

# Contornos e sinergias entre a política de Saúde e o adolescente privado de liberdade: intersetorialidade como desafio

Contours and synergies between health policy and adolescents deprived of liberty: intersectoral approach as challenge

PATRICIA BARRETO CAVALCANTI\*

ANDREZA CARLA DA SILVA DANTAS\*\*

RAFAEL NICOLAU CARVALHO\*\*\*



**RESUMO** – O artigo objetiva discutir a situação dos adolescentes em privação de liberdade no que se refere ao atendimento público em saúde. Parte-se do pressuposto de que o direito à saúde vem sendo negado, mesmo que o Estatuto da Criança e do Adolescente já exista há duas décadas. A materialidade deste direito específico depende de mudanças estruturais rigorosas entre as políticas de base social, no que concerne aos patamares de financiamento, às suas formas de gestão e, nomeadamente, do tipo de postura que o Estado tem assumido frente à questão da criança e do adolescente. A estratégia da intersetorialidade se revela fundamental, porém depende de um lastro de variáveis ainda não consolidados no país.

**Palavras-chave** – Privação de liberdade. Intersectorialidade. Saúde.

**ABSTRACT** – The article aims to discuss the situation of adolescents in the deprivation of liberty with regard to the public in health care. It is assumed that the right to health has been denied, even though the status of children and adolescents already exist for two decades. The materiality of this specific duty depends on rigorous structural changes between basic social policies, on the terraces of funding and its forms of management and in particular the type of attitude that the State has taken forward the issue of children and adolescents. The strategy of intersectoral approach is crucial, but it depends on a variable ballast still not consolidated in the country

**Keywords** – Deprivation of liberty. Intersectoral approach. Health.

---

---

\* Doutora em Serviço Social pela PUCSP. Professora Associada II do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, Brasil. *E-mail:* [patriciabcaval@gmail.com](mailto:patriciabcaval@gmail.com)

\*\* Mestranda em Serviço Social na Universidade Federal da Paraíba. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Pesquisadora do SEPSASS. João Pessoa – PB, Brasil. *E-mail:* [andreza\\_13@yahoo.com.br](mailto:andreza_13@yahoo.com.br)

\*\*\* Mestre em Serviço Social pela UFPB. Professor Assistente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Coordenador do PET Saúde Mental/2011 – UFPB, João Pessoa – PB, Brasil. *E-mail:* [rafaelcg\\_carvalho@yahoo.com.br](mailto:rafaelcg_carvalho@yahoo.com.br)  
*Submetido em: agosto/2011. Aprovado em: outubro/2011.*

**N**as investigações levadas a curso no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social, identificamos que a política de proteção à criança e ao adolescente em suas várias expressões necessita urgentemente romper com as iniciativas endógenas e transitar por áreas e setores correlatos com intuito de obter um maior nível de resolutividade. Tal necessidade insurge como vital em se tratando das ações de saúde voltadas para os adolescentes privados de liberdade, já que essa condição incorpora um vasto leque de demandas (no escopo nomeadamente da Saúde, Educação, Assistência Social), sendo mais frequentes as demandas em Saúde, notadamente, vinculadas ao tratamento, reabilitação e cura de patologias próprias do processo de reclusão.

Assim, apesar do crescente número de adolescentes nessa condição, percebe-se nitidamente um alto grau de inacessibilidade e descumprimento dos direitos sociais que os mesmos possuem constitucionalmente, dentre estes o direito à saúde.

Tal contexto nos leva a refletir a situação da criança e do adolescente no país a partir de duas vias: as conjunturas de formulação e implementação das políticas setoriais que atravessam e dão suporte ao Sistema de Garantia de Direitos (SGD), particularmente o mecanismo da intersetorialidade, e a notória inacessibilidade que os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa enfrentam quando tentam usufruir dos direitos sociais, que foram garantidos através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) criado em 1990.

