



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL – CSS**

CILENE JOSÉ MARQUES

**POLÍTICA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE: UMA ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE**

CAMPINA GRANDE- PB

DEZEMBRO DE 2015

CILENE JOSÉ MARQUES

**POLÍTICA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE: UMA ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social. Campus I – Campina Grande - PB.

Orientador: Prof^o.Ms. William Almeida de Lacerda

CAMPINA GRANDE- PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M357p Marques, Cilene José
Política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente [manuscrito] : uma análise da intersetorialidade na saúde / Cilene Jose Marques. - 2015.
31 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.
"Orientação: Prof. Ms. William Almeida de Lacerda, Serviço Social".

1.ECA. 2.Intersetorialidade. 3.Política de Atendimento. 4. Política de saúde pública. I. Título.

21. ed. CDD 362.7

CILENE JOSÉ MARQUES

Artigo: POLÍTICA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: uma análise daintersetorialidade na saúde

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social. Campus I – Campina Grande - PB.

Orientador: Prof^o. Ms. William Almeida de Lacerda

Aprovada em 14/12/2015.

BANCA EXAMINADORA

William Almeida de Lacerda

Prof^o. Ms. William Almeida de Lacerda/UEPB

(Orientador)

Thaísa Simplicio Carneiro Matias

Prof^a Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias/UEPB

(Examinadora)

Glaucineth C. de Albuquerque Lima

Prof^a Ma. Glaucineth Cavalcante de Albuquerque

(Examinadora)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia; ao meu pai José Martins Marques, minha mãe Noêmia Francisca Marques, aos meus irmãos e ao meu noivo Valmon Azevedo Nascimento.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pelo dom da vida, por ter me dado astúcia, sabedoria e força para chegar até aqui. Apenas quem passa sabe como é difícil sair de sua cidade de origem após um dia de trabalho e seguir na caminhada do estudo, mas Deus sempre em sua infinita bondade, nos dá força o suficiente para progredir.

Agradeço em especial a minha mãe e ao meu pai aqui da terra, Dona Noêmia Francisca Marques e José Martins Marques, por sempre terem sido a base fundamental de tudo em minha vida, constantemente me dando força e apoio em todos os momentos de minha jornada, para continuar com meus estudos, ingressar e concluir minha formação acadêmica. Todas as palavras que eu tente descrever aqui serão poucas para demonstrar meu reconhecimento e gratidão.

A todos os meus familiares irmãos e irmãs. Amo todos!

Meu agradecimento todo especial, ao meu primo amigo e irmão de coração Eraldo Ferreira Barboza, por sempre e em todos os momentos de minha jornada estar presente, dando apoio, incentivo e sendo base que necessitava para que pudesse chegar até aqui. Cada e qualquer palavra que eu possa descrever, não será suficiente para demonstrar o tamanho amor, carinho, respeito, admiração e agradecimento por tudo que tens feito por mim.

Agradeço a minha turma de Serviço Social, em especial a Márcia Farias, Karla Waleria, Berto Nascimento e Anna Gabrielly. Enfim, a toda a minha turma que deixaram saudades e serão exemplos de profissionais a serem seguidos. Amo cada um em sua particularidade.

Deixo meu agradecimento ao meu noivo Valmon Azevedo, por ter me ajudado, compreendido e entendido alguns momentos de estresse que passamos. Por muitas vezes ter ajudado em minha jornada acadêmica e pelo seu carinho, paciência, dedicação e amor. Que foram muito importantes nessa vitória. Amo-te amor meu.

A minha querida amiga e Assistente Social Elida Leidaine, por sempre ter me dado força e seu empenho sempre que necessitei. As minhas amigas e companheiras Bemvida, Maria Araújo, Rivângela, Maria do Socorro, Joselma, meu amigo irmão de coração Isaque Francisco, Josilma e minha madrinha Andréa Soares. E agradeço a todos por tudo, pois quando mais precisei sempre pude tê-los junto a mim, amo todos vocês. Também a todos os meus amigos e colegas, que são especiais em minha vida.

Agradeço a equipe de Assistentes Sociais do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no qual tive a honra de estagiar junto a pessoas especiais, pacientes e

comprometidas. Gizelda Batista Lima, minha Supervisora de Campo, a Vivian Kelly, Elineuza e Nilciete obrigada a todas pela paciência e carinho que tiveram conosco e por mim. ASandra Amélia Sampaio Silveira, Supervisora Acadêmica. Que Deus abençoe todos vocês.

Quero deixar meu agradecimento especial ao Professor William Almeida, meu orientador, muito obrigado professor, por toda paciência e empenho! E às professoras Thaísa Simplício e Glaucineth Cavalcante de Albuquerque por aceitarem o convite de participarem da minha banca, obrigada.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO..... | 7 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. A POLÍTICA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DOS ADOLESCENTES: contextualização a partir da Constituição Federal de 1988 | 13 |
| 3. POLÍTICA DE ATENDIMENTO A PARTIR DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA) | 16 |
| 3.1 Instituições ligadas ao sistema de garantia em defesa dos direitos da criança e do adolescente brasileiros | 19 |
| 4. A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: a relação com a política de atendimento a criança e ao adolescente e a reforma sanitária..... | 22 |
| 4.1 Políticas de saúde que antecede a Constituição Federal de 1988 | 22 |
| 4.2 Intersetorialidade e política pública de saúde brasileira | 25 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |
| REFERÊNCIAS..... | 30 |

LISTA DE SIGLAS

CRAS – Centros de Referências de Assistência Social
CCSA – Centro de Ciências Sociais Aplicadas
CREAS – Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CSS – Curso de Serviço Social
CF– Constituição Federal
CT – Conselho Tutelar
CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes
CEDCA O – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente
COMDICA – Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
DSS – Departamento de Serviço Social
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM – Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro
IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPB – O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS – Instituto de Seguridade Social.
LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LBD – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MNMMR – Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
NOB-SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PBF –Programa Bolsa-Família

PNAS –Política Nacional de Assistência Social

SAM – Serviço de Assistência ao Menor

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SCFV – Serviços de Convivências e Fortalecimento de Vínculos

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

A POLÍTICA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: UMA ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE

