

***“Análise da Capacidade Institucional de Atuação
da ASAJ/DAPES/SAS/MS:
Um Olhar sobre a PNAISAJ e PNAISARI”***

por

Fernando Manuel Bessa Fernandes

*Tese apresentada com vistas à obtenção do Título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública*

Orientador: Profº Drº José Mendes Ribeiro

Rio de Janeiro, Julho de 2013.

Esta Tese, intitulada

***“Análise da Capacidade Institucional de Atuação
da ASAJ/DAPES/SAS/MS:
Um Olhar sobre a PNAISAJ e PNAISARI”***

apresentada por

Fernando Manuel Bessa Fernandes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^o Dr^a Eloísa Groissman
Prof^o Dr^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Prof^o Dr^a Jeni Vaitsman
Prof^o Dr^o Marcelo Rasga Moreira
Prof^o Dr^o José Mendes Ribeiro - Orientador

Tese defendida e aprovada em 19 de Julho de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F363 Fernandes, Fernando Manuel Bessa
Análise da capacidade institucional de atuação da
ASAJ/DAPES/SAS/MS: um olhar sobre a PNAISAJ e a
PNAISARI. / Fernando Manuel Bessa Fernandes. -- 2013.
xi,156 f. : il. ; mapas

Orientador: Ribeiro, José Mendes
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Avaliação. 3. Saúde do
Adolescente. 4. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.7

**Análise da Capacidade Institucional de Atuação
da ASAJ/DAPES/SAS/MS:
Um Olhar sobre a PNAISAJ e PNAISARI**

*Tese de Doutorado apresentada como
requisito obrigatório de titulação do Curso
de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.*

***Aluno: Fernando Manuel Bessa Fernandes
Orientador: Profº Drº José Mendes Ribeiro***

Rio de Janeiro, Julho de 2013.

RESUMO

A atuação de um ator político na elaboração de políticas públicas são perpassados por interesses, direcionamentos e constrangimentos de várias ordens e matizes, os quais as Ciências Sociais reputam como captáveis, dimensionáveis e, portanto, passíveis de análise. Neste sentido, esta Tese analisa a capacidade institucional de atuação da Área Técnica de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS), considerando o desenrolar do processo de implementação e execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), com especial atenção para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).

A ASAJ é um pólo emanador de políticas com precariedade normativa e operativa para realizar a plenitude de suas atribuições institucionais cuja atuação delimita-se pela própria burocrático-administrativa estruturante e pela capacidade governativa do Ministério. Fundamenta-se e retroalimenta-se da ideia-força da afirmação e consolidação do adolescente enquanto sujeito de direitos e esbarra, constantemente, em empecilhos de ordem ideológica e cultural dos atores e dos interesses que vivificam instituições.

O discurso institucional integrativo não tem garantias de ressonância para dentro do próprio DAPES e uma interoperacionalidade está por ser efetivada no cotidiano, o que obriga a ASAJ a assumir um esforço triplo: Em primeiro plano, para dentro, manter uma equipe com grau satisfatório de coesão e com expertise suficiente para superar a dependência da ação personalizada da coordenação; Para fora, sustentar o discurso e os arranjos para que a articulação ocorra intra e interdepartamentalmente; Num plano mais externo, reforçar e traduzir o discurso junto a parceiros extraministeriais, num processo de enredamento. Destaca-se importância estratégica de alguns atores/parceiros para a PNAISARI, em especial, como o Ministério Público e a Secretaria de Direitos Humanos.

Descritores: Análise de Políticas; Avaliação de Políticas; Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

The performance of a political actor in the elaboration of public policies are steeped in interests, directions and various kinds of constraints and nuances, which the Social Sciences considering how measurable and therefore amenable to analysis. Thus, this work analyzes the institutional capacity of action of the Technical Area for Adolescent and Young Health, of the Department of Strategic and Programmatic Actions of the Department of Health Care of the Ministry of Health (ASAJ/DAPES/SAS/MS) considering the process of the implementation and execution of the National Health Policy for Adolescents and Young (PNAISAJ), with particular attention to the National Health Policy of Adolescents and Youth in Conflict with the Law (PNAISARI).

The ASAJ is a pole emanating politics with precarious normative and weak operative ability to carry out the fullness of its institutional role which is delimited by the very bureaucratic and administrative structuring the governing capability of the Ministry. It is based and it feeds from the idea of affirmation and consolidation of adolescents as subjects of rights and stumbles constantly with the ideological and cultural interests of the actors that gives life to institutions.

The integrative institutional discourse has no guaranteed resonance into DAPES and interoperability must to be effected in the daily, which demands to perform an triple effort: In the foreground, keep a team with a satisfactory degree of cohesion and expertise sufficient to overcome the dependence of the custom action from coordination; Out, supporting speech and articulation arrangements that occur within and between departments; On a more external plane, strengthen and translate speeches to extraministeriais partners in a entanglement process. We highlight the strategic importance for PNAISARI of some actors/partners as the prosecutors and the Department of Human Rights.

Keywords: Policy Analysis; Policy Evaluation; Adolescent Health.

AGRADECIMENTOS

Nomes são rótulos de identificação social que não traduzem na íntegra a polissemia e a plenitude da essência dos indivíduos. Por outro lado, carregam significado e são relevantes para que se registre e exalte essa individualidade essencial e servem de marcadores da pertinência das pessoas em nossa vida ao serem registrados.

Agradeço e nomeio, portanto, as pessoas que contribuíram para a realização deste estudo, e que foram importantes cada uma a seu modo, afetando minhas reflexões e ações:

Sou impagavelmente grato a *Marcelo Rasga Moreira* e *Luiz Fernando Mazzei Sucena*, históricos e fundamentais Amigos e Parceiros de Trabalho, e a *Pablo Dias Fortes e Assis Mafort Ouverney*, Amigos e Parceiros de reflexões e devaneios, filosóficos, políticos e existenciais.

Expresso minha admiração e gratidão impregnadas de reconhecimento por *José Mendes Ribeiro*, orientador competente que, à sua maneira, soube subsidiar e estimular a experiência de uma relação de orientação baseada no respeito, na amizade e na autonomia prolífica.

Agradeço às pessoas que fazem parte da coleção de parentes, professores, colegas e amigos dos quais tenho o prazer e a satisfação de conhecer e poder dizer que retribuo, na justa medida, a consideração a mim dispensada. A reciprocidade é construída e consolidada com a prática e com o esforço coletivo cotidiano.

Por fim, deixo registrados meus agradecimentos a todos os sujeitos entrevistados para este estudo, que se dispuseram gentilmente a atender minhas demandas e me proporcionaram a rica possibilidade de expandir meus horizontes cognitivos acerca da administração e gestão públicas, no que tange às relações interinstitucionais e interindividuais que povoam o complexo processo de formulação, implementação e execução de políticas públicas.

O começo de todas as Ciências é o espanto de as coisas serem o que são. (Aristóteles).

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê. (Arthur Schopenhauer).

A Ciência consiste em substituir o Saber que parecia seguro por uma Teoria, ou seja, por algo problemático. (José Ortega Y Gasset).

Não é na Ciência que está a Felicidade, mas na aquisição da Ciência. (Edgar Allan Poe).

O Conhecimento nos faz responsáveis. (Ernesto “Che” Guevara).

LISTA DE SIGLAS

ASAJ/ DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ATSMAD/DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ATSCAM/DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ATSM/DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ATSPI/DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ATSPD/DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ATSH/DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde do Homem do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ATRSSP/DAPE/SAS/MS – Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIREME/OPAS – Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-Americana de Saúde

BVS/OPAS – Biblioteca Virtual em Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde

CEP/ENSP – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

CFB/88 – Constituição Federal Brasileira de 1988

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONANDA – Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CSP – Cadernos de Saúde Pública da Fiocruz

DCS/ENSP/FIOCRUZ – Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

DEGASE/SEEDUC/RJ – Departamento Geral de Ações Socioeducativas da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro

DINAISAJ – Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

NESA/UERJ – Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAISAJ – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens

PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SDH – Secretaria Nacional de Direitos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - O Que é Governabilidade – OEA, 2001.	45
Quadro 2 - Histórico das Estruturas e Iniciativas Governamentais responsáveis pela Saúde do Adolescente – Século XX e XXI.	68
Quadro 3 - Eixos de Articulação e Caminhos de Potencialização da Atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS.	90
Quadro 4 - Legislação e Normatização embasadora das Políticas de Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade no Brasil.	98
Quadro 5 - Cargos e Instâncias Intraministeriais Intra e Interdepartamentais que se relacionam com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da PNAISARI.	101
Quadro 6 - Cargos e Instâncias Extraministeriais Nacionais e Subnacionais que se relacionam com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da PNAISARI.	102
Figura 1 - Composição Estrutural da ASAJ/DAPES/SAS/MS.	74
Figura 2 - Execução Orçamentária e Financeira da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2003.	74
Figura 3 - Dotação Orçamentária da ASAJ – 2012.	75
Figura 4 - Execução Orçamentária e Financeira da ASAJ – 2012.	75
Figura 5 - Instâncias Institucionais que se relacionam com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da DINAISAJ, PNAISAJ e PNAISARI.	82
Figura 6 - Capacidade Institucional de Atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS em Âmbito Intraministerial e Extraministerial.	83
Figura 7 - Possibilidades de Atuação em Rede	114

LISTAGEM DE ATORES ENTREVISTADOS, NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, CARGOS E INSTÂNCIAS

NÚMERO	CARGO	INSTÂNCIA
1	Coordenador	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ/DAPES/SAS/MS)
2	Assessora	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ/DAPES/SAS/MS)
3	Assessora	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ/DAPES/SAS/MS)
4	Assessora	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ/DAPES/SAS/MS)
5	Diretor	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS)
6	Coordenador	Área Técnica da Saúde da Criança e do Aleitamento Materno (ASCAM/DAPES/SAS/MS)
7	Coordenador	Área Técnica da Saúde da Mulher (ASM/DAPES/SAS/MS)
8	Coordenador	Área Técnica de Saúde Mental (ASM/DAPES/SAS/MS)
9	Diretor	Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAE/SAS/MS)
10	Coordenador	Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGAH/DAE/SAS/MS)
11	Coordenador	Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAE/SAS/MS)
12	Diretor	Departamento de Atenção Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS)
13	Coordenador	Coordenação-Geral de Atenção Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAB/DAB/SAS/MS)
14	Diretor	Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DARAS/SAS/MS)*

* Em Julho de 2013, O Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde – DARAS/SAS/MS se converteu em Departamento de Ações Estratégicas e Temáticas – DAET/SAS/MS.

NÚMERO	CARGO	INSTÂNCIA
15	Sec. Nacional	Sec. Nac. de Promoção dos Dir. da Criança e do Adol. da Sec. de Dir. Humanos da Presid. (SNPDCA/SDH/PR)
16	Diretor	Diretoria de Políticas Temáticas da Sec. Nac. de Promoção dos Dir. da Criança e do Adol. da Sec. de Dir. Humanos da Presid. (DPT/SNPDCA/SDH/PR) e Coordenadoria do Observ. Nac. dos Direitos da Criança e do Adol.
17	Coordenador	Coord.-Geral do Prog. de Implem do SINASE da Sec. Nac. de Prom dos Dir. da Crian e do Adol.- Sec. de Dir. Hum da Pres. (PROSINASE/SNPDCA/SDH/PR)
	Sec. Executiva	Cons. Nac. dos Direitos da Criança e do Adol. (CONANDA)
18	Presid. e Sec.-Adjunta	Cons. Nac. de Juv. (CONJUVE) e Secretaria-Adjunta da Sec. de Juv. da Presid.
19	Secretária	Secr. de Articulação Institucional e Ações Temáticas da Sec. de Políticas para Mulheres da Presid. (SAIAT/SPM/PR)
20	Coord.-Geral	Coord.-Geral de Prog. e Ações de Saúde e Part. Pol. da Sec. de Políticas para Mulheres da Presid. (CGPASPP/SPM/PR)
	Diretor-Geral	Depart. Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE/SEEDUC/RJ)
	Coordenadora	Coord. de Saúde Integral do DEGASE (CGI/DEGASE/SEEDUC/RJ)
	Subsecretária	Subsec. de Atenção à Saúde da SES do Rio (SAS/SES/RJ)
21	Superintendente	Superint. de AB da Subsec. de Aten à Saúde da SES do Rio (SAB/SAS/SES/RJ)
	Coordenador	Área Téc. da Saúde da Criança, do Adol. e Nutrição da Superintend. de AB da Subsec. de Aten à Saúde da SES do Rio (ATSCAN/SAB/SAS/SES/RJ)
22	Enfermeiro	Coord. de Inf. Estrat. em Vig. em Saúde da Subsec. de Prom, Atenção Primária e Vig. em Saúde da Sec. de Vig. em Saúde da Sec. Mun. de Saúde e Defesa Civil do Rio (CIEVS/SUBPAV/SVS/SMSDC/RJ) e Área Téc. de de Saúde para Pop. Priv. de Liberd. SAB da SAS da SES do Rio (ATSPPL/SAB/SAS/SES/RJ)
23	Gerente	Gerência do Prog. de Saúde do Adol. da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vig. em Saúde da SAS da Sec. Mun. de Saúde e Def. Civil do Rio (GPA/SUBPAV/SAS/SMSDC/RJ)

ÍNDICE

Folha de Rosto	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Agradecimentos	iv
Epígrafes	v
Lista de Siglas	vi
Lista de Quadros & Figuras	viii
Lista de Entrevistados	ix
Capítulo I - Introdução	01
Capítulo II - Considerações Metodológicas	11
Capítulo III - Considerações Teóricas	21
III.1) Avaliação de Políticas	21
III.2) Análise de Políticas	30
III.3) Políticas Públicas: Governar, Analisar, Avaliar, Enredar	40
Capítulo IV – O Desenho Institucional da ASAJ	52
IV.1) Ao Encontro do Objeto	52
IV.2) Histórico da Área Técnica	60
IV.3) Desenho Estrutural da Área Técnica	69
Capítulo V - A Capacidade Institucional de Atuação em Rede da ASAJ	79
V.1) PNAISAJ/DINAISAJ: Um Olhar Problematizador sobre o Processo	80
V.2) PNAISARI: Uma Análise Longitudinal sobre o Processo	96
V.3) ASAJ/DAPES/SAS/MS: Expectativas, Perspectivas e Caminhos	109
Capítulo VI - Considerações Finais	119
Referências Bibliográficas	125
Apêndices	140
Anexos	151

CAPÍTULO I) INTRODUÇÃO

A atuação, a desenvoltura e/ou o desempenho de um ator político são perpassados por interesses, impulsos, direcionamentos e constrangimentos de várias ordens e matizes, os quais as Ciências Sociais reputam como captáveis, dimensionáveis e, portanto, passíveis de análise. No caso da gestão governamental brasileira em âmbito federal, mais especificamente nos setores de cunho social da Administração Pública tais como, por exemplo, a Educação, a Assistência Social ou a Saúde, os interesses das partes envolvidas – os chamados *stakeholders* e os demandantes/beneficiários das políticas – e as suas relações são fundamentais na formação e sustentação de um desenho institucional de áreas técnicas ministeriais onde a governabilidade direta de equipamentos e serviços é em alguns casos reduzida ou mesmo inexistente.

Igualmente, nota-se que os próprios preceitos constitucionais adotados no Brasil induzem as instâncias governamentais federais a buscarem constante articulação e negociação com as suas contrapartes estaduais e municipais, a fim de pactuar e viabilizar, pela consensuação e concertação contínuas, a execução de políticas. O Federalismo e o processo de Descentralização Político-Administrativa pelo qual o país tem atravessado há mais de uma vintena de anos traz sempre à baila a espinhosa questão da transferência de responsabilidades, atribuições, poderes e recursos da esfera federal para as esferas locais – leiam-se municipais. Em um quadro como este, emplacar uma Política nacional não é, de modo algum, uma simples ação verticalizada, dado que a União, os Estados e os

Municípios adquiriram o status jurídico, formal e institucional de entes federativos autônomos com o advento da Constituição de 1988 (Brasil, 1988).

Percebe-se que os interesses das mais variadas ordens são necessariamente imprescindíveis no planejamento de ações e estratégias, na formulação, implementação, execução, e avaliação de programas e políticas elaboradas pela esfera federal. Do mesmo modo, percebe-se que interesses também são inerentes e perpassam as propostas de análise de políticas levadas a cabo pelos estudiosos do funcionamento das estruturas governamentais.

Ao observar-se esta situação, despontam inquietações e questionamentos, especialmente naqueles que se preocupam tanto do ponto de vista teórico quanto de um ponto de vista mais prático e pragmático com o estudo analítico das formas de responsividade e resolutividade governamental a problemas da sociedade. Pois se toma por princípios que as inquietações e os questionamentos (i) incorporam a afirmação da curiosidade produtiva que deve marcar a postura científica; (ii) significam a afirmação do caráter republicano das justificativas, dos modos e das finalidades de se pensar, construir e ofertar soluções a demandas públicas; e (iii) provocam a busca pelo alargamento dos horizontes cognitivos e operacionais das políticas e também do saber acadêmico crítico e reflexivo sobre elas.

Políticas públicas não surgem espontaneamente no ar e nem se solidificam a partir do nada. São dotadas de organicidade e brotam – ou não – diante de estímulos e condições propícias. Para que elas vicejem e frutifiquem, é necessário empreender esforços de planejamento e gerenciamento de ações desde as mais básicas e comezinhas até as mais finas e sofisticadas, no que tange aos delicados relacionamentos interpessoais e interinstitucionais engendrados. Também é preciso angariar, manejar e aplicar recursos

públicos, indo desde os preciosos e plásticos recursos humanos até os recursos físicos e financeiros, mais duros, contudo, fundamentalmente valiosos.

Por conta do emprego de recursos advindos de impostos – portanto, recursos públicos, coletivos e comuns a todos os cidadãos, torna-se evidente a compreensão de que as políticas públicas devem ser concebidas e executadas com responsabilidade, a fim de evitar desperdício, ineficiência e ineficácia, assim como para que esteja garantida a sua efetividade, com resultados, impactos e efeitos benéficos para a população.

Com isto em mente, abre-se espaço para a afirmação de que as práticas de analisar e avaliar políticas revestem-se de grande importância na contribuição para o avanço do conhecimento a respeito da gestão pública.

A elaboração e o desenvolvimento das ações governamentais responsivas a problemas públicos não são apenas necessárias de per si, como também são dignos objetos – não reificados, bem entendido – de atenção do ponto de vista da garantia dos direitos e, igualmente, da seara da Análise de Políticas.

Assim, a seguir, tecem-se considerações acerca da justificativa, explicita-se o raciocínio hipotético que suporta a presente Tese, e apresenta-se a estruturação da mesma para, em seguida, no capítulo seguinte, serem desenvolvidas as considerações de cunho metodológico experimentadas antes, durante e depois do processo de pesquisa.

Feitas as observações iniciais, é lícito atentar para a utilidade, validade e pertinência do estudo produzido nesta Tese no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento das ações de uma específica área técnica da gestão pública em sua esfera federal no cumprimento institucional de seus deveres de asseguramento do direito à saúde da população adolescente no Brasil, com especial destaque para aquele contingente em situação de privação de liberdade. A instância em questão é a Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem

do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS).

A título de raciocínio hipotético, indagações norteadoras das reflexões que perpassam esta Tese se fazem pertinentes no que diz respeito à questão do atendimento à saúde de adolescentes o qual deve ser induzido e estimulado pela ASAJ/DAPES/SAS/MS. Até que ponto e de que maneira a Análise de Políticas contribui positivamente com a Avaliação e a tomada de decisões e como afeta o processo de implementação de políticas, tanto no presente quanto no futuro de uma política, como, por exemplo, as ações, estratégias, programas e políticas envolvendo adolescentes? Queremos crer que a resposta tenha caráter positivo e construtivo.

Diante disto, torna-se oportuno fazer algumas conjecturas para alavancar o raciocínio hipotético presente nesta Tese, algumas recorrentes e abrangentes, outras mais diretamente ligadas à problemática aqui contemplada:

1. O quê faz com que uma política seja implementada ou não? Qual a possibilidade de se planejarem ações estratégicas de curto, médio e longo alcance que garantam efetividade? Decorrem daí outras questões: o quê contribui para que uma política seja executada de forma bem-sucedida ou não?
2. Em outras palavras, para que uma política seja considerada – analisada e avaliada – como efetiva, que elementos estão presentes e de que modo perpassam, constituem e incidem no processo, influenciam a sua execução e retroalimentam e instrumentalizam a Análise e a Avaliação de Políticas?

3. Ainda outra questão: Como os conhecimentos produzidos por meio do emprego da Análise de Políticas podem se concatenar com elementos teóricos e instrumentais da Avaliação, de modo a articular uma proposta de planejamento e organização da gestão federal em direção a um incremento do processo de formulação, implementação e execução de políticas e, num plano mais prático-operacional, da própria forma institucional de atuação de uma área técnica ministerial, ou seja, nesta Tese, da ASAJ/DAPES/SAS/MS?

4. Qual o poder de confecção e incitamento de um trabalho em rede (num processo que poderia ser chamado de “enredamento”) apresentado pela ASAJ/DAPES/SAS/MS envolvendo a consecução de resultados de uma dada política, que exemplarmente incide em questões de alto grau de complexidade na sua execução e de cujo sucesso a referida Área Técnica não possui governabilidade direta?

5. Como fatores derivados do desenho institucional e das relações engendradas no interior das instâncias ministeriais impactam e ressignificam a atuação institucional da ASAJ/DAPES/SAS/MS? Como estes impactos e esta ressignificação se traduzem nas políticas sob a responsabilidade da Área Técnica em tela?

No desenrolar dos estudos relacionados a esta Tese, busca-se a superação de uma visão de Análise e Avaliação de Políticas como práticas punitivas, nas quais os resultados são apresentados apenas ao final do processo, via de regra apontando “erros” ocorridos em momentos passados que já não podem ser alterados.

