

Infância e políticas públicas: a intersectorialidade como estratégia de atenção integral à saúde da criança

Childhood and public policy: the intersectoriality as a strategy for
comprehensive health care for the child.

Emilly Pereira Marques¹

Resumo: Este artigo pretende debater a temática da intersectorialidade, considerando-a como estratégia profícua e necessária numa concepção de atendimento integral à criança e sua família. Buscamos apontar consensos teóricos e os desafios práticos em torno do tema, relacionando-os, posteriormente, a prática profissional na área da saúde, especificamente, na saúde da criança em virtude de nossa intervenção como assistente social em enfermaria pediátrica. Consideramos que a Constituição de 88 e o Estatuto da Criança e do Adolescente são instrumentos legais que trouxeram profundos avanços nas políticas de atendimento, porém muitos esforços devem ainda ser dispensados para que haja articulação entre estas políticas proporcionando a atenção integral a estes sujeitos em desenvolvimento.

Palavras-chave: intersectorialidade; integralidade; criança; saúde.

Introdução

O presente trabalho justifica-se pela centralidade do debate contemporâneo acerca da intersectorialidade e sua relevância para o Serviço Social. Buscamos apresentar os consensos teóricos e os desafios práticos sobre o tema, relacionando-os posteriormente à prática profissional na área da saúde, especificamente na saúde da criança - em virtude de nossa intervenção como assistente social em enfermaria pediátrica.

Consideramos esta reflexão teórica um caminho necessário para contribuirmos com o amplo debate já realizado sobre os desafios da integralidade no campo da saúde (GIOVANELLA et alli, 2002; CECÍLIO, 2001; PINHEIRO e MATTOS, 2001), tendo em vista defender a concepção de atendimento integral à criança e sua família.

A relevância do debate sobre articulação intersectorial

O Brasil havia vivenciado um processo de redemocratização na década de 80 que abalou as estruturas burguesas, devido ao grande

¹ Assistente Social. Atualmente cursando Especialização em Serviço Social e Saúde na Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

potencial organizativo dos trabalhadores em busca não somente por eleições diretas e término do período ditatorial, mas também por melhorias concretas de suas condições de vida.

Neste período foram muitas conquistas no âmbito da institucionalização das políticas sociais, materializadas na Constituição Federal de 1988 e cuja principal expressão foi a implementação de um Sistema de Seguridade Social Brasileira, que denota responsabilidade do Estado com seus cidadãos e conquista de direitos sociais.

Costa et alli (2006) afirmam que a proposta da Seguridade Social promoveu um sistema de proteção social solidário, proporcionado pela ampliação da cobertura à setores antes desprotegidos, equidade de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos, descentralização da gestão e ampla participação no processo decisório e controle da execução das políticas:

A Constituição de 1988 enunciou um conjunto de dispositivos concretos orientados ao resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar. Os constituintes buscaram assegurar direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e a cobertura da previdência social. No capítulo da Seguridade Social, consolidou-se o arcabouço de um sistema de proteção social solidário e definiram mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis (...). (COSTA et alli, 2006, p.96).

A noção de Seguridade Social preconiza, portanto, a articulação entre três políticas sociais: saúde, previdência social e assistência social. Além disso, prevê um Ministério da Seguridade Social e um Conselho único - o que não se manteve de fato:

Apesar do conceito constitucional, não ocorreu a efetivação de um Ministério da Seguridade Social, conforme esperado, e as políticas de saúde, previdência e assistência social seguem geridas por ministérios e orçamentos específicos, sem a necessária e devida articulação. Além de ministérios específicos, cada uma das políticas possui seus fundos orçamentários próprios e conselhos e conferências também específicos. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 163).

Existe um consenso teórico de que a intersetorialidade prevista na sistematização da Seguridade Social na Constituição fracassou em sua implementação. O motivo é apontado como as diversas interveniências postas após o processo recente de democratização brasileira.

