Com relação ao vínculo trabalhista com FUNDAC/CEA, mais da metade dos profissionais entrevistados são concursados aprovados no último concurso público realizado no ano de 2008, os demais foram efetivados antes da Constituição de 1988, quando não era obrigatória a realização de concurso público para ocupação de um cargo público. São profissionais que em sua maioria trabalham aproximadamente há quatro anos na instituição, ademais existe um significativo número composto por aqueles que estão inseridos há mais de vinte anos na instituição. É muito comum nas unidades socioeducativas haver remanejamento de profissionais para outras unidades pertencentes à FUNDAC, ou até mesmo pedidos de exoneração, haja vista à alta complexidade do trabalho, o estresse e risco trazido nesta atividade.

A maioria dos profissionais afirmou que se identificam com o trabalho, mas muitos externam o desejo de realizar outros concursos que lhe garantam melhores condições de vida e novas oportunidades. Assim como revelam que não estão satisfeitos com as condições objetivas para o desempenho do seu trabalho.

Com relação à capacitação para atuação no CEA, grande parte dos profissionais já realizou cursos e treinamentos de longa duração específicos para o atendimento ao adolescente privado de liberdade, assim como realizaram pós-graduação. As áreas do conhecimento são as mais diversas prevalecendo a Saúde Pública, nas áreas mais específicas

estão as pós-graduações em Cirurgia Bucal, Projetos Sociais, Criminologia/Psicologia Criminal e Terapia Intensiva. Desse modo, fica notório o interesse destes profissionais no tocante a sua qualificação profissional.

Sem dúvida, os dados até aqui expostos têm ligação intrínseca com a intersectorialidade, pois esta guarda uma relação direta no modo como os atores estão dispostos e sob que condições farão dos seus processos de trabalho vias de acesso aos direitos.

No tocante à percepção destes profissionais sobre o atendimento à saúde prestado no CEA, expressivamente, declararam que a instituição não pratica um atendimento de forma integral. Dentre os principais fatores elencados pelos médicos da rede, estão a falta de recursos humanos e materiais e a falta de interesse por parte dos gestores para garantia da integralidade no atendimento à saúde.

Nesta perspectiva, os profissionais também opinaram sobre a forma como são viabilizados os demais atendimentos na rede de saúde pública, como consultas, exames e cirurgias. Os profissionais em sua maioria não consideram a forma de viabilização destes atendimentos satisfatória. Dentre os fatores que impõem maiores dificuldades para encaminhar os adolescentes para o atendimento foram citados: a falta de conhecimento dos profissionais da rede acerca do adolescente privado de liberdade, o preconceito e a falta de ética dos profissionais, e por fim a burocratização no processo de viabilização da marcação de consultas e exames.

No que concerne à interlocução do CEA com os demais setores vinculados ao atendimento do adolescente privado de liberdade na rede de proteção social, a maioria dos profissionais declarou não haver integração entre os diversos setores. Apontaram enquanto fatores para esta desarticulação a natureza da gestão guiada por leis e decretos sem a participação dos atores, a estrutura segmentada das políticas sociais, e por fim a não priorização das políticas de proteção voltadas para o adolescente privado de liberdade por parte do Estado.

Embora os profissionais consigam identificar que setores mantêm uma maior aproximação e articulação com o CEA, enquanto unidade de atendimento ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em meio-fechado, como a justiça, educação, saúde e segurança pública, contraditoriamente, a maioria afirmou não conhecer o Sistema de Garantia de Direitos (SGD). Interessante perceber que os setores por eles citados integram o SGD.

No que concerne aos profissionais que acompanham e atendem os adolescentes no Centro Educacional do Adolescente (CEA), tem-se elementos fundamentais para a

compreensão dos arranjos intersetoriais. Os profissionais reconhecem a necessidade de interlocução com os demais setores para a garantia da atenção integral à saúde do adolescente. Todavia, na visão destes profissionais a instituição ainda não promove a articulação necessária com as demais políticas sociais para a promoção da saúde dos adolescentes. Sem dúvida, a não articulação entre as políticas setoriais visualizada pelos profissionais do CEA constitui um grande desafio no que tange ao acesso à saúde do adolescente interno.

Confrontando a visão destes profissionais com as ações desenvolvidas na FUNDAC constatou-se, através dos relatórios, planos e documentos divulgados, as diretrizes para o atendimento socioeducativo através da construção do Plano Político Pedagógico, desenvolvido em conjunto com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria de Educação; o Plano Operativo Estadual (POE) que objetiva contemplar a saúde integral dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, articulado com o apoio das Secretarias de Saúde do município e do Estado; o Plano de Convivência Familiar, construído em conjunto com os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), bem como o Plano de Segurança, que deverá contar com uma equipe de inteligência em todas as unidades de internação de adolescentes do Estado da Paraíba. Outro projeto difundido pela FUNDAC é o Plano de Acordo Social, que conta com a parceria de Organizações não-governamentais (ONGs), instituições de ensino superior, entidades religiosas, empresas e sociedade civil organizada que visa sensibilizar todos esses atores no sentido de contribuírem na ressocialização dos jovens.

Todavia, não se constatou através da pesquisa, na visão dos profissionais de saúde do CEA, resultados concretos destes inúmeros planos traçados pela FUNDAC em conjunto com os diversos órgãos da rede de atendimento. Ademais, tais planos configuram a gênese de um trabalho conjunto com tendências intersetoriais, mesmo que estes planos ainda não traduzam resultados concretos para a realidade socioeducativa, são iniciativas que apontam para uma maior integração entre os setores constitutivos da rede de atendimento do adolescente privado de liberdade na Paraíba.

Com relação ao grupo dos profissionais da rede que neste estudo estão representados pelos médicos especialistas do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI) e do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS de Jaguaribe), do total de 104 médicos das diferentes especialidades, sendo 53 médicos do HMSI e 51 médicos do CAIS de Jaguaribe, participaram da pesquisa 16 médicos totalizando uma amostra de 15%. Visando garantir a representatividade dos dois grupos, proporcionalmente, foram entrevistados 08 médicos em

cada serviço, já que o universo de profissionais nos dois campos totaliza um número aproximado. Vale salientar, que no universo não foram incluídas as especialidades médicas que ainda não requisitadas pelos adolescentes, assim como especialidades como as de mastologia/ginecologia e geriatria, comuns no atendimento de mulheres e idosos respectivamente.