Ao contrário, propõe-se que tanto a Análise como a Avaliação conttenham um caráter *up to date*, integrando ações de gestão que devem ser construídas com base em informações estratégicas produtoras de indicadores, identificadoras de elementos, práticas e ações dificultadoras e facilitadoras, e construtoras de subsídios para que se possam aprimorar, em tempo real, as atividades inerentes, ampliando as oportunidades e possibilidades de sucesso das políticas públicas e de aprimoramento da governança.

É posta, portanto, a tarefa de reforço de reflexões que vão ao encontro destas necessidades, tarefa esta que não se dissocia da consolidação da garantia do direito constitucional à saúde aos adolescentes, em especial os privados de liberdade, posto que estão entre a parcela de cidadãos mais fragilizados e cujas demandas têm sido menos atendidas ou atendidas com maior precariedade, dentre o universo de cidadãos brasileiros, jovens ou não.

Isto tem ocorrido tanto por conta das dificuldades e iniquidades aos quais estão passíveis de serem submetidos por parte de profissionais da rede de atendimento do SUS, quanto por força da ausência, ineficácia, ineficiência, inefetividade ou invisibilidade de ações específicas voltadas para esta população. Daí a pertinência de estudos que possam enriquecer e acrescentar olhares diversificados sobre o enfrentamento dos problemas que demandam as políticas.

Nesta Tese, verificou-se que a atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS forçosamente ocorreria em *rede*, descentralizada, submetida à concertação e pactuação constantes, devido

a fatores tais como a inexistência de controle direto sobre equipamentos e serviços, a alta rotatividade de gestores locais e a necessidade de legitimação da coordenação da Área Técnica num ambiente institucional de gestão. Face a esta configuração, nova questão surge: Quais seriam os limites, as potencialidades e os avanços que a política para jovens privados de liberdade representa, considerando o desenho e a capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS?

Em atendimento a esta questão, é necessário exercitar a capacidade reflexiva de alargamento da hipótese, contemplando a noção de que, ao longo do tempo, a estrutura do Ministério da Saúde tornou-se porosa à atuação e ocupação de espaços por parte de grupos de *advocacy coalition*.

É mister frisar que não se trata de pretender realizar aqui uma Análise Institucional¹ em regra. Diferentemente, trata-se de realizar uma análise da capacidade institucional de atuação na formulação e indução política da ASAJ/DAPES/SAS/MS, lançando mão da validação argumentativa via fontes múltiplas, com especial ênfase em entrevistas com ocupantes de cargos das três esferas de gestão considerados atores-chave para o estudo.

Também é preciso ressaltar que, muito embora existam estudos sobre capacidade institucional na área da Saúde (como, por exemplo, relacionados à Saúde Mental, ao Parto Humanizado e outros), é incipiente – para não dizer mesmo inédita – a ocorrência de estudos dessa natureza relacionados à Saúde de Adolescentes.

Não é com outra preocupação que a presente Tese se apresenta. No que tange à gestão federal, pretende-se fazer críticas construtivas e fundamentadas, e gerar subsídios na forma de possíveis recomendações, sugestões e/ou orientações, embasadas na teoria de Ciência Política e de Análise de Políticas (Bernier & Clavier, 2011; MacRae, 1999; Geva-

¹ Para uma interessante discussão sobre Institucionalismo e Análise Institucional, ver Guizardi et al, 2011.

May & Pal, 1999; Dobbins et al., 2007), para que se contribua com a qualificação da capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS e com o estímulo ao fortalecimento das ações de atendimento à saúde de adolescentes, segundo o parametrizado nas Políticas que a Área Técnica é responsável por formular e implementar e em consonância com outras iniciativas ministeriais.

É a partir destas ideias e inquietudes que esta Tese surge, se estrutura e busca evoluir, chamando para si o desafio da contribuição para o desenvolvimento de um debate prolífico, em direção a exploração acadêmica de hipóteses relacionadas às interfaces entre Análise e Avaliação de Políticas, tomando por foco a capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS.

A prática da pesquisa envolvendo reflexão crítico-analítica possibilitada pela vivência e desenvolvimento de experiências em busca de respostas – ainda que provisórias, não em sentido pejorativo, mas no sentido da consciência da incompletude, da complexidade e da constante necessidade de testagem, refino e retroalimentação – para as questões sobre demandas e vicissitudes das políticas públicas de saúde é o que move esta empreitada.

Também se pretende fomentar o debate em direção a suscitarem-se análises e propostas estratégicas para a gestão, no que concerne à problematização das suas Políticas (*Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde – DINAISAJ e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI*) e suas articulações, desdobramentos, efeitos, impactos, resultados e possibilidades de aperfeiçoamento e de superação de obstáculos, no recorte proposto.

A forma pela qual se optou estruturar esta Tese obedece à tradição geral de elaboração de trabalhos de conclusão de cursos de pós-graduação e doutoramento. Cada capítulo de desenvolvimento detém sua própria ontogênese e estruturação visando possíveis futuras publicações e o último deles, intitulado “*Considerações Finais*”, promove a síntese do raciocínio que foi sendo desenvolvido em todos, sendo finalístico para a Tese mas deixando em aberto possibilidades de outras reflexões. Deste modo, optou-se por dividir a Tese em capítulos obedecendo a lógica de privilegiar, do ponto de vista metodológico, os aspectos e elementos necessários na elaboração de um artefato acadêmico.

Além deste capítulo introdutório que apresenta ao leitor a problemática, a justificativa do estudo e o raciocínio hipotético, há mais cinco capítulos, sendo que o primeiro deles, intitulado Capítulo II) “*Considerações Metodológicas*”, apresenta as reflexões elaboradas sobre o método utilizado, o objeto enunciado do presente estudo e os objetivos geral e específicos estipulados.

No Capítulo III) “*Considerações Teóricas*”, são feitas reflexões referentes ao desenvolvimento teórico efetuado no contexto da Tese, com ênfase no debate sobre a Avaliação e a Análise de Políticas.

A proposta do Capítulo IV) “*O Desenho Institucional da ASAJ/DAPES/SAS/MS*”, é promover o resgate do histórico da área técnica e fazer considerações sobre a forma pela qual ela funciona e atua institucionalmente.

Já no Capítulo V) “*A Capacidade Institucional de Atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS – O Exemplo da PNAISARF*”, é debatido o processo de formulação e implementação de uma das mais importantes políticas da Área Técnica de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, assim como se apresenta um olhar avaliativo sobre a sua capacidade institucional de atuação no contexto deste processo.

Finalmente, no Capítulo VI) “*Considerações Finais*”, conforme citado anteriormente, é feita uma síntese explicativa, avaliativa e problematizadora das características da capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS à luz da discussão sobre o processo de formulação, implementação e avaliação da PNAISARI, visando apresentar contribuições analítico-propositivas para o seu incremento.

CAPÍTULO II) CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, empreende-se uma discriminação reflexiva dos procedimentos metódicos adotados para a elaboração da Tese. Cumprida a proposta de apresentar o panorama geral a partir do qual uma situação de uma dada realidade é compreendida enquanto candidato à categoria de problema de pesquisa a ser contemplado num empreendimento acadêmico tal como esta Tese, torna-se necessário dar acabamento ao seu delineamento e, com isso, justificar sua pertinência e relevância. Segue-se ao imperativo de apresentar como a reflexão foi desenvolvida ao longo deste trabalho, presidida pelo chamado raciocínio hipotético – aqui assumido como o inter-relacionamento epistemológico da situação-problema, das questões e da hipótese construída e posta em teste, anunciados no capítulo anterior.

De início, no que tange ao conceito de Metodologia, nesta Tese adota-se o seguinte posicionamento: Trata-se do estudo feito sobre o Método construído e/ou empregado numa atividade de pesquisa, ou seja, a reflexão que o pesquisador faz sobre as escolhas, as estratégias, as técnicas e seu entrelaçamento com as vertentes teóricas, os conceitos e as categorias analíticas que desenvolve em sua pesquisa, face à realidade vivenciada.

Por método empregado numa pesquisa, então, compreende-se o “caminho” construído pelo pesquisador para atingir aos seus objetivos, abarcando dimensões teóricas, técnicas, éticas e criativas. Isto seria o suficiente para caracterizar Metodologia, portanto, como um “*conhecimento de segunda ordem*”, transitando no campo da Filosofia da Ciência e um de seus ramos, a Epistemologia (Demo, 1985; Minayo, 1997).

Tendo isto em mente, o espírito presente e defendido nesta Tese é de que o pesquisador deve construir e problematizar seu próprio caminho, propondo-se a investigar e promover o debate, trazendo, assim, contribuições para o perene desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento científico e da discussão sobre os cuidados com a postura ética.

Nesta Tese, em particular, consideradas, somadas, medidas e pesadas as condições que a geraram, suas questões e seu objeto, a ideia de Metodologia inevitavelmente passa pela reflexão crítica de um relacionamento entre a atividade acadêmica com a gestão que possa contribuir com a efetivação da melhoria das condições de vida e atendimento da população adolescente, ao buscar qualificar e aprofundar o entendimento sobre a atuação institucional da Área Técnica do Ministério da Saúde responsável por iniciativas voltadas aquela população.

Não sendo possível dissociar uma pesquisa de um caráter ético, atesta-se que os processos efetuados no âmbito desta Tese obedecem às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (CNS, 1996). Por envolver seres humanos, antes do início do processo de coleta de dados, o projeto desta Tese foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ e por ela aprovado.

Todos os participantes foram prévia e formalmente informados os objetivos da pesquisa e também sobre o caráter voluntário e sigiloso de sua participação, atestado por intermédio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado na seção de Anexos desta Tese. Estabelece-se o compromisso consciente com os direitos e deveres referentes aos sujeitos envolvidos na pesquisa, à comunidade científica, à sociedade e ao Estado brasileiro, assim como asseguram-se aqui, portanto, os quatro princípios referenciais da Bioética:

- Autonomia, já representada pelo consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que de participam da pesquisa;
- Beneficência, traduzida no compromisso do pesquisador em refletir sobre suas ações e estratégias, de modo a planejar e efetuar procedimentos que tragam o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos sujeitos da pesquisa;
- Não-Maleficência, que consiste na garantia de que serão adotadas contramedidas a fim de evitar danos previsíveis; e
- Justiça e Equidade, a relevância social da pesquisa contida na premissa de que ela deve trazer contribuições significativas para os sujeitos envolvidos, minimizando possíveis ônus ou responsabilidades.

Frente à relevância acadêmica, política e social da pesquisa da qual evolui esta Tese e das evidências que estas geram para o avanço do saber e o constante aperfeiçoamento crítico da atuação institucional da ASAJ/DAPES/SAS/MS, os benefícios tendem a sobressair.

A fim de assegurar o cumprimento dos princípios citados, torna-se necessário fazer algumas considerações sobre a proveniência dos dados aqui trabalhados. Parte deles é proveniente de fontes secundárias de caráter público (a maioria delas, inclusive, está disponível na Internet), tais como Leis, Normas e documentos referentes ao desenho e à

estruturação da ASAJ/DAPES/SAS/MS, à saúde de adolescentes em geral e dos privados de liberdade em particular. Para a apreciação, organização e análise das informações geradas a partir destas fontes, fez-se um levantamento bibliográfico buscando identificar a literatura, a legislação e a normatização produzida, captando os seus aspectos mais relevantes para os objetivos deste estudo.

Em relação aos dados provenientes de fontes primárias, as técnicas de levantamento de informações demandadas – Observação Participante e Entrevista, sempre observando os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos e do trabalho de campo – envolveram a aplicação de instrumentos para serem respondidos pelos sujeitos envolvidos no estudo, o que significou que a primeira preocupação foi a de identificar os respondentes.

Desta maneira, optou-se por identificar como respondentes os integrantes da Área Técnica considerados fundamentais para a PNAISARI e os ocupantes de cargos das três esferas de administração pública – federal, estadual e municipal envolvidos com as políticas voltadas para a saúde de adolescentes e que representassem as instâncias com as quais a ASAJ/DAPES/SAS/MS se relaciona institucionalmente de modo intraministerial, assim como com as instâncias que não estivessem no âmbito do Ministério da Saúde, no contexto de suas ações, estratégias e programas, com destaque para a PNAISARI.

Foram realizadas entrevistas com o universo de vinte e três (23) atores, cuja distribuição vem a seguir e é tratada com mais profundidade no Capítulo V desta Tese.

Denominou-se nesta Tese como “Atores Intraministeriais” o conjunto de dez (10) pessoas selecionadas como respondentes que estivessem ocupando cargos governamentais da estrutura funcional do Ministério da Saúde no período de elaboração do trabalho de campo da Tese, cujas atribuições perpassam e se interconectam com as ações, estratégias e políticas sob a responsabilidade da ASAJ/DAPES/SAS/MS.

Os Atores Intraministeriais foram divididos em duas subcategorias: “Atores Intraministeriais Intradepartamentais”, ou seja, aquelas pessoas em cargos pertencentes à própria estrutura departamental à qual pertence a ASAJ/DAPES/SAS/MS; E “Atores Intraministeriais Interdepartamentais”, abrangendo pessoas em cargos de outros departamentos do Ministério da Saúde que não fossem o DAPES.

Ao grupo de nove (9) atores entrevistados pertencentes a instâncias ministeriais outras que não fossem o Ministério da Saúde, assim como as instâncias subnacionais, denominou-se “Atores Extraministeriais”. Do mesmo modo, foram divididos em subcategorias: “Atores Extraministeriais Nacionais”, pertencentes a instâncias de outros ministérios que não o Ministério da Saúde; e “Atores Extraministeriais Subnacionais”, incorporando pessoas em cargos da administração pública das esferas estadual e municipal.

Foram também considerados atores-chave para a Tese o conjunto de três (3) integrantes da equipe técnica da ASAJ/DAPES/SAS/MS responsáveis pela PNAISARI e sua coordenadora, ocupante longeva do cargo desde a reestruturação e refundação da área técnica no ano de 2003. No Capítulo V desta Tese desenvolve-se a análise das falas de todos os atores entrevistados.

Procurou-se realizar as entrevistas em ambientes propícios para a resposta dos instrumentos de pesquisa, previamente combinados com os respondentes a fim de evitar que seu preenchimento fosse indefinidamente postergado e para que se prevenisse ao máximo possível a possibilidade de que as entrevistas sofressem interrupções. Estes ambientes foram os próprios gabinetes de trabalho dos respondentes e, em ocasiões extraordinárias, locais por eles sugeridos.

A fim de potencializar os esforços e a disponibilidade de tempo tanto do autor da Tese quanto dos respondentes (levando-se em conta que parte destes vivem e trabalham na

cidade de Brasília, diferentemente do autor, que reside na cidade do Rio de Janeiro) procurou-se conjugar datas e espaços que fossem convenientes e convergentes com as agendas de trabalho de todos. Isto ocorreu em especial no âmbito de viagens empreendidas pelo autor da Tese para participar de reuniões mensais de trabalho programadas pela parceria estabelecida com a própria ASAJ/DAPES/SAS/MS, o que representou economia e uso racionalizado de recursos.

Como seria de se esperar quando se realiza trabalho de campo, imponderáveis ocorrem. Por força de contingências na concatenação de disponibilidade de agendas, o processo de aplicação da técnica de Entrevista enfrentou alguns percalços que redundaram no esgarçamento do cronograma originalmente planejado, inclusive com alguns atores exercendo o direito de recusarem-se a participar.

Nos instrumentos de pesquisa, optou-se por elaborar questões abertas, que pudessem oferecer aos respondentes a oportunidade de desenvolverem seus raciocínios confortavelmente e, com isso, pudessem enriquecer ao máximo possível as pontuações e os questionamentos feitos pelo autor da Tese, o que implica na classificação dos instrumentos como Roteiros de pesquisa.

Posteriormente, por força da necessidade de análise das respostas, empreendeu-se o esforço de categorizá-las confrontando-as com o *framework* teórico-conceitual adotado, de modo a se constituir uma massa sistematizada de dados compondo um modelo analítico-explicativo vinculado aos propósitos aqui declarados.

No próximo tópico deste capítulo, estão enunciados o objeto e os objetivos geral e específicos da presente Tese, assim como se explicitam as formas pelas quais se planejou atingí-los.

É colocando estas questões em tela e com esta motivação que se estabelece como Objeto de investigação nesta Tese *a capacidade institucional de atuação da Área Técnica da Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS)*, considerando os elementos que dificultam e facilitam o desenrolar do processo de implementação e execução das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (DINAISAJ).

Como Objetivo Geral, postula-se *analisar e problematizar a capacidade institucional de atuação da Área Técnica da Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS)*, considerando os elementos que dificultam e facilitam o desenrolar do processo de implementação e execução das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (DINAISAJ), com especial atenção para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI.

A consecução do Objetivo Geral acontece em decorrência do atingimento dos Objetivos Específicos (OE) que serão discriminados e desenvolvidos a seguir. E, como consequência, almeja-se que o trabalho signifique, ainda, contribuir metodológica e criticamente com a qualificação das ações da ASAJ/DAPES/SAS/MS.

Para a consecução dos objetivos específicos foi aplicado um conjunto de técnicas de levantamento, sistematização e análise de dados típicas da Pesquisa Social em Saúde, orientadas por um modelo analítico-explicativo. Os Objetivos Específicos estão listados a seguir:

O primeiro Objetivo Específico (OE1) desta Tese consiste em *caracterizar o desenho institucional da ASAJ/DAPES/SAS/MS*. No desenvolvimento deste objetivo, as seguintes perguntas serviram de sustentáculo do seguinte raciocínio especulativo: Como a ASAJ/DAPES/SAS/MS está estruturada institucionalmente? Quais são os seus atributos enquanto ator político? Como se constituiu enquanto área técnica?

Para responder a estas questões e atingir o OE1 foram aplicadas técnicas de levantamento em fontes secundárias, mais especificamente pesquisa bibliográfica e documental. Por meio delas, levantou-se o conjunto de legislações, portarias e normas e identificou-se as que fazem referência às políticas da ASAJ/DAPES/SAS/MS e mais diretamente à PNAISARI.

Identificadas a normatização e suas regras, os trechos, artigos, alíneas, itens e parágrafos que se referem aos aspectos selecionados pelo Objetivo Específico foram sistematizados em um *corpus*, um quadro específico que reúne de maneira organizada o conjunto de discursos relacionados ao Objeto investigado, facilitando sua análise.

A compreensão de que as regras impactam fortemente o cotidiano da ASAJ/DAPES/SAS/MS mostra a necessidade de caracterizar esta repercussão, sobretudo no que diz respeito à participação de novos atores e à competição política em torno dos interesses que eles representam; à estrutura, organização, atuação e autonomia da ASAJ/DAPES/SAS/MS; à dinâmica do processo de trabalho em rede e os resultados a que este pode chegar; e à maneira como os outros atores reagem a estas relações.

Para dar conta disto – e, por conseguinte, para se complementar e atender às necessidades expressas nos outros dois Objetivos Específicos discriminados mais adiante neste tópico – fez-se necessário conjugar a discursividade dos textos normativos com as repercussões empiricamente identificadas. Este movimento foi facilitado porque a tese foi

elaborada e desenvolvida no contexto de uma pesquisa coordenada por seu segundo orientador e seu autor, conforme anteriormente afirmado.

Logo, aplicou-se um roteiro junto a integrantes da equipe atual da ASAJ/DAPES/SAS/MS, a fim de que fossem coletadas as informações que transcendessem o registro documental. Com a mesma finalidade, utilizaram-se observações feitas pelo autor desta Tese em suas participações em eventos organizados pela ASAJ/DAPES/SAS/MS e em reuniões ordinárias de trabalho da equipe.

O segundo Objetivo Específico (OE2) da presente Tese consiste em *Analisar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI*, enquanto que o terceiro Objetivo Específico (OE3) enuncia-se aqui da seguinte forma: *Problematizar a capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS*. Nesta análise, buscou-se caracterizar atores; núdulos estratégicos e processos decisórios; e lógicas de interesses e arenas da Política em questão.

A técnica de Entrevista, assim como explicitado acima a respeito do OE1, também foi sistematicamente empregada junto a atores quem mantém articulações com a ASAJ/DAPES/SAS/MS, quando necessário, por ocasião de reuniões de trabalho fixas mensais², conforme indicado anteriormente. Do mesmo modo que o planejado para ocorrer nos OE1 e OE2, no que se refere à consecução do OE3 as entrevistas respectivamente obedeceram a um roteiro, contendo questões abertas. Os roteiros referentes aos três Objetivos Específicos estão apresentados na seção de Anexos desta Tese, e sua calibração

² Estas reuniões mensais ocorreram em Brasília-DF no âmbito da parceria estabelecida entre a equipe de pesquisa DCS/ENSP/FIOCRUZ da qual o autor e os orientadores fazem parte e a ASAJ/DAPES/SAS/MS, como desenvolvimento das atividades de trabalho.

ocorreu em consequência do levantamento bibliográfico referente a estes Objetivos Específicos.

Em conclusão, a quantidade e a aplicabilidade de Objetivos estipulados justificam-se pelo imperativo proposto nesta Tese, no sentido principal de estruturação de um corpo de texto articulado, tendo por início um segmento introdutório de apresentação da problemática estudada; segmentos capitulares desenvolvedores dos raciocínios explicitados nos processos de cumprimento dos objetivos específicos e de elaboração dos artigos; e um segmento conclusivo, contendo os resultados da pesquisa e conseqüentes proposições.

Também está presente a preocupação de oferecer e garantir o *feedback* da iniciativa, clarificando e tornando fluidas as relações entre as atividades de Pesquisa e de Gestão, sob a égide da necessidade, que se faz cada vez maior, de entrosamento e interatividade mutuamente enriquecedoras para a Academia e a Gestão Pública.

CAPÍTULO 3) CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Neste capítulo, são desenvolvidas reflexões referentes ao do debate teórico sobre a avaliação e análise de políticas públicas, especificamente no que concerne ao setor saúde no Brasil, apresentando e tematizando algumas das questões fundamentais que perpassam este campo de estudo. Busca-se explorar aspectos da produção acadêmica em correlação com as possibilidades de desenrolar do tema, a fim de qualificar a compreensão da capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS. A proposta deste capítulo, portanto, é oferecer uma visão panorâmica dos campos de conhecimento e das escolas de pensamento referenciais para o estudo realizado na Tese.