Cilene José Marques

RESUMO: A Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Único de Saúde, marcaram a intersectorialidade entre as duas políticas, no sentido de trazer avanços significativos em relação à efetivação dos direitos da criança e do adolescente. Nesse sentido o presente artigo tem como objetivo analisar a política de atendimento à criança e ao adolescente, e sua relação com a intersectorialidade na política de saúde pública, destacando a política de atendimento a partir da Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica fundamentado no método crítico-dialético, aborda as contribuições teóricas dos principais autores que discutem essa temática. A análise proposta nessa pesquisa nos apontou que a política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente na intersectorialidade, tem sua escassez na questão social vinculada com a desigualdade social nas diversas formas de se inserir na sociedade. Sendo antes da Constituição de 1988, uma política assistencialista e repressora. Não possuía um atendimento através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Essas ações passando a existir com a constituição e o estatuto da criança e do adolescente. A pesquisa indicou que a intersectorialidade surgiu como uma rede de articulações entre os gestores das políticas públicas, e a ganha visibilidade como instrumento estratégico de otimização de saberes, e conhecimentos em prol de um objetivo comum e prática social compartilhada, no sentido de viabilizar os direitos da criança e do adolescente.

Palavras-chave: ECA, Interssetorialidade, Política de Atendimento.

ABSTRACT: The 1988's Federal Constitution, the Statute of Children and Adolescents and the National Health System, marked the intersectionality between the two policies in order to bring significant advances in relation to the realization of the children and adolescents' rights. In this sense, the present article aims to analyze the child care policy and adolescents, and its relation to the intersectoral approach in public health policy, highlighting the care policy from the 1988's Federal Constitution and the Statute of Children and adolescents. This is a bibliographic nature founded on the critical - dialectical method, discusses the theoretical contributions of the main authors who discuss this topic. The proposed analysis in this research pointed out that the care policy of the rights of children and adolescents in the intersectionality, has its scarcity in social issues linked to the social inequality in several ways to be inserted in society. It is before the 1988's Constitution, there was an assistential and repressive policy. Did not having a care through a set of government and non-governmental articulated actions, of the Union, the States, the Federal District and the cities. These actions coming to exist with the constitution and the child and adolescent's statute. The research has indicated that intersectionality emerged as a network of links between the public policies managers, which have been gaining visibility with strategic tool of knowledge's optimization, and knowledge towards a common goal and shared social practice, in order to provide the child and adolescent's rights.

Keywords: ECA. Intersectoriality, Attendance Policy.

1. INTRODUÇÃO

A política de atendimento no art. 227 da Constituição Federal de 1988 nos deixa claro que, é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2004).

No ECA, a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Assim as políticas de atendimento a criança e ao adolescente é de responsabilidade de todos, ou seja, dever de toda a sociedade em fazer-se cumprir os direitos existentes de todos, em especial ao infante-juvenil, exigindo, fiscalizando, e executando os direitos pertencentes.

Nesse sentido, a política de atendimento a família na educação, saúde, segurança pública, cultura, esporte, lazer e da pessoa com deficiência física. Demanda a implementação de políticas públicas, melhores condições no atendimento à criança e ao adolescente, necessitando de novos conceitos e visões na intersetorialidade, novos conhecimentos em relação às conjunturas de saúde no que rege aos direitos sociais, especialmente em relação a parcerias com outros órgãos na saúde e nos demais setores.

Assim, a intersetorialidade na política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente, tornar-se instrumento e métodos realizáveis aos novos princípios constitucionais de gestão e efetivação dos novos conteúdos nas políticas públicas. Em conjuntura surge o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, órgão de articulação e integração operacional entre os diversos setores e órgãos direta ou indiretamente envolvidos no atendimento de crianças e adolescentes, é ele que busca o entendimento com os Conselhos Setoriais, Assistência Social, Educação, Saúde, Segurança Pública (sobretudo o Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário).

Nessa perspectiva, as instituições precisam se articular no sentido da realização de uma real política de atendimento à criança e ao adolescente, devendo ser aplicado também o atendimento às suas famílias.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a política de atendimento a criança e o adolescente, destacando a questão da intersetorialidade no campo da saúde

pública, identificando os avanços e limitações no campo da política de atendimento à criança e o adolescente, especialmente na questão da intersetorialidade na política de saúde pública.

O interesse em abordar essa temática, surgiu a partir da experiência vivenciada no Estágio Supervisionado obrigatório em Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), ocorrido a partir de novembro de 2013 a dezembro de 2014, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) em Campina Grande/PB.

O presente artigo trata-se de um resultado de pesquisa bibliográfica, que segundo Prestes (2008), para efetuar esse tipo de pesquisa, deve-se fazer um levantamento dos temas e tipos de abordagens já trabalhados por outros estudiosos, assimilando-se os conceitos e explorando-se os aspectos já publicados, tornando-se relevantes levantar e selecionar conhecimentos já catalogados em bibliotecas, editoras, videotecas, na internet, entre outros. Assim, foram realizadas leituras em principais obras de autores que trataram da temática em destaque, fundada no método crítico-dialético, uma vez que, o mesmo torna possível a compreensão das divergências e diversidades entre os contextos, abordando os aspectos econômicos, sociais, políticos, cultural e ideológico que os ocorrem.

Sendo assim, partimos das seguintes indagações: qual a importância da intersetorialidade no campo da política de atendimento a criança e ao adolescente? Quais as limitações e avanços apresentados para a efetividade no campo da intersetorialidade na política de saúde, destacando a política de atendimento a criança e ao adolescente? Qual a importância da política de atendimento a criança e ao adolescente no sentido de efetivar direitos sociais desse segmento populacional?