Os adolescentes são encaminhados para atendimento com médicos especialistas quando as suas demandas de saúde não podem ser solucionadas no setor de saúde do CEA. Para tanto, estes profissionais atendem os adolescentes nos ambulatórios médicos através das marcações de consultas por meio do Distrito Sanitário III. Os dados da pesquisa apontaram que o nível de conhecimento dos médicos da rede acerca do CEA é mínimo. De forma unânime, afirmaram ainda não conhecer de que modo é praticado o atendimento de saúde dos adolescentes na instituição. Estes elementos trazidos demonstram a falta de arranjos intersetoriais, haja vista que é fundamental que todos os profissionais tenham o mínimo de conhecimento acerca do perfil de seus usuários, mesmo que seja esporádico o atendimento ao adolescente institucionalizado. Ademais, vem desvelar também que os fatores determinantes do processo saúde-doença têm uma maior visibilidade pelos profissionais da Atenção Básica, em detrimento dos profissionais da Média e Alta Complexidade.

De forma expressiva, os profissionais afirmaram que não consideram satisfatório o modo como são viabilizadas as marcações de consultas, exames e demais encaminhamentos dos adolescentes. Alegaram que muitas vezes atendem os adolescentes em serviços que não são adequados ao perfil deste segmento.

Com relação à percepção dos médicos da rede acerca dos adolescentes privados de liberdade, a maioria dos profissionais declararam acreditar na ressocialização. No entanto, todos os médicos ouvidos são a favor da diminuição da maioridade penal de dezoito para dezesseis anos. Contraditoriamente, embora estes profissionais acreditem na ressocialização são a favor da diminuição da idade penal. Isto vem expressar muito mais o desejo de punição do que uma solução para uma questão com raízes profundas e muito cara à sociedade brasileira.

De acordo com os dados apurados na pesquisa, com relação à percepção dos médicos a cerca da integração da rede de atendimento à criança e ao adolescente no Estado da Paraíba, no que concerne à saúde, a maioria afirmou não haver integração entre os serviços da rede. Ademais, a maioria também admite que é possível diante de outras conjunturas sociais e políticas haver a intersectorialidade no âmbito das políticas sociais que permeiam as demandas

das crianças e adolescentes no estado. Apontam a não priorização do Estado perante a Política da Criança e do Adolescente como principal fator dificultador para a não adoção da intersectorialidade.

Diante dos achados da pesquisa, é notório o distanciamento destes profissionais acerca da realidade socioeducativa, a aproximação entre os médicos especialistas e os adolescentes internos se dá apenas no momento do atendimento ambulatorial e no momento em que o tratamento demanda procedimento cirúrgico.

Os profissionais da rede identificam os subsetores internos com os quais guardam uma maior conexão dentro dos serviços a que estão vinculados, todavia não visualizam os setores ou políticas sociais que circundam o serviço de saúde a que pertencem externamente. Diferentemente dos profissionais que atendem no CEA, que por necessitarem tanto de que outros setores sejam acionados, como Justiça, Assistência Social e Saúde, por exemplo, conseguem visualizar a necessidade de um trabalho intersectorial, assim como identificam as falhas existentes no diálogo entre tais setores.

No tocante a este grupo de profissionais, podemos verificar que há um grande distanciamento entre a realidade socioeducativa e os serviços de saúde para onde os adolescentes são referenciados para atendimento especializado. Este distanciamento se dá não apenas com relação aos profissionais, neste caso, representados pelos médicos especialistas, mas também em nível institucional. Tal constatação corrobora para chegarmos à conclusão de que os frágeis arranjos intersectoriais existentes entre estes espaços se limitam ao encaminhamento e atendimento do adolescente.

Sobre o grupo relativo aos gestores, conforme mencionado anteriormente, participaram da pesquisa Coordenador da Saúde do CEA, representando a FUNDAC, Diretora Técnica do Distrito III da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e a Responsável Técnica do POE (Integrante do PROSAD) pertencente à Secretaria Estadual da Saúde (SES). A escolha destes sujeitos se deu tendo em vista a sua participação na construção do Plano Operativo Estadual (POE), constitutivo da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) na Paraíba. Assim como representam as instâncias responsáveis em implementar e executar as ações contidas na PNAISARI no âmbito do estado.

Desta forma, no decurso da pesquisa constatamos que existe o diálogo entre as Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba bem como a FUNDAC no que tange a PNAISARI quanto à implementação do POE. No

entanto, percebe-se que o diálogo existente ainda se configura de forma pontual ao planejar programas e projetos que serão executados isoladamente pela instituição ou órgão responsável.

O ponto de convergência encontrado durante a pesquisa nestes três segmentos da gestão, no tocante a PNAISARI, foi o Plano Operativo Estadual (POE). Todos os gestores que participaram da pesquisa estavam inseridos nesta construção e tinham papel importante na articulação institucional para a implantação deste plano. No entanto, a pesquisa demonstrou que havia um diálogo tênue entre as secretarias de saúde e a FUNDAC, diálogo este centralizado em alguns profissionais que encabeçavam as reuniões e fóruns de discussões realizados de forma esporádica. Ademais, a interlocução existente nestes espaços se limita a estes momentos, não há existência de uma comissão intersetorial para um trabalho contínuo objetivando a consolidação do POE.

Assim, corroborando com a literatura sobre a intersetorialidade no contexto das políticas públicas, o estudo aponta que as dificuldades mais gerais de diálogo entre as políticas setoriais, repousam no espraçamento das três esferas gestoras que em muitos casos não partilham o mesmo paradigma de planejamento e gestão.