O artigo se propõe a discutir a necessidade de ações intersetoriais entre a política da criança e do adolescente e a política de Saúde, evidenciando as dificuldades institucionais postas entre uma política por segmento (criança e adolescente) e uma política considerada básica e intergeracional (saúde).

Apesar desse recorte, nosso ponto de partida para proceder tal análise é a concepção matricial que a política social como um todo assume no que se refere à sua amplitude e raio de atuação. Na acepção de Pereira (2004), a política social é simultaneamente uma disciplina possuidora de um saber particular (não necessariamente específico), um campo de atuação e uma estratégia de ação que é compartilhada com outro leque de disciplinas. A autora justifica seu pensamento informando que em face dessas características não existe um profissional específico de política social expressando ao mesmo tempo o seu viés interdisciplinar e intersetorial.

Com essas premissas, este artigo possui duas partes no sentido de contemplar a questão fulcral: como as políticas da criança e do adolescente e a saúde estão se relacionando? Na parte inicial realizamos uma reflexão acerca dos conceitos atribuídos à intersetorialidade e suas variações, tecendo uma articulação com o cenário conjuntural de gestão da seguridade social brasileira, entendendo que o modo de gerenciar o tripé (Saúde, Assistência Social e Previdência Social) repercute no contexto de gestão da Política da Criança e do Adolescente, principalmente quando esta última tenta engendrar movimentos intersetoriais.

Num segundo momento focalizamos os paradoxos presentes entre a política de Saúde, quando incorporada à política de proteção à criança e ao adolescente, particularmente as ações voltadas para os adolescentes privados de liberdade.

## **A intersetorialidade na gestão da seguridade social e a particularidade da política de saúde como política estruturante na rede de proteção à criança e ao adolescente**

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 da relação capital-trabalho. Mas, conforme se observa, 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.

Como perscruta Fleury (2009),

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, por um período de cerca de oitenta anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988. O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de oitenta, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de trinta e quarenta, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930. A construção do Estado nacional é um processo sempre inacabado, no qual vão sendo desenhadas as relações de poder na institucionalidade do aparato administrativo, seja ele voltado para a implementação do projeto econômico, seja ainda responsável pela reprodução da força de trabalho e incorporador das demandas políticas dos grupos subalternos (FLEURY, 2009, p. 744).

Somente com a Constituição de 1988 (CF/88) foi possível apreender a Seguridade Social de forma a condensar três importantes políticas sociais: Saúde, Previdência Social 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; e 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. Nesta perspectiva, a partir da CF/88 as políticas sociais brasileiras tentam seguir um modelo de gestão pautado em mecanismos intersectoriais, com vistas à confluência entre as políticas, vislumbrando um maior nível de resolutividade e efetividade sobre as demandas sociais.

No entanto há que registrar que tais avanços constitucionais, no que tange especificamente aos arranjos intersectoriais, ainda encontram barreiras considerando que a intersectorialidade no contexto da garantia de direitos sociais depende de algumas variáveis, que no caso nacional estão em processo de construção e não se corporifica num movimento endógeno.

Ela depende, num espectro mais amplo, de mudanças no que se refere à construção ainda cartesiana do conhecimento, bem como do modo como o Estado se relaciona em termos democráticos com a sociedade civil (atendendo ou não as demandas através de políticas públicas) e, por fim, da forma como os diversos campos de saberes interagem mesmo sendo produzidos de modo parciais. Sugere, por outro lado, a compreensão de que o objeto fulcral da ação intersectorial tem que possuir a capacidade de mobilizar todos os setores direta ou indiretamente envolvidos com o mesmo e a aceitação das limitações dos setores quando acionados individualmente.