- **3.1 Avaliação de Políticas**

No âmbito da gestão/administração pública no Brasil, marcadamente a partir do contexto de proposta de Reforma Gerencial do Estado (Brasil, 1995; Bresser Pereira & Spink, 1998; Bodstein & Moreira, 2008), e no mundo, a partir da Globalização e suas consequências, nas últimas décadas, a avaliação paulatinamente vem se consolidando como prática e acumulando respeitável arcabouço teórico e destaque acadêmico.

Este movimento, embora não ocorra de modo uniforme dada a multiplicidade de conceitos, teorias, entendimentos, correntes de pensamento e reflexões nele encerrados e que a ele ensejaram, tende a apresentar um ponto básico comum a todos os autores que se dedicaram e dedicam a esta questão: “Avaliar” significa em primeira e/ou última instância

emitir um *juízo de valor* (Verani, 2005; Worthen et al. 2004) e traz a noção de *comparação/contrastação* entre parâmetros estabelecidos e resultados alcançados, com vistas à facilitação da consecução de objetivos. “Avaliar” pode ser entendido com o ato de dar aval, afiançar, endossar, garantir, e nesta direção, é possível comparar parâmetros e os resultados destacando-se os seus aspectos similares, assim como também é possível ressaltar as suas diferenças e assimetrias, efetuando contrastes.

No caso da gestão pública, principalmente, quando se pensa em avaliação³, verifica-se que são aspectos caros o planejamento na melhor razão custo/benefício de esforços empregados, a obtenção de resultados factíveis, observáveis, monitoráveis e mensuráveis, e a otimização e o “enxugamento” da máquina estatal em nome da agilização de suas ações e do empoderamento do chamado terceiro setor.

Os autores Aguilar & Ander-Egg (1994) chamam a atenção para o fato de que, na história da avaliação,

“...os procedimentos desenvolvidos durante longo tempo estiveram como que encerrados numa perspectiva quase exclusiva dos modelos experimentais e quase-experimentais, apoiada na medida do possível nestes modelos, na utilização de métodos quantitativos”. (Aguilar & Ander-Egg, 1994. p.9)

Este quadro tem evoluído, apontando para um aparentemente inexorável congraçamento teórico-metodológico, onde o imperativo da utilização de avaliações

³ Para Guba & Lincoln (1989), algumas características da Avaliação permitem conceber etapas históricas no que convencionam chamar de gerações: Na primeira (1900-1930), buscava-se a construção de instrumentos de medidas avaliativas das intervenções; na segunda (1930-1960), a ênfase se dava na descrição da intervenção marcando a gênese da avaliação de programas; na terceira (1960-1980), a característica era do juízo de valor e mérito de uma intervenção subsidiando a tomada de decisão; e na quarta e última (1980 em diante) destaca-se o aspecto da negociação entre os atores e interesses envolvidos. Dada a plasticidade e polissemia inerentes, compreende-se que características podem se superpor e conviver, simultaneamente.

sistemáticas por parte dos profissionais e gestores das áreas de intervenção social – donde se destacam o Serviço Social, as Ciências Sociais e a Saúde – reflete-se na institucionalização da prática avaliativa na gestão pública. A avaliação torna-se, pois, cada vez mais valorizada por conta de alguns fatores e aspectos que se afirmam como imprescindíveis, dentre os quais podem ser correlacionados os seguintes:

a) A afirmação da importância da mensuração/medição dos gastos e/ou investimentos e resultados, e pela garantia da eficácia, eficiência e efetividade das políticas públicas, tomando-se a avaliação como prática subsidiadora da gestão, como apontam Cohen & Franco (2002. p.15): *“Em uma situação de escassez de recursos, será imprescindível na tarefa de comparar, escolher e descartar projetos alternativos, procurando aumentar a racionalidade das opções adotadas”*;

b) A consolidação da noção de que a busca pelo aperfeiçoamento das ações e práticas de gestão deve ser uma constante, aproveitando-se dos avanços e sofisticções tecnológicas, mas evitando as armadilhas apontadas por Barreira & Carvalho (2001. p.8) em se pensar a *“...avaliação centrada na sedução tecnológica, que acaba por expressar a ação na sua eficiência e eficácia imediatas, sem um compromisso intencional com a real transformação e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos beneficiários de programas e serviços públicos”*; e

c) A necessidade da elaboração de estudos acadêmicos que possam subsidiar, apoiar, incrementar e legitimar uma ação dos gestores que se faça engajada e comprometida com a excelência de sua práxis, e relacionada e/ou consubstanciada no *evidence-based policy making* (política baseada em evidências) (Barreto, 2004; Davies, 2004).

No entanto, a despeito de notórios avanços alcançados (Chen, 1990; Hartz, 1997, 1999; Contandriopoulos, 2000; Melo Rico, 2001; Arretche, 2001, 2001b; Scriven, 2003; Tanaka & Melo, 2004; Bursztyn & Ribeiro, 2005; Bosi & Mercado, 2006; Belloni et al, 2007; Dobbins et al, 2007), a literatura concernente a este campo do saber também mostra que pesquisadores, acadêmicos, profissionais e gestores envolvidos com a atividade de avaliação de políticas têm enfrentado obstáculos, que constituem consideráveis desafios de ordem teórico-conceitual e prático-operacional.

Aqui, propõe-se uma especial atenção para a idéia de *Policy Cycle* (Ciclo de Políticas), na qual a implementação é vista como um processo que implica em tomada de decisões, e está em constante re-formulação por conta da interatividade dos atores envolvidos, como afirma Frey (2000):

“O desenho estratégico das políticas deve incluir a identificação dos atores que dão sustentação à política e mecanismos de concertação e negociação entre tais atores. Sem tais atores, políticas públicas de caráter redistributivo, como os programas na área social, tendem a se sustentar apenas na adesão fortuita e muitas vezes oportunista de setores das burocracias especializadas, o que lhes confere pouca legitimidade social e baixa sustentabilidade”. (Frey, 2000. p.13)

A preocupação com a dimensão política no contexto das Políticas também está presente no Relatório de 2006 para a América Latina do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID, 2006):

“A eficácia das políticas depende do modo como são discutidas, aprovadas e executadas. Por isso, ao invés de focar a substância e a orientação de determinadas políticas, o informe concentra-se nos processos críticos que dão forma a essas políticas, colocam-nas em prática, desde sua concepção até a implementação, e as sustentam ao longo do tempo”. (BID, 2006. p. 10)

Este e outros entendimentos (Browne & Wildavasky, 1984; NEPP, 1999; Silva & Melo, 2000; Frey, 2000; Vaitsman, 2006) significam transcender a tradicional visão *top-down* da formulação e desenho dos programas, na qual as dificuldades de implementação são compreendidas e tomadas como “desvios de rota”.

Segundo diversos autores (Viana, 1988; Silva & Melo, 2000; NEPP, 2001; Peres, 2001), os obstáculos referentes à avaliação de implementação ocorrem, fundamentalmente, devido ao fato desta ser uma atividade que, até o presente, têm se revelado onerosa, que demanda uma excessiva dedicação de tempo e uma grande mobilização de recursos humanos e materiais.

Ainda, tome-se a característica fluida e plástica do processo de implementação, que compreende uma inerente tendência à alteração de recursos empregados pela gestão e pelos atores envolvidos, e de seus objetivos, dado o seu caráter de aprendizagem (*Policy-Learning*), adaptação e de tomada de decisões estratégicas. Isto gera a necessidade do redesenho da própria política (Browne & Wildavasky, 1984) e, concomitantemente, da perspectiva avaliativa adotada (NEPP, 2001), o que provoca, conforme Viana (1988), a

quebra da dicotomia Formulação/Teoria Política *versus* Implementação/Teoria da Administração.

Problematizando estas questões, como se viabilizaria um olhar e uma prática de avaliação de implementação de uma Política Pública que, levando em consideração a noção de Ciclo de Políticas, contemple e identifique elementos que potencialmente possam obstaculizar e/ou facilitar o processo de implementação e que subsidie a gestão no sentido da otimização dos recursos empregados e da ação dos gestores, resultando na geração das melhores condições para a sua execução, e assim, tendo possibilidade de traduzir-se em benesses concretas para o seu público-alvo?

A presente Tese trabalha com a ideia de que tal indagação fica evidenciada no cotidiano dos que são responsáveis por formular e implementar Políticas Públicas. Estas devem satisfazer demandas inter-relacionadas que estão permanentemente postas e gravitando em arenas de negociação constante entre os interesses de diversos atores. Conforme Belloni et al (2007), uma Política Pública

“...tem finalidades e desempenha papéis sempre mais amplos e significativos do que aqueles expressos nos seus objetivos explícitos, principalmente em decorrência de suas inter-relações com outras políticas e instituições sociais. Neste sentido, é necessário desenvolver esforços conceituais e experiências com vistas à elaboração de metodologias que possibilitem a avaliação da eficácia e da efetividade social de Políticas Públicas...”. (Belloni et al, 2007. p. 10)

Diante disto, o que faz com que uma Política seja implementada ou não? Decorre daí outra questão: o que contribui para que uma Política seja executada de forma bem-sucedida ou não? Em outras palavras, para que uma Política seja considerada – avaliada, com e até mesmo sem o peso conceitual inerente – como efetiva, que elementos devem

estar presentes e de que modo perpassam, constituem e incidem no processo, influenciam a sua execução e retroalimentam e instrumentalizam as próprias atividades de avaliação, implementação e execução?

Considerando o Ciclo de Políticas como necessariamente não-linear e a ação dos *stakeholders*, dos implementadores e dos executores – a “ponta” do sistema, ou seja, os profissionais integrantes da *street level bureaucracy* (Lipsky, 1980) que executam os serviços em contato direto com o público-alvo – haveria elementos que conjuntamente podem (ou não) constituir-se em obstáculos e facilidades ao longo do processo de implementação das Políticas, assim como podem (ou não) influenciar decisivamente a execução. Estes elementos contextuais podem ser compreendidos como inerentes ao processo e, portanto, devem ser levados em alta conta na no planejamento, na análise e na avaliação das Políticas, ao longo de seu ciclo de vida, a fim de que, com acurácia, se ateste sua eficiência, eficácia e efetividade.

No cotidiano da atual gestão federal, a avaliação de programas e projetos tem sido freqüentemente incorporada à agenda das políticas sociais, demonstrando a busca por salutares e virtuosos mecanismos de aperfeiçoamento das ações, de *accountability* e transparência no manejo dos recursos públicos e de efetiva melhoria nos serviços prestados à população. Este movimento passa, fundamentalmente, pelo constante esforço de aperfeiçoamento das práticas da gestão, baseado no retorno que a análise das políticas pode oferecer.

Neste movimento, parte-se do princípio de que a avaliação é uma atividade que cada vez mais deve ser compreendida e pensada como estrategicamente fundamental para a tomada de decisões e para o *Policy-Learning*. Analisando-se os elementos componentes do ciclo de vida das Políticas Públicas, torna-se possível contribuir para uma compreensão fina

acerca de suas dinâmicas, dentre as quais as políticas que visam o atendimento das demandas sociais na área da Saúde Coletiva.

Segundo Arretche, a implementação de uma política, programa ou ação é

“...um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocarem em prática objetivos e estratégias que lhe são alheios. Nessas circunstâncias, para obter a adesão e obediência aos objetivos e ao desenho do programa, a autoridade central deve ser capaz de desenvolver uma bem sucedida estratégia de incentivos”. (Arretche, 2001. p. 32).

Deste modo, a avaliação do processo de implementação de uma política pode revelar os motivos que implicam na eficiência ou na ineficiência das ações e projetos existentes, identificar as práticas que devem ser replicadas e os problemas públicos que permanecem inatacados, demonstrando um caráter subsidiador e nevrálgico, que aponta caminhos e os modifica ao orientar a implantação e a gestão de projetos sociais.

A avaliação do tipo externo introduz também novos aspectos relacionais e trabalhistas ao retirar dos gestores responsáveis pela implementação, o peso, a responsabilidade e as tarefas concernentes ao processo que, por sua complexidade e importância, tornam-se para esses profissionais um acúmulo desproporcional de trabalho, sobretudo para aqueles que, pelas características de suas coordenações, secretarias e/ou ministérios, não podem dispensar dedicação exclusiva a uma determinada política.

No mesmo diapasão, alivia os gestores de terem que elaborar e tornar públicos julgamentos e análises críticas de suas próprias atividades ou das de colegas que lhes são muito próximos, seja por afetividade, espírito de corpo ou hierarquia, o que se torna um

elemento que direciona a avaliação para searas menos independentes, com menor rigor metodológico e com desvios da visão da política centrada no interesse do cidadão.

Também no que se refere ao investimento financeiro, a avaliação externa pode trazer benefícios para o poder público quando, ao reunir em equipe única, especialistas de diferentes áreas do conhecimento e da pesquisa, amparados por infraestrutura logística e de informática, reduz gastos diretos e indiretos, tanto em aspectos salariais quanto em despesas correntes, redundando em efetiva economia para a gestão.

Ressalta-se que, ao estabelecer as relações entre o funcionamento dos serviços e o processo de implementação, a avaliação deixa nítido que os problemas enfrentados pelos gestores em uma das etapas do chamado ciclo de políticas, quando não superados, continuam a ocorrer nas etapas subsequentes, podendo, inclusive, agravarem-se e/ou assumir novas formas, espraiando-se para aspectos que até então não eram tão nítidos (NEPP, 1999).

Neste sentido, a avaliação, além de funcionar como elo de ligação entre as análises advindas da implementação e as provenientes da investigação dos serviços implantados, assume um papel preventivo e promotor da ação pública voltada para o cidadão.

Busca-se transcender, assim, uma visão de avaliação como prática punitiva, nas quais os resultados são apresentados apenas ao final do processo, via de regra apontando ‘erros’ ocorridos em momentos passados que já não podem ser alterados. Numa perspectiva não linear de Ciclo de Políticas, tem sido defendido um movimento em direção a que a avaliação contenha um caráter *up to date*.

A formulação e a tomada de decisão podem ocorrer em qualquer ponto do processo político, com a avaliação também podendo – e devendo – acontecer *pari passu*, integrando ações de gestão que devem ser construídas com base em informações produtoras de

indicadores, identificadoras de elementos, práticas e ações dificultadoras e facilitadoras, e construtoras de subsídios para que se possa aprimorar, em tempo real, as estratégias, ampliando as oportunidades e possibilidades de sucesso das políticas públicas⁴.

No caso da atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS enquanto instância governamental responsável por formular e induzir a implementação e execução de políticas voltadas para uma grupo específico da população, as vicissitudes inerentes aos processos institucionais são especialmente notáveis. O que leva à necessidade de olhares avaliativos e analíticos de suas atividades e políticas, compreendendo as possibilidades de estabelecimento de pontes entre os campos da Avaliação e da Análise de Políticas, ou melhor ainda, as possibilidades de entendimento de que estes campos não são, de per si, obrigatoriamente estanques.

- **3.2 Análise de Políticas**

Neste tópico, assim como ao longo do capítulo, são feitas reflexões referentes ao desenvolvimento do debate teórico sobre a análise de políticas públicas, enfatizando os conceitos considerados como “chave”, a fim que qualificar a compreensão da atuação institucional da ASAJ/DAPES/SAS/MS, a saber: “*Políticas Públicas*”, “*Governança*” e “*Rede*”. Não se trata de empreender aqui uma pretenciosa busca pela compreensão total ou totalizante do campo teórico, mas sim, procura-se identificar conceitos que subsidiarão a reflexão sobre o objeto da presente Tese.

De início, é preciso afirmar a existência de certa nebulosidade quanto às fronteiras dos campos de conhecimento das disciplinas da Ciência Política e das Políticas Públicas,

⁴ No âmbito do desenvolvimento desta tese, foi desenvolvido um artigo de revisão bibliográfica: Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. **Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil**. Cad. Saude Publica 2011; 27(9):1667-1677.

com esta última sendo considerada, inclusive, como uma subárea da primeira. Depreende-se e atesta-se que o consenso, evidentemente, se torna artigo raro nesse debate, assim como o é em outros (Vianna, 1988; Parsons, 1995; Bento, 2003; Souza, 2003, 2006; Secchi, 2010).

Uma via para o entendimento dessa nebulosidade fronteiriça se constitui na diferenciação das origens das disciplinas. Enquanto que na tradição europeia a análise se foca no Estado e nas instituições, na tradição norte-americana a área de conhecimento acadêmico das Políticas Públicas prescinde das bases teóricas sobre o papel estatal e direciona-se para a ação dos governos (Souza, 2006).

Adotando-se um rápido olhar retrospectivo da história da administração pública no século XX, podemos dizer que os processos de rearranjo das formas pelas quais os governos encararam a resolução de problemas públicos no período pós-Segunda Guerra Mundial impactaram-na e ressignificaram-na, tendo sido experimentados e plasmados no contexto das grandes e aceleradas transformações em todos os níveis da existência humana que o mundo começou então a sofrer, e do confronto bipolarizado de natureza ideológica e tecnológica entre os blocos comunista e capitalista.

À parte o caráter eminentemente belicista e a característica de escalada armamentista da Guerra Fria, e ajustando-se o foco às questões envolvendo as modalidades de resposta aos problemas públicos, percebe-se que, de um lado, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas empregava a planificação da economia e da política - e por extensão, da sociedade - com a ênfase na técnica e na industrialização de bens duráveis de consumo básico.

De outro lado, os Estados Unidos, que buscavam a consolidação de sua condição de potência emergida do conflito mundial, investiam pesadamente na formação tecnológica e

científica voltada para demandas concretas da sociedade no contexto da busca do lucro e da geração de demanda de consumo, com grandes corporações do setor privado assumindo relevância na produção de conhecimento e inspirando soluções via *think tanks*⁵ para os problemas públicos⁶.

A necessidade de controle e intervenção estatal na Economia constituía um tópico de debate importante, assim como a necessidade de pesquisas aplicadas tornava-se mais evidente, para compreender fenômenos sociopolíticos, econômicos e psicológicos relacionados às políticas formuladas. Estas necessidades, aliás, mantêm-se até os dias atuais.

Nas primeiras décadas do pós-guerra, o planejamento racional do enfrentamento de problemas públicos na melhor razão custo/benefício de esforços empregados, a obtenção de resultados factíveis, observáveis, monitoráveis e mensuráveis, e o “enxugamento” da máquina estatal em nome da agilização de suas ações e do empoderamento do chamado terceiro setor, com ênfase em métodos quantitativos, marcou a realidade de muitos países (Aguilar & Ander-Egg, 1994).

⁵ O termo da língua inglesa *think tank* pode ser entendido como designador de “*organizações cujo principal papel é a produção de pesquisas e estudos acerca dos complexos problemas que permeiam o universo das políticas públicas e que com base nesta expertise, aconselham, difundem ideias e conhecimento junto aos policy makers, o que permite a estas instituições um acesso privilegiado ao poder político e decisório em diversas esferas de governo*” (Soares, 2009). Designa o sentido de instituições de análise política ou centros de pesquisa voltada para questões estratégicas do governo federal, em seus primórdios relacionadas a situações bélicas, mas posteriormente espraiando seu portfólio e campo de atuação ao abordar assuntos de natureza político-administrativa mais geral. Este termo também circunscreve uma ampla gama de organizações de pesquisa que se dedicam a análise de políticas públicas e que oferecem soluções e fornecem apoio/suporte intelectual a gestores, políticos ou partidos. São instituições muito presentes no cenário político norte-americano assim como os grupos de interesse, os lobistas, os “consultores de mídia”, os marqueteiros, os “spin doctors”...

⁶ Uma das mais representativas obras deste período é a de Harold Lasswell e Daniel Lerner intitulada “The Policy Sciences” (1951), que propõe uma concepção do processo de elaboração e desenvolvimento das políticas públicas abrangendo aspectos das Ciências Sociais, Psicologia, Administração, Ciência Política e outras áreas do saber em estágios, numa lógica linear que posteriormente gerou prolíficas e interessantes críticas ao longo do tempo (Charles Lindblom, Gary Brewer, John Kingdon e Hogwood & Gunn, entre outros).

As preocupações com estas questões envolvendo a função e o papel das instâncias da sociedade, dos governos e do próprio Estado, principalmente nos Estados Unidos e em países da Europa Ocidental desde a década de 50 até os dias atuais, têm consubstanciado o campo de conhecimento denominado Políticas Públicas.

Cabem algumas palavras sobre a noção de Políticas Públicas (*Public Policy*). Na literatura concernente parece consensual que são compreendidas como ações governamentais ordenadas que devem satisfazer demandas inter-relacionadas, as quais estão permanentemente postas e gravitando em arenas de negociação constante entre os interesses de diversos atores.

Lasswell (1958) diz que tanto as decisões quanto às análises sobre políticas trazem explícita a necessidade de responder às questões básicas sobre *quem ganha o quê, quando ganha e como ganha*, ao que é complementado por autores como Dye, que acrescenta o *por que*. Dye, inclusive, embora desencoraje discussões acadêmicas mais elaboradas sobre o conceito de Políticas Públicas, prefere defini-lo como o que os governos escolhem fazer ou não: “*Public Policy is whatever governments choose to do or not to do*” (Dye, 1992. p.2). Esse autor expressa, ainda, a preocupação com o fato de que as políticas devem (ou pelo menos deveriam) ser orientadas por metas, objetivos, propósitos, a fim de garantir a obtenção de uma situação onde os riscos inerentes às mudanças dos fluxos de interesses, embora existentes, estariam sob certo controle.