Neste sentido, à luz deste estudo, podemos concluir a partir de uma realidade concreta investigada que a intersetorialidade se reveste de um imenso desafio, pois para que o acesso à saúde do adolescente tenha uma sistematização e se transforme numa prática pautada no direito, esta visão deve ser das três esferas gestoras assim como da instituição responsável pela operacionalização das medidas socioeducativas na Paraíba, a FUNDAC. Os conselhos de direitos também devem ocupar os espaços de debates e de construção da política de atendimento integral à saúde do adolescente em conjunto com as demais instâncias gestoras e de controle social.

Para que a intersetorialidade ganhe centralidade e seja de fato um mecanismo de gestão das políticas sociais, a iniciativa deve partir da base, ou seja, dos legisladores e de todos os atores que participam da formulação e do planejamento das políticas sociais. O Planejamento Estratégico de Gestão (PEG) articulado a um Planejamento Estratégico Intersetorial (PEI) construídos coletivamente pelos níveis federal, estadual e municipal, constituem um importante passo para a intersetorialidade. Haja vista, que nesta articulação, diferentes saberes e práticas estarão lançando luzes para uma proteção social ampla, capaz de superar as fragmentações das políticas sociais historicamente construídas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.L.T. de. **Políticas públicas, cidade e intersetorialidade**. Aleph (UFF.Online, v.13, 2010

ANDRADE, L.O.M. de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. Tese de Doutorado, Campinas, 2004.

ARRETCHE, M. T.S. **Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um estado federativo**. UNESP, São Paulo, 1996.

BEHRING, E. R; SANTOS, S.M.M dos. Questão social e direitos. **Serviço Social: direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e história**, Cortez: São Paulo, 2008.

BERETTA, R.C.S; MARTINS, L.C.O. Estado, municipalização e gestão municipal, In: **Serviço Social & Sociedade** n. 77, Cortez: São Paulo, 2004.

BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n 99 jul/set, 2009.

BOSCHETTI, I; SALVADOR, E. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período de 1999 a 2004: Quem paga a conta? In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional (orgs.)**. São Paulo: Cortez, 2007.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial**, 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>, acesso em 25/03/2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Alexandre de Moraes (org). 20ª edição, 2003.

BRASIL. **Sinase, Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo**, Brasília, 2006.

BRASIL. **SUAS: Implicações do SUAS e da gestão descentralizada na atuação dos conselhos de assistência Social**, Brasília, Abril de 2006.

BRAVO, M. I, de S. **Políticas de Saúde no Brasil**; in: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, São Paulo: Cortez, 2007, 88-110.

BREDOW, S. G, DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010.

CÂMARA, L. T. **Estatuto da Criança e do Adolescente - 10 ANOS – Avanços e Dificuldades**. Disponível em: http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/19222/Estatuto_da_Crian%C3%A7a_e_do_Adolescente.pdf?sequence=4 , acesso em 01/02/2011.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da questão social**. Editora Vozes: ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2009.

CAVALCANTI, P.B. **Corporativismo e Autonomia Profissional no Processo de Adesão ao Sistema Único de Saúde em João Pessoa – Paraíba**. Tese de Doutorado em Serviço Social. PUC – São Paulo, 2000.

DEL-CAMPO, E. R.A e OLIVEIRA, T. C. **Estatuto da Criança e do adolescente**. Série Lituras Jurídicas. São Paulo: Atlas, 2008.

FERREIRA, E. B. E. O.D. A. (orgs). **Crise da escola e políticas educativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

FERREIRA, M.A. ALVIM, N. A. T; TEIXEIRA, M.L.O; VELOSO, R.C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 217-24.

GOVERNO DA PARAÍBA. **Fundac participa da regulamentação da lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/38198/fundac-participa-da-regulamentacao-da-lei-do-Socioeducativo.html>

GROPPO, Luís Antonio. **Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas**. Rio de Janeiro: Difel, 2000.

GUERRA, G. M.; TOLEDO, V. M. R. Os adolescentes em conflito com a lei: círculo vicioso entre vitimizadores e vitimizados, **Revista Intertemas/unitoledo**, 2010.

IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais: **perfil dos municípios brasileiros**, 2009.

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

_____. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, 32(2): 35-48, mar./abr. 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. In: **Saúde e Sociedade**, 6(2):31-46, 1997.

_____, INOJOSA, R. M, KOMATSU, S. **Descentralização e Intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: A experiência de Fortaleza**. XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

LEÃO, L. M. de Souza. **Saúde do adolescente: Atenção integral no plano da utopia**. Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2005.

LOBO, T. Descentralização – Uma alternativa de mudança. Clássicos da **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, Jan/mar. 1988.

MACHADO, L. A. **Construindo a intersectorialidade**. Disponível em: portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com, acesso em 22/07/2011.

MENICUCCI, T.M. G. **Gestão de políticas públicas: estratégias para construção de uma agenda**. Fundação João Pinheiro/Belo Horizonte- Minas Gerais- Brasil, 2006.

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

MINAYO, M. C. de S. et al. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, <http://dtr2004.saude.gov.br>, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, <http://www.portalnacionalsgd.com.br/>, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34089&janela=1, acesso em: 12/12/2010.

MOTA, A. E. (org). **O mito da Assistência Social: Ensaio sobre Estado, Política e Sociedade**. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

_____, Seguridade social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes, In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional (orgs.)**. São Paulo: Cortez, 2007.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as Políticas Públicas. In: **Serviço Social & Sociedade**, n. 101 jan. mar 2010. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2009.
NEVES, M. E.R.; SILVA, M.J. Previdência Social: construção da prática do Serviço Social, In: **O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes (orgs)**, São Paulo: Cortez, 2007.

NILSON, L. H, GOUVEIA, M.J. A, FERREIRA, S. S. Intersectorialidade e políticas públicas in: **Educação integral e intersectorialidade**. Ano XIX – Nº 13 – Outubro/2009.

NOGUEIRA NETO, W. **Por um Sistema de Promoção dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**; In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 83, 2005.

NOBRE, L. C. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** vol.8 no.4 São Paulo 2003, disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt, acessado em 15/11/2011.

OLIVEIRA e SILVA, M. L de. **O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Menores: Descontinuidades e Continuidades**, In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 83, 2005.