Assim, consideramos que a análise ora proposta poderá contribuir para os profissionais, estudiosos da área de saúde e os demais órgãos de atendimento ao direito da criança e do adolescente, no sentido de traçar estratégias de ação no cotidiano das instituições em conjunto com outros órgãos. Além disso, a relevância deste estudo consiste em contribuir para os profissionais, usuários, estudantes, pesquisadores e a sociedade em geral, tendo em vista tratar de uma temática ainda não e/ou explorada no campo da pesquisa, sobretudo na perspectiva de fortalecimento da intersetorialidade entre os órgãos de atendimento ao direito da criança e do adolescente no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Será abordado na política de atendimento aos direitos da criança e dos adolescentes na Constituição Federal de 1988, seu contexto a partir do século XIII no Brasil, os direitos na constituição com a Carta Brasileira em meados de 1934, em seus aspectos, atribuições e problemas existentes antes da Constituição. Política de atendimento a partir do estatuto da criança e do adolescente (ECA), seus entraves e avanços. E a intersetorialidade na política de

saúde em relação com a política de atendimento a criança e ao adolescente, a reforma sanitária, após golpe de 1964 e a implantação da ditadura militar, proposta da reforma sanitária e intersetorialidade na saúde, como rede e instrumento estratégico na partilha de saberes.

2. A POLÍTICA DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DOS ADOLESCENTES: contextualização a partir da Constituição Federal de 1988

Faremos uma breve contextualização das políticas de atendimento à criança e do adolescente, a partir da Constituição Federal.

No que se refere aos direitos na Constituição, a Carta Brasileira em meados de 1934, no governo de Getúlio Vargas, designou-se como objetivos, trazer melhorias nas condições de vida dos brasileiros e sobre tudo, foi a primeira a defender e buscar melhorias no que diz respeito à proteção de crianças e adolescentes proibindo todo e qualquer tipo de trabalho aos menores de 14 anos e trabalho noturno aos maiores de 18 anos (GIAQUETO, 2006,p.6). Houve, pois na sociedade brasileira uma inovação na Constituição.A Organização dos Direitos Humanos (ONU) aprova uma declaração em que aumenta os direitos da criança e do adolescente em 1935. E por alguns anos passando por vários países, é finalmente aprovado anos seguintes dando vigor ao ECA, em 2 de setembro de 1990 (GIAQUETO, 2006, p.13).

A partir da intervenção do Estado nos direitos da criança e do adolescente, nesse período no Brasil, acontece a criação do Código de Menor em 1927, e o Serviço de Assistência ao Menor (SAM). Ficando reconhecido pela sociedade e pelo Estado em 1941, “o problema do Menor, como uma Questão Social”. Representando neste sentido, uma preocupação com a questão social ligada à infância no início do Século XX (GIAQUETO, 2006,p.7).

O SAM tinha como objetivo proporcionar em todo território nacional, uma assistência social, aos menores carentes e infratores da lei penal (MPAS/FUNABEM, 1984), (GIAQUETO, 2006,p.7). Ou seja, passando então o Estado a ter deveres com os menores, devido à pobreza e ao abandono existentes.

A existência do SAM foi bastante conturbada, considerada inadequada ao tratamento dos menores. Após várias críticas tanto da sociedade civil como do próprio Estado ao modo de funcionamento, o SAM foi extinto em 1964, dando surgimento a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM). “Herdeiro do SAM, as péssimas condições de higiene,

instalações precárias, ensino deficiente, nenhuma orientação pedagógica, alimentação insuficiente e muitos castigos” (GIAQUETO, 2006,p.7). As crianças desapareciam dentro de uma real prisão, de “muros altos, metralhadoras e faróis”. Os abusos sexuais eram acontecimentos existentes dentro dos muros das prisões com as crianças e adolescente, algo não distante e diferente do que ainda acontecem em dias atuais na realidade infanto-juvenil, nas instituições em que são postas.

A FUNABEM originou então a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), instalada em 1976 durante o regime Militar, que segue o mesmo aspecto dos anteriores a ele, ou seja, não transformou a realidade vivenciada no SAM. As péssimas condições e o tratamento dado aos meninos e meninas continuaram sendo igual, com a ideologia da segurança nacional. Não existindo uma política de atendimento e de proteção adequada, não havia política de proteção, mesmo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) já implantado nos anos 90, as FEBENS mantiveram os mesmos poderes, autoritários, repreensivos e punitivos dos anteriores. Ocorreram várias denúncias acerca dos maus-tratos e punições existentes nas FEBENS. Vindo a ser desativada por esses motivos e cedendo origem as Fundações Casas para aquelas Crianças e Adolescentes autor de Infração Penal, “Menores Infratores”. (GIAQUETO, 2006, p.8).

Destacando que, em 10 de Outubro de 1979, o governo expediu a lei nº 6.697 instituindo então o novo Código de Menores. “O segundo código do Menor acolheu a chamada doutrina da proteção Irregular do Menor”, (GIAQUETO, 2006 p.8). O Código do Menor nessa segunda fase, também não alcançava a todas as crianças e adolescentes, mas apenas aquelas consideradas Irregulares (abandonadas, inadaptadas, carentes e infratores).

Deixando evidente a discriminação que era pregada aos mesmos na própria Doutrina existente principalmente aos que procediam tais direitos, nos quais:

Os Juízes de Menores, responsáveis por decisões e encaminhamentos, eram investidos de um imenso poder, por vezes utilizados ideologicamente para criminalizar e penalizar a miséria e a pobreza. O código imitava-se a assegurar proteção para os carentes e abandonados (por meio da separação da família e internação em instituição pública ou conveniada) e propor vigilância para os inadaptados e infratores, utilizando o mesmo conjunto de medidas judiciais tanto para os casos sociais (famílias pobres e miseráveis) como para os que envolviam conflitos de natureza jurídica. (GIAQUETO, 2006,p.8).

Com os casos de maus tratos e discriminação em evidencia contra crianças e adolescentes em 1980, obtém-se as mobilizações populares que ganharam força e vigor da

sociedade em busca de medidas sociais de proteção e pressão por mudanças na legislação. As crianças e adolescentes antes nomeados de delinquentes, passam a ser chamados de menores infratores com algumas mudanças ainda no Código de Menor.

Com a Constituição trazendo um Estado Democrático na política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente, e com a organização de todos em busca de mudanças significativas na substituição do Código de Menor para a mudança de concepção e ampliação dos direitos deste segmento populacional, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nesse período Criança e do Adolescente já mencionado anteriormente, são considerados sujeitos desprovidos de seus direitos. Na busca de alternativas por melhorias as repressões do modelo atual com as mobilizações e articulações foram realizadas diversos encontros, no qual em 1985, efetuou-se na fundação do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR).