Kingdon (1995) enriquece a questão ao analisar, para fins comparativos, a lógica do mundo corporativo, observando que nele o *telos* dos atores é a obtenção de lucro e tal perspectiva define a própria organização institucional. Em comparação, as posturas assumidas pelos atores que integram a Administração Pública (e também a Academia) diferenciam-se dos atores corporativos, ao regerem-se sob a égide de uma lógica mais

fluida e com um sentido menos sistemático. É preciso levar em consideração a existência de práticas de lobby ou de defesa e emplacamento de interesses no campo da gestão pública, sistemicamente institucionalizadas como no caso norte-americano, ou presentes de forma oficiosa, como no caso brasileiro.

Depreende-se daí que as políticas não devem ser compreendidas como respostas inflexíveis e dogmáticas a problemas tomados como estáticos, e a admissão da mutabilidade, da complexidade e da incompletude se faz crucial.

Já conforme Belloni et al (2007), uma Política Pública:

“...tem finalidades e desempenha papéis sempre mais amplos e significativos do que aqueles expressos nos seus objetivos explícitos, principalmente em decorrência de suas inter-relações com outras políticas e instituições sociais. Neste sentido, é necessário desenvolver esforços conceituais e experiências com vistas à elaboração de metodologias que possibilitem a avaliação da eficácia e da efetividade social de Políticas Públicas ou de instituições.”. (Belloni et al, 2007.p. 10).

Políticas Públicas são passíveis de ser compreendidas, portanto, como ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados e intercambiados com os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade social.

A materialização ou concretização destes programas, ações, estratégias, planos, ocorre por intermédio da construção e consolidação de aparatos político-administrativos, regidos por leis, normas e regulamentos que admitem variância de graus de alcance, abrangência e escopo.

Isso permite dizer que as Políticas Públicas, de modo geral (dentre elas, iniciativas nas áreas da Saúde e da Educação, por exemplo) também formam, informam e conformam⁷ campos multidisciplinares de estudos e interesses, já que, diante da vontade e inclinação para estudá-las, torna-se necessária a compreensão de que teorias e instrumentais construídos nos campos da Sociologia, da Economia e da Ciência Política, para citar os mais evidentes, são fundamentais para a realização de análises e estudos (Majone, 1989; Deslandes, 1997; Moreira et al, 2004; Souza, 2005; Ostrom, 2005; Minayo et al, 2005; Bernier & Clavier, 2011).

Nunca perdendo de vista o caráter intersetorial e multidisciplinar dos processos das políticas, a sua formulação, implementação e execução são caracterizadas por situações e desafios que demandam práticas de acompanhamento, monitoramento e avaliação, não apenas para eventuais correções de rumo na condução das ações por parte dos encarregados de fazerem as políticas (os *policy makers*), especialistas e técnicos responsáveis, mas também para atender às modificações constantes e estruturais que o dinamismo do processo inerentemente apresenta e para servir de base e lições aprendidas para aplicação em outras ações do mesmo gênero (Wildavsky, 1987; MacRae Jr., 1999; Arretche, 2001, 2001b; Barreira & Carvalho, 2001; Draibe, 2001; Faleiros, 2001; Souza, 2005; Bodstein & Moreira, 2008).

⁷ **Política**, portanto, é um termo da língua portuguesa que pode ser empregado para designar tanto a ideia de um processo quanto a ideia de um resultado de um processo. No Dicionário de Política (2002), Bobbio et al. a definem como o sentido lato de “*atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem*”. Mas a língua inglesa admite duas palavras distintas que, utilizadas no âmbito da Análise de Políticas, ilustram melhor a diferença conceitual que o termo em português confunde: “*Politics*”, termo ligado ao campo da Ciência Política, significando um conjunto de atividades relacionadas à esfera das relações de poder e de autoridade em uma dada sociedade, próprias do Estado, e seus níveis de poder e de organizações; e “*Policy*”, termo ligado ao campo das Políticas Públicas, significando ações governamentais planejadas, formuladas, elaboradas, implementadas e executadas com a explícita finalidade de enfrentamento de problemas públicos. O campo das Políticas Públicas, inicialmente, se constituía em subárea da Ciência Política, mas com o passar do tempo, foi legitimando-se a ponto de extrapolá-lo, dando atenção a fatores dinâmicos do *Policy Process* (Faria, 2003).

Diante da inexistência de neutralidade de todos os envolvidos com Políticas Públicas, percebe-se que elas podem ser compreendidas como demandas das sociedades manifestadas e mediadas por grupos de interesses e movimentos sociais e, por outro lado, também podem ser entendidas como as tentativas de resposta dos governos a esses anseios e demandas (Majone, 1989; Moreira et al, 2004; Souza, 2005, Bernier & Clavier, 2011).

Assim, torna-se fundamental afirmar a importância do impacto exercido por quem se propõe a analisar políticas⁸ enquanto ator destas mesmas políticas com as quais eles estão relacionados, dado que as interações entre ele – o analista – e os atores e instâncias demandantes das análises se caracterizam por negociações e escolhas conceituais, procedimentais e expositivas dos achados (Majone, 1989; Geva-May & Pal, 1999).

Marchas, contramarchas e reformulações nos estudos sobre o *policy process* tem ocorrido ao longo do tempo, na esteira de constatações das vantagens e limitações dos tradicionais modelos analíticos dos mecanismos de intermediação de interesses ante a diversidade e complexidade do processo. Segundo Faria (2003):

“Compõem esse terreno caleidoscópico os analistas das policy networks, das comunidades epistêmicas, das advocacy coalitions, dos processos de difusão e transferência de políticas públicas, os estudiosos do policy learning, entre outros”. (Faria, 2003. p.3).

No Brasil, a despeito do aumento da produção acadêmica envolvendo Análise de Políticas Públicas, principalmente ocorrido nas últimas duas décadas no embalo da redemocratização e da discussão sobre a adoção de novas formas de gestão do orçamento público, observa-se que o investimento na exploração de questões envolvendo as relações

⁸ Dye (1992), inclusive, declara literalmente que o estudo de Políticas Públicas consiste tanto em arte como ofício. Tradução do original: *“Understanding public policy is both an art and a craft”* P. 17.

entre avaliação e implementação de políticas encontra-se longe de estar saturado (Melo, 1999; Faria, 2003; Souza, 2005; Vaitsman, 2006, Lima et al, 2011). Na verdade, análises voltadas para a implementação e para a avaliação de políticas em contexto brasileiro consistem em iniciativas que oferecem muitas oportunidades de desenvolvimento de estudos.

Segundo Arretche (2001. P.9), o processo de implementação de uma política, programa ou ação “...*modifica o desenho original das políticas, pois esta ocorre em um ambiente caracterizado por contínua mutação*”. Na presente Tese e para os fins que ela se propõe, esta é uma noção fundamental, como será explicitado nos capítulos seguintes.

Daí a necessidade da elaboração de estudos acadêmicos, da utilização de modelos analíticos e do desenvolvimento e aplicação de métodos e instrumentos que possam subsidiar, apoiar, incrementar e legitimar uma ação dos gestores que se faça engajada e comprometida com a excelência de sua práxis. Não se pode negar que a complexidade da implementação – e, conseqüentemente, as dificuldades de análise - aumenta na razão direta da quantidade de inter-relações entre os elos que a compõem (Wildavsky, 1999).

Na constante labuta pela superação destes obstáculos, teorias e metodologias vêm sendo criadas e efetuadas para dar conta das agendas, no caso brasileiro, agregando conhecimento acerca dos efeitos, virtudes e vicissitudes da descentralização e da municipalização (NEPP, 1999; Labra, 2003; Souza, 2005). Emerge a compreensão de que o ‘poder local’ torna-se fundamental para que uma política seja aceita e levada a cabo, ou seja, implementada e executada bem-sucedidamente, posto que o poder decisório não necessariamente se concentra na esfera central e o sucesso ou fracasso da política é perpassado por arranjos, que podem ser de ordem técnica, instrumental, política, econômica, administrativa ou até mesmo pessoal.

Estes são raciocínios que nem aqueles preocupados com a avaliação não podem deixar de lado, nem aqueles envolvidos com as necessidades de reflexões críticas, analíticas e compromissadas com a produção do saber científico incidido e interfaciado às políticas públicas.

Compreende-se que não é o caso de se advogar a noção de que as políticas por força seguem um ciclo de vida rígido, monocórdio, monolítico e cartesianamente compartimentado, ainda que articulado. Parte-se do princípio de que, diante de uma necessidade de ordem cognitiva sobre como o *policy process* se inicia, se conduz e se transforma e desdobra, e assumindo-se a consciência das incertezas e complexidades a ele inerentes, trazê-las para o núcleo da análise torna-se uma atitude compulsória.

Devem ainda ser levadas em conta as reflexões de Paul Sabatier (1999) e Sabatier e Jenkins-Smith (1999a), nas quais se estudam o estabelecimento de equilíbrio entre ideias e interesses que movem a ação governamental. No chamado “jogo” político, juntam-se aos interesses os valores, crenças e idéias como elementos condicionantes e incidentes nos processos decisórios. Atores sociopolíticos formam coalizões entre si ao intercambiarem e compartilharem leituras, discursos e cursos de ação semelhantes sobre problemas e respectivas soluções, e também sobre as suas causas e efeitos.

Nesta visão, a complexidade dos processos deve-se alguns elementos:

- 1) A quantidade de atores envolvidos;
- 2) A temporalidade dos processos;
- 3) As externalidades da política;
- 4) O grau de tecnicidade e fragmentação dos conhecimentos e questões levantados pela política;
- 5) A natureza dos conflitos distributivos produzidos pela política.

Modificações, mudanças e reordenamentos nas políticas estariam vinculados às formas de atuação e configuração dessas coalizões e aos diversos graus e intensidades de atenção que os atores governamentais possam ter diante de aspectos considerados mais centrais e/ou menos centrais das políticas públicas.

Deste modo, a Análise do processo de implementação de uma política pode revelar os motivos que implicam na eficiência ou na ineficiência das ações e projetos existentes, identificar as práticas que devem ser replicadas e os problemas públicos que permanecem inatacados, demonstrando um caráter organicamente crítico em direção à produção de conhecimento, e que inclusive pode apontar caminhos e auxiliar a implementação, a execução e a gestão de políticas, ações, programas e projetos.

Para fins de análise, Howlett et al (2009) compreendem o processo de enfrentamento e resolução de problemas públicos como possuidor de cinco “estágios” - *Agenda Setting* (estabelecimento de agenda), *Formulação*, *Decision-Making* (tomada de decisão), *Implementação* e *Avaliação* - e frisam a importância do estudo de três dimensões analíticas, relacionadas entre si: os *Policy Actors* (atores políticos); as *Instituições* ou estruturas que os constroem e influenciam; e os conjuntos de *Ideias e Conhecimentos* que informam as suas deliberações e ações.

Na análise do processo, a eventual ênfase conferida a uma destas dimensões em algum destes estágios implica numa variedade de opções de abordagens, o que ratifica o valor da compreensão do papel da ação política dos atores. Howlett et al (2009) ainda consideram que:

“Depois que um problema público foi inserido na agenda política, várias opções foram propostas para enfrentá-lo, e o governo estabeleceu metas políticas e decidiu que curso de ação tomar para atingí-las, é necessário colocar a decisão em prática. O esforço, conhecimento e recursos destinados às decisões de política traduzir em ação compreendem o estágio de implementação no contexto do ciclo político. Enquanto a maioria das decisões políticas identificam os meios para atingir seus objetivos, as escolhas subseqüentes são inevitavelmente necessárias para atingir resultados. O financiamento deve ser alocado, o pessoal atribuído, e regras de procedimento devem ser desenvolvidas para se fazer a política funcionar”. (Howlett et al, 2009, p.160).

Compreender o que faz, porque se faz, como se faz e para que se faz uma política funcionar... Justamente, esse é o desafio, esse é o enigma! Tanto para gestores quanto para analistas, cada qual a ele debruçados com seus próprios modos de atuar e de acordo com seus respectivos objetivos.

- **3.3 Políticas Públicas: Governar, Analisar, Avaliar, Enredar**

Neste tópico, propõe-se uma reflexão sobre o debate referente ao escopo deste estudo a partir dos conceitos de “*Políticas Públicas*”, “*Avaliação de Políticas*” e “*Análise de Políticas*” explorados anteriormente e dos conceitos de “*Governança/Governabilidade*” e de “*Rede*”, considerados como chave para qualificar a compreensão da capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS.

Falar de governança⁹, poderia, à primeira vista, sugerir uma identificação imediata com a ideia de governabilidade, tomando este par de termos como sinônimos em potencial.

⁹ Em Schneider (2005. p. 34), cita-se que “...a história do conceito “**governança**” remonta ao condutor (*kybernêtês*) dos antigos navios de guerra gregos; assim os filósofos gregos se referiam à condução do navio do Estado. Nisso se apóia a palavra artificial “*cibernética*”, criada por Norbert Wiener. Correspondentes latinos são “*gubernare*” e “*regere*”, que foram empregados tanto para a condução de um navio quanto do

Porém, muito embora estejam próximas e compartilhem características, estas duas palavras designam conceitos que não permitem uma fácil distinção na literatura de políticas.

Governança – *governance* no original em língua inglesa, principalmente a partir das décadas de 80-90 do século passado¹⁰, associa-se à noção de *good government* ou *good governance*, capacidade governativa comprometida com os valores de desenvolvimento sustentado aliando crescimento econômico, equidade social e direitos humanos, firmada pelos estudos realizados pelo Banco Mundial¹¹:

“[Governança] é o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo... é o modo pelo qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos visando o desenvolvimento... [Boa] governança é central na criação e sustentação de um ambiente no qual se promove desenvolvimento equitativo, e é complemento essencial de políticas econômicas sólidas” (World Bank, 1992).

A preocupação de conotação liberal com o estabelecimento de condições garantidoras da eficiência e racionalidade dos Estados produziu o efeito de fazer com que as análises extrapolassem visões dotadas de unidimensionalidade cognitiva e explicativa,

Estado. Disso derivam tanto o conceito inglês de “to govern” e francês “gouverner”, quanto a palavra alemã “regieren”. Deve-se observar também que o conceito “governance” é uma substantivação do verbo “to govern”. Acentua-se assim os processos estatais de condução das posições de longo prazo. Por outro lado, e aí reside a inovação do conceito contemporâneo de governança, este não está mais limitado à condução estatal – o governo do Governo –, mas se aplica também ao governo, regulação e condução da sociedade por meio de instituições e atores sociais. Governança transcende com isso o conceito tradicional estatal e remete a formas adicionais de condução social”. Em Frey (2007) percebe-se que o termo “governança” pode ser aplicado à gestão de empresas (governança corporativa), à preservação ambiental (governança ambiental), à administração pública (gestão pública), ao gerenciamento de questões urbanas (gestão urbana), ao uso de tecnologias da informação e comunicação – TIC na gestão pública (governança eletrônica ou e-governança - e-gov).

¹⁰ É possível atribuir-se ao cientista político Samuel Huntington o uso pioneiro do termo “*governance*” nos anos 60, no período da Guerra Fria, fortemente ligado à ideia de “segurança nacional” (Araújo, 2002).

¹¹ Junte-se ao Banco Mundial (formado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD e pela Associação Internacional de Desenvolvimento (AID) outros órgãos e instituições como o Fundo Monetário Internacional – FMI.

unicamente baseada em aspectos econômicos em direção ao abarcamento de dimensões sociais, culturais e políticas da, na e para a gestão pública.

Inerente a essa preocupação, há um caráter normativo e prescritivo, saneador de más práticas administrativas e de vícios de gerenciamento da coisa pública (World Bank, 1992; Cavalheiro & Juchem, 2009).

É preciso, igualmente, assinalar que o processo pelo qual se plasma o conceito de governança deve ser compreendido no contexto histórico de consequências dos Acordos de Bretton Woods de 1944 e dos fenômenos da crise do petróleo da década de 70, da Globalização e da crise de modelos: O modelo europeu de Welfare-State e o modelo desenvolvimentista e nacionalista latinoamericano, ensejando ajustes e reordenamentos político-administrativos (Przeworski, 1996, Diniz, 1996; Santos, 1997; Santos, 2001; Gonçalves, 2005; Gomides & Silva, 2009; Raquel, 2012).

Governança, portanto, envolveria aspectos primordialmente administrativos e gerenciais do Estado relativos à eficácia de seu funcionamento mediante estabilidade tecida de modo intergovernamental entre os três Poderes, num plano mais macro, e também entre outros envolvidos:

“Três dimensões são relevantes no conceito de governança: a primeira diz respeito a seu caráter de instrumento, ou seja, de meio e processo capaz de produzir resultados eficazes; a segunda envolve os atores envolvidos no seu exercício, salientando a questão da participação ampliada nos processos de decisão; e a terceira enfatiza o caráter do consenso e persuasão nas relações e ações, muito mais do que a coerção. Assim, a governança existe quando ela é capaz de articular os diferentes atores – estatais e não-estatais – para enfrentar dificuldades. Sua forma de agir é, portanto, a articulação, construindo consensos para resolver problemas” (Santos, 2001).

Governança no setor público para Diniz (1997) seria a capacidade de ação do Estado no que tange à formulação e implementação de políticas públicas, assim como também no que diz respeito às formas e mecanismos de consecução de metas de cunho coletivo. Para Melo (1995), já seria sinteticamente definida como o *modus operandi* das políticas governamentais.

Para a Comissão sobre Governança Global (1996), governança:

“...é a totalidade das diversas maneiras pelas quais os indivíduos e as instituições, públicas e privadas, administram seus problemas comuns... No plano global, a governança foi vista primeiramente como um conjunto de relações intergovernamentais, mas agora deve ser entendida de forma mais ampla, envolvendo organizações não-governamentais (ONG), movimentos civis, empresas multinacionais e mercados de capitais globais. Com estes interagem os meios de comunicação de massa, que exercem hoje enorme influência”. (Comissão sobre Governança Global, 1996. p. 2)

E Elke Krahmman (2003) apresenta outra definição, oferecedora de possibilidade de convergência com essas considerações anteriores, quando afirma que governança definiria-se por:

“...estruturas e processos que permitem a atores governamentais e não-governamentais coordenar necessidades e atividades interdependentes através da construção e implementação de políticas na ausência de uma autoridade política unificadora”. (Krahmann, 2003. p. 331).

Santos (1997; 2001), na tentativa de contornar as dificuldades inerentes à distinção entre os conceitos de governabilidade e governança na literatura, propõe a utilização do termo *capacidade governativa* para definir a:

“Capacidade de um sistema político em produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade, ou a capacidade dos governos de converter o potencial político de um dado conjunto de instituições e práticas políticas em capacidade de definir, implementar e sustentar políticas... Diz-se que um sistema político é dotado de capacidade governativa se tiver capacidade de: a) identificar problemas da sociedade e formular políticas públicas, isto é, oferecer soluções; e b) implementar as políticas formuladas, mobilizando para isso meios e recursos políticos e financeiros necessários”. (Santos, 2001. p. 344).

Por outro lado, governabilidade, segundo Santos (1997; 2001) e Araújo (2002), respectivamente, refere-se:

“...às condições sistêmicas e institucionais sob as quais se dá o exercício do poder, tais como as características do sistema político, a forma de governo, as relações entre os Poderes, o sistema de intermediação de interesses”. (Santos, 2001. p. 342)

“...às próprias condições substantivas/materiais de exercício do poder e de legitimidade do Estado e do seu governo derivadas da sua postura diante da sociedade civil e do mercado... Pode ser concebida como a autoridade política do Estado em si, entendida como a capacidade que este tem para agregar os múltiplos interesses dispersos pela sociedade e apresentar-lhes um objetivo comum para os curto, médio e longo prazos”. (Araújo, 2002. p. 6).

Nota-se uma aproximação considerável, a ponto de se tornar difusa e tênue a linha de separação entre governabilidade e governança, e a ampliação do segundo conceito, na verdade, fica cada vez mais imprecisa sua distinção do primeiro e pode, inclusive, subsumí-lo, como se infere a partir do seguinte quadro:

Quadro 1: O Que é Governabilidade – OEA, 2001.

- Governabilidade significa estabilidade política e institucional e eficácia na tomada de decisões e administração;
- Relaciona-se com a continuidade de regras e instituições e ao ritmo, consistência e intensidade de decisões;
- É a linha mais curta entre os *Inputs* da sociedade e os *Outputs* do governo;
- Em termos gerais, é a capacidade de adaptação contínua entre a regra eo ato, entre a regulação e seus resultados, entre a oferta e a demanda por políticas e serviços públicos;
- Governabilidade depende de Governança, ou seja, o nível de maturidade em uma sociedade organizada e de sua capacidade para assumir responsabilidades compartilhadas na implementação de decisões e na arte de governar bem.

Fonte: Organização dos Estados Americanos, 2001.

Se pode ser compreendido que governabilidade mantém relação intrínseca à governança e vice-versa, há que se concordar que governança, portanto, pode também ser entendida como:

“A ação do governo mais a interação com seus parceiros não-governamentais no processo de governar – na sua relação coletiva com a economia e com a política pública... [e] se a ciência política é o estudo do poder na sociedade, devemos ir além do governo para também estudar e ensinar sobre as instituições não-governamentais que participam no processo da governança” (Boyer, 1990. p. 51-53).

Mas a abordagem de *Policy Networks* (redes de políticas públicas) oferece uma alternativa bastante interessante. Uma das suas mais caras questões poderia ser enunciada da seguinte forma, à título de ponto de partida para reflexões ligadas ao objeto desta Tese:

Como elaborar políticas públicas com um desenho que leve em conta a complexidade das (co)relações entre os atores envolvidos e a necessidade de compreender a formulação, implementação e execução de políticas acontecendo por intermédio de estruturas que apresentem a capacidade de serem policêntricas/horizontais/polissêmicas,

em oposição a uma visão hierarquizada/vertical/unidimensional do processo pelo qual uma política pública é gestada e efetivada?