Como bem sinalizam Ferreira e Silva (apud MONNERAT, 2009),

[...] Enquanto a realidade opera com problemas complexos e mal estruturados, as instituições se organizam em setores e as universidades fragmentam o saber em departamentos. [...] Embora a ciência necessite delimitar e recortar o real para ser possível apreende-lo, o movimento inverso também faz parte do

processo de produção do conhecimento. Já no âmbito das intervenções sociais, a apreensão do real enquanto totalidade de múltiplas determinações permite que a ação seja direcionada aos determinantes estruturais e tenha, conseqüentemente, maior possibilidade de ser efetiva (MONNERAT, 2009, p.106).

Ao tratar Seguridade Social dentro do veio da intersetorialidade, torna-se pertinente, por outro lado, 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.

As produções bibliográficas recentes situam a intersetorialidade 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. Desse modo, a construção do conhecimento acerca da interrelação da intersetorialidade e das políticas públicas tem se mostrado profícua notadamente nas áreas da administração pública e da saúde coletiva, como bem expressam Junqueira (1998), Inojosa (1998), Andrade (2006), Ferreira e Silva (2005), apesar de apresentarem tratamentos convergentes nas duas áreas de saber, algumas especificidades emergem.

Além disso, a intersetorialidade 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. Segundo argumenta Inojosa (2001), ela implica na conexão de saberes e experiências no sentido de dar densidade ao planejamento, monitoramento e avaliação das políticas, planos e projetos em direção a um resultado sinérgico, ao mesmo tempo em que impõe uma nova dinâmica no aparato estatal.

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. Neste cenário, se percebe uma recorrente busca pela construção de um conceito mais abrangente sobre intersetorialidade, que de fato revele as potencialidades que as políticas sociais guardam entre si (quando utilizadas de modo sistêmico), notadamente a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social.

Segundo afirma Monnerat (2009),

É recorrente o pensamento de que as mudanças processadas até então não foram capazes de dar conta da fragmentação da ação estatal, além de que a crescente complexidade da questão social vem trazendo novos desafios ao sistema de proteção social. Assim, partindo do pressuposto de que é necessário encontrar formas inovadoras de formular e implementar as políticas sociais, a intersetorialidade tem sido largamente considerada como uma estratégia de gestão a ser adotada para atuar contra as iniquidades sociais (MONNERAT, 2009, p. 203).

Assim, é importante inicialmente sinalizar que a intersetorialidade vem sendo articulada não só ao trato da constituição dos saberes, aliada às reflexões sobre os processos interdisciplinares. Constata-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, quando sua utilização insurge como tentativa de superar as contradições inerentes ao modelo injusto de desenvolvimento, que no caso brasileiro vem produzindo simultaneamente o aumento da exclusão social e o desmonte gradativo do princípio constitucional de ampliação do sistema de seguridade social,

concretizando o caráter da universalidade ao seu tripé básico, qual seja: Assistência Social, Saúde e Previdência.

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.

Assim, torna-se necessário realizar estudos que não se limitem a fetichizar o tema intersectorial, mas sim provocar o debate arrolando categorias que estão intrinsecamente 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.

Portanto, a intersectorialidade é ao mesmo tempo conceito, estratégia e processo. Ressalta-se que como processo adquire algumas particularidades expressas da intencionalidade, já que sua concretização nasce de uma deliberação, de uma decisão ou escolha de gestão. Ademais, demanda o respeito às diferenças, singularidades de cada sujeito envolvido, bem como dos setores elencados para a ação.

No caso particular da política de Saúde se constata que nesses vinte anos de operacionalização do Sistema Único de Saúde, velhos problemas persistem e novos emergiram. Trata-se, portanto, de uma política operada em um sistema ainda em fase de consolidação e qualificação. Como sinaliza Fleury (2009),

A incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade das melhorias na gestão do sistema gerar melhorias correspondentes na gestão das unidades, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais, são desafios presentes no momento atual da reforma sanitária (FLEURY, 2009, p. 751).