Autores demonstram que este processo sofreu entraves em sua efetivação devido a diversos fatores, como as influências internacionais que propagavam a difusão do ideário neoliberal e a intervenção mínima do Estado nas políticas sociais (BEHRING e BOSCHETTI, 2006) ou devido ao hibridismo que comprometeu a institucionalização das

políticas, na qual há “zonas institucionais contrapostas (ou mesmo dicotômicas) que se mesclam e convivem no campo de tratamento das questões sociais.” (LOBATO, 2009, p. 722).

A Constituição Federal de 1988 inovou ao propor a descentralização e o controle social como formas de organização do Estado e participação da sociedade nas políticas públicas. Com isso, proporciona a efetivação de espaços plurais e contraditórios em que coabitam diferentes projetos societários. E, como qualquer espaço de disputa, podem possibilitar avanços nas políticas públicas, colocando em pauta as necessárias articulações intersetoriais ou retrocessos, reafirmando o mote do Estado mínimo para o social e desconstruindo conquistas das amplas lutas da classe trabalhadora.

Neste cenário consideramos que aprofundar a discussão sobre intersectorialidade é fundamental na garantia dos direitos universais estabelecidos na Constituição, que abrange diferentes políticas e setores, resgatando a proposta de Seguridade Social e articulação intersectorial.

O debate da intersectorialidade também é extremamente relevante para as profissões que formulam e atuam nas políticas sociais, especificamente, o assistente social, tendo em vista que tal profissional perpassa diversas áreas das políticas públicas, atuando na ampliação e defesa dos direitos socialmente conquistados².

Raichelis, ao refletir sobre a atuação do assistente social na esfera pública, afirma que:

o trabalho interdisciplinar e intersectorial se torna fundamental e estratégico, bem como a ampliação do arco de alianças em torno de pautas e projetos comuns, tanto no âmbito governamental como na relação com os diferentes sujeitos e organizações da sociedade civil, em especial com os usuários dos serviços públicos e suas organizações coletivas. (2009, p.238)

Considerando-se a complexificação das diferentes manifestações da “questão social” e o recrudescimento das desigualdades sociais, não há possibilidade de intervenção - fragmentando ou isolando as demandas apresentadas pelos sujeitos. Torna-se inviável trabalhar em um espaço público sem interlocução com outras instituições e políticas, principalmente as pertencentes ao sistema de garantia de direitos.

Intersectorialidade: definições teóricas, possibilidades e limites.

Primeiramente, realizamos uma breve revisão bibliográfica com as definições de alguns autores sobre intersectorialidade, bem como

² Entre os princípios do Código de Ética profissional do Serviço Social de 1993 está presente a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”. O Código também determina em seu artigo 8º, *alínea d*, como dever do assistente social: “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais”.

conceitos complementares atrelados à sua efetivação. Para Costa et alli (2006) a prática da intersetorialidade está referida aos modos de atuação entre os setores, não eximindo as responsabilidades de cada um dos setores nem anulando a importância da singularidade da ação e das práticas setoriais.

Costa et alli (2006) apontam que sua caracterização está na possibilidade de síntese de práticas dos diversos setores com o reconhecimento das possibilidades e limites de poder e de atuação das instituições e de seus profissionais. Reforçam ainda que:

A compreensão da intersetorialidade como uma nova forma de gestão pública ou modo de governar se fundamenta na proposta de gestão integrada de políticas públicas. A articulação de agendas entre diferentes setores da administração pública tem sido proposta como um mecanismo para otimização de recursos, sobretudo nas áreas de educação, saúde, assistência social, meio ambiente, esporte e lazer. (2006, p.109)

Inojosa (1998) ressalta que as estruturas organizacionais no estado brasileiro ainda são hierarquizadas e departamentalizadas, propiciando ações assistencialistas e fragmentadas. Sendo assim, torna-se necessário um novo modelo de organização que tenha como paradigma a intersetorialidade, que “visa propiciar a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, na perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de permeabilização ao controle social” (p.43, grifos nossos).