Esta ideia de novo arranjo organizacional e administrativo vai ao encontro das vicissitudes e esgotamentos de um modelo de governança e de uma noção de governabilidade nos quais a capacidade integrativa das instituições tradicionais, e de um modelo de planejamento centralizado e centralizador com eficiência/eficácia/efetividade são cada vez mais questionáveis:

“As novas redes de governança – as comunidades, associações da sociedade e empresas privadas desempenham papel cada vez mais decisivo para a transformação das políticas públicas e desafiam não apenas os governos e a maneira de governar, mas exigem uma reorientação do pesquisador de políticas públicas... O processo de governança é multifacetado, a ciência deve levar em conta o concurso de várias facetas que, por sua vez, são resultado de uma interação cada vez mais dinâmica entre elementos institucionais, processuais e conteúdos das políticas” (Frey, 2000. p. 252).

Em consonância, Castells (2007) trabalha com a ideia de *Estado-rede*, no qual a estruturação e modo de funcionamento administrativo apresenta características de flexibilidade, coordenação, modernização tecnológica, transparência, participação cidadã, qualificação e profissionalização dos atores, retroalimentação e aprendizagem constantes¹².

Este formato gera evidentemente desafios para a gestão, personificados na necessidade imperativa de consecução de consensos via negociação, consensuação e debate qualificado, clareza no estabelecimento de regras para a distribuição de recursos, para a

¹² Klaus Frey (2003) discute o papel da TICs para promover o desenvolvimento sustentável na emergente sociedade em rede.

lógica de prioridades nas tomadas de decisão, e para a definição e operacionalização das formas de acompanhamento das ações referentes à política. Isto condensa os processos decisórios, que passam a demandar mais tempo e a demonstrar – dramaticamente, por vezes – a interdependência entre os atores (Fleury & Ouverney, 2007).

Algumas palavras a mais são necessárias para clarificar a noção de rede¹³ no debate sobre políticas públicas e governança. O uso das noções de rede e governança alcança vulto significativo nos estudos de Teoria do Estado nos anos 1970 e se disseminaram nas duas décadas seguintes, a partir do campo da Sociologia e da Antropologia¹⁴ para outras disciplinas das Ciências Sociais – Ciência Política e Economia, principalmente, afinando tanto o estudo acadêmico quanto a prática da gestão pública às transformações experimentadas na relação entre Estado e Sociedade:

“Ambos os conceitos pontuam que a solução de problemas políticos modernos e relevantes por meio de políticas públicas somente é possível com base em novas estruturas políticas” (Schneider, 2005. p. 29).

Interessante notar que neste momento histórico as áreas da Comunicação, da Semiologia, da Cibernética e da Informática alcançam novos patamares e limites de desenvolvimento, com consequências para as áreas de estudos sobre governança e redes, ao agregarem a ideia básica de sistema integrado e descentralizado, com a atuação de atores

¹³ Wellmann (2001, p. 227 apud Frey 2003) postula sociedade em rede como lugar onde *"fronteiras são permeáveis, interações acontecem com diversos outros, conexões mudam entre múltiplas redes e hierarquias podem ser reduzidas e recursivas"*.

¹⁴ Embora não seja constitutiva do foco da presente Tese, é interessante a produção acadêmica acerca das ideias de Análise das Redes Sociais (ARS ou SNA – Social Network Analysis), Etnografia Digital, Ciberantropologia, etc. e que tem explorado e incrementado a noção de redes (Barnes, 1972; Scott, 1992; Deleuze & Guatarri, 1996; Lopes, 1996; Aguiar, 2006, 2012).

estatais e não estatais (Martinho, 2003; Marques, 2003; Castells, 2005; Schneider, 2005; Escobar, 2008; Procopiuk & Frey, 2009).

Cabe um destaque para as chamadas redes sociais: Podem ser entendidas como estruturas sociais passíveis de visualização por meios digitais, compostas por pessoas ou organizações/instituições, interconectadas por um ou vários tipos de relações, compartilhando valores, instrumentos, objetivos e metas, com flexibilidade, porosidade, horizontalidade e fluidez nos inter-relacionamentos dos participantes. Estes são limitados por expectativas e perspectivas de confiança, lealdade, nos quais o aprendizado coletivo, a renegociação e a consensuação são perenes via fluxo de comunicação.

As redes sociais apresentam ainda a característica de operarem em níveis diferenciados (redes de relacionamentos, profissionais, comunitárias, políticas, etc...) o que lhes confere a capacidade de proporcionar a visualização de como as pessoas e as organizações/instituições atuam em direção a alcançar seus objetivos, assim como podem medir o valor alcançado por eles na rede social (o seu capital social). O núcleo da ideia é que pessoas (protagonistas, base das organizações/instituições) se organizam em torno de um tema a ser explorado, utilizando-se dos recursos possibilitados pela tecnologia disponível.

Esta perspectiva vem na esteira da abordagem multicêntrica, para a qual a compreensão da política está atrelada ao objetivo estabelecido em decorrência da identificação de uma situação da realidade social vista como um problema, ou seja,

considerada como problema público, cuja resolução seja de interesse da sociedade e por ela demandado (Rhodes, 1996; Flexor, 2010; Heidemann, 2010; Secchi, 2010)¹⁵.

Por este caminho, a análise do processo de formulação e implementação de políticas presume a influência do comportamento dos atores envolvidos. A partir do momento em que no comportamento dos atores há intencionalidade, dado que são ações humanas, individuais ou coletivas, é esse o foco da preocupação analítica.

Entretanto, se a relação entre os comportamentos dos atores e os resultados de suas atitudes e decisões permite inferir que aqueles agem de modo cartesiano e inexorável no sentido de maximizá-las, como propõe a abordagem da escolha racional, autores do chamado neoinstitucionalismo questionam e apresentam alternativas¹⁶.

Crowford e Ostrom (1995, 2005) defendem a posição de que uma teoria baseada na noção de racionalidade encontra seus limites explicativos, pois o contexto de interdependência criado entre os atores envolvidos no processo possui natureza complexa e dinâmica, plástica e mutável, errática e adaptável, marca da essência da conduta humana – imperfeita, em suma.

Nunca é demais recordar que as instituições¹⁷ são constituídas por pessoas. Logo, as expressões de humanidade são importantes e fundamentais para a análise os valores, os

¹⁵ Autores que se debruçam sobre questões envolvendo modelos organizacionais e relacionais de administração pública tais como Yehezkel Dror, Jan Kooiman, Roderick Rhodes e Gloria Regonini, por exemplo, aproximam-se da abordagem multicêntrica.

¹⁶ Cabe afirmar que não se pretende aqui defender o Institucionalismo em sua forma clássica. Para ver um interessante quadro com os principais aspectos das vertentes neo-institucionalistas, ver Lima et al, 2011.

¹⁷ Podem ser compreendidas como Instituições: Organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (policy networks), juntamente com atores estatais, todos considerados protagonistas no estabelecimento das políticas públicas (Ostrom, 1986; North, 1991; Crawford & Ostrom, 1995; Ostrom, 2005; Ansell, 2006; Guizard et al, 2011).

costumes, a cognição e a emoção dos atores, influenciando seus juízos e, conseqüentemente, suas ações e decisões¹⁸:

“Ostrom representa uma excelente forma de teorizar sobre a diversidade institucional a partir da conexão profunda entre os agentes, as instituições. Tenta compreender a mudança (e a diversidade) institucional levando em conta os dilemas de ação coletiva enfrentados por agentes racionais, diante de situações que envolvem alocação de recursos (e de autoridade) nos bens públicos partilhados (common pool resources). A sua principal argumentação é que os arranjos institucionais importam para produzir incentivos que conduzem a cooperação de agentes racionais diante dos dilemas de ação coletiva que estes enfrentam”. (Flexor, 2010. p. 29).

Justamente, assume grande pertinência a noção de cooperação entre os atores desenvolvida por Elinor Ostrom (2005) é interessante, dado que os padrões de interação fundamentam-se em regras que os atores instrumentalizam a fim de conferir ordem às suas relações e, com isso, alcançar resolução de conflitos na gestão dos recursos. Segundo a autora, algumas comunidades locais fazem, sozinhas, uma gestão mais eficiente dos recursos em comparação a uma situação na qual sejam obrigadas a seguir as regras prescritas e impostas por elementos exteriores de autoridade.

Para fins desta Tese, é importante demarcar que a verticalização impositiva de regras torna-se contraproducente, ao passo que a cooperação é engendrada e engendra uma teia – uma *rede* – de inter-relações envolvendo os atores¹⁹. O caso da PNAISARI é emblemático neste sentido, como será visto mais adiante no Capítulo 6.

¹⁸ A respeito disto, Flexor (2010. p. 27) afirma que “...a insatisfação com o modelo de racionalidade maximizadora tem encontrado um público mais amplo e é crescente a literatura de psicólogos experimentais, economistas comportamentais, filósofos e outros que tratam do papel das emoções, valores e viés cognitivos nas decisões humanas”.

¹⁹ A etimologia revela que o vocábulo rede vem do Latim (rete/retis) e objetivamente designa um objeto com funcionalidades diversificadas, resultante do entrelaçamento de fios ou cordas feitas de diversos materiais, configurando tanto nós (também chamados de nodos ou nódulos) que dão sustentação quanto espaços que lhe

Avançando na reflexão sobre estas questões, e atendo-se às necessidades investigativas inerentes ao estudo para esta Tese, chega-se a algumas perguntas que, na verdade, são extensivas e conectadas entre si por serem provocadas por um mesmo pensamento:

Quais as possibilidades de aprofundamento do conhecimento sobre as potencialidades de governança e capacidade institucional de atuação em rede da ASAJ/DAPES/SAS/MS na geração das melhores condições para alcançar seus objetivos e metas, traduzidas em benesses concretas e contínuas para o seu público-alvo – no caso, adolescentes e jovens? Como se viabilizaria um modelo²⁰ de Análise de uma Política Pública que, levando em consideração a Avaliação, identifique e problematize elementos que potencialmente possam obstaculizar e/ou facilitar o seu processo de implementação, por meio da articulação com saberes e conhecimentos produzidos e voltados para o presente e o futuro da Política? Ainda, ao se elaborar este modelo de Análise, como impactar e subsidiar a gestão no sentido da otimização da ação dos gestores e formulação, implementação e execução de políticas públicas?

Nos capítulos seguintes busca-se desenvolver estas questões.

conferem transparência, flexibilidade e fluidez. Quando trazida a noção para a esfera das políticas, verifica-se que a variedade de relações e de componentes – humanos ou não - que as formam implica na variedade de conceituações que a noção de rede toma, em múltiplos contextos. Assim, o núcleo da noção de rede tem sido apropriado e utilizado por vários campos do saber, como por exemplo, a Eletrônica, a Comunicação, a Informática, a Sociologia, a Ciência Política e a Administração Pública.

²⁰ Segundo Dye (1992), um **modelo** é uma representação simplificada de algum aspecto do mundo real, podendo assumir uma forma representacional física como um modelo de aeroplano, ou maquetes arquitetônicas de edifícios. Também podem ser compreendidos como um diagrama ou mapa, por exemplo, um fluxograma no qual seja ilustrado o processo pelo qual um projeto de lei se torna uma lei.

CAPÍTULO 4) O DESENHO INSTITUCIONAL DA ASAJ

Neste capítulo, em seu primeiro tópico, é feita uma explanação sobre o interesse que levou o autor da presente Tese ao encontro do objeto aqui contemplado e sobre conceitos fundamentais e estruturantes da Área Técnica da Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS).

Também é feito um resgate do processo histórico de instituição da ASAJ/DAPES/SAS/MS, assim como é apresentado o seu desenho estrutural administrativo. Para tanto, efetuou-se um levantamento da legislação e normatização relativa à instituição da ASAJ/DAPES/SAS/MS e reflexões baseadas nos relatos de integrantes de sua equipe, com destaque para as técnicas responsáveis pela condução das ações de implementação da PNAISARI e para a sua coordenadora, ocupante longa do cargo desde o ano de 2004 quando o processo de reestruturação e configuração da Área Técnica foi disparado em 2003. Tomou-se como enquadramento o arcabouço teórico do capítulo anterior desta Tese.

- **4.1 Ao Encontro do Objeto**

A partir de reflexões no diapasão da teoria e da prática avaliativa e da Análise de Políticas Públicas, desenvolvidas por uma Equipe de Pesquisa do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz (DCS/ENSP/FIOCRUZ) desde o ano de 1994, no âmbito da Linha de Pesquisa “*Condições*

de Vida e Atendimento ao Segmento Infanto-Juvenil”, o interesse no tema se faz presente nesta Tese e advém da própria participação no processo histórico de instituição e consolidação da ASAJ/DAPES/SAS/MS.

Em julho de 2004, a Coordenadora da ASAJ/DAPES/SAS/MS demandou uma pesquisa na qual se buscasse analisar o processo de implementação da “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória*” (PNAISARI) em três estados selecionados do Brasil (Paraná, Rio de Janeiro e Sergipe), com vistas à produção crítica e contínua de subsídios avaliativos para a gestão federal.

Esta parceria, consubstanciada no atendimento à demanda colocada por suporte às suas práticas cotidianas, tem suscitado reflexões críticas sobre a importância da práxis avaliativa e do planejamento estratégico das ações na gestão. A ideia de parceria ensejada resultou na instituição uma interface que fosse sólida, dinâmica e ágil, lançando mão de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para unir o saber e a expertise acadêmicos em constante re-construção ao *know-how* e à prática cotidiana da gestão²¹.

Desde então, tem sido desenvolvidas as bases de um modelo analítico e avaliativo das ações institucionais da ASAJ/DAPES/SAS/MS. Sua lógica teórica e coerência técnico-prática foi planejada e desenvolvida de modo que o acompanhamento crítico-reflexivo das ações da ASAJ/DAPES/SAS/MS e especificamente do processo da implementação da PNAISARI fosse gerador de indicadores e análises adequadas para serem utilizadas pela gestão federal nos demais estados do país, não apenas no âmbito circunscrito da citada

²¹ No âmbito da Pesquisa, criou-se uma Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa – EVTP, um sítio eletrônico (site) intitulado “Observatório de Políticas Sociais – ObPS”, que suportou uma Matriz Virtual de Acompanhamento do processo de implementação da PNAISARI nos estados brasileiros. Na seção Anexos desta Tese está a imagem da página inicial do site ObPS, que funcionou de 2004 a 2007.

política, como também no plano mais abrangente da atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS nas outras ações, estratégias, programas e políticas por ela formuladas e sob sua responsabilidade.

Pesquisas tem sido demandas e executadas com diversos recortes e objetos, sempre com o objetivo duplo de a) empreender estudos e debates acadêmicos na seara de Análise de Políticas e de b) apoiar criticamente a ASAJ/DAPES/SAS/MS na formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PNAISAJ), aprimorando seu *modus operandi*, marcadamente com a elaboração de um Plano de Ação²².

Dentre as ações e estratégias elencadas no Plano de Ação da ASAJ/DAPES/SAS/MS, assumiu relevo e importância a formulação e legitimação das “*Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*” – DINAISAJ (Brasil, 2010), que consubstanciam e direcionam a PNAISAJ²³.

Deste modo, o desenrolar prolífico da parceria criou condições para que surgissem os questionamentos que fundamentam e redundaram na presente Tese.

²² Destes estudos e debates, em 2007 surgiu a iniciativa de construção do Plano de Ação da ASAJ/DAPES/SAS/MS, com o objetivo de planificar e organizar as suas estratégias e abordagens, de modo a otimizar seus esforços junto aos outros atores, co-responsáveis pela implementação e responsáveis pela execução da PNAISAJ. O Plano de Ação da ASAJ/DAPES/SAS/MS está apresentado na seção de anexos desta Tese.

²³ Instituídas em 2010, as DINAISAJ implicam na concretização de compromissos em promover e significar: A ratificação de um caráter republicano e democrático de fazer acontecer ações e programas, por intermédio da pactuação e articulação de gestores e profissionais das três esferas de poder público como conceito primordial, abrindo mão de práticas verticalizadas e impositivas de gestão; a busca pela inovação, ao problematizar a idéia de utilização de política baseada em evidências, que tem sua matriz teórico-metodológica na Europa, mais precisamente na Inglaterra (Davies, 2004). Isto significa o estabelecimento de uma práxis de avaliação subsidiadora da gestão; e a ratificação, bem como o balizamento, de um processo interfederativo e intersetorial de elaboração do Plano Decenal da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente (2011), aprovado em abril de 2011, envolvendo outros atores, com especial destaque para a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR.

No esforço de estudar os aspectos que envolvem, significam, possibilitam e concretizam a capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS, é inolvidável compreender o caráter ora competitivo e ora cooperativo do qual se imbuí a relação entre os atores políticos, destacando-se como tal aquela própria Área Técnica, visto que eles buscam protagonizar e influenciar os rumos dos processos decisórios e de implementação e execução das políticas de saúde – no caso, voltadas para o público-alvo adolescente.

Nunca é demais reforçar o caráter de asseguramento de um direito que tais políticas possuem. De fato, a Constituição Federal Brasileira – CFB/88 (Brasil, 1988) garante o atendimento à saúde como um dos direitos sociais²⁴ extensivos a todos os cidadãos e também como dever do Estado²⁵. Uma frase que, embora aparente simplicidade, sintetiza e ilustra a magnitude da responsabilidade daqueles encarregados pela formulação, implementação, execução, Avaliação e Análise de Políticas Públicas, proporcional aos obstáculos a serem transpostos em nome de valores consagrados no Sistema Único de Saúde (SUS)²⁶ pelas suas características e diretrizes de acessibilidade, descentralização, participação, equidade, universalidade e integralidade.

A CFB/88 destaca ainda o imperativo de se observar a proteção aos direitos de grupos populacionais com características específicas tais como crianças, adolescentes, jovens, idosos e indígenas. Neste sentido, torna-se importante ressaltar a Emenda

²⁴ “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988. Título II, Cap. II, Art. 6º).

²⁵ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem 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. Título VIII, Cap. II, Seção II, Art. 196º).

²⁶ Uma breve definição de SUS, segundo Paim (2009, pg. 51), seria: “...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. É uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde através dos dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes”.

Constitucional 65, de 13 de julho de 2010 (Brasil, 2010c), que alterou a denominação do Capítulo VII do Título VIII da CFB/88 e modifica o seu artigo Nº 227, para dar maior destaque aos interesses da juventude, dispondo sobre a proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais da juventude e tornando oportuna e pertinente a criação de políticas públicas destinadas aos jovens²⁷.

Sabe-se que as características demográficas brasileiras têm experimentado modificações expressivas nas últimas décadas, representando um efeito dos processos que as sociedades – não apenas a brasileira - vem atravessando por conta de fatores variados advindos do entrelaçamento relacional multidimensional conhecido como “globalização”. Tido até a década de 1980 como um país eminentemente jovem, o Brasil tem apresentado mudanças em sua pirâmide etária, acompanhando a tendência mundial de envelhecimento da população²⁸.

No entanto, os resultados do mais recente Censo Demográfico realizado no país apontam para uma população de 190.732.694 habitantes (IBGE, 2010), dentre os quais 34.157.631 são pessoas de 10 a 19 anos (perfazendo 17,91% do total de habitantes), considerando o conceito de “adolescência” segundo a preconização da Organização Mundial da Saúde (OMS) seguida pelo Ministério da Saúde. Mesmo com a tendência de estreitamento da base da pirâmide etária brasileira, trata-se, ainda, sem dúvida, de um

²⁷ “É dever da família, da sociedade e do Estado 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”. (Brasil, 1988. Título VIII, Cap. VII, Art. 227º).

²⁸ Segundo informações contidas no site da Organização Mundial de Saúde (OMS), disponíveis no endereço: <<http://www.who.int/ageing/en/>>.

contingente bastante significativo, merecedor de atenção dos formuladores de políticas públicas e prioridade apontada na Constituição Federal²⁹.

Dados apontam que, a partir da década de 2020, a População Economicamente Ativa (PEA) brasileira decrescerá (UNICEF, 2012), acompanhando o decréscimo da população convencionalmente rotulada de “jovem” e o aumento da população de faixas etárias mais avançadas, a qual demanda maiores atenções. Isto significa que o momento atual vivido no país é de oportunidade, com a necessidade de investimentos em infraestrutura e ações voltadas para estes contingentes populacionais, nas suas mais diversas dimensões.

Por isso, tratar de políticas públicas abrangendo temas do atendimento à saúde de adolescentes envolve cuidados redobrados, sendo necessária a definição de parâmetros que permitam estabelecer o que se concebe como “adolescência” (OMS, 2011; Brasil, 1990).

A adolescência é um processo de desenvolvimento e amadurecimento humano com aspectos biológicos e especificidades individuais, assim como dimensões psicossociais variáveis em relação aos contextos históricos e socioculturais, o que complexifica sua delimitação e conceituação. A adolescência apresenta características estruturantes bastante marcantes: *Interação ou Interatividade*, *Busca de Autonomia* e *Construção de Identidade*³⁰.

²⁹ “A lei estabelecerá: I - o estatuto da juventude, destinado a regular os direitos dos jovens e II - o plano nacional de juventude, de duração decenal, visando à articulação das várias esferas do poder público para a execução de políticas públicas” (Brasil, 1988. Título VIII, Cap. VII, Art. 227, VII, § 8º).

³⁰ Versos contidos na letra de uma das músicas compostas por Renato Russo, do grupo Legião Urbana ilustram bem esta tríade e a processualidade angustiante da adolescência e, por vezes, dolorosa: “*Sempre precisei de um pouco de atenção, acho que não sei quem sou, só sei do que eu não gosto...*”.

E mais do que expressar uma questão de complexidade semântica, a saúde de jovens e adolescentes rebate em aspectos epistêmico-teórico-operacionais. É preciso destacar a problemática na conceituação de “juventude” e de “jovem”³¹.

Toma-se por certo que não basta empreender esforços em desconstruir uma suposta visão “adultocêntrica” da sociedade em nome de uma complacência com os arroubos da juventude, pois essa mesma sociedade também tende a criar uma visão “adolescêntrica”, tanto positivamente ao glamourizar estilos de vida tidos como “jovens” e ao cultuar a jovialidade, quanto negativamente ao estigmatizar e demonizar comportamentos tidos como imaturos, irresponsáveis e inconsequentes³².