PIMENTA, Carlos Alberto Máximo. Juventude, violência e políticas públicas. **Revista espaço acadêmico**. N. 75, São Paulo, Agosto 2007.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em pauta**. Volume 6 - Número 23 - Julho de 2009.

RIZZINI, I. **O Século Perdido: Raízes Históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil**, São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, R.V. A. A inoportuna redução da maioridade penal: uma análise de fatos, valores e normas. **FIDES**, Natal, v. 2, n.1, jan./jun. 2011.

SCHÜTZ, F. **A intersectorialidade no campo da política pública: indagações para o serviço social**. Florianópolis, 2009.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DATA SUS. <http://cnes.datasus.gov.br>, acessado em 20/02/2011.

SECRETARIA DOS DIREITOS HUMANOS, **Presidência da República**, 2009.
<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/2009>, acesso em 24/01/2012.

SIQUEIRA, M. M. M. & GOMIDE JR., S. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. Em J. C. Zanelli, J. E. Borges- Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs), **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**, 2004 (pp. 300-328). Porto Alegre: Artmed.

SOUZA, A. C. P. de. **Um estudo de caso sobre os adolescentes autores de ato infracional internos no Centro Educacional do Adolescente – CEA/PB**. II Seminário Nacional de Sociologia & Política, Volume 14, Curitiba, 2010.

SPOSATI, A. Especificidade e Intersetorialidade da política de assistência social. IN: **Serviço Social & Sociedade**. Assistência Social, Políticas e Direitos. N. 77, São Paulo:Cortez,2004.
_____,**Do assistencialismo à assistência social: o modelo de seguridade social brasileiro**.IX Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004.

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

TEIXEIRA, M. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez. 2ª edição, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. **Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção de Saúde e da Qualidade de Vida**. Revista de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.6, n. 34, nov/dez, 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A e PINHEIRO, V. de S. **Adolescência, Saúde e Contexto Social: Esclarecendo Práticas**.Psicologia & Sociedade; UFRN, 14 (2): 133-147; jul./dez.2002.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA.
Http://www.tjpb.jus.br/portal/page/portal/tj/docs/COINJU-DIAGNOSTICO-quadro-resumo_dos_servicos_pub.pag.6-.pdf, 2011

UNICEF.**Situação da Adolescência Brasileira: O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF : UNICEF, 2011.

VOLPI, M. **O Adolescente e o Ato Infracional**. 9º ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VILAS BOAS, C.C; CUNHA C.F; CARVALHO, R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Rev Med**, Minas Gerais 2010; 20(2): 225-233.

WESTPHAL, M. F, Rosilda, M. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP** - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

APÊNDICE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Pesquisador: Andreza Carla da Silva Dantas

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

Título da pesquisa: Privação de liberdade e o acesso à saúde: o desafio da intersectorialidade

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a),

Solicito a colaboração do Sr (a) para participar desta pesquisa cujo objetivo da investigação está voltado para as ações da Política da Saúde desenvolvidas no âmbito do CEA (Centro Educacional do Adolescente), em articulação com as secretarias municipal e estadual de saúde numa perspectiva intersectorial. Assim, pretende-se averiguar a partir dos atores envolvidos, sejam estes os profissionais da saúde desta instituição, bem como os gestores interlocutores das ações e serviços de saúde voltados para o atendimento da saúde integral ao adolescente privado de liberdade. Este trabalho está sendo orientado pela Professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, membro do quadro efetivo do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa será executada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Esclarecemos que seu nome será mantido em sigilo, assegurando a sua privacidade e anonimato. A participação do Sr. (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não enseja na obrigação de fornecer as informações, ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador, sendo ainda garantido o direito de desistir da pesquisa em qualquer tempo, sem que esta decisão lhe traga prejuízo.

Uma cópia deste termo contendo contatos necessários da pesquisadora e respectiva orientadora será disponibilizada, podendo assim tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradeço a colaboração do senhor (a).

Orientadora - PPGSS

Pesquisadora - PPGSS

Tel: 83 32167319

Tel: 83 8777 4232

patriciabcaval@gmail.com.br

andreza_13@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO

Após ter sido informado (a) sobre a finalidade da pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Assinatura do (a) participante da pesquisa: _____

João Pessoa, ____ de _____ de ____.

APÊNDICE - B



PESQUISA: “PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: o desafio da intersetorialidade”

PESQUISADORA: Andreza Carla da Silva Dantas– PPGSS - UFPB

ORIENTADORA: Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

FORMULÁRIO I – Profissionais do Centro Educacional do Adolescente

MÓDULO A – Perfil profissional

Sexo do entrevistado: M () F ()

Idade: ____

26 Qual a formação do Sr^o(a)? _____

27 O Sr^o(a) já fez algum curso de Pós-graduação? Sim ☐ Não ☐

Caso seja pós-graduado, em que área do conhecimento? _____

28 Que função exerce nesta instituição? _____

29 O Sr^o(a) trabalha sob que regime nesta instituição? Celetista ☐ Estatutário ☐

30 Através de que processo de contratação o Sr^o(a) firmou vínculo trabalhista com a instituição?

a) Concurso público ☐ b) Processo seletivo ☐ c) Cargo em comissão ☐

d) Efetivação anterior a CF 1988 ☐ e) Outros ☐

31 Há quanto tempo o Sr^o(a) trabalha na instituição?

a) Menos de 1 ano ☐ b) 1 a 2 anos ☐ c) 2 a 3 anos ☐ d) 3 a 4 anos ☐

e) 5 a 10 anos ☐ f) Mais de 10 anos ☐ g) Mais de 15 anos ☐

h) Mais de 20 anos ☐

32 Além deste vínculo empregatício na instituição, o Sr^o(a) possui algum outro?

Sim ☐

Não ☐

33 Caso o Sr^o(a) tenha outro vínculo, por que trabalha em outro local?

a) Uma só fonte de renda não supre as necessidades pessoais ☐

b) Baixa remuneração ☐

c) Ocupação do tempo livre ☐

d) Interesse por outra área de atuação ☐

e) Outros ☐ _____

MÓDULO B – Questões dirigidas da pesquisa

34 Sr^o(a) acha que os adolescentes do Centro Educacional do Adolescente – CEA devem ter as mesmas condições de acesso à saúde que um adolescente comum (que goza de sua liberdade)?