Machado (2011) afirma que o campo da Saúde seria em tese mais afeito às articulações intersectoriais desde a constatação que o modo como o processo saúde-doença estava sendo enfrentado tempos atrás (problemas como morbidade e mortalidade por causas externas), utilizando-se como paradigma o modelo flexneriano, apresentava limitações que só poderiam ser superadas se fosse arrolada ao universo da saúde a importância das determinações sociais nesse processo e se, conseqüentemente, o setor construísse articulações intersectoriais com outras áreas de intervenção, como meio ambiente, Educação, Assistência Social, dentre outras.

Nesse sentido, o campo da Saúde vem experimentando a algumas décadas iniciativas de cariz intersectorial nos diversos programas e projetos advindos das políticas federais, estaduais e municipais de saúde. O fato do SUS ter elegido a estratégia da descentralização como fundante no seu processo de implementação, vem facilitar o processo intersectorial, já que exige estruturas institucionais mais flexíveis, horizontais e menos hierarquizadas.

Na perspectiva de Machado (2011) o processo de gestão intersectorial demanda a existência de espaços e instâncias de participação amplas e democráticas, fóruns onde o empoderamento dos sujeitos

envolvidos com o enfrentamento das demandas possa se configurar. Nesse sentido, o SUS desde 1989 incorporou tais instrumentos através da Lei 8.142, ou seja, a legislação que cobre o controle social na saúde é um importante facilitador das ações entre setores. No entanto, apesar dos avanços verificados nesses espaços, há muito que consolidar e aprimorar, principalmente no que se refere aos impactos que tais fóruns vêm produzindo na política de Saúde e o grau de legitimidade de seus representantes.

Ademais, Monnerat (2009) acresce que a própria LOS (Lei Orgânica da Saúde) aponta a importância da ação intersectorial quando incorpora o princípio da integralidade, dentre os princípios organizativos do SUS. Adverte ainda que apenas a noção de intersectorialidade pode vir a dar materialidade a uma atenção integral, embora aponte que o SUS após vinte anos de implementação pouco avançou neste aspecto, face às dimensões continentais que o país apresenta e a quantidade de arenas e atores que conformam o setor Saúde, o que resulta em inúmeros conflitos internos da política.

Diante do exposto, fica claro que a política de Saúde operada no SUS ainda apresenta nódulos de difícil enfrentamento, o que produz barreiras nos movimentos intersectoriais pretendidos dentro da sua própria estrutura interna, e, por conseguinte, para as políticas públicas que com ela devem manter conexão.

### **Entre a saúde e a adolescência: conjecturas acerca do atendimento do adolescente privado de liberdade no contexto intersectorial**

A Constituição de 1988 inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. Em 1990, deu-se a sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, sendo então instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). Este, por sua vez, pautou suas bases nos princípios da universalidade na cobertura, equidade, descentralização dos serviços e a integralidade.

Neste mesmo ano, é criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei 8.069/90 de 13 de julho de 1990, que segue a doutrina da proteção integral, cujo Estado brasileiro tem o dever de garantir as necessidades sociais da “pessoa em desenvolvimento”, neste caso, as crianças e adolescentes, considerando a adolescência a fase que vai dos 12 aos 18 anos de idade. A proteção integral 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.

O ECA contrapõe-se historicamente a um passado de controle e de exclusão social sustentado pelo Código de Menores (Lei 6.697, de 10 de outubro de 1979). O estatuto expressa os direitos da população infantojuvenil 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.

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 90, 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 (ONGs) no espaço comunitário.

Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) ressaltam que, gradativamente, os programas voltados para a saúde do adolescente perpassam 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.

Um dos programas precursores voltados para atenção à saúde do adolescente foi o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), fomentado pelo Ministério da Saúde n. 980/GM de 21 de dezembro de 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 são jovens de ambos os sexos com idade dos 10 aos 19 anos, caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo.

Neste sentido, reconhecendo a vulnerabilidade deste 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 em tese para aprimorar o atendimento da saúde voltado para os adolescentes e os jovens.