Junqueira, L. (2006) aborda o processo de descentralização como uma estratégia que, garantida a ação intragovernamental e intersetorial no âmbito da unidade federada, pode promover - através da moderação das desigualdades regionais - a melhoria da qualidade de vida da população:

Portanto, a descentralização e a intersetorialidade, são dois conceitos que se complementam e que determinam uma nova forma para a gestão das políticas públicas na cidade. (...) Com a descentralização o poder fica mais próximo dos municípios, suscetível às suas demandas e ao seu controle. A intersetorialidade possibilita que o aparelho estatal mais integrado possa otimizar recursos disponíveis no trato dos problemas da população no território sob sua jurisdição. (2006, p.15, grifos nossos)

Os autores utilizados neste artigo refletem sobre algumas experiências municipais articuladas numa perspectiva intersetorial que demonstram a possibilidade de implementação de ações intersetoriais³, as

³ Costa et alli (2006) aborda a experiência de Goiânia a partir de 2001, quando foram desenvolvidas ações junto às famílias de maior vulnerabilidade e risco social. Junqueira, L. (1998) descreve o processo de descentralização e intersetorialidade na Prefeitura de Fortaleza, destacando que a reorganização estrutural ocorreu, mas a efetividade da ação dependerá da mudança das práticas e culturas organizacionais da prefeitura e dos

quais podem ser, inclusive, mais eficazes que ações isoladas. Porém, são muitos os dilemas que dificultam a sua prática, inclusive, devido a cultura organizacional que tende a ser reproduzida nos ambientes institucionais em que as políticas setoriais são operacionalizadas.

No caso institucional, a lógica de segmentação própria da configuração histórica das políticas brasileiras, transformando-as em feudos de poder, tende a dificultar a articulação intersetorial:

O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, sua possibilidade está na faculdade de reconhecimento dos limites de poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições. Este reconhecimento de insuficiência não é propriamente uma facilidade para humanos, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional (COSTA et alli, 2006, p.107).

Viana (1998) destaca, como importantes iniciativas que articulam diferentes políticas setoriais, os programas de Renda mínima⁴, Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família. Todos estes são recentes na trajetória da política social de nosso País e despertam muitos debates em torno de suas contradições e avanços.

Este autor considera que muitas experiências municipais com gestões inovadoras, não possuíam respaldo de uma lei em prol da descentralização e nem tampouco iniciativa de ampliar as funções municipais, o que configurou-se como mais um limite na implementação de ações intersetoriais. Assim, estas experiências positivas tendem a ficar restritas a experiências localizadas a determinadas conjunturas, sem terem um apoio (imposição) legal que façam com que as práticas intersetoriais se tornem diretrizes efetivas às políticas públicas. Monnerat e Souza (2010) alertam a dificuldade de sustentabilidade das experiências de articulação intersetorial, devido ao fraco apoio do executivo local, a ausência de articulação com os movimentos sociais e conselhos de políticas públicas e a competitividade política partidária predatória.

Para Inojosa (1998) outro entrave para a mudança de paradigma organizacional, é a formação profissional que, também segue ostentando a segmentação por áreas de conhecimento, dificultando a prática de ações articuladas e interdisciplinares. Giovanella et alli argumentam que com a ampliação da concepção de saúde este isolamento por especialidades deve ser rompido:

A saúde deixa de ser o resultado de uma intervenção especializada e isolada sobre alguns fatores e passa a ser um produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos.

diferentes atores sociais da arena política. Junqueira, R. (1998) apresenta um estudo de caso da prefeitura de Pedro II, no Piauí, onde a educação ambiental está sendo tratada de forma intersetorial articulando educação, saúde, agricultura e meio ambiente.

⁴ Quanto ao debate sobre os programas de transferência de renda e intersetorialidade, ver análise de Senna e Monnerat et alli, 2007 .