Sim ☐

Não ☐

35 A que fatores o Sr^o(a) vincula o estado de saúde dos adolescentes privados de liberdade? (*por gentileza, marque apenas uma opção, aquela que julgar ser a preponderante)

a) pobreza ☐

b) falta de oferta ampla de serviços públicos de saúde na comunidade ☐

c) falta de informação dos adolescentes e familiares ☐

d) descuido por parte dos pais ☐

36 O Sr^o(a) poderia elencar quais as demandas mais recorrentes dos adolescentes, que chegam para sua intervenção profissional?

a) atendimento odontológico ☐

b) queixa de doenças sexualmente transmissíveis ☐

c) queixa de problemas na visão ☐

d) queixa de problemas alérgicos ☐

e) queixa no campo da saúde mental ☐

37 O Sr^o(a) acredita na ressocialização do adolescente privado de liberdade?

Sim ☐

Não ☐

38 Com relação à diminuição da maioridade penal (de dezoito para dezesseis anos de idade), o Sr^o(a) é contra ou a favor?

Contra ☐

A favor ☐

39 O Sr^o(a) acha que o CEA possibilita o atendimento integral à saúde do adolescente? (*Se responder a opção Não responda a questão seguinte)

Sim ☐

Não ☐

40 *Que fatores Sr^o(a) considera o principal para que o CEA não possibilite o atendimento integral à saúde?

a) Falta de recursos humanos e materiais ☐

b) Falta de articulação com a rede de saúde pública ☐

c) Desinteresse dos gestores ☐

d) Estrutura física inadequada para ações ☐

e) outros; Cite:

41 Para o Sr^o(a), como são realizados os encaminhamentos para atendimentos externos (consultas com especialistas, exames, cirurgias)?

42 Com relação à marcação de consultas bem como demais encaminhamentos, o Sr^o(a) considera satisfatória a forma como são viabilizados?

Sim ☐

Não ☐

43 Para Sr^o(a) qual a maior dificuldade encontrada ao encaminhar um adolescente para o atendimento na rede de serviços públicos de saúde? * Por gentileza, marque apenas um item.

a) Seletividade nos serviços de saúde (fichas insuficientes, faltas de leitos e vagas) ☐

b) Não priorização do adolescente no atendimento ☐

c) Burocratização no processo de marcação de exames/consultas ☐

d) Acolhimento deficitário na alta complexidade em saúde ☐

e) Preconceito e falta de ética dos profissionais da rede ☐

f) A falta de conhecimento dos profissionais e gestores acerca deste público alvo ☐

44 O Sr^o(a) considera as condições para o desempenho do seu trabalho junto aos adolescentes satisfatórias?

Sim ☐

Não ☐

45 O Sr^o(a) fez algum curso específico voltado para o atendimento ao atendimento ao adolescente sob privação de liberdade?

Sim ☐

Não ☐

46 O Sr^o(a) trabalha com adolescentes privados de liberdade nesta instituição por quê?

- a) Identificação com o trabalho ☐
- b) Falta de outra oportunidade de emprego em outra área ☐
- c) Determinação da instituição ☐
- d) Realização de concurso público para tal fim ☐
- e) Expectativa de uma remuneração diferenciada (gratificações, benefícios) ☐

47 O Sr^o(a) se identifica com o trabalho que realiza junto aos adolescentes no CEA?

Sim ☐ Não ☐

48 O Sr^o(a) conhece o Sistema de Garantia de Direitos (SGD)?

Sim ☐ Não ☐

49 O que o Sr^o(a) sabe sobre este sistema?

50 Como o Sr^o(a) procede quando o atendimento da demanda de saúde do adolescente que chega para sua intervenção profissional, exige que outros setores sejam acionados? Exemplos: assistência social, educação, meio ambiente, habitação, ou até mesmo serviços especializados de saúde.

51 Na sua opinião, o Sr^o(a) considera que há integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social, voltado para o atendimento da criança e adolescente em nível do Estado (Paraíba)?

Sim ☐ Não ☐

52 Que fatores o Sr^o(a) considera que impõem maiores barreiras para intersetorialidade no âmbito das políticas sociais, no tocante à criança e o adolescente?

- a) Estrutura segmentada das políticas sociais que compõem o SGD (Sistema de Garantia de Direitos) ☐
- b) Natureza da gestão guiada por leis e decretos, sem que haja participação dos atores
- c) A não priorização do Estado perante a política da criança e do adolescente ☐

53 Por gentileza, por ordem de importância cite os dois setores que o Sr^o(a) julga que a instituição em que o Sr^o(a) trabalha possui maior integração?

Obrigada!

APÊNDICE - C



PESQUISA: “PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: o desafio da intersectorialidade”

PESQUISADORA: Andreza Carla da Silva Dantas– PPGSS - UFPB

ORIENTADORA: Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

FORMULÁRIO II – Profissionais da rede de saúde pública

MÓDULO A – Perfil profissional

Sexo do entrevistado: M () F ()