Uma definição possível de “jovem” engloba atributos e potencialidades para o desenvolvimento inovador e conectado com o panorama mundial atual e projetado, por intermédio do domínio de saberes e práticas tecnológicas. Mas nem tudo são flores, desabrochadas e/ou por desabrochar, já que, no Brasil, os jovens estão sujeitos a condições de vulnerabilidades por conta de mecanismos e arranjos socioculturais e socioeconômicos, constituídos ao longo da história do país.

A opção adotada nesta Tese foi a de vincular a conceituação seguida pelo Ministério da Saúde anteriormente exposta ao que consta do documento jurídico-legal que define e

³¹ De acordo com Bourdieu (1983), é impreterivelmente arbitrário o enquadramento de um indivíduo ou grupo de indivíduos num esquema cronológico conceitual, derivado de um convencionalismo produzido e retroalimentado pela própria cultura da qual o indivíduo ou indivíduos fazem parte. Os limites etários são impostos pela representação ideológica dos indivíduos teoricamente mais “experientes” – os mais “velhos”, supostamente detentores de maiores e mais refinados graus de sabedoria, vivência e habilidades acumuladas, o que os gabaritaria enquanto detentores de consequente visibilidade e efetividade de autoridade e poder. A ordem social compele cada qual a manter-se em seu lugar, reforçada pelos estereótipos – agentes coercitivos que determinam padrões comportamentais. Ocorre, entretanto, que entre a classificação etária conferida socialmente e a idade psicobiológica propriamente dita decorrente do processo de envelhecimento natural a que todos estão inexoravelmente sujeitos existe um hiato que é tão flexível quanto forem incisivas as manipulações dos padrões cronológicos e estéticos na sociedade, atendendo à divisão de poder. Tal esquema pode ser identificado em outros campos, não sendo domínio exclusivo da classificação etária. Ocorre também em se tratando de categorias como, por exemplo, sexo, cor, classe.

³² “Com grandes poderes, vêm grandes responsabilidades” e “Não basta saber, é preciso saber aplicar o que se sabe” são dois ditados populares que ilustram esta questão do conhecimento x responsabilidade.

normatiza os direitos de crianças e adolescentes no país, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em seu artigo 2º, o ECA define “criança” como a pessoa até 12 anos de idade incompletos e “adolescente” aquela entre 12 e 18 anos completos, e as considera como sujeitos de direitos. Isto significa que devem ter asseguradas todas as oportunidades e facilidades de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. E em seus artigos 3º e 4º, em concordância e complemento ao que reza a Constituição Federal, o ECA diz ser dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde (Brasil, 1990).

Este asseguramento incide na interconexão existente entre garantia de direitos e garantia de atenção à saúde, que abrange a questão conceitual, a questão jurídico-legal e a questão da promoção de direitos. Quando se fala de direitos, necessariamente se fala de sujeitos. E isto não pode ser esquecido, sob pena de despersonalizar e reificar os destinatários das políticas.

À compreensão dos adolescentes enquanto segmento a ser priorizado e ao imperativo de serem caracterizados como sujeitos de direitos, se junta o entendimento de que é fundamentalmente estratégico elaborar e desenvolver ações que vão desde a promoção da saúde, a prevenção da violência³³, o atendimento clínico (diagnóstico,

³³ Faz-se necessária uma atenção mais detida referente à “violência”, por constituir um conceito extremamente múltiplo de significados. Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da OMS (2002), o conceito amplamente parametrizador de violência seria “*o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade*”.

intervenção, tratamento), a notificação de situações suspeitas e confirmadas de violências³⁴, até o seguimento e acompanhamento na rede de proteção social (Brasil, 2010b).

Observar e fazer observar estes conceitos, garantir e fazer garantir estes direitos, aplicando-os e sustentando-os no seu cotidiano, tal é o enigma que passou a ser de responsabilidade da ASAJ/DAPES/SAS/MS resolver no âmbito da gestão federal.

- **4.2 Histórico da Área Técnica**

É inegavelmente um desafio formular, implementar, executar, analisar e/ou avaliar Políticas Públicas voltadas para a população adolescente, esta importante parcela da população brasileira. Mais do que jovens expressões de um futuro possível, adolescentes representam uma realidade significativa para os tomadores de decisão em política, como atestam os indicadores sociais relacionados às áreas do Trabalho, Educação, Segurança Pública, Habitação e Saúde. Compreendendo-se Políticas Públicas como respostas governamentais a demandas da sociedade, deve-se, portanto, dedicar atenção constante aos problemas que acometem este grupo populacional.

Em especial nos indicadores de Saúde, apesar dos avanços alcançados pelo país nas últimas décadas em sua situação de saúde em geral, grande parte dos agravos têm sido relacionados aos hábitos e comportamentos, sejam dos próprios adolescentes e jovens, quanto dos responsáveis e de adultos envolvidos, com causas externas apresentando

³⁴ Na tipologia de violência, percebe-se a ocorrência de modalidades tais como violência física, violência psicológica, violência sexual, violência institucional, violência estrutural, violência doméstica, violência intrafamiliar, negligência, maus-tratos. Tal multiplicidade extrapola a mera semântica ou terminologia descritiva, configurando uma diversidade conceitual que nos conduz à utilização do termo “violências”, no plural, justamente para dar a dimensão da polissemia que envolve o conceito (Minayo & Souza, 1998; Cruz Neto & Moreira, 1999). De fato, por conta desta multiplicidade e da influência em diversos tipos de agravos, o Ministério da Saúde segue as recomendações da OMS, considerando violência um importante problema para a saúde pública.

crescimento entre as causas de morte no Brasil desde a década de 1980. (Gawryszewski et al, 2004; Lamare, 2005, Malta et al, 2012).

Para se ter ideia, o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes do Ministério da Saúde (VIVA) registrou, em 2010, 68.415 notificações em 1.473 municípios, sendo que aproximadamente 1/3 destas envolveram adolescentes e o maior percentual foi de violência física (60%). Considerando morbidade e mortalidade, tradicionais indicadores da saúde pública, os dados mostram que, no recorte etário específico da adolescência, óbitos derivados de causas externas envolvendo algum tipo de violência são muito importantes, atingindo 50,5% para homicídios e 27% para acidentes de transporte (Brasil, 2011).

Estes números reforçam a necessidade de se instituírem fóruns, arenas e instâncias com a finalidade de se pensar, formular, implementar e executar políticas públicas para esta população, vivenciadora de tal situação.

A instância que atualmente se conhece por ASAJ/DAPES/SAS/MS resulta de uma gênese com distintas fases ou etapas ao longo do tempo, com modificações em sua nomenclatura e direcionamento de gestão, sempre matizadas por inflexões derivadas do posicionamento político-ideológico dos atores e grupos de interesse ocupantes e operantes da máquina administrativa pública.

É mister constatar que existe escassez tanto de estudos acadêmicos quanto de documentação oficial sobre as políticas públicas de atenção à saúde da criança, do adolescente e do jovem desenvolvidas na primeira metade do século XX em território brasileiro. (Sposito & Carrano, 2003; Brasil, 2011). E também é importante notar que nem sempre existiu uma preocupação governamental específica com a saúde de adolescentes e jovens, embora sejam rastreáveis alguns pioneiros esforços praticados na primeira metade do século passado (Tyrrel & Carvalho, 1993).

Nos anos 1920, a preocupação governamental na área da saúde não conferia destaques para a faixa etária adolescente, em que pese a existência de instâncias e programas referentes à maternidade, puerpério e puericultura. Nos anos 30, com o advento do Estado Novo, cria-se o Instituto Nacional de Puericultura Joaquim Martagão Gesteira da Universidade do Brasil (atual Instituto Nacional de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG da UFRJ), subordinado ao Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, do Ministério da Educação e da Saúde Pública.

No que tange à década de 40, além da redefinição do Ministério da Educação e da Saúde Pública para Ministério da Educação e Saúde, é interessante notar que, segundo a publicação oficial da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/DAPES/SAS/MS) intitulada “*Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança: 70 Anos de História*”:

*“O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à **adolescência** de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. O documento estabelecia as orientações para a implantação, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais...”* (Brasil, 2011). Grifo nosso.

O DNCr teve atribuições encampadas pelo Ministério da Saúde, instituído em 1953, e embora ainda tenha subsistido até 1970, quando, sob o regime militar, foi criada a

Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) vinculada à Secretaria de Assistência Médica, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (Brasil, 2011).

Cumpra assinalar que as diretrizes originárias do Ministério da Saúde refletiam as tendências gerais das políticas do Estado Novo para a população materno-infantil: Concentração em ações de puericultura e busca da garantia do bem-estar e proteção social das camadas urbanas pauperizadas vistas como força de trabalho. Com a virada dos anos 50 para os anos 60, passou-se a enfatizar o combate às moléstias endêmicas rurais. Porém, permanecia difusa a atenção às especificidades da população adolescente. (Nagahama & Santiago, 2005).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. Muito embora seu propósito fosse contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, apresentava um subprograma voltado para a Assistência à Criança e ao Adolescente. No ano seguinte, a CPMI passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) e passou para a esfera da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES).

Mas foi a partir das décadas de 80 e 90, com o processo de redemocratização do país e a ação de movimentos sociais, que efetivamente ocorreram transformações significativas na história da assistência à infância, adolescência e juventude, não apenas no âmbito dos serviços³⁵, como também no plano da configuração estrutural governamental

³⁵ Iniciativas que podem ser classificadas como serviços de Atenção à Saúde Integral do Adolescente no Brasil, estruturaram-se nos anos 50 e 60 e principalmente na década de 1970, no Rio de Janeiro e em São Paulo, no âmbito de instituições de ensino superior, universidades ou faculdades de Medicina. Os primeiros serviços para o atendimento à saúde integral de adolescentes foram criados em 1974, no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da USP e no Rio de Janeiro, junto à quarta Clínica Médica, no Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ, mas “Desde 1954 na Universidade Federal da Bahia constava das aulas de graduação para sextoanistas do curso médico, da Clínica de Pediatria do Prof. Hosannah de Oliveira, o problema dos menores em perigo social: abandono, causas e profilaxia; a legitimidade, delinquência juvenil e seus aspectos. No RS, em 1965, foi fundada a Comunidade Terapêutica Leo Kanner, clínica de internação

nos três níveis de administração pública. Cabe recordar a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (Brasil, 1987), elemento importante no processo de descentralização e de redefinição de papéis e atribuições, configurando um modelo assistencial marcado pelo princípio da integralidade e onde a universalização do atendimento se fazia presente pela responsabilidade e responsividade conferida aos entes subnacionais.

Em 1990, a DINSAMI passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério. Nesta época, foi realizada a implementação do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD³⁶, instituído via Portaria Nº 980/GM de 26/12/89 (revogada pela Portaria Nº 2.048/GM, de 03/09/09) e que, em 1993, passou a denominar-se Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD, no âmbito da Coordenação Materno-Infantil³⁷, tendo publicado as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente (Brasil, 1993).

Em 1996, no primeiro mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso, a CORSAMI foi extinta por meio da Portaria nº 2.179, de 01/11/96, dando lugar às Coordenações de Saúde da Mulher e de Saúde da Criança e do Adolescente, agora subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. No mesmo ano, o SASAD foi

psiquiátrica para adolescentes – formada por 3 psiquiatras, 1 neurologista e 1 pediatra. Em Porto Alegre, em 1969, foi criado o Programa de Atenção à Saúde do Educando, organizado por professores universitários”. (Coates, 1999).

³⁶ O PROSAD caracterizava-se por ser um conjunto de ações desenvolvidas por centros de referência para pessoas na faixa de 10 a 19 anos, com ênfase nas práticas educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde, e fundamentava-se numa política de promoção de saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação, acompanhando a tendência mundial expressa na Convenção dos Direitos da Criança, realizada pela ONU em 1989 (Coates, 1999; Raposo, 2009; Lopez, 2011; UNICEF, 2013).

³⁷ Em 1992, a CORSAMI passa a se denominar Coordenação de Saúde Materno-infantil (COSMI) e em 1993, Coordenação Materno-Infantil (COMIN).

revisto na esteira da instituição, via Decreto Nº 2.284, de 24/07/97, e passou à Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, com a finalidade de aperfeiçoar a sua execução em conformidade com as diretrizes e os princípios da Integralidade das ações de saúde, da multidisciplinaridade no trato das questões e da integração intersetorial e interinstitucional do SUS, apontadas na Constituição Federal promulgada em 1988³⁸ (Brasil, 1989, 1996, 1997; Coates, 1999; Brasil, 2009; Raposo, 2009; Brasil, 2011).

Em 1998, com o advento do segundo mandato do Governo Cardoso, as coordenações assumiram nova designação e tornaram-se as atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem, ficando o SASAD sob a responsabilidade desta última, instância governamental então subordinada ao Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas que, por sua vez, compunha a Secretaria de Políticas de Saúde, segundo o Decreto Nº 2.477, de 28/01/98 (Brasil, 1998; Horta & Sena, 2010).

Já sob o Governo Luiz Inácio Lula da Silva, em seu primeiro mandato, o Ministério da Saúde passou por nova reconfiguração administrativa e, com o Decreto Nº 4.726 de 09/06/03 (Brasil, 2003), a Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem deslocou-se para o âmbito do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, assumindo sua designação atual (ASAJ/DAPES/SAS/MS).

Cumprе assinalar que a dimensão continental e a polissêmica realidade social, política e administrativa do país, expressas em suas especificidades loco-regionais,

³⁸ “Em 1996, o SASAD concentrou esforços na definição de critérios para oficializar centros de referência já existentes, além de criar novos centros que nessa proposta passaram a ser denominados Centros Docente Assistenciais (CDA'S) em Saúde do Adolescente. A finalidade da criação dos CDA é a de agilizar o desenvolvimento das ações do Ministério; assim, entre suas funções, constam participar com o SASAD na elaboração e divulgação de normas técnicas, material educativo, informativo e instrucional, bem como desencadear outras ações nas áreas prioritárias” (Coates, 1999). As ações incluíam atividades de promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, tendo por objetivo a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. Definiram-se como áreas prioritárias de atuação: Crescimento e Desenvolvimento; Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Saúde Mental; Violência e Maus-Tratos e Saúde Bucal.

significaram a oportunidade de se complexificar, não apenas as formas de se pensar e fazer saúde, como também o próprio SUS, no âmbito do processo experimentado de descentralização.

Aos profissionais e gestores do sistema, propuseram-se desafios a serem superados em múltiplas frentes, dentre os quais podem ser citados a 1) Fragmentação e desconexão de políticas, programas e ações de saúde; 2) Existência dos chamados Vazios assistenciais, com desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços de saúde; 3) Iniquidade de acesso aos serviços de saúde; 4) Subsistência de um Modelo burocratizado de gestão; 5) Subfinanciamento do SUS; 6) Situação de precarização da força de trabalho da área da saúde; 7) Baixo investimento na qualificação de recursos humanos e 8) Pouca ou inexistente articulação de iniciativas da área da saúde com políticas públicas de outras áreas.

Como medida de enfrentamento a desafios, o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e de Secretários Municipais de Saúde – (CONASS e CONASEMS, respectivamente) definiram o “Pacto pela Saúde”³⁹, divulgado pela Portaria GM/MS N° 399/06, consistindo num marco fundamental na organização do planejamento, financiamento e gestão do SUS, mediante a proposta de consensuação e de responsabilização e responsividade dos entes federados, de modo a salvaguardar e ratificar

³⁹ “O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde)”. Informações coletadas no site institucional do Ministério da Saúde. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>.

o preceito constitucional de sua autonomia, solidificando os esforços que já vinham sendo empreendidos no país desde a redemocratização.

Neste sentido, é interessante notar que, ao longo do segundo mandato do Presidente Lula e até o momento atual da administração da presidente Dilma Roussef, contam-se praticamente dez anos nos quais a atribuição de elaborar políticas voltadas para os adolescentes está com uma mesma instância, com a mesma pessoa coordenando, o que consiste no maior período de coordenação registrado desde a instituição do PROSAD.

As palavras da coordenadora Thereza de Lamare em sua entrevista para esta Tese, doravante identificada como Entrevistada 1, trazem elementos que auxiliam a compreensão do processo histórico de constituição da ASAJ/DAPES/SAS/MS:

“A história da ASAJ/DAPES/SAS/MS acompanhou o caminhar do processo de redemocratização do país, não apenas no que tange à instituição do SUS, como também do ECA, e a ação de profissionais pediatras, militantes da área da infância e juventude, que identificaram a importância de se ter uma área técnica voltada para as questões do adolescente. O PROSAD foi criado na lógica da existência de centros de referência, porém, sem financiamento específico. Essa lógica sofre modificação com a mudança do modelo de atenção com ênfase na estratégia de saúde da família e voltado para a atenção básica, que estabeleceu diretrizes para que aquele grupo populacional passasse a ser atendido na rede de serviços de saúde assim como qualquer outro grupo, porém, com um olhar diferenciado”. Entrevistada 1.

A seguir, está apresentado um quadro que sintetiza este histórico das estruturas e iniciativas governamentais rastreadas responsáveis pela saúde do adolescente:

Quadro 2: Histórico das Estruturas e Iniciativas Governamentais responsáveis pela Saúde do Adolescente – Século XX e XXI.

Período Governamental	Marco Cronológico	1º Escalão	2º Escalão	3º Escalão	4º Escalão	Destaque
Estado Novo	1930-1937	Ministério da Educação e da Saúde Pública - MESP	Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP	Divisão de Amparo à Maternidade e Infância - DAMI		Instituto Nacional de Puericultura Joaquim Martagão
	1940	Ministério da Educação e da Saúde - MES	Departamento Nacional da Criança – DNCr			
Governos Democráticos	1953	Ministério da Saúde - MS	Departamento Nacional da Criança – DNCr (Até 1965)			
Governos Militares	1970	Ministério da Saúde - MS	Secretaria de Assistência Médica - SAM	Coordenação de Proteção Materno-Infantil - CPMI		
	1975	Ministério da Saúde - MS	Secretaria de Assistência Médica - SAM	Coordenação de Proteção Materno-Infantil - CPMI		Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil – PNSMI, com Subprograma Assistência à Criança e ao Adolescente - ACA
	1976	Ministério da Saúde - MS	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNPES	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil - DINSAMI		
Governos Sarney/Collor/Itamar	1989-90	Ministério da Saúde - MS	Secretaria de Assistência à Saúde - SAS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS	Coordenação de Saúde Materno-Infantil - CORSAMI	Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD
	1993	Ministério da Saúde - MS	Secretaria de Assistência à Saúde - SAS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS	Coordenação de Saúde Materno-infantil - COSMI (1992) e Coordenação Materno-Infantil – COMIN (1993)	Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. Publicação das Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente
Governos FHC	1996	Ministério da Saúde - MS	Secretaria Executiva – SE	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS	Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente - CSCA	Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD.
	1997	Ministério da Saúde - MS	Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação - SEPSA			Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD.
	1998	Ministério da Saúde - MS	Secretaria de Políticas de Saúde - SPS	Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas - DGPE	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem - ASAJ	Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD.
Governos Lula/Dilma	2003	Ministério da Saúde - MS	Secretaria de Atenção à Saúde - SAS	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde - DAPES	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem - ASAJ	Diretrizes Nacionais da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - DINAISAJ

Elaboração Própria.

- **4.3 Desenho Estrutural da Área Técnica**

De fato e de direito, com a reconfiguração administrativa do Ministério da Saúde ocorrida em 2003, a competência fundamental da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) passou a consistir na promoção do desenvolvimento de ações estratégicas do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde. Especificamente, no Art. 249 do documento “*Regimentos Internos e Organogramas Básicos do Ministério da Saúde*” (Brasil, 2010a) estão elencadas competências da SAS, com destaque para:

“I - participar da formulação e implementação da política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;

VI - coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério da Saúde;

VII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, Municípios e Distrito Federal;

X - participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS nos três níveis de governo”.

Atualmente, existem trinta (30) Áreas Técnicas distribuídas entre os dez (10) departamentos da SAS⁴⁰. Pesquisa adicional derivada desta Tese deve, futuramente, indicar o peso específico de cada uma das Áreas Técnicas da SAS em relação à ASAJ/DAPES/SAS/MS, num estudo aprofundamento de perspectiva comparada.

Dentre os departamentos, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) no qual se aloca a ASAJ/DAPES/SAS/MS tem por atribuição propor e

⁴⁰ No DAB, 10; No DAE e DAPES, 8 em cada; No DRAC, 4; No DCBAS, DARAS, DGH, INC, INCA e INTO, nenhuma. Em Julho de 2013, o DARAS/SAS/MS se converteu em Departamento de Ações Estratégicas e Temáticas – DAET/SAS/MS.

implementar políticas públicas de modo a garantir a atenção integral às populações consideradas estratégicas, mediante ações transversais à atenção básica, e à média e alta complexidade. No Art. 267 do documento “*Regimentos Internos e Organogramas Básicos do Ministério da Saúde*” (Brasil, 2010) estão elencadas competências do DAPES:

I - coordenar, de modo articulado com outros órgãos do Ministério da Saúde, a formulação de conteúdos programáticos, normas técnico-gereenciais, métodos e instrumentos que reorientem o modelo de atenção à saúde;

II - promover o desenvolvimento de estratégias que permitam a organização da atenção à saúde, com ênfase na atenção básica, visando favorecer o acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços prestados;

III - prestar cooperação técnica a Estados, a Municípios e ao Distrito Federal na organização das ações programáticas estratégicas;

IV - desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações programáticas estratégicas; e

V - desenvolver mecanismos indutores que fortaleçam a lógica organizacional de sistemas de saúde, articulados entre os três níveis de gestão do SUS”.

Para viabilizar e efetuar estas competências, a estruturação do DAPES compreende oito (8) Áreas Técnicas, sempre segundo o documento referido acima: Saúde da Criança e do Aleitamento Materno (ATSCAM); Saúde da Mulher (ATSM); Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (ATSMAD); Saúde do Idoso (ATSPI); Saúde da Pessoa com Deficiência (ATSPD); Saúde no Sistema Penitenciário (ATRSSP) e Saúde do Homem (ATSH); e, evidentemente, a Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ/DAPES/SAS/MS).