Define-se, então, como um campo de conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de práticas que exige a intersetorialidade. (2002, p.45)

Outros desafios em torno da implementação da intersetorialidade possuem bases históricas na emergência de um determinado padrão de formatação das políticas sociais em nosso país. Assim, em diferentes períodos ocorreu o assentamento de políticas assistencialistas, emergenciais e descontínuas, sem nenhuma ou com precárias articulações entre os campos.

Como forte exemplo, temos a política de saúde na qual as ações preventivas eram apartadas das curativas, sendo as primeiras, responsabilidade do Ministério da Saúde e estando as últimas atreladas ao sistema previdenciário⁵. Costa et alli (2006) afirmam que a falência deste modelo caracterizou-se pela insustentável situação da saúde brasileira na década de 70, que como resposta recebeu suporte no movimento da Reforma Sanitária. Esta teve por matriz teórico-conceitual o campo da saúde coletiva, incorporando os determinantes sociais na análise do processo saúde-doença.

O movimento de Reforma Sanitária, que abarcou uma concepção ampliada de saúde e da defesa da integralidade, teve como marco o relatório confeccionado na VIII Conferência de Saúde, onde saúde é definida como:

a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Ministério da Saúde, 1986)

Se concordamos com tal conceituação, como podemos debater saúde, sem englobar as outras políticas? Portanto, a efetivação da intersetorialidade se traduz em um dos maiores desafios atuais. Costa et alli afirmam que “tomando a saúde em todas as suas dimensões, a integralidade exige estratégias de intersetorialidade como meio de mobilização para a convergência de políticas e práticas sociais para a produção de qualidade de vida e saúde dos indivíduos e coletividades”. (2006:98)

Consideramos que intersetorialidade é uma das estratégias para promovermos a integralidade, mas como pensar intersetorialidade em meio à fragmentação de programas e ações? Podemos garantir a atenção integral em meio à segmentação das políticas sociais em sua formulação e implementação?

⁵ Para uma análise sobre a implantação da Política de Saúde e da Previdência Social no Brasil, ver: Polignano (2010) e Oliveira e Teixeira (1986).

Estes são os grandes desafios impostos aos gestores, profissionais e usuários do SUS e de outras políticas setoriais. É consenso que uma mudança apenas na estrutura organizacional e administrativa não bastaria. Seria necessária, também, a mudança de paradigmas sobre a efetividade da implementação de políticas e de ações integradas e integrais.

Infância e políticas públicas: o desafio da integralidade da atenção em saúde

A progressiva universalização conquistada na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos aproxima de um modelo de atenção integral, que prevê a inserção e o acesso de todos aos diversos níveis de atenção à saúde (da atenção básica à alta complexidade). Com isso, facilita-se a prevenção, o diagnóstico e o tratamento à *doença*, porém observamos que para a efetivação da integralidade precisamos, dentre outras estratégias, da efetivação da intersetorialidade como meio de atendermos as suas *necessidades de saúde*.

Giovanella et alli definem que um sistema de atenção integral:

deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas, assim como as necessidades coletivas de saúde, tal como detectadas e processadas técnica e politicamente. (2002, p. 45)

Nesta perspectiva, Cecílio (2001) defende que as necessidades de saúde devem ser o conceito estruturante na luta pela integralidade e pela equidade na atenção à saúde e não há possibilidade de conquista destes princípios sem a universalização do acesso garantida. Para tanto, utiliza-se uma concepção ampliada de necessidades de saúde, englobando boas condições de vida; acesso e consumo de tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida a partir da necessidade de *cada* pessoa; criação de vínculos entre usuários e profissionais, e autonomia dos sujeitos com a possibilidade efetiva de reconstruir seu modo de viver.

Tendo em vista nossa argumentação, enfatizando os desafios práticos da intersetorialidade frente à persistência histórica de fragmentação das políticas sociais em nosso país, buscamos relacionar este debate à nossa experiência profissional, na área da saúde, no que se refere à noção de integralidade da atenção à infância.