Idade: ____

54 Qual a formação do Sr^o(a)? _____

55 O Sr^o(a) já fez algum curso de Pós-graduação? Sim ☐ Não ☐

Caso seja pós-graduado, em que área do conhecimento? _____

56 Que função exerce nesta instituição? _____

57 O Sr^o(a) trabalha sob que regime nesta instituição? Celetista ☐ Estatutário ☐

58 Através de que processo de contratação o Sr^o(a) firmou vínculo trabalhista com a instituição?

a) Concurso público ☐ b) Processo seletivo ☐ c) Cargo em comissão ☐

d) Efetivação anterior a CF 1988 ☐ e) Outros ☐

59 Há quanto tempo o Sr^o(a) trabalha na instituição?

a) Menos de 1 ano ☐ b) 1 a 2 anos ☐ c) 2 a 3 anos ☐ d) 3 a 4 anos ☐

e) 5 a 10 anos ☐ f) Mais de 10 anos ☐ g) Mais de 15 anos ☐

h) Mais de 20 anos ☐

60 Qual a faixa salarial do Sr^o(a)?

a) 1 salário mínimo ☐

b) 1 a 2 salários ☐

c) 2 a 3 salários ☐

d) 3 a 4 salários ☐

e) 4 a 5 salários ☐

f) 5 a 6 salários ☐

g) 6 a 7 salários ☐

h) Mais de 8 salários ☐

61 Além deste vínculo empregatício na instituição, o Sr^o(a) possui algum outro?

Sim ☐ Não ☐

62 Caso o Sr^o(a) tenha outro vínculo, por que trabalha em outro local?

a) Uma só fonte de renda não supre as necessidades pessoais ☐

b) Baixa remuneração ☐

c) Ocupação do tempo livre ☐

d) Interesse por outra área de atuação ☐

e) Outros ☐ _____

MÓDULO B – Questões dirigidas da pesquisa

63 O Sr^o(a) conhece o Centro Educacional do Adolescente – CEA?

Sim ☐ Não ☐

64 Sr^o(a) acha que os adolescentes do Centro Educacional do Adolescente – CEA devem ter as mesmas condições de acesso à saúde que um adolescente comum (que goza de sua liberdade)?

Sim ☐ Não ☐

65 A que Sr^o(a) vincula o estado de saúde dos adolescentes privados de liberdade? (*por gentileza, marque apenas uma opção, aquela que julgar ser a preponderante)

a) pobreza ☐

b) falta de oferta ampla de serviços públicos de saúde na comunidade ☐

c) falta de informação dos adolescentes e familiares ☐

d) descuido por parte dos pais ☐

66 O Sr^o(a) poderia elencar qual a demanda mais recorrente dos adolescentes, que chega para sua intervenção profissional?

a) atendimento odontológico ☐

b) queixa de doenças sexualmente transmissíveis ☐

c) queixa de problemas na visão ☐

d) queixa de problemas alérgicos ☐

e) queixa no campo da saúde mental ☐

67 O Sr^o(a) acredita na ressocialização do adolescente privado de liberdade?

Sim ☐ Não ☐

68 Com relação a diminuição da maioridade penal (de dezoito para dezesseis anos de idade), o Sr^o(a) é contra ou a favor?

Contra ☐

A favor ☐

- 69 Que nível de conhecimento o Sr(a) possui acerca do atendimento à saúde do adolescente praticado no CEA?

- 70 O Sr(a) conhece a forma como são realizados os encaminhamentos dos adolescentes para os atendimentos (consultas com especialistas, exames, cirurgias)?

Sim ☐

Não ☐

- 71 Com relação a marcação de consultas bem como demais encaminhamentos, o Sr^o(a) considera satisfatória a forma como são viabilizados?

Sim ☐

Não ☐

- 72 Para Sr^o(a) qual a maior dificuldade ao receber um adolescente para atendimento na rede de serviços públicos de saúde? * Por gentileza, marque apenas um item.

a) Seletividade nos serviços de saúde (fichas insuficientes, faltas de leitos e vagas) ☐

b) Não priorização do adolescente no atendimento ☐

c) Burocratização no processo de marcação de exames/consultas ☐

d) Acolhimento deficitário na alta complexidade em saúde ☐

e) Preconceito e falta de ética dos profissionais da rede ☐

f) A falta de conhecimento dos profissionais e gestores acerca deste público alvo ☐

- 73 O Sr^o(a) considera as condições para o desempenho do seu trabalho junto aos adolescentes satisfatórias?

Sim ☐

Não ☐

- 74 O Sr^o(a) já fez algum curso específico voltado para o atendimento ao atendimento ao adolescente sob privação de liberdade?

Sim ☐

Não ☐

- 75 O Sr^o(a) trabalharia com adolescentes privados de liberdade numa instituição de internação? Por quê?

Sim ☐

Não ☐

76 O Sr^o(a) conhece o Sistema de Garantia de Direitos (SGD)?

Sim ☐

Não ☐

77 O que o Sr^o(a) sabe sobre este sistema?

78 Como o Sr^o(a) procede quando o atendimento da demanda de saúde do adolescente que chega para sua intervenção profissional, exige que outros setores sejam acionados? Exemplos: assistência social, educação, meio ambiente, habitação, ou até mesmo outros serviços especializados de saúde.

79 Na sua opinião, o Sr^o(a) considera que há integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social, especificamente o setor saúde e o sistema de atendimento à criança e o adolescente em nível do Estado (Paraíba)?

Sim ☐

Não ☐

80 Para o Sr^o(a), é possível haver a intersetorialidade concretamente no âmbito das políticas sociais concernentes ao atendimento das demandas que envolvem a criança e o adolescente?

Sim ☐

Não ☐

81 Que fatores o Sr^o(a) considera que impõem maiores barreiras para intersetorialidade no âmbito das políticas sociais, no tocante a criança e o adolescente?

d) Estrutura segmentada das políticas sociais que compõem o SGD (Sistema de Garantia de Direitos) ☐

e) Natureza da gestão guiada por leis e decretos, sem que haja participação dos atores

f) A não priorização do Estado perante a política da criança e do adolescente

☐

82 Por gentileza, por ordem de importância cite os dois setores que o Sr^o(a) julga que a instituição em que o Sr^o(a) trabalha possui maior integração?

Obrigada!

APÊNDICE - D



PESQUISA: “PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: o desafio da intersectorialidade”

PESQUISADORA: Andreza Carla da Silva Dantas– **PPGSS - UFPB**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

FORMULÁRIO III – Gestores – “Atores privilegiados”

Gestão municipal ☐

Gestão estadual ☐

Secretaria: _____ **Cargo/função:** _____

1. A quais fatores o Sr^o(a) vincula o estado de saúde dos adolescentes privados de liberdade? (*por gentileza, marque apenas uma opção, aquela que julgar ser a preponderante)

a) pobreza ☐

b) falta de oferta ampla de serviços públicos na comunidade ☐

c) falta de informação dos adolescentes e familiares ☐

d) descuido por parte dos pais ☐

2. O Sr(a) acredita na ressocialização do adolescente privado de liberdade?

Sim ☐

Não ☐

3. Com relação à diminuição da maioridade penal (de dezoito para dezesseis anos de idade), o Sr^o(a) é contra ou a favor?