No sítio eletrônico institucional⁴¹ declara-se que “A *Área Técnica da saúde do adolescente e do jovem se encarrega da promoção, proteção e recuperação da saúde de jovens e adolescentes.*”. No mesmo sítio estão listadas as ações que estão sob a responsabilidade da ASAJ/DAPES/SAS/MS:

- “- *Implementação das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde;*
- *Implementação da Caderneta da Saúde do(a) Adolescente [CSA⁴²];*
- *Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória;*
- *Implementação do Plano de Ação Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.*”

Justamente, é em torno destas ações que a composição estrutural da Área Técnica tem se estabelecido, como pode ser visto nos documentos “*Plano de Ação da ASAJ/DAPES/SAS/MS*” e “*Atividades Estruturantes da ASAJ/DAPES/SAS/MS*” que estão apresentados na seção de Anexos desta Tese. Nas palavras da coordenadora: “*A área cresceu muito! A partir do momento em que se elaboraram as portarias [Portaria Interministerial Nº 1.426/04 e Portaria SAS Nº 340/04 referentes à PNAISARI, na seção de Anexos], foram realizados concursos públicos e houve a própria ação da Área Técnica, a gente foi incorporando pessoas. E do ponto de vista financeiro, houve um aumento substancial*”.

⁴¹ <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241>.

⁴² A iniciativa da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) tem o intuito de dar uma maior visibilidade ao público e subsidiar os serviços de saúde na atenção integral à saúde desta população. Consiste em dois guias (um para adolescentes do sexo masculino e outro para adolescentes do sexo feminino) para o atendimento nas unidades de saúde visando a garantia da avaliação dos seus principais aspectos como crescimento e desenvolvimento, bem como o desenvolvimento puberal. Informações disponíveis na Internet em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29672&janela=1>.

A título de comparação ilustrativa do processo evolutivo de crescimento da importância política-institucional da Área Técnica contemplando seu quadro de recursos humanos e seu orçamento, podem ser feitas algumas considerações.

Do ponto de vista dos recursos humanos, nota-se que, para o fluir satisfatório e o desempenho das ações, bem como a concretização das escolhas estratégicas em direção à elaboração de políticas públicas voltadas para o bem comum e coletivo da sociedade, o Estado lança mão de um conjunto de pessoas que, segundo a legislação, são denominadas de ‘agentes públicos’ (Brasil, 1988). Em outras palavras, agentes públicos são os sujeitos que servem ao Poder Público ao operacionalizar as ações referentes às políticas. Segundo o Art. 2 da Lei Nº 8.429/92, “*reputa-se agente público, para os efeitos desta lei, todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato cargo, emprego ou função nas entidades mencionadas no artigo anterior*”. (Brasil, 1992).

Para fins de análise nesta Tese, trabalham-se algumas categorias de profissionais agentes públicos que compõem o quadro de recursos humanos da ASAJ/DAPES/SAS/MS: Por ‘coordenadora’, compreende-se a profissional de formação superior concursada, ou seja, servidora pública federal, que exerce cargo de confiança de Direção e Assessoramento Superior.

Como técnicos concursados compreende-se nesta Tese os ‘assessores técnicos’, a saber: aqueles profissionais de formação superior que prestaram concurso público federal e são, portanto, servidores, gozando de estabilidade funcional. Enquadram-se nesta categoria os chamados servidores temporários, contratados nos termos do Art. 37, IX, da Constituição Federal (Brasil, 1988) por tempo determinado para que a Administração

Pública (seja ela direta ou indireta) possa atender à necessidade temporária de excepcional interesse público. São contratados temporariamente pela União – CTU.

Na qualidade de técnicos contratados, compreende-se os ‘assessores técnicos’ de formação superior que, apesar de não possuírem vínculo empregatício formal com um órgão público federal nem terem prestado concurso, estão prestando serviço sob regime autônomo, contratados por vias burocráticas regulamentares.

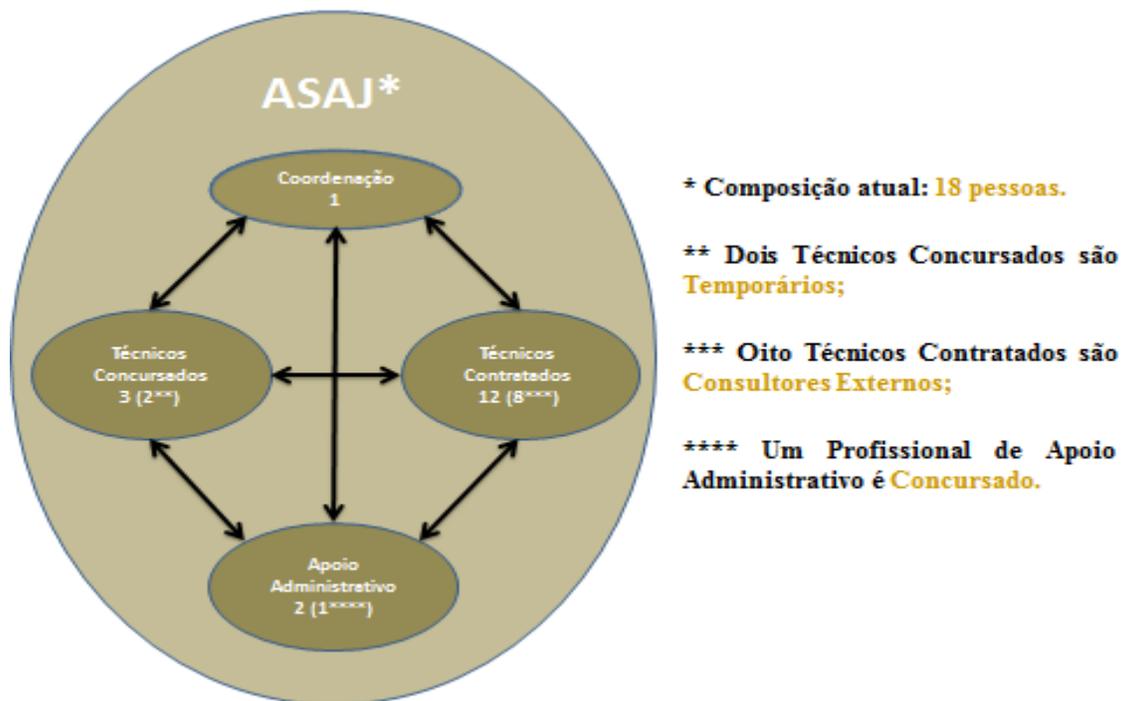
Em situação similar aos técnicos contratados, figuram os consultores externos, que são pessoas de notório saber que prestam consultoria para a ASAJ/DAPES/SAS/MS em algumas localidades do país.

Tanto a coordenadora quanto os assessores técnicos concursados e contratados perfazem funções referentes à formulação, implementação, monitoramento, acompanhamento, avaliação de iniciativas, ações e políticas da ASAJ/DAPES/SAS/MS.

Finalmente, fundamentais para o cotidiano administrativo da Área Técnica, como profissionais de apoio administrativo, encaixam-se aquelas pessoas com formação não necessariamente superior, mas que perfazem atividades de secretariado, suporte em informática, logística e/ou outras atividades.

No momento de sua configuração estrutural atual estabelecida em 2003, a ASAJ/DAPES/SAS/MS apresentava a seguinte composição de agentes públicos: Uma coordenadora, 2 (dois) assessores técnicos concursados e uma profissional de apoio administrativo. Atualmente, sua composição estrutural compreendida para esta Tese está representada pela seguinte figura:

Figura 1: Composição Estrutural da ASAJ/DAPES/SAS/MS.



Elaboração própria.

Do ponto de vista dos recursos financeiros, em 2003, estava disponibilizado à ASAJ/DAPES/SAS/MS como dotação orçamentária inicial o montante de R\$ 6.210.000,00 (seis milhões, duzentos e dez mil reais), como se observa na figura seguinte:

Figura 2 - Execução Orçamentária e Financeira da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2003.

Programa: 0026 SAÚDE DO JOVEM		Total		Órgão
Objetivo		6.210.000		36000 - Ministério da Saúde
<i>Prevenir os agravos incidentes na população de jovens entre 10 e 24 anos de idade pela identificação de grupos de risco, detecção prematura de doenças, educação preventiva e reduzir a gravidez precoce na adolescência.</i>		6.210.000		
Indicador				
<i>Taxa de internação por parto e curetagem pós-aborto na faixa etária de 10 a 19 anos</i>				
<i>Taxa de mortalidade hospitalar por parto, aborto, gravidez e puerpério na faixa etária de 10 a 19 anos</i>				
<i>Taxa de mortalidade por causas externas na faixa etária de 10 a 19 anos de idade</i>				
<i>Taxa de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos de idade</i>				
Ação	Título	Produto (Unidade)	Meta	Valor Unidade Orçamentária
3872	PROMOÇÃO DE EVENTOS TÉCNICOS SOBRE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM	Evento realizado (unidade)	7	400.000 36901 - Fundo Nacional de Saúde
3901	ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM	Estudo/ pesquisa publicada (unidade)	1	310.000 36901 - Fundo Nacional de Saúde
3907	IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM	Centro implantado (unidade)	21	2.000.000 36901 - Fundo Nacional de Saúde
4641	PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA			3.500.000 36901 - Fundo Nacional de Saúde

Fonte: Projeto de Lei Orçamentária Anual Nº 430 – PLOA 2003 (Brasil, 2003).

Já para o ano de 2012, foi destinada a quantia de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) como dotação inicial, conforme vemos nas figuras a seguir:

Figura 3 – Dotação Orçamentária da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2012.

Iniciativa:			
Promoção e garantia da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens			
Ação	Título	Unidade Orçamentária	Valor
6176	Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Criança	36901 - Fundo Nacional de Saúde	15.000.000
6177	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem	36901 - Fundo Nacional de Saúde	10.000.000

Fonte: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2012 (Brasil, 2011).

Figura 4 – Execução Orçamentária e Financeira da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2012.

2.3.1.1.8 Ação 6177 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem						
Quadro XVI - Identificação da Ação: 6177 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem						
Identificação da Ação						
Código	6177					
Descrição	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem					
Iniciativa	Promoção e garantia da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens					
Unidade Responsável	Secretaria de Atenção à Saúde					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Execução Orçamentária e Financeira da Ação (em R\$ 1,00)						
Dotação		Despesa		Restos a Pagar		Valores Pagos
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Processados	Não Processados	
10.000.000	9.000.000	7.887.256	6.407.300	-	1.479.955	6.407.300
Metas do Exercício Para a Ação						
Ordem	Descrição	Unidade de Medida	Meta Física		Meta Financeira	
			Prevista	Realizada	Prevista	Realizada
01	Pessoa beneficiada	unidade	55.750.000	55.750.000	9.000.000	7.887.256

Fonte: SIOP e SIAFIGerencial

Fonte: Relatório de Gestão 2012 da SAS (Brasil, 2012).

A evolução da dotação orçamentária destinada para as ações de implementação das políticas de atenção à saúde do adolescente e do jovem, ou seja, o orçamento da

ASAJ/DAPES/SAS/MS, aliada ao fato de que a característica da Área Técnica é a de ser indutora de políticas e dependente de pactuações e negociações respeitando as lógicas políticas dos atores extraministeriais subnacionais, permite especular se a conferência de *status* político como incentivo teria eficácia em relação à transferência de recursos enquanto dispositivo de estímulo de implementação e execução de políticas.

Registra-se um paulatino embora discreto aumento ao longo do período de dez anos desde a configuração da Área Técnica em 2003. Quanto a isto, convém recordar que:

“A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, determina que os gastos com a Saúde na União devem receber incrementos anuais conforme a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Assim, os recursos orçamentários destinados para a Saúde em 2013 deverão ser 10,22% (projeção do PIB 2012) superiores aos que foram alocados no orçamento de 2012” (Brasil, 2012).

Segundo informações coletadas junto a ASAJ/DAPES/SAS/MS, o gasto anual da no ano de 2012 no que se refere a manutenção de técnicos contratados alcançaram o montante arredondado de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais), e esta quantia se mantém projetada para 2013. Perante a dotação orçamentária destinada, este gasto não representa um ônus a ponto de se afirmar e criticar o planejamento e a saúde financeira da Área Técnica⁴³.

Porém, com respeito a este ponto, é preciso notar que a situação de precariedade e instabilidade das relações trabalhistas das pessoas que não são servidoras públicas, somada à busca por melhores condições financeiras torna o trabalho na ASAJ/DAPES/SAS/MS um

⁴³ Alia-se a esta questão uma observação a respeito da reestruturação do financiamento na Atenção Básica: A pressão dos movimentos sociais e dos grupos de interesse é no sentido de destinar recursos específicos, na contramão da lógica adotada pelo Ministério, de repasse financeiro por blocos.

grande desafio de gestão, não apenas nessa Área Técnica, como em qualquer outra instância do Ministério da Saúde e quiçá do funcionalismo público brasileiro em todos os níveis. O investimento na fixação de quadros por intermédio de concursos públicos parece ser a solução republicana e democrática, em que pese a necessidade de se atentar para a qualificação e aperfeiçoamento profissional daqueles agentes públicos que mantêm vínculos empregatícios variados com a Administração Pública, dada a importância e peso da potencialidade de sua expertise acumulada.

No caso da ASAJ/DAPES/SAS/MS, onde mesmo tendo sido aumentada a equipe de assessores técnicos nos últimos anos, pela natureza, dinâmica e tamanho do tipo de trabalho realizado junto aos parceiros nacionais e subnacionais, esta questão se faz fundamental para o desenrolar das iniciativas, ações e políticas.

Isto posto, o entendimento das relações entre as necessidades e interesses dos atores políticos torna-se crucial para o dimensionamento e qualificação do debate sobre Políticas Públicas visando o referido público-alvo, assim como para se empreender análises mais fundamentadas. Pode-se concordar com as palavras da coordenadora quando ela afirma que a ASAJ/DAPES/SAS/MS cresceu, não é mais “adolescente”, mas a estrutura de equipe é considerada pequena, ainda, diante da dimensão do trabalho de enredamento necessário para afirmar e consolidar as ações e políticas da Área Técnica. Haja vista a situação relatada de uma assessora técnica que, além de suas obrigações no processo de monitoramento e acompanhamento das ações referentes à implementação da PNAISARI, acumula a função de administração e gerenciamento de contratos, situação essa que evidencia um potencial de geração de dificuldades burocráticas.

Por outro lado, é possível especular que a base operativa do trabalho da ASAJ/DAPES/SAS/MS demanda a articulação intersetorial. E esta justamente parece ser a chave para a compreensão da sua capacidade institucional de atuação.

Há que se levar em conta também a orientação adotada pelo Governo Dilma Rousseff, que instituiu uma concepção de gestão eficiente pautada no cumprimento de metas concretas a fim de cobrar resultados efetivos, como se observa no documento intitulado “Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira”⁴⁴. Isto se ilustra na fala de um dos atores intraministeriais entrevistados:

“Eu considero que 2011 foi o ano atípico no Ministério. Foi o ano de elaboração de todas as propostas da Rede Cegonha, por exemplo. Havia sincronidade de avançar na questão dos direitos apontados de todas as áreas. Foi o ano de dar forma para o que estava na fila de espera para se operacionalizar”. Entrevistado 7.

Isto posto, levando em conta esta programação, torna-se crucial complementar e expandir a compreensão crítica da capacidade institucional de atuação da instância federal diretamente responsável pelas ações, estratégias, programas e políticas para os adolescentes – A ASAJ/DAPES/SAS/MS. A este respeito, no capítulo seguinte, serão desenvolvidos raciocínios mais especificamente tomando como exemplo a importância da atuação em rede na elaboração da PNAISAJ e das DINAISAJ e o processo de formulação e implementação da PNAISARI.

⁴⁴ Disponível na Internet em:
<http://deputados.democratas.org.br/pdf/Compromissos_Programaticos_Dilma_13%20Pontos_.pdf>.

CAPÍTULO 5) A CAPACIDADE INSTITUCIONAL DE ATUAÇÃO EM REDE DA ASAJ

Neste capítulo, a proposta consiste em adotar um olhar problematizador sobre a capacidade institucional de atuação em rede da ASAJ/DAPES/SAS/MS, inicialmente analisando-se no tópico 5.1 o processo de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) e das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (DINAISAJ), e focando-se mais detidamente no desenrolar do processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) no tópico 5.2.

Busca-se, com isto, no tópico 5.3, estabelecer e debater as dimensões, os limites, o alcance e as tensões correlacionadas às expectativas e perspectivas do trabalho em rede instituído pela Área Técnica e que por ela cabe ser protagonizado, de modo a oferecer, no capítulo final, um olhar crítico-propositivo subsidiador da busca pelo aperfeiçoamento de sua capacidade institucional de atuação a partir dos conceitos de atores, ideias/interesses e instituições e seus inter-relacionamentos.

- **5.1 PNAISAJ / DINAISAJ: Um Olhar Problematizador sobre o Processo**

Ao ser entrevistada para este estudo, a coordenadora da ASAJ/DAPES/SAS/MS relembra e reconstitui aspectos bastante interessantes que auxiliam nas reflexões envolvendo o crescimento estrutural e a capacidade institucional de atuação da Área Técnica:

“A partir de 2001, foram especialmente notáveis e importantes os investimentos que a OPAS/OMS realizou, no financiamento e apoio a iniciativas no âmbito do Ministério e à estruturação de cursos de qualificação à distância em parceria com instituições de ensino superior voltados para gestores e profissionais de saúde. Estruturou-se a Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente – a BVS/ADOLEC Brasil, em conexão com a BIREME, subsidiando informações aos profissionais e interessados. Como exemplo de cursos existem vários elaborados pelo Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NESA/UERJ)”. Entrevistada 1.

Se é notável a instituição de uma instância como a ASAJ/DAPES/SAS/MS a partir da virada do milênio, e se o seu conseqüente crescimento é proporcionado pelas articulações junto a instâncias financiadoras, não se pode deixar de assinalar certa ênfase no investimento em provisão de serviços e qualificação de profissionais, denotando a tradição histórica apontada no capítulo anterior desta Tese.

Com o passar do tempo, contudo, esta ênfase programática da orientação da atuação da Área Técnica sofre uma inflexão mais delineada em favor de um caráter mais fino de formulação e implementação de políticas, paulatinamente mais preocupadas com uma visão de atenção à saúde da população adolescente e jovem que consolidasse a promoção, a prevenção e a proteção de direitos básicos. Em que pese esta inflexão, na fala de um dos entrevistados para este estudo, percebe-se uma compreensão diversa, que denota um ponto

muito lapidar nas relações entre uma instância como a ASAJ/DAPES/SAS/MS e suas congêneres e outros parceiros intraministeriais:

“Ainda existe certa tendência a se pensar de maneira programática dentro das áreas técnicas, e essa tradição faz com que se programe um conjunto de ações que tem dificuldade no cotidiano dos serviços em serem implantadas”. Entrevistado 5.

Na verdade, este é o desafio colocado desde então à Área Técnica, que envolvia – e envolve, até hoje – a afirmação da transversalidade de ações para jovens e adolescentes simultaneamente à busca pela salvaguarda de suas particularidades, trabalhando na indução de valores e conceitos junto aos parceiros nacionais e subnacionais que operam a rede de serviços – sob a qual a ASAJ/DAPES/SAS/MS não tem ingerência direta. Justamente, é aí que se localiza o grande ponto nevrálgico, pautador da capacidade institucional de atuação da Área Técnica, tanto para o sentido da proatividade da afirmação de suas ações e políticas, quanto para o sentido das dificuldades e barreiras de articulação.

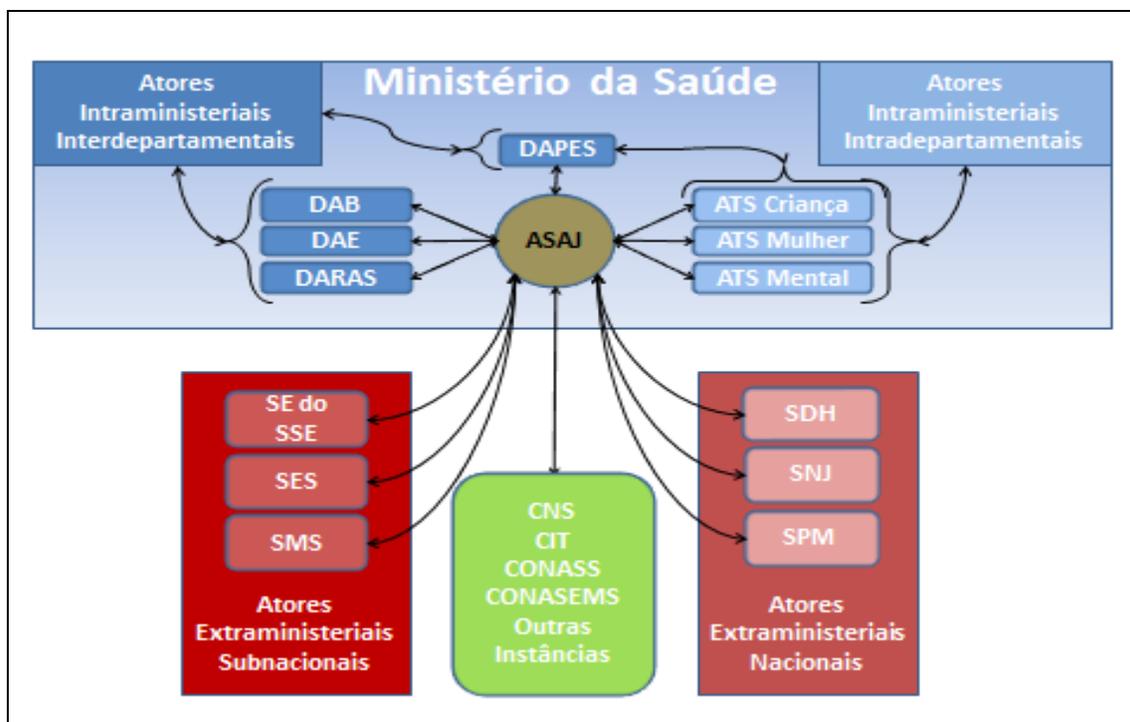
Isto fica ilustrado quando a coordenadora da Área Técnica relata que assumiu o cargo no início do ano de 2004 com a demanda dupla de (i) atender à necessidade de se formular uma política para um grupo específico de adolescentes, os privados de liberdade em regime de internação e internação provisória em cumprimento de medidas socioeducativas, e (ii) de estruturar um conjunto de diretrizes que, finalmente, substancializassem e configurassem uma política nacional de atenção integral à saúde da população de adolescentes e de jovens brasileiros.