Em nossa prática de atendimento à criança e suas famílias, consideramos fundamental para evitar simplismos ou reducionismos o que Mattos (2001) destacou como abertura de diálogo. O autor considera que o conceito de integralidade no campo da saúde é polissêmico e que definir os seus diversos sentidos poderia restringir o termo que, sobretudo, é uma bandeira de luta, um objetivo dentro de um projeto por uma sociedade mais justa, construída por meio da crítica realizada por intelectuais e militantes às práticas de saúde hegemônicas. Porém, o autor

reflete que é possível interligar os múltiplos sentidos da integralidade, pois:

quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura ao diálogo. (2001, p. 61)

Entendemos esta abertura ao diálogo não somente como uma escuta atenta em nossos atendimentos às crianças e às suas famílias, e sim como uma ampliação dos espaços de participação e interlocução com outros profissionais e políticas setoriais.

Nossa inserção na atenção à saúde da criança ocorre na enfermaria de pediatria em um hospital universitário, que atende desde recém-nascidos à adolescentes de até 16 anos de idade. Conforme as características de um hospital de alta complexidade, os usuários atendidos geralmente apresentam doenças graves, outras em processo de investigação de diagnóstico ou ainda dependem de determinados tipos de especialidades médicas ou recursos tecnológicos.

Compreendemos que, por ser parte da universidade, o hospital deve desempenhar uma função social perante a sociedade, sendo um espaço de ensino, pesquisa e assistência. Nele, muitos casos são estudados por diversos profissionais de diferentes especialidades, podendo a internação ser de média ou longa permanência e o acompanhamento prorrogado após a alta por distintos períodos de tempo.

Diante da diversidade e complexidade das demandas relacionadas ou não à doença, que não se restringem somente às crianças e adolescentes internados, podemos ressaltar a necessidade interlocutória com diversas políticas para efetivar o princípio da atenção integral à saúde. Isso porque a situação de doença pode envolver/afetar toda uma família, além do meio social em que ocorra.

O Serviço Social na enfermaria vem intervindo, sobretudo, no acompanhamento social às diversas circunstâncias que envolvem os usuários e suas famílias. Em nossa experiência, notadamente:

- I- casos de maus tratos contra a criança em suas diferentes manifestações⁶;
- II- atendimento às crianças com doenças crônicas graves que possuem diversos entraves no acesso aos direitos fundamentais da infância, materializados nas políticas públicas como, por exemplo, de educação, lazer e habitação;
- III- casos que expressam claramente a relevância das determinações sociais da doença, como o ambiente insalubre em que vivem, a extrema pobreza, dentre outros.

⁶ Utilizamos a classificação de maus tratos do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (2005) que abrange maus tratos físicos, síndrome de Munchausen por procuração, abuso sexual, maus tratos psicológicos e negligência.

Nestes atendimentos temos como suporte as orientações de nosso Código de Ética profissional, os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as legislações e diretrizes do Sistema Único de Saúde, além dos aparatos existentes no âmbito das outras políticas setoriais.

O ECA explicita há duas décadas, a prioridade da proteção integral e a efetivação dos direitos estabelecidos em seu texto, como no art. 7º que afirma o “direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

Neste artigo, dentre outros presentes no Estatuto, é ratificada a necessidade de articulação com outras políticas, porém percebemos em nosso cotidiano que o acesso aos direitos fundamentais muito tem se dado pela via judicial. Ou seja, embora estes direitos estejam regulamentados, processos no Ministério Público ou outras instâncias do âmbito sócio-jurídico, ainda precisam ser acionados para que haja concretização dos mesmos, o que configura um limite em nossa prática profissional, que apesar de contar com um amplo arcabouço legal das políticas sociais para proporcionar um atendimento integral aos usuários dos serviços de saúde, ainda encontra entraves em sua concretização.