Contra ☐

A favor ☐

4. O Sr^o(a) conhece a instituição do Estado da Paraíba que atua no âmbito das medidas socioeducativas em meio fechado? Qual? _____

Sim ☐

Não ☐

5. O Sr^o(a) conhece o Sistema de Garantia de Direitos (SGD)?

Sim ☐

Não ☐

6. O que o Sr^o(a) sabe sobre este sistema?

7. Na sua opinião, o Sr^o(a) considera que há integração entre os setores que compõem o sistema de proteção social, voltado para o atendimento da criança e adolescente em nível do Estado (Paraíba)?

Sim ☐

Não ☐

Por favor, justifique sua resposta:

8. Para o Sr^o(a), é possível haver a intersetorialidade concretamente no âmbito das políticas sociais concernentes ao atendimento das demandas que envolvem a criança e o adolescente?

Sim ☐

Não ☐

9. Quais fatores o Sr^o(a) considera que impõem maiores barreiras para intersetorialidade no âmbito das políticas sociais, no tocante a criança e o adolescente?

g) Estrutura segmentada das políticas sociais que compõem o SGD (Sistema de Garantia de Direitos) ☐

h) Natureza da gestão guiada por leis e decretos, sem que haja participação dos atores

i) A não priorização do Estado perante a política da criança e do adolescente ☐

10. Por gentileza, por ordem de importância cite os dois setores que o Sr^o(a) julga que a instituição em que o Sr^o(a) trabalha possui maior integração?

11. O Sr^o(a) acredita que a intersetorialidade está presente nas ações que a sua Secretaria constrói?

Sim ☐

Não ☐

Por favor, justifique a sua resposta:

12. Através de quais ações ou mecanismos o Sr. considera existir intersetorialidade entre o seu setor e os demais que atuam sobre a questão da saúde do adolescente privado de liberdade?

13. Quais os dispositivos de gestão utilizados na Secretaria a qual o Sr^o(a) pertence para promover movimentos intersetoriais?

- a) Encaminhamentos ☐
- b) Reuniões colegiadas ☐
- c) Formulação conjunta de ações ☐
- d) Planejamento estratégico ☐
- e) Sistema de monitoramento e avaliação periódicos para acompanhar as ações e evitar a sobreposição de intervenções ☐
- f) Democratização do sistema de informação ☐

14. O adolescente autor de ato infracional consta no plano/planejamento atual das ações da secretaria a que o Sr^o(a) pertence?

Sim ☐ Não ☐

15. O Sr^o(a) acredita que as condições de acesso à saúde do adolescente privado de liberdade têm sido satisfatórias?

Sim ☐ Não ☐

Obrigada!

ANEXOS



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES



TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA

A Rede Escola tem como um de seus objetivos disponibilizar a rede para produção de conhecimento através de processos de aprendizagem no trabalho e de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), monografias, dissertações, teses, etc. Diante disso, a Gerência de Educação na Saúde, solicita que após a realização da pesquisa o resultado seja apresentado aos locais da amostra e que seja encaminhado a essa gerência a produção em meio magnético (CD-ROM).

Eu, Andréa Carla de Silva Santos,
aluno(a) do Curso de Pós-Graduação Serviço Social, da
Instituição de Ensino UFFPB. Comprometo-me através desta,
disponibilizar os resultados finais da pesquisa por mim realizada durante o período de
(início) 28 / 12 / 11, (final) 30 / 03 / 12.

Tema: _____

Contatos:

Nome	Telefone	E-mail
Andréa	8777-4232	andrea13@yahoo.com.br
	8850-8881	

Nº Processo da Pesquisa: 19 470 / 2011

João Pessoa, 28 de Agosto de 2011.

[Assinatura]
Assinatura



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 28/06/2011, após análise do parecer do relator resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **Privação de liberdade e o acesso à saúde: O desafio da intersetorialidade**. Protocolo CEP/HULW nº. 378/11, Folha de Rosto nº 447038 da pesquisadora, **Andreza Carla da Silva**

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 17 de novembro de 2011.

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 27 de dezembro de 2011.

ENCAMINHAMENTO

Aos Distrito Sanitário III, CAIS Jaguaribe e Hospital Municipal Santa Izsabel

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos a pesquisadora **ANDREZA CARLA SILVA** para a realização de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTESETORIALIDADE**, a ser realizada nestes serviços, conforme o processo nº 19.470/2011/2011.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,


Bruno Costa de Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Matr. 66.084-1

Evellin Bezerra
Gerente de Educação na Saúde



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

João Pessoa, 30 de novembro de 2011

TERMO DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins que a pesquisa intitulada: "PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE", de autoria da pesquisadora responsável ANDREZA CARLA DA SILVA DANTAS, está autorizada para ser realizada na Rede de Serviços de Saúde do Município de João Pessoa.

Sem mais,

Atenciosamente,

f/ Ana Paula Vasques Negreiros

Evellin Bezerra
Gerente de Educação na Saúde

Evellin Bezerra
Gerente de Educação em Saúde
Matrícula 52.284-8

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE ANUÊNCIA

Pesquisadora: ANDREZA CARLA DA SILVA DANTAS

À Diretoria Técnica da FUNDAC: AGAMENILRA DIAS ARRUDA DA S. SOUZA

Solicitamos a V.S^a autorização para realização da pesquisa intitulada: "PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE", que será executada no CENTRO EDUCACIONAL DO ADOLESCENTE (CEA). A pesquisa está sendo orientada pela professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, cujo objeto central é analisar o processo de intersectorialidade construído a partir das relações transversais entre a política de saúde e a política de proteção social ao adolescente privado de liberdade na perspectiva da ampliação dos direitos sociais. Cabe ressaltar que a pesquisa será de campo, com caráter exploratório cujo enfoque será de cunho quali-quantitativo.