Entidade de lutas pelos direitos da criança e do adolescente, visando a articulação política e a parceria entre pessoas envolvidas na problemática, com finalidade de exercer ações políticas que levassem a transformação da realidade. Em 1986 em Brasília, realizou-se o Primeiro Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua, no qual, os participantes eram crianças de ruas, que ganhavam a vida nas grandes capitais lavando carros, engraxando sapatos entre outros, de futuros incertos, que eram assistidas por algum tipo de organização não-governamental (GIAQUETO, 2006, p.11).

As articulações dos movimentos sociais e das diversas instituições sufocados pela ditadura começam a mostrar-se presente nas mobilizações e nas propostas evidentes.

Do mesmo modo, não ficando distinto com o movimento pela infância e adolescência. Havendo o primeiro rompimento feito,

PelaAssembléia Nacional Constituinte, que se reuniu, a partir de fevereiro de 1987, para elaborar aquela que se tornou a Constituição de 1988. Os movimentos sociais, a sociedade civil organizada, souberam aproveitar a intolerância com o paradigma vigente e coletaram mais de um milhão e trezentas mil assinaturas, para sugerir ao legislador constituinte dispositivo que garantissem os direitos da criança e do adolescente com prioridade absoluta (BRASIL, 2004).

Promulgada no dia 5 de outubro de 1988, a Constituição Federal instituiu um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais. No Art. 1º, trouxe como objetivos fundamentais na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, na erradicação da pobreza e redução das desigualdades sociais, e na promoção do bem de todos, sem preconceitos ou discriminação, fundada na harmonia social e comprometida (BRASIL, 2004).

Observa-se que, os direitos da criança e do adolescente na política de atendimento antes da Constituição de 1988, não ganhavam avanços nas políticas sociais, por ausência de Estado de direito, de democracia, falta de expressão, e por causa da Ditadura Militar. Uma realidade na qual a criança e o adolescente não tinham voz tanto da sociedade, como do próprio Estado em aplicar e reconhecer os direitos existentes.

Existindo antes uma política de atendimento repressora, voltada às situações irregulares, em que a criança e o adolescente só eram vistas quando estavam em uma situação desigual, não incluído em uma família.

Com a nova Constituição Federal, surge então, uma nova ordem institucional, voltada à promoção e proteção dos direitos de crianças e adolescentes, garantindo assim, a inclusão de artigos importantes, dentro do modelo criança sujeito de direitos, não mais, como sujeito irregular, desprotegido.

Com base nos direitos sociais contidas na regulamentação da Constituição Federal de 1988, foram instituídas as seguintes disposições legais:

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal n. 8.069/90), a Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei Federal n. 8.080/90); a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda (Lei Federal n. 8.242/91); a Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (Lei Federal n. 8.742/93), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (Lei Federal n. 9.394/96); a Lei Orgânica de Segurança Alimentar – Losan (Lei Federal n. 11.346/06), além da recente integração dos serviços sociais, por meio do Sistema Único de Assistência Social – Suas. Esse aparato legal criou condições de assegurar as diretrizes de políticas sociais básicas, com capacidade de atender às necessidades primordiais da população, como saúde, educação, cultura, alimentação, esporte, lazer e profissionalização, consideradas o acesso aos direitos sociais uma dimensão da cidadania (BRASIL, 1990).

No entanto, se o direito da criança e do adolescente passou a existir nas políticas públicas de saúde e nas políticas sociais, foi porque houve um longo período de lutas, e que essas lutas ainda permanecem em nossa realidade atual.

Assim buscaremos entender esses direitos conquistados na política de atendimento com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente no próximo item.

3. POLÍTICA DE ATENDIMENTO A PARTIR DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)

A partir da Constituição Federativa do Brasil, no art. 227, estabelece o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Passa então a vigorar a lei em prol da criança e do adolescente, lei que exigisse os direitos constituintes na sociedade. Destarte, da origem ao Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A Lei 8069/90), sancionado pelo então presidente Fernando Collor, no dia 13 de julho de 1990, em substituição ao Código de Menores (GIAQUETO, 2006, p.14).

No ECA em seu Art. 3º diz claramente que, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Assim, uma sociedade infanto-juvenil com mais direitos (BRASIL, 1990, p.3).

O ECA também incluiu várias mudanças no que se refere à questão da Infância no Brasil. Dentre elas há substituição do termo MENOR para criança e adolescente, passando nesse sentido a criança e o adolescente na condição sócio jurídico infanto-juvenil, incluída na sociedade como (cidadãos) sujeitos de direitos, não mais como sujeitos de intervenção. Uma conquista que decorre, como um avanço na esfera das políticas sociais. Frisa que a política de atendimento, tem seu funcionamento adequado através dos conselhos de direitos e da participação popular, que busca a construção de estado democrático para todos.

No Artigo 86, esclarece que a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Linhas de ações das políticas de atendimento como:

I - políticas sociais básicas;

II - políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem;

III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV - serviço de identificação e localização de pais, responsáveis, crianças e adolescentes desaparecidos;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

VI - políticas e programas destinados a prevenir ou abreviar o período de afastamento do convívio familiar e a garantir o efetivo exercício do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes

VII - campanhas de estímulo ao acolhimento sob forma de guarda de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar e à adoção, especificamente inter-racial, de crianças maiores ou de adolescentes, com necessidades específicas de saúde ou com deficiências e de grupos de irmãos.

Neste caminho, o referido Estatuto estabelece como diretrizes da política de atendimento, inovando os seguintes aspectos:

I - municipalização do atendimento;

II - criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais;

III - criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa;

IV - manutenção de fundos nacional, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente;

V - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional;

VI - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Conselho Tutelar e encarregados da execução das políticas sociais básicas e de assistência social, para efeito de agilização do atendimento de crianças e de adolescentes inseridos em programas de acolhimento familiar ou institucional, com vista na sua rápida reintegração à família de origem ou, se tal solução se mostrar comprovadamente inviável, sua colocação em família substituta, em quaisquer das modalidades previstas no art. 28 desta Lei;

VII - mobilização da opinião pública para a indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade.(BRASIL, 1990, p.33).