Outro limite encontrado nas políticas públicas que orientam nosso atendimento à criança é o enfoque de proteção à infância estar historicamente atrelado ao binômio infância/pobreza, sem uma articulação intersetorial entre distribuição de renda, educação e saúde, tendo como objetivo final o controle da população. Para demonstrar tal análise é necessário retomarmos um breve histórico das políticas públicas direcionadas à infância no Brasil, considerando que tal perspectiva reducionista/ assistencialista está nas raízes de nossa cultura institucional e política.

Rizzini e Pilotti (2009) apontam que na República Velha existiam alguns projetos pontuais para a infância, numa articulação do setor público com o privado, mas não implementados como uma política geral. Predomina uma perspectiva moralista com ideais disciplinadores. A escola de reforma e a casa de preservação eram instituições que deveriam atender ao “abandono moral” e “abandono material” das crianças (FALEIROS, 2009, p.39).

Nesta época, a intervenção estatal ocorria hegemonicamente através da atuação dos higienistas, nos controles das doenças, e juristas, na aplicação do Código de Menores de 1923. Este apresentava uma “filosofia higienista e correcional”. Faleiros reforça que ao lado da idéia de proteção da criança está presente a de defesa da sociedade. Por outro lado, destaca a contraditoriedade do processo que, apesar de conservador da ordem, traz avanços nas políticas para a infância:

Se é bem verdade que, na orientação então prevalecente, a questão da política se coloque como *problema do menor*, com dois

encaminhamentos, o *abrigo* e a *disciplina*, a assistência e a repressão, há emergência de novas obrigações do Estado em cuidar da infância pobre (...). Ao lado das estratégias de encaminhamento para o trabalho, clientelismo, patrimonialismo, começa a emergir a estratégia dos direitos da criança (no caso o menor) já que o Estado passa a ter obrigações de proteção (FALEIROS, 2009, p.48, grifos do autor).

Na saúde, especificamente, a preocupação com as crianças ocorreu devido ao alto índice de mortalidade no País. A intervenção se deu numa perspectiva higienista de “formalizar os cuidados com a criança”, quando fora fundada a Pericultura, com estreita articulação à filantropia e à noção de desvios da infância pobre.

No primeiro Governo Vargas é criado um sistema nacional de assistência formado pelo Conselho Nacional de Serviço Social, pelo Departamento Nacional da Criança, pelo Serviço Nacional de Assistência a Menores (SAM) e pela Legião Brasileira de Assistência (LBA). O citado sistema tinha por estratégia “privilegiar, ao mesmo tempo a preservação da raça, a manutenção da ordem e o progresso da nação e do país.” (FALEIROS, 2009, p.53). Esta “política do menor” refletiu na trajetória das instituições e das políticas direcionadas às crianças e aos adolescentes.

No período militar a coerção social foi nítida em todas as esferas da vida social. A Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) viria a substituir o anterior SAM, e em 1979 foi instituído o Novo Código de Menores que adota a *doutrina da situação irregular*. Esta considerava irregulares situações que variavam desde condições precárias de subsistência até situações de maus-tratos ou infrações penais.

Os anos 80 marcaram o processo de democratização e a entrada de novos atores políticos, colocando os direitos sociais e a melhoria das condições de vida em pauta. A proteção à infância e à adolescência foi uma das bandeiras de luta em prol dos direitos humanos, presentes na Constituinte.

Posteriormente, com a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1993, surgiu um novo paradigma em que é adotada a “*doutrina da proteção integral*” em substituição à “*doutrina da situação irregular*”. Neste a criança é considerada sujeito de direitos, em desenvolvimento e com prioridade de atenção integral.