Dessa forma, serão entrevistados os profissionais de saúde da referida unidade, bem como serão analisados os documentos como planos, projetos, programas, relatórios e portarias que estejam disponíveis para consulta. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que os nomes dos serviços de saúde/instituições possam constar no trabalho de dissertação, assim como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Assim, a pesquisa no Centro Educacional do Adolescente (CEA) será operacionalizada da seguinte forma:

Fase I - Qualitativa

Aplicação do formulário da pesquisa junto aos profissionais de saúde do CEA

Período da coleta: Dezembro de 2011

Fase II - Quantitativa

Quantificação das demandas dos adolescentes por especialidades médicas, junto ao setor da saúde do CEA (Ano de referência – 2011).

Fase II - Quantitativa

Quantificação das demandas dos adolescentes por especialidades médicas, junto ao setor da saúde do CEA (Ano de referência – 2011).

Período da coleta: Janeiro a Fevereiro de 2012

- A frequência da pesquisadora será de pelo menos duas vezes na semana à instituição, haja vista que a atividade de pesquisa requer também leitura e produção de texto para dissertação. Este processo também será orientado pela professora Patrícia Barreto Cavalcanti, que ensinará num momento específico para tal na Universidade Federal da Paraíba. Dias pré-estabelecidos: segunda e quartas-feira.
- O horário de permanência da pesquisadora na instituição dependerá da disponibilidade dos profissionais que participarão da pesquisa, assim como da dinâmica e rotina do CEA. Desse modo, ressalta-se, pois que a pesquisa poderá ser concluída na instituição antes do período acima indicado.

Os adolescentes não serão entrevistados na pesquisa, já que os sujeitos serão os profissionais executores e viabilizadores do acesso à saúde.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

João Pessoa, 02 de Dezembro de 2011.

RESPOSTA À SOLICITAÇÃO:

☒ **Concordo com a solicitação**

☐ **Não concordo com a solicitação**

Argemiro Dias Arruda da Silva Sousa
Diretora Técnica
Mat. 663.664-4 FUNDAC

Diretora Técnica da FUNDAC

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Solicitação de autorização para pesquisa de mestrado

Pesquisadora: Andreza Carla da S. Dantas

Processo: 19.470/2011

Ilmo (a) Sr(a). Diretor (a) do Distrito Sanitário III

Solicitamos a V.Sª autorização para realização da pesquisa intitulada: "PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE", que será executada em alguns serviços de saúde da rede municipal, quais sejam: Distrito sanitário III, Cais Jaguaribe e Hospital de Alta complexidade (Hospital Santa Isabel). A escolha dos referidos serviços deve-se a recorrência dos encaminhamentos dos adolescentes privados de liberdade do Centro Educacional do Adolescente (CEA) para tais serviços de saúde da rede municipal. Assim como pelo pertencimento da referida unidade de internação no Distrito Sanitário III. A pesquisa está sendo orientada pela professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, cujo objeto central é analisar o processo de intersectorialidade construído a partir das relações transversais entre a política de saúde e a política de proteção social ao adolescente privado de liberdade na perspectiva da ampliação dos direitos sociais. Cabe ressaltar que a pesquisa será de campo, com caráter exploratório cujo enfoque será de cunho quali-quantitativo.

Dessa forma, serão entrevistados os profissionais de saúde dos serviços acima citados, neste caso dentro das especialidades que mais prestam atendimento aos adolescentes privados de liberdade, bem como serão analisados os documentos como planos, projetos, programas, relatórios e portarias que estejam disponíveis para consulta. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que os nomes dos serviços de saúde/instituições possam constar no trabalho de dissertação, assim como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

João Pessoa, 16 de Novembro de 2011.

*Recebido em:
24/11/2011
Rosângela*

João Pessoa, 24 de Outubro de 2011.

Patricia Barreto Cavalcanti

Prof(a). Dr(a) Patrícia Barreto Cavalcanti

Resposta à solicitação:

☒ Concordamos com a solicitação

() Não concordamos com a solicitação

Renata Evandro Rodrigues da Silva
Colégio: Colégio Cavalcanti III - Sítio III
Matr.: 54.385.3

Patricia Barreto Cavalcanti

6-988795-110111
di SIVS / IN OUTROS CASOS, CONDIÇÃO
de SIVS em situações excepcionais

email: patricia_13@yahoo.com.br / patriciaabcaval@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Solicitação de autorização para pesquisa de mestrado

Pesquisadora: Andreza Carla da S. Dantas

Ilma Sra Patrícia Assunção

Solicitamos a V.S^a autorização para realização da pesquisa intitulada: "PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE", que será executada junto ao Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). A escolha intencional do referido serviço deve-se a estreita vinculação com a realidade vivenciada pelos adolescentes privados de liberdade do Centro Educacional do Adolescente (CEA). Para tanto, faz-se necessário conhecer como o PROSAD vem atuando no tocante a temática arrolada, bem como investigar que ações vêm sendo desenvolvidas. A pesquisa está sendo orientada pela professora Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, cujo objeto central é analisar o processo de intersectorialidade construído a partir das relações transversais entre a política de saúde e a política de proteção social ao adolescente privado de liberdade na perspectiva da ampliação dos direitos sociais. Cabe ressaltar que a pesquisa será de campo, com caráter exploratório cujo enfoque será de cunho quali-quantitativo.

Dessa forma, serão entrevistados os profissionais responsáveis pela configuração do Plano Operativo Estadual (POE), neste caso, um representante da gestão e um técnico articulador. Serão analisados os documentos como planos, projetos, programas, relatórios e portarias que estejam disponíveis para consulta. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que os nomes dos serviços de saúde/instituições possam constar no trabalho de dissertação, assim como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

João Pessoa, 20 de Dezembro de 2011.

Resposta à solicitação:

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação

Patrícia Melo Assunção

Dra. Patrícia Assunção – Gerência da Atenção a Saúde - PB

Patrícia Melo Assunção
Gerente Executiva de Atenção à Saúde-SES/PB
Mat: 169.043-4