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 à violência de modo geral.

Vilas Boas et al. (2010) acrescentam que,

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 al., 2010, p. 228).

Além disso, vale ressaltar que as portarias e programas criados não incluíam em suas diretrizes o atendimento aos adolescentes em situação de privação de liberdade. Desse modo, a Portaria 1426/2004 vem aglutinar os parâmetros para implantação e sistematização das ações e serviços voltados para o atendimento à saúde dos adolescentes internos nas unidades socioeducativas.

A Portaria Interministerial 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.

Os adolescentes em conflito com a lei são amparados pela Lei 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 6.697/1979, 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.

Afora isso, na realidade de privação de liberdade há uma forte tendência em priorizar os trâmites processuais da medida socioeducativa imposta, em detrimento das garantias sociais inerentes aos adolescentes em conflito com a lei. A dimensão social do ato infracional é relegada, posto que a punição sobrepõe a condição de sujeito de direito.

Assim, balizado pelo Sistema de Garantia dos Direitos (SGD), o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), proposto no ano de 2006, vem como um sistema integrado que articula os três níveis de governo para o desenvolvimento dos programas e políticas sociais voltadas para adolescente autor de ato infracional. Para tanto, o SINASE é considerado um subsistema do SGD. Este último, por sua vez, integra o Sistema Educacional, Sistema de Justiça e Segurança Pública, Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Além disso, os dois elementos saúde e adolescência, que embora sejam de naturezas diversas e que desvelam expressões da questão social, guardam uma interdependência (e demandam ações intersetoriais) para o atendimento que se pretende. Porém, essa característica por si só não vem conseguindo se traduzir em ações efetivas, em que a saúde do adolescente atendido por instituições vinculadas formalmente à política de proteção não tem sido objeto de intervenções mais contundentes. E, ao partirmos para a realidade das instituições executoras de medidas socioeducativas, nos deparamos com um cenário de insulamento de direitos, cujo foco principal está vinculado à retirada do adolescente do convívio social. Embora os direitos sociais estejam convencionados em todo o arsenal normativo que permeia tal realidade, nos defrontamos com o minimalismo de tudo o que concerne às garantias sociais.



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 diversos que vão desde a miserabilidade extrema, passando 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.

Ao levarmos a cabo tal reflexão às condições objetivas de vida dos adolescentes privados de liberdade, percebe-se que a vulnerabilidade social é tomada em todos os ângulos: falta de um emprego formal na família, condições precárias ou ausência de moradia, drogadição, violência doméstica, abuso e exploração sexual, falta de alimentação. A renda da família expressivamente se dá apenas através do programa socioassistencial do Bolsa Família, em suma, o adolescente autor de ato infracional, nada mais é do que um reflexo de destituições de direitos.

Para tanto, no âmbito da saúde, a intersectorialidade ganha contornos bem específicos, haja vista a reversão (ampliação) que o conceito do processo saúde-doença sofreu e que engendrou 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, que atualmente vem retomando muitas das bandeiras de lutas originadas na década de 1980.

Neste sentido, a intersectorialidade desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde (2001) é refletida na visão atual do Ministério da Saúde (MS), colocando a intersectorialidade 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.

Conforme assinalado anteriormente, a intersectorialidade 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 intersectorialidade 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. Intersectorialidade 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 intersectorialidade 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 intersectorialidade 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 intersectorialidade, 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.

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.

Assim, 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, p. 123).

De fato, ao tecermos análise sobre o arcabouço normativo que permeia as políticas sociais, em especial o SUS e o ECA, comprovamos conexões e convergências de princípios e intenções. No entanto, no plano concreto há profundas dissonâncias que atravessam o campo da gestão e da política.

Para tanto, 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. 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 de seletividade no acesso. Mesmo a 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.