Faleiros afirma que, como a cidadania da criança e do adolescente é recente, iniciada no bojo da elaboração da constituição, na cultura hegemônica a questão deste paradigma da infância ainda não é predominante, sendo necessários contínuos embates políticos:

Na cultura e estratégias de poder predominantes, a questão da infância não tem se colocado na perspectiva de uma sociedade e de um Estado de Direitos, mas na perspectiva de autoritarismo/clientelismo, combinando benefícios com repressão, concessões limitadas, pessoais e arbitrárias, com disciplinamento,

manutenção da ordem, ao sabor das correlações de forças sociais ao nível da sociedade e do governo (2009:35)

Conforme destacado por Rizzini e Pilotti (2009), nas políticas dirigidas à infância no Brasil “impuseram-se reiteradamente propostas assistenciais, destinadas a compensar a ausência de uma política social efetiva, capaz de proporcionar condições equitativas de desenvolvimento para crianças e adolescentes de qualquer natureza” (p.16,17).

Portanto, afirmamos que a Constituição de 88 e o Estatuto da Criança e do Adolescente são instrumentos legais que trouxeram profundos avanços nas políticas de atendimento, porém muitos esforços devem ainda ser dispensados para que haja articulação entre estas políticas, proporcionando a atenção integral a estes sujeitos em desenvolvimento e suas famílias.

No âmbito da política de saúde, verificamos a eminência da necessidade de articulação intersetorial, sem a qual a atenção às necessidades de saúde de crianças e de suas famílias não serão atendidas. Isto pode repercutir na dificuldade de continuidade do tratamento, podendo estes permanecerem mais tempo internados ou com maior número de internações por dependerem de garantias de aparatos legais e serviços públicos que poderiam permitir transformação desta realidade, contribuindo para permanecerem mais tempo sem hospitalização, enfatizando ações de prevenção e promoção da saúde.

Desta forma, nossa análise trabalha com um dos sentidos da integralidade, que consideramos ser o acesso aos diferentes níveis de serviços e políticas públicas que atendam as necessidades plurais e particulares destes indivíduos e de suas famílias, entendendo que estas contribuem para a promoção de sua saúde, a partir de uma visão holística destes sujeitos singulares, reafirmando que para implementação da atenção integral é necessária a integração entre os profissionais de saúde e a articulação entre as diversas políticas setoriais, que configura a intersetorialidade.

Considerações finais

A concepção ampliada de saúde presente na Constituição Federal de 88 expõe os seus fatores determinantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. O que justifica a centralidade do debate sobre a intersetorialidade é a persistência histórica da fragmentação destas políticas sociais em nosso país, extorquindo o direito dos usuários a garantia de equidade, acessibilidade, qualidade e continuidade de políticas instituídas e implementadas como direitos.

O artigo buscou destacar que a materialização da concepção de Integralidade extrapola uma determinada política ou serviço, não se restringindo aos diferentes níveis de atenção. Antes, está atrelada a esta

concepção ampliada de saúde difundida pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Porém, conforme apontado por Costa et alli (2006), se por um lado superamos de alguma forma a visão biologizante da doença que enxergava o corpo como máquina, os sujeitos ainda são tratados nos serviços de saúde como objetos de ações isoladas. Isto pode ser confirmado tanto pelas multiplicidades de especialidades oferecidas pela medicina, quanto pelas dificuldades em organizar serviços integrais.

Os mesmos autores destacam a intersectorialidade como estratégia inovadora, imprescindível na abordagem e na produção da saúde, e as articulações intersectoriais como “um caminho para perseguir a utopia da integralidade preconizada para o SUS, tanto nos componentes de política e gestão, como na atenção à saúde” (COSTA et alli 2006: 98).

Consideramos que a atual luta pela integração das políticas sociais e a concretização da intersectorialidade exige o resgate do conceito e das propostas de seguridade social como instrumento político. Percebemos também que a articulação intersectorial muitas vezes ocorre na esfera do atendimento individualizado à criança em virtude de uma opção de atuação do profissional, e não devido à instituição de políticas públicas integradas em sua origem.