Nesse sentido nas políticas públicas os órgãos de atendimentos em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, ganha avanços significativos na sociedade, com a diminuição

dos maus tratos e melhorias na política de atendimento, no qual, não existindo em décadas anteriores a Constituição Federal de 1988.

3.1 Instituições ligadas ao sistema de garantia em defesa dos direitos da criança e do adolescente brasileiros

Com a existência da Constituição Federal e o ECA passaram-se a existir avanços significativos nas políticas de atendimento a criança e ao adolescente como os órgãos de defesa de direitos, formuladores de políticas públicas em nível nacional, Estadual e Municipal, as ações intersetoriais, órgãos governamentais e não governamentais em favor do segmento populacional em tela. Sendo representados por membros da sociedade em eleições populacionais na garantia de execução das políticas públicas, dentre esses avanços existentes, estão os conselhos:

- Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes, criado em 1991, pela Lei nº 8.242 (CONANDA).
- O Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente, criado pela Lei Estadual nº 11.889/91 que foi alterada pela Lei 12.934 de julho de 1999 (CEDCA).
- Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e adolescente se fez necessário para atender as características específicas de cada região. Sendo, um órgão deliberativo, fiscalizador das ações políticas e com participação popular. Criado por determinação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90. (COMDICA).
- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente se constitui nos termos do artigo 230, da Lei Orgânica do Município (CMDCA).
- Adoção da Convenção Internacional dos Direitos das Crianças, Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Lei Orgânica da Saúde (LOS).
- Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)
- Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (Medida Provisória).
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI, PROJÓVEM) nos dias atuais, os Serviços de Convivências e Fortalecimento de Vínculos- (SCFV)
- Criação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Criação do Programa Bolsa-Família (PBF)

- Substituição do Ministério da Previdência e Assistência Social pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Política Nacional de Assistência Social (PNAS)
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB-SUAS)
- Lei Orgânica de Segurança Alimentar
- Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.
- As Conferências Federais, Estaduais e Municipais com participações da sociedade.

Nessa perspectiva de avanços envolvendo as políticas de atendimento ao direito da criança e do adolescente, temos na atualidade as grandes conquistas e também os desafios que são postos com a intersectorialidade na perspectiva de trazer novos questionamentos às políticas sócias, em relações a parcerias com diversos órgãos e profissionais tanto da saúde como das demais políticas de atendimento.

Nesse contexto intersectorial de sistema de garantias em defesa dos direitos das crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar surgiu na data do dia 13 de julho de 1990, junto com Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei 8.069. Os Conselhos Tutelares são órgãos municipais nomeados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, é permanente e autônomo, não-jurisdicional, ou seja, não julga, não faz parte do judiciário, não aplica medidas judiciais. Atua na proteção da efetivação dos direitos negligenciados (CONANDA, 2007, p. 53).

O Conselho Tutelar trabalha no atendimento aos direitos da criança e do adolescente sempre que forem ameaçados ou violados, por ação ou omissão da sociedade, estados ou familiares. O Conselho Tutelar, em suas atribuições também participa no acompanhamento e fiscalização de ações em conjunto com outros órgãos, sempre que se faz necessário em situações de ameaças aos direitos infanto-juvenis. Seguindo assim, as medidas de proteção as demandas existentes na saúde quando imprescindível ao atendimento (BRASIL, 1990, p.56).

Nas políticas de atendimento, os conselhos tutelares surgem como um órgão de garantia em defesas dos direitos das crianças e dos adolescentes. Os municípios e a sociedade passando a contar com mais políticas em defesas dos direitos infanto-juvenil nas políticas intersectoriais, que surge como avanço, e segue buscando novos horizontes nas dificuldades existentes, em relação às parcerias conjuntas com os demais órgãos das políticas públicas.

Nesse espaço, vale salientar também a importante atuação do Assistente Social no contexto intersectorial no campo da ação social na saúde, relacionando-se na perspectiva da totalidade social existente na sociedade capitalista. Existindo na questão social sua premissa

de fundamentação profissional, ocorrendo na saúde alguns conceitos importantes a serem destacados; “concepção de saúde, integralidade, intersetorialidade, participação social e a interdisciplinaridade” é o alicerce da atuação profissional dos assistentes sociais e dos demais na saúde.

Que tem como competências profissionais a serem executadas nas demandas sociais as execuções, elaborações, encaminhamentos, orientações, planejamentos e etc. Proporcionando nesse âmbito melhores formulações na fundamentação de seus serviços sociais assistenciais nas políticas públicas de atendimento a sociedade.

Portanto, apesar do ECA ter apenas vinte cinco anos (25) de existência, grandes conquistas foram alcançadas como os conselhos em defesa dos direitos infanto-juvenil, as políticas públicas, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que vem atribuir responsabilidades, definir competências, estabelecer padrões de atendimento, organizações do cofinanciamento e atribuições ao funcionamento das ofertas e proteções políticas de acordo com cada município. Expandindo também, os Centros de Referências de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) em nível de proteção, básica e especial, reconhecendo as situações vulneráveis e de riscos. Desta forma, as políticas setoriais não trabalham isoladamente, e sim, em conjunto e com as atribuições de diversos órgãos de garantias e intervenções nos direitos humanos. Principalmente a compreensão e intervenção popular e dos diversos profissionais em conjuntos. Mesmo com todas as fragmentações existentes no exercício profissional e na sociedade com as dificuldades encontradas nas efetivações dessas políticas públicas e no decorrer do exercício profissional.

Assim sendo, mesmo com todas as dificuldades encontradas no caminho a sociedade ganha espaço e voz na garantia de seus direitos, mas, contudo, sabemos que ainda há muitas lutas e conquistas a serem alcançadas na garantia do direito infanto-juvenil em nossa sociedade, principalmente no que diz respeito à desigualdade existente na sociedade capitalista, bem como as políticas antecedentes a Constituição de 1988, com os entraves ocorridos com o golpe de 1964, movimento de reforma sanitária e as políticas de intersetorialidade com seus avanços e dificuldades existentes na sociedade, como as precárias condições de vidas para certos grupos de crianças e adolescentes, desprovidas de algumas políticas públicas.