## **Considerações finais**

Apesar da retórica observada em várias instâncias institucionais relacionadas ao cumprimento das diretrizes do ECA, a realidade dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no Brasil é marcada pela inexistência de uma rede de proteção social destinada a atender integralmente suas demandas.

Em relação ao atendimento prestado pela política de Saúde aos adolescentes em privação de liberdade, percebe-se claramente a não utilização dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o que poderia ser minorado se as ações fossem executadas a partir da lógica intersetorial.

No entanto, intersetorialidade pressupõe mudanças endógenas das políticas de proteção social e exógenas, destas entre si e depende, por outro lado, da troca de saberes entre os agentes que

materializarão os direitos sociais. Por um lado, isso impõe a mudança (homogeneização) das estruturas institucionais das políticas públicas nacionais (as de corte social em particular), ou seja, é necessário que os padrões de financiamento e gestão sejam pensados de modo articulado e não setorializado. Demanda também a consolidação e amadurecimento da ideia de proteção social alargada e modificações rigorosas no modo como os saberes são produzidos e repassados nos processos de formação profissional, já que a intersectorialidade e a interdisciplinaridade guardam uma dependência entre si.

Apesar das iniciativas governamentais no sentido de criar programas específicos voltados ao adolescente privado de liberdade, se verificam graves distorções na própria política de Saúde, desarticulada das demais políticas que compõe o tripé da seguridade social brasileira, e passando nestes vinte e um anos de operacionalização do Sistema Único de Saúde por um gradativo desfinanciamento e desqualificação do seu potencial gerencial. Ademais, pensar em movimentos intersectoriais entre estas duas políticas sociais demanda rever os níveis de complexidade em saúde, já que na atenção básica os problemas estruturais do Programa Saúde da Família não permitem a extensão de seus cuidados aos adolescentes institucionalizados, na atenção secundária se verifica a limitação da oferta das especialidades médicas e na atenção terciária se constata o sucateamento da rede hospitalar, onde a demanda é sempre maior que a oferta.

Há de fato um distanciamento considerável entre a situação destes adolescentes e o que de fato o Estado vem garantindo, e não será apenas acionamento da intersectorialidade como estratégia de gestão e intervenção que irá garantir a reversão desse quadro.

## Referências

- ANDRADE, L. O. M. de. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Alexandre de Moraes (Org.). 20. edição, 2003.
- BRASIL. Caderno da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2011.
- \_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. 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](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34089&janela=1)>. Acesso em: 12 dez. 2010.
- BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na saúde mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, ago./dez. 2010.
- DEL-CAMPO, E. R. A.; OLIVEIRA, T. C. *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Atlas, 2008. (Série Lituras Jurídicas)
- FERREIRA V. S.; SILVA. L. M. apud MONNERAT, Giselle Lavinias. *Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do Programa Bolsa Família*. Rio de Janeiro; 2009. Tese (doutorado) apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com Intersectorialidade. *Cadernos FUNDAP*, n. 22, 2001, p. 102-110.
- \_\_\_\_\_. Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saúde e Sociedade*, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.
- MACHADO, L. A. Construindo a intersectorialidade. Disponível em: <<http://portalses.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 21 jun. 2011.
- MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Política Social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *SER Social*, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009.
- PEREIRA, P. A. Como conjugar especificidade e intersectorialidade na concepção e implementação da política de assistência social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 77, 2004.
- PIMENTA, C. A. M. Juventude, violência e políticas públicas. *Espaço Acadêmico*, São Paulo, n. 75, ago. 2007.

RAPOSO, C. A política de atenção integral à saúde do adolescente e jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Em Pauta*, v. 6, n. 23, jul. 2009.

SPOSATI, A. Especificidade e litersetorialidade da política de assistência social. *Serviço Social & Sociedade*. Assistência social, políticas e direitos, São Paulo, Cortez, n. 77, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. de S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, UFRN, v. 14, n. 2, p. 133-147; jul./dez. 2002.

VILAS BOAS, C. C. et al. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 2010.