Nas políticas públicas voltadas para a infância também há muito para se conquistar. Avançou-se na criação de um sistema de garantia de direitos, mas as infra-estruturas institucionais precárias e o não cumprimento do que é explicitado na Constituição e no Estatuto da Criança e Adolescente - instituídos há duas décadas - geram deficiências na efetivação de atendimento intersectorial e integral a esta geração.

No entanto, a discussão sobre a doutrina da proteção integral definida no Estatuto da Criança e do Adolescente reforça a necessidade de implementação da intersectorialidade. São concepções complementares para orientar o atendimento da infância na área da saúde.

Portanto, precisamos atentar que as batalhas no acesso e continuidade do tratamento à saúde e a outras políticas sociais ainda ocorrem na esfera individual e as possibilidades existentes para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS só se concretizarão a partir de uma articulação entre as políticas sociais e econômicas que propiciem o atendimento as necessidades de saúde e de reprodução social dos sujeitos singulares.

Abstract: This article will deal on the issue of intersectoriality considering it as a profitable strategy in a concept of comprehensive care for the child and his family. We seek theoretical consensus point and practical challenges about the theme and relating them to our professional practice in health, specifically on child health because of our intervention as a social worker in the pediatric ward. We believe that the Constitution of 88 and the Statute of children and adolescents are legal instruments that have brought many advances in care policies. But many efforts will be released so that there is a linkage between these policies providing comprehensive care to these individuals in development.

Keywords: intersectoriality; integrality; child; health.

Referências

- BEHRING, E. R. e BOSCHETTI, I. Política social: fundamentos e história. Biblioteca básica de Serviço Social. Volume 2. Cortez editora, 2006.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 03 de julho de 1990.
- CECÍLIO, L.C. de O. “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, 2001.
- COSTA, A. M. et alli. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A. e MALO, M (orgs.) SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Ed. HUCITEC/ OPAS, 2006.
- FALEIROS, V. de P. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, I. e PILOTTI, F. (orgs.). A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009. 2ª edição.
- GIOVANELLA, L. et alli. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In: Revista Saúde em Debate, v.26, n. 60, jan/abr. Rio de Janeiro, 2002.
- INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. In: Revista de Administração Pública (RAP). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, n.32(2), 1998.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e Intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. In: Revista de Administração Pública (RAP). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, n.32(2), 1998.
- JUNQUEIRA, R. G. P. A Intersetorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. In: Revista de Administração Pública (RAP). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, n.32(2), 1998.
- LOBATO, L. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. In: Ciência e Saúde Coletiva, vol.14, n.3 RJ maio/junho, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da 8ª Conferência Nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1986;

_____. Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria. FIOCRUZ/ENSP. Rio de Janeiro, 2005, 3ª edição

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, 2001.

MONNERAT, G. e SOUZA, R. G. de. Política Social e Intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. Revista Ser Social, n. 26. Brasília:Unb, 2010.

OLIVEIRA, J. A. A. e TEIXEIRA, S. F. S. (IM) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social. Rio de Janeiro: Vozes; ABRASCO, 1986.

PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, 2001.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Mimeo, 2010. Acesso obtido no endereço eletrônico: [HTTP://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologiaesaudepublica/historiaeestruturasus.pdf](http://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologiaesaudepublica/historiaeestruturasus.pdf) . Acesso em maio de 2010.

RAICHELIS, R.. “O trabalho do assistente social na esfera estatal”. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Curso de especialização lato sensu à distância. CFESS/ABEPSS/UnB/CEAD, 2009.

RESOLUÇÃO CFESS nº 273. Código de Ética do Assistente Social. Brasília, 13 de março de 1993.

RIZZINI, I. e PILOTTI, F. (orgs.). A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009. 2ª edição.

SENNA, M. C. e MONNERAT, G et alli. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? In: Revista Katálysis, v. 10 n. 1. . Florianópolis: Editora UFSC, 2007.

VIANA, A. L. D. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. In: Revista de Administração Pública (RAP). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, n.32(2), 1998.