Vale lembrar aqui, a discursão da redução da maioria penal na contemporaneidade, sendo uma ofensa aos direitos constituídos no Estatuto.

Neste momento de intenso debate sobre a redução da maioridade penal e claro ataque ao ECA, cabe perguntar o que pode ser feito para evitar retrocessos na conquista de garantia dos direitos da criança. Um caminho é, de fato, priorizar a criança, um dos lemas do ECA, com foco total sobre os recursos e meios necessários para assegurar a implementação das ações que constam das políticas públicas existentes. Essas ações, visando à promoção e universalização de direitos, devem se dar em âmbito intersetorial, envolvendo, além da saúde, educação, cultura e assistência social, todas as áreas que dizem respeito ao bem-estar da população infantil. É também crucial identificar e combater as condições que favoreçam a perpetuação de situações de risco e vulnerabilidade social que afetam crianças, adolescentes e suas famílias (RIZZINI, p. 1).

Para que esse retrocesso não aconteça no Estatuto, é necessário que haja maior visibilidade e luta dos profissionais, da sociedade e dos órgãos em prol dos direitos da criança e dos adolescentes. Pois, se os direitos contidos no Estatuto foram frutos de lutas, o mesmo a sociedade não pode deixá-los retroceder.

4. A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: a relação com a política de atendimento a criança e ao adolescente e a reforma sanitária

4.1 Políticas de saúde que antecede a Constituição Federal de 1988

É necessário conhecer um pouco da história da organização da Reforma Sanitária no Brasil antes da Constituição de 1988, para entender sua importância na sociedade em relação aos direitos conquistados, e o que a mesma representa para a política de saúde no Brasil. Surgindo diante desses desafios a rede de política intersetorial.

Para a sociedade brasileira, a política de saúde que antecedia a Constituição de 1988, era um modelo de saúde estimado ao mercado privado, principalmente, no que se referenciava ao acúmulo econômico capitalista em período de instalação da ditadura militar, fase de desenvolvimento da crescente propagação da “questão social”. Período esse, crescente ao modelo de medicina filantrópico assistencialista para os trabalhadores, exemplos disso, às “Santas Casas de Misericórdias”, e outras medidas de ações de saúde existente no período.

No que tange à saúde pública esta se reduzia, basicamente, as ações campanhistas de combate às epidemias como a febre amarela, peste bubônica, varíola, etc., implementadas através de programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano. Nos anos de 1930, com Getúlio Vargas à frente da presidência da república, foram criados o Ministério do Trabalho e

os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), pois as CAPS não beneficiavam todas as categorias. Os IAPS foram estendidos progressivamente aos trabalhadores das diversas categorias, a exemplo dos Comerciais (IAPC) em maio de 1934; Bancários (IAPB) em julho de 1934; Industriários (IAPI) em dezembro de 1936 a outras categorias profissionais nos anos seguintes. Tais institutos ofereciam basicamente os mesmos benefícios que as CAPS (BRAVO, 2009).

Os anos de 1950 foram marcados pela influência americana na assistência à saúde no Brasil, com a estruturação de grandes hospitais que ofereciam uma diversidade de especialistas e modernos equipamentos. Em 1953 Getúlio Vargas criou o Ministério da Saúde com o propósito de transformar as ações campanhistas em órgãos ou serviços responsáveis pelo tratamento de epidemias, saúde da criança e fiscalização sanitária.

Após o Golpe de 1964 e a implantação da ditadura militar, houve muitas modificações envolvendo a saúde pública dentre as quais podemos destacar: mais incentivos voltados para a rede de saúde privada; por meio de serviços oferecidos por essa rede; a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 e, posteriormente, a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) declínio da saúde pública e crescimento da medicina previdenciária. Transformando-se depois, no INSS Instituto de Seguridade Social (BRAVO, 2009).

Nesse contexto histórico, surge em 1970 o Movimento de Reforma Sanitária que defendia a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços para todos, com uma nova visão. Este movimento contou com a participação de entidades comunitárias, estudantes, professores, sindicatos e profissionais da área de saúde. As discussões desencadeadas desde então sinalizavam para a construção de um conceito ampliado de saúde, ou seja, compreendendo-a como produto de determinações sociais, remetendo às condições de vida e trabalho da população.

Como a proposta da Reforma Sanitária, que trazia a Universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais a todos, a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010,p.19).

Resultando deste modo, a Reforma Sanitária com uma nova proposta em relação à saúde pública, através das lutas dos trabalhadores que lutavam por melhores condições de vida e acesso iguais aos serviços públicos de saúde, para todos.

Destacamos que a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 impulsionou a Reforma Sanitária e a luta por um sistema de saúde que atendesse gratuitamente a todos os brasileiros (independentemente de contribuição financeira) o que foi conquistado posteriormente na Constituição Federal Brasileira de 1988. Além disto, cada cidade passou a contar com um conselho de saúde para discutir junto à população as melhorias na saúde daquele município.

As conferências sejam (municipais, estaduais ou federais) todas têm uma grande importância na participação da sociedade civil, que convém nas decisões tomadas em propostas conjuntas com a sociedade governamental, na busca por uma política pública de saúde, mais justa a serem alcançadas por todos os cidadãos.

Infelizmente, essa participação da sociedade nas conferências ainda são poucas, pois muitos ainda, não buscam compreender o verdadeiro sentido de sua presença nas conferências e nas decisões tomadas nelas.

É importante destacar, que a partir da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser reconhecida como um direito social a ser assegurado pelo Estado:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.91).

A partir das orientações contidas no art. 196, da Constituição Federal, os serviços de saúde como o SUS foi criado representando assim “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade” (PAIM, 2009, p.48). Embora tenha sido instituído com a Constituição de 1988, o SUS foi regulamentado somente dois anos depois, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pela Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90. (BRAVO, 2009)

No que se refere ao movimento sanitário posto pela medicina social, essa trazia uma proposta em defesa da Saúde Pública, na educação, e no ensino de novos hábitos e normas, principalmente a crianças e adolescentes. Uma ação vantajosa, em alguns aspectos na

época, que muda nesse sentido bastante a visão acerca das crianças abandonadas, clandestinas da época.

Lembrando que o movimento sanitário, também colaborou bastante na forma das crianças e adolescentes em aprenderem a cuidar de sua própria higiene. Salientando que, um dos objetivos do movimento era a conscientização das próprias famílias aos cuidados com a higiene de suas crianças.

Passando-se algum tempo, o movimento higienista foi positivo, para as famílias estruturadas, mas para as crianças que não obtinham essa estrutura não foi favorável, sendo retiradas das ruas, e bruscamente entregadas a abrigos e “orfanatos”, voltando assim, às mesmas condições desfavoráveis de antes, as das prisões.

Portanto, percebe-se que o movimento sanitário trouxe benefícios por um lado, mas agravo no outro para a política infanto-juvenil no período.

Nesse modelo, o acesso da população aos serviços de saúde, tem encontrado grandes dificuldades na desigualdade social existente na sociedade capitalista em sua efetivação. São diversos os desafios da sociedade no alcance da integralidade, equidade entre outros direitos existentes na política de saúde. Direitos tais, constituídos na Constituição federal de 1988, que vem inaugurando nesse contexto, um novo sistema de proteção social regulado na concepção de Seguridade Social, universalização dos direitos sociais. Composto a saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública, sendo de responsabilidade do Estado.

Vale ressaltar que, mesmo com as conquistas na saúde e todos os avanços conquistados pelos trabalhadores por seus direitos constituídos na Carta Magna. A atual conjuntura do capitalismo vem dificultando cada vez mais, o acesso às políticas públicas como saúde, educação, alimentação, saneamento básico e tantos outros serviços básicos à vida social. Nesse comportamento, o capitalismo vem avançando constantemente, o que se acentua cada vez mais as desigualdades sociais, apresentando novos desafios para a atuação dos profissionais na saúde. É nesse contexto que a intersetorialidade vem se destacando em suas ações conjuntas nas problemáticas existentes, e nos impasses em sua efetivação na política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente com as demais políticas públicas de saúde.

4.2 Intersetorialidade e política pública de saúde brasileira

As políticas intersetoriais, vêm como uma estratégia política complexa na articulação de gestão. Em uma cidade, por exemplo, tem como desafio articular diferentes setores na

resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito a saúde, já que saúde é produção 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 impactos positivos sobre a saúde da população. Permite pois considera o cidadão em sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, assistência, trabalho e emprego, habitação, entre outros (PAIM, 2009, p. 120).

A intersetorialidade nos transmite também a relação da ideia de rede, que é a prática da articulação com outros órgãos, ações complementares, articulações, vinculações e novos horizontes entre parceiros para um serviço de garantia a integralidade das ações desenvolvidas. Um dos pontos principais da intersetorialidade na garantia desses direitos, é que, a sociedade seja mais presente no processo de decisão e fiscalização dos serviços ofertados para a população, acompanhando e cobrando seus direitos.

Cumpre-nos sinalizar que as políticas sociais vêm sendo inseridas no contexto histórico da sociedade, desde a formação da sociedade burguesa em períodos de crescimento capitalista, no individual modo econômico do capital em produzir e reproduzir-se naturalmente, não sendo desde o início principal, mas a partir da questão social ligado ao modo econômico do capital, em se reproduzir. (PAIM, 2009).

Entendemos que a Política social é vista como sinônimo genérico de proteção social, envolvendo o Estado e a sociedade sob diferentes justificativas morais, religiosas, educativas, correcionais. É um fenômeno antigo, que antecede em centenas de anos o advento de dois principais movimentos antagônicos que estão na base da chamada questão social.¹

Podemos observar que a questão social veio se agravando crescentemente no modo de produção capitalista ao longo do tempo, passando a ter novos aspectos na realidade social das pessoas nas políticas públicas. Nessa questão, a intersetorialidade é uma importante ação na articulação dos direitos existente dos usuários na saúde. Podemos destacar alguns conceitos sobre a intersetorialidade na política pública, já que essa.

¹ A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização.

É uma ação que está para além do ato de articular-se ou comunicar-se entre os diversos setores sociais, constituindo-se, também, ação integradora, pois a problemática da exclusão social exige ações em conjunto com os diversos campos e setores de ação estatal para o enfrentamento das multifaces da questão social (BRONZO; VEIGA, 2007 apud RODRIGUES, 2011, p.3).

Indica que as diversas questões na sociedade, não podem ser conduzidas isoladamente, mas em conjunto com outros campos de conhecimentos essenciais na realidade de cada setor, em relações as políticas públicas. A intersectorialidade também é vista como um instrumento estratégico na partilha de saberes, em relação aos objetivos comuns na conquista de enfrentamento das diversas expressões da questão social.

Trata-se de uma nova lógica de gestão pública, que busca superar a fragmentação das políticas, considerando o indivíduo como um todo. Todavia, esse processo, por vezes, se depara com a resistência de grupos de interesses, uma vez que essa nova forma de atuar implica mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais. (JUNQUEIRA, 2000 apud FERREIRA, TEXEIRA, 2013, p.9).

Pressupõe que, a intersectorialidade em alguns casos de interesse privado é visto como algo incômodo, pois os retiram da área de conforto, colocando-os a buscar novos dizeres, novas respostas a tais questões existentes na sociedade. A forma intersectorial conduz a um novo alcance às respostas conjuntas de resoluções das questões sociais existentes na saúde e nas demais políticas públicas. Um modelo de rede em conjunto com diversos órgãos, concedendo assim, uma parceria de conhecimentos e agilidade nos direitos de cada cidadão.

As limitações no campo das políticas de atendimento aos direitos das crianças e adolescentes ainda é grande, principalmente no que se refere à intersectorialidade na saúde, muitos dos órgãos de atendimento buscam trabalhar isoladamente, sem parcerias, não saindo da área de conforto. Pois a intersectorialidade não trabalha isoladamente, mas, sim em conjunto com diversas instituições e profissionais. Sinalizando nas políticas setoriais, as fragmentações contidas na contemporaneidade, no dia a dia dos profissionais em executar suas ações, um trabalho muitas vezes voltado no cumprimento de metas, de horários dentre outras fragmentações existente no trabalho profissional, contido na intersectorialidade. Infelizmente as pessoas ainda trabalham nesse processo isolado pelo tempo.

Porém, com a promulgação da Constituição vigente, e a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente a população obtém a redemocratização da sociedade e do Estado brasileiro, retomam os direitos de expressão individual e coletiva, de organização comum, de união, de voto, enfim de uma sociedade que luta em busca de unirem-se em favor de seus

direitos. Sabemos que a luta por nossos direitos está longe de acabar, mas com apoio e participação de toda a sociedade ela será exercida e atendida, alcançando a todos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização desta pesquisa, compreendemos que esta nos permitiu compreender e considerar que, embora os direitos das crianças e adolescentes tenham obtidos grandes avanços ao longo do tempo, esses mesmos direitos, ainda necessitam de novos olhares nas várias formas da questão social, de se expressar na sociedade em relação à política de atendimento aos direitos das crianças e do adolescente, tanto na saúde pública, como nas demais políticassociais.

Refletirmos que os dados alcançados nos faz considerar que todos os direitos alcançados foram frutos das lutas coletivas da sociedade, pois esses direitos conquistados nos dar sentido de seguir e buscar sempre alcançar uma política pública deigualdade para todos, pesquisar novos caminhos e meios de enfrentamentos as políticas desiguais, efetuandopolíticas de atendimentos de qualidade, e com profissionais qualificados nos diversos órgãosde atendimentos.

Quando se fala em atendimento de qualidade sejana educação, assistência social e no principal na saúde pública brasileira, não se trata só a ausência de doenças, mais sim, todo um conjunto de ações envolvendo os demais órgãos de articulação, com parcerias entre si, nas campanhas, saneamento básicos e tantas outras políticaspúblicas de saúde existente.

É nesse sentido que a intersetorialidade vêm buscando um fio condutor de partilha de saberes com a coletividade. Ou seja, ela busca compartilhamentos no enfrentamento das questões sociais existente na sociedade em conjunto com os diversos órgãos de enfrentamento á essas questões. Mas nessa busca por compartilhamentos, a intersetorialidade enfrenta obstáculos, resistência, por todas as políticas públicas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente, seja na saúde, educação ou nas políticas sócias. A maior parte desses órgãos de atendimento continua trabalhando isoladamente, não indo à busca de novos conhecimentos e possibilidades fora do comodismo.

Mas com todos os empecilhos a existir, a política intersetorial veio como novos horizontes possibilitando agilidade na efetuação da problemática na questão social existente na sociedade, com suas ações conjuntas.

Assim, intersetorialidade vem trazendo, essas novas formas repleta de possibilidades e conhecimentos, que necessitam de comprometimentos de todos os profissionais, em fazer-se, com que os objetivos buscados e discutidos sejam alcançados, no conjunto das ações em parcerias. Para que isso aconteça com maior ênfase, é preciso que todos saiam da zona de conforto, do comodismo e busquem ir além, ir à busca da real problemática, para que adquiram meios de resolvê-los. Sabemos que, os velhos e atuais desafios postos na sociedade capitalista é a desigualdade social. Porém, as desigualdades sociais tornam-se cada vez mais visíveis, e a humanidade segue desconhecendo, ou mesmo, se nega reconhecê-la. Vivemos em uma sociedade do capitalismo cada vez mais avassalador na desigualdade social e econômica, com seu crescente e social modo, de se produzir e se reproduzir.

Com o capitalismo se desenvolvendo constantemente, a rede intersetorial de atendimento as demandas através de propostas conjuntas com as demais políticas públicas de saúde consistiram nesse contexto, ampliar e proporcionar o acesso de todos aos seus direitos constituídos. Lembrando que a intersetorialidade representa uma rede de articulação importante na sociedade, pois interfere de forma ampla e profunda na problemática vigente, com a participação de todos, em prol, de um único objetivo, o direito de todos e todas as pessoas, a uma saúde pública digna universalizada e de qualidade.

Considerando que a pesquisa proposta, nos revela a fragmentação das políticas públicas no atendimento aos direitos da criança e do adolescente no contexto histórico, e a luta da sociedade, em busca por fazer-se cumprir seus direitos conquistados ao longo de décadas aos dias atuais. Assim, a pesquisa realizada contempla o questionamento feito anteriormente no início desse artigo, mas não esgota as inquietações e debates acerca do tema abordado.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília - DF: Senado Federal, 2004.

BRASIL, Congresso Federal. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13/07/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 07/07/2015

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al (orgs) **Serviço Social e saúde: formação e trabalho social**. 4 ed. – São Paulo: Editora Cortez, 2009, p. 88-107.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio de Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho social**. 4 ed. – São Paulo: Editora Cortez, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. In: **Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**. Brasília, 2010.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E CONSELHO TUTELAR. **Orientação para criação e funcionamento**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2007.

GIAGUETO, A. Caminhos para a atenção à infância e adolescência no Brasil: as políticas sociais e as legislações. In: **Revista Agora**. Políticas públicas e Serviço Social, ano 2, nº 4, julho de 2006.

RIZZINI, Irene. **25 anos do ECA: avanços e desafios**. Ciespi, Rede Nacional Primeira Infância 17 de jul. 2015. Disponível em < <http://primeirainfancia.org.br/25-anos-do-eca-avancos-e-desafios-por-irene-rizzini-do-ciespi/> > Acesso em 16/12/15.

MOTA, Ana Elisabete. Políticas Sociais e Política de Saúde. [et al.], (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. Ed. São Paulo. Cortez. Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p.11-36.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas Políticas Sociais: reflexões sobre sua concepção na Política de Assistência Social. In: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114 - 127 jan./jun. 2013.

PRESTES, Maria Luci de Mendonça. A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia. 3 ed. São Paulo: Rêspel, 2008.

RODRIGUES, Jovina Moreira Servulo. A intersectorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós constituição brasileira de 1988. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2011, São Luiz do Maranhão- BR. **Anais do V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade do Bacanja, São Luiz do Maranhão, 2011.