Quanto a este contexto, a coordenadora informou que foram estabelecidos como interesses prioritários norteadores para a atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS a identificação

de atores e instituições relacionados com o tema da atenção à saúde da população adolescente e jovem, assim como a adoção de movimentos de articulação com estes atores e instituições, com o intuito de promover ações e de formular políticas na linha da demanda traçada por ocasião da reestruturação organizacional da Área Técnica em 2003.

A figura 5 a seguir mostra as instâncias institucionais governamentais que se relacionam com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da DINAISAJ, PNAISAJ e PNAISARI e, especialmente, as necessidades de formulação, implementação, execução, monitoramento, acompanhamento e avaliação daquela última política:

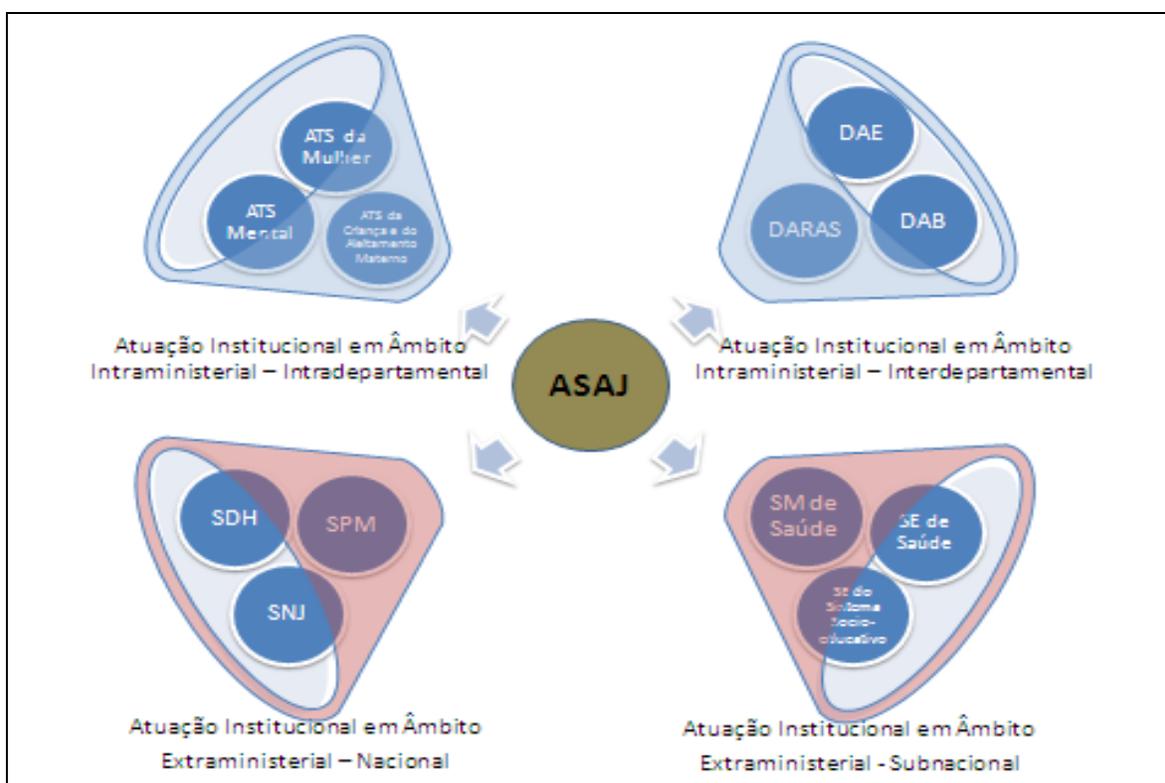
Figura 5: Instâncias Institucionais que se relacionam com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da DINAISAJ, PNAISAJ e PNAISARI.



Elaboração própria.

A figura 6 a seguir apresenta visualização da configuração dos fluxos de capacidade institucional de atuação da Área Técnica junto a atores intraministeriais e extraministeriais, representados pelos cones; deve-se perceber que esta visualização obedece a uma necessidade gráfica e lógica de compreensão dos fluxos, não necessariamente encerrando um entendimento de relações segmentadas e/ou estratificadas, estanques entre si:

Figura 6: Capacidade Institucional de Atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS em Âmbito Intraministerial e Extraministerial.



Elaboração própria.

As figuras indicam as direções e sentidos pelos quais as relações da ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da DINAISAJ, PNAISAJ e PNAISARI. E, em conjunto com a apreciação das falas dos atores intra e extraministeriais e integrantes da equipe de assessores técnicos entrevistados, permitem perceber que a atuação da Área Técnica tem estreita margem de operatividade, capturada pelo discurso e pela sociabilidade burocrática instituída:

“O trabalho das áreas está cada vez mais complexo devido às necessidades de integração e interlocução, elas estão com a língua prá fora, por conta do ritmo que o governo Dilma tem imprimido”.
Entrevistada 3.

Como atores e instituições externos ao Ministério e não integrantes da estrutura governamental executiva direta, por força de sua pertinência na pactuação, negociação e legitimação no e do processo de elaboração de políticas, destacam-se o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como parceiros estratégicos naquele momento, especialmente, e ao longo do tempo de formulação da PNAISAJ e posteriormente das DINAISAJ e da PNAISARI.

Com início nos meses finais de 2006 e terminando em meados de 2007, a equipe de assessores técnicos da ASAJ/DAPES/SAS/MS empreendeu a elaboração do documento contendo a PNAISAJ, em parceria com o CONASS e o CONASEMS. No final de 2007, o documento foi submetido a um processo de pactuação na CIT. Esta iniciativa se fez histórica e inédita, posto que representou a concretização do registro oficial da orientação amadurecida do Ministério da Saúde no que tange à saúde deste recorte etário da população brasileira (Brasil, 2007), pretendendo encarar de frente as dificuldades derivadas da forma

pela qual se tem visto a saúde do adolescente no país. A seguinte fala de uma das assessoras técnicas entrevistadas para este estudo vai ao encontro disto:

“Os estados estão acostumados com normativas do Ministério e a área está fazendo um movimento de mostrar que a área do adolescente é transversal, você não precisa de recursos novos, já estão dados, precisa é desse olhar diferenciado, da articulação com outras áreas... então, as DINAISAJ são um norte para os nossos coordenadores, pois eles precisam de algo concreto, de uma diretriz, seguindo os três eixos... Quando você tem uma diretriz publicada e aprovada na CIT e no CNS, você tem respaldo para trabalhar com instrumentos, e foi nesse movimento que a crescemos, inclusive com a Caderneta [CSA] e outros documentos...”.
Entrevistada 4.

No entanto, a coordenadora informou que por conta de entraves de ordem burocrática envolvendo uma situação de passivo de repasse de recursos financeiros defasados do Ministério da Saúde alheios à PNAISAJ e à própria Área Técnica que afetaram e interferiram em seu processo de pactuação, naquela ocasião o documento não foi aprovado na instituição em questão. O CONASEMS, especificamente, adotou o posicionamento de não aprovar nenhuma pactuação política envolvendo ações que não definissem recursos correspondentes, o que é compreensível no contexto de uma situação de disputa política. A solução encontrada pela ASAJ/DAPES/SAS/MS foi negociar com o CONASS e o CONASEMS e propor nova estratégia de apresentação do documento, configurado como um conjunto de diretrizes – a DINAISAJ, tendo logrado aprovação bem-sucedida na CIT em fins de 2009 e finalmente publicada no início do ano de 2010.

Quanto a isto, a fala de um dos atores intraministeriais entrevistados é basilar:
“Política não é um papel, é uma pactuação. É chegar num consenso da importância de

certas diretrizes dentro do direcionamento da ação pública do governo e do Estado”.

Entrevistado 13.

E no esteio disto, a seguinte fala de uma das assessoras técnicas define o significativo entendimento conceitual de “diretriz” defendido pela ASAJ/DAPES/SAS/MS:

“Diretriz é o resultado palpável de uma série de argumentos lógicos e sistemáticas pelas quais se entende a política [para o adolescente e jovem]. Enquanto documento, DINAISAJ e PNAISAJ são semelhantes, pois são marcadores de identidade ideológica da ASAJ, consolidando o posicionamento avançado e inovador, rompedor com lugares teóricos que as pessoas costumam ter sobre a adolescência.”. Entrevistada 2.

Diante deste entendimento, e tendo em vista o histórico das estruturas e iniciativas governamentais em nível federal responsáveis pela saúde do adolescente rastreadas no capítulo anterior desta Tese, pode ser afirmado que a PNAISAJ e as subsequentes DINAISAJ, portanto, inspiram-se e são concebidas a partir da necessidade de aprofundar a discussão, a articulação e a responsabilização entre os setores e atores que já têm desenvolvido e que dispõem de recursos e condições de desenvolver ações de saúde dirigidas aos adolescentes.

Tomando por base as demandas e necessidades da gestão federal é que surgem as reflexões do presente estudo. A elas, somam-se, complementam-se, como exemplo, reflexões sobre a iniciativa da ASAJ/DAPES/SAS/MS em conjunto com a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ATSCAM/DAPES/SAS/MS) de formulação da *“Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência – Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde”* (Brasil, 2010b).

De 2009 até 2012, ambas as Áreas Técnicas estiveram envolvidas com a importante tarefa de concluir a formulação da referida “*Linha de Cuidado ...*” e implementá-la com qualidade, eficácia e eficiência, no espírito constitucional de asseguramento dos direitos daqueles sujeitos e de cumprimento dos deveres do Estado, seguindo a tônica da intersetorialidade e da articulação inteligente de esforços e ações intra e interministeriais e com atores e instituições da sociedade.

A coordenadora da Área Técnica declara:

“No caso dos hospitais poderíamos pontenciar nossas ações se tivéssemos isso, se tivéssemos uma articulação maior com as instâncias e áreas técnicas que dizem respeito à transversalidade da saúde do adolescente”. Entrevistada 1.

As falas de alguns atores intraministeriais intradepartamentais corroboram a fala da coordenadora da ASAJ/DAPES/SAS/MS:

“Há um manual da Rede Cegonha para o adolescente construído em parceria com a ASAJ, destacando duas ações: O pré-natal para as adolescentes e um ambulatório de saúde sexual e saúde do adolescente para que se desenvolvam atividades”. Entrevistada 7.

“Hoje, não temos uma ação específica de tratamento ou linha de cuidado que atenda a esta demanda [adolescente], mas estamos fazendo movimentos, inflexões na concepção, nos conceitos, na cultura, no modo de entender as questões do adolescente, mais macroestrutural e menos patologizante”. Entrevistado 12.

Especificamente falando, a “*Linha de Cuidado...*”, pelas falas dos atores intraministeriais intradepartamentais entrevistados para este estudo, não é prioritária para outras áreas técnicas, revelando uma assimetria de concepções baseada na escassez de interlocução e focos de preocupação distintos. Institui-se, desta forma, uma situação de

necessidade de confluência de saberes, conceitos, ideias e interesses que se faça efetiva e saia do plano da generalidade das normas escritas e dos discursos.

Esta situação de necessidade de confluência incide em um ponto crucial do atendimento à saúde de adolescentes em situação de vulnerabilidade e exposição a violências nas suas mais variadas manifestações. Violências, inclusive, que são a tônica da preocupação da Área Técnica no que se refere à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade por força de cumprimento de medida socioeducativa de internação e internação provisória, que justamente ensejou a elaboração da PNAISARI em 2004 e até o momento atual reforça a sua importância e pertinência para a ASAJ/DAPES/SAS/MS.

Tem-se por base a ideia de que a capacidade institucional da Área Técnica está demandada e delimitada pela própria capacidade governativa que reúne atributos de governança e de governabilidade da estrutura maior que é o Ministério da Saúde e, em uma secção circunscrita e concêntrica, pela possibilidade de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS frente a ideias/interesses, atores e instituições direta e indiretamente responsáveis tanto pela legitimação e validação quanto pela participação na formulação e implementação das políticas específicas no bojo das macropolíticas ministeriais.

Esta capacidade institucional fundamenta-se e retroalimenta-se da ideia-força da afirmação e consolidação da figura do adolescente e do jovem enquanto sujeito de direitos, o que faz com que o emplacamento das DINAISAJ esbarre, constantemente, nos empecilhos de ordem ideológica, cultural e social dos atores e dos interesses que integram e vivificam as instituições.

É bastante singular neste sentido a seguinte fala de uma das assessoras técnicas da ASAJ/DAPES/SAS/MS:

“As DINAISAJ falam de temas que são muito fortes, sobre a questão da saúde sexual e saúde reprodutiva, violência, álcool e outras drogas, crescimento e desenvolvimento na perspectiva do direito... colocamos na política o lugar de sujeito do adolescente, dizendo que ele tem o direito ao acesso, reconhecido como sujeito, então tem esse diferencial, ela não é um protocolo de atendimento, ela tem a perspectiva de orientar, mais do que simplesmente dizer como e de que maneira o serviço deve se organizar, lida com a questão cultural, social, do lugar do adolescente... é com esse paradoxo que lidamos todo dia...”. Entrevistada 2.

Outra fala muito significativa de uma das assessoras técnicas a respeito do efeito do processo de elaboração das DINAISAJ no interior do próprio Ministério da Saúde ilustra as dificuldades de concatenação de interesses e de articulação experimentadas:

“A gente enfrenta resistências dentro do próprio Ministério. Mas como partimos do lugar do adolescente que não é o do senso comum, ou seja, do adolescente problemático que não fica doente, partimos do sujeito real, sujeito de direitos, fazemos uma análise das demandas e vamos ‘puxar’ das outras áreas como eles podem manejar ou adaptar o que eles já oferecem à população em geral para o recorte da população adolescente... As resistências não são no sentido de ‘não vamos fazer’, mas sim por que a proposta é ousada e trabalhosa, é preciso agregar e articular uma série de outras coisas que envolve várias perspectivas, possibilidades, parcerias e soluções variadas, nada simplistas.”. Entrevistada 3.

Interessante notar que, apesar de ter sido identificável nas falas dos parceiros intraministeriais interdepartamentais e intradepartamentais entrevistados para este estudo em geral uma recorrente preocupação com a intersetorialidade, notou-se que houve uma rarefação de afirmação sobre efetivos caminhos a serem trilhados em direção ao intercâmbio de inteligência formuladora de políticas com a ASAJ/DAPES/SAS/MS, ou

seja, uma *interoperacionalidade* está por ser construída e efetivada no cotidiano. No caso dos atores intraministeriais interdepartamentais, a operacionalidade se faz mais palpável, dada a configuração departamental em áreas técnicas. O quadro seguinte mostra os eixos de articulação com a ASAJ/DAPES/SAS/MS e os caminhos de potencialização da atuação da que os atores intraministeriais intradepartamentais e interdepartamentais relataram:

Quadro 3: Eixos de Articulação e Caminhos de Potencialização da Atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS.

Atores Intraministeriais Intradepartamentais	Eixos de Articulação com a ASAJ	Caminhos de Potencialização da Atuação da ASAJ
DAPE/SAS/MS	Intersetorialidade, Participação	Criação de redes cuidadoras territoriais, marcadas por boas práticas e investimento em iniciativas de co-responsabilização das políticas públicas entre os atores envolvidos com a criação de dispositivos produtores de sentidos comuns e coletivos
ATSCAM/DAPE/SAS/MS	Linha de Cuidado; Rede Cegonha	Viabilização de estratégias de trabalho em rede, com investimento na articulação interfederativa, na instituição de apoiadores subnacionais e na articulação intersetorial
ASAM/DAPE/SAS/MS	Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Rede Cegonha	Investimento em fóruns de comunicação para possibilitar o fluxo de informação e de reflexão sobre as iniciativas
ASM/DAPE/SAS/MS	RAPS	Estímulo à inteligibilidade nas interlocuções e articulações intra e interministeriais, assim como de estratégias de criação de fóruns de discussão coletiva
Atores Intraministeriais Interdepartamentais	Eixos de Articulação com a ASAJ	Caminhos de Potencialização da Atuação da ASAJ
DAE/SAS/MS	Intersetorialidade; Integralidade	Construção de processos de pactuação solidária dos papéis e responsabilidades dos atores envolvidos e abertura de espaços permanentes de discussão e reflexão de ações com base em casos exemplares e traçadores
CGAH/DAE/SAS/MS	Intersetorialidade, Participação	Capilarização da discussão das questões por intermédio de acesso a instâncias nos níveis subnacionais e locais e buscando envolver atores da sociedade civil com visibilidade e transparência
CGMAC/DAE/SAS/MS	Intersetorialidade; Integralidade	Reforço da consciência de aprendizado nos processos de pactuação das políticas
DAB/SAS/MS	Intersetorialidade, PSE, PMAQ-AB, E-SUS	Ênfase na utilização crítica de instrumentos, estratégias e sistemas de informação e de avaliação
CGAB/DAB/SAS/MS	Intersetorialidade, PSE, PMAQ-AB, E-SUS	Construção de sentidos e estratégias com potência de articulação entre os atores envolvidos e de pautas na grande agenda política
DARAS/SAS/MS	Intersetorialidade; Integralidade	Investimento em práticas e discursos contra-hegemônicos de persuasão e integração dos atores envolvidos

Elaboração própria.

As falas de alguns dos atores intraministeriais a respeito da elaboração das DINAISAJ e dos aspectos relacionados à articulação com a ASAJ/DAPES/SAS/MS são bastante interessantes quanto à questão da intersetorialidade e interoperacionalidade:

“Eu acho que a gente não tem participação por uma questão da própria política nacional de saúde mental. Porque nos últimos doze, quinze anos, o foco da política tem sido a reorientação do modelo assistencial. Isso tomou todas as energias do Ministério nos últimos anos... Essa foi a tônica e não houve como iniciativa formular precisamente políticas para temas segmentados... O tamanho do mundo é relativo de acordo com o lugar que você ocupa, a natureza da sua preocupação e de seu processo de trabalho também, e a complexificação é proporcional ao nível de governo no qual você está. Isto tudo gera dificuldades de articulação...”. Entrevistado 8.

“As ATSCAM e ASAJ/DAPES/SAS/MS são muito integradas em duas grandes ações: Linha de cuidado e Rede Cegonha. Tenho dúvidas se as áreas não deveriam na verdade ser uma só...”. Entrevistado 6.

“Ainda somos muito primários na produção de ações intersetoriais, ainda estamos muito focados na identidade das políticas. Mas a produção de uma ação comum nesse campo, articulando saberes, práticas, recursos e estratégias dessas áreas tem sido muito difícil na tradução de uma prática integral do cuidado... É necessário criar dispositivos de gestão, pois as políticas públicas nos territórios são complexas e seguem racionalidades distintas, que demandam interlocução. Há também uma insuficiência de produção teórica e metodológica. Há que se criar sentidos nesses espaços, nesses dispositivos de produção de comum, de deslocamento de identidade...”. Entrevistado 8.

“As unidades e os serviços não estão preparados para o atendimento aos adolescentes. É necessário pensar mais intersetorialmente, daí a importância da ASAJ/DAPES/SAS/MS, em redes intersetoriais... a noção de Rede de Atenção à Saúde carrega aspectos das redes sociais: Espaços conversacionais, arranjos organizacionais que possibilitam trocas. Mas Redes de Atenção à Saúde tem a particularidade de buscar a integralidade na abordagem do processo saúde/doença de indivíduos e coletividades. O desafio, não só da ASAJ/DAPES/SAS/MS, mas também da construção de redes temáticas de atenção, é de realizar realmente o processo de articulação, não apenas interna como também externa em relação ao Ministério. É necessário persuasão...”.

Nota-se especificamente no DAPES a implantação de uma linha organizativa que afirma três pontos, interligados entre si: Discursividade e atuação em Direitos Humanos, conceituando o departamento como um conjunto de áreas que encampa como objeto a problemática da cidadania, das desigualdades e o tema da equidade; Orientação política de ampliação da interlocução com os atores e interesses não governamentais, para superar uma situação de mutualidade silente; Criação de espaços de gestão para produção e viabilização dos pontos anteriores, com a instituição de um colegiado gestor reunindo todas as áreas no qual se processam e debatem conjuntos de temas diversificados.

A consecução e concretização destes pontos, como não poderia deixar de ser, enfrenta problemas consideráveis. Em que pese o fato de que os respondentes declararem que tem ocorrido discussão e debate internamente ao departamento quanto às questões relacionadas à saúde de adolescentes e jovens, coexiste um discurso que aponta para outra leitura da realidade:

“O departamento participou ativamente da construção da política de saúde do adolescente pensando em como encaixar a saúde do adolescente nas políticas dos outros departamentos. No DAB, temos o PMAQ, cujo papel é de avaliação, racionalização e indução de padrões de ação. Essa é a marca do DAB, e para dentro do Ministério essa marca acontece ao problematizar e ofertar de modo sistêmico a lógica do DAB para as áreas técnicas. Mas nas prioridades do PMAQ a questão do adolescente não teve lugar ainda, está para ter em breve, na segunda linha de prioridades, embora no PSE esteja forte”. Entrevistado 12.

A questão do Programa Saúde na Escola (PSE)⁴⁵ é lapidar quando se pensa na relação intradepartamental, pois na fala das assessoras técnicas, “...tomando como exemplo

⁴⁵ Tentativa do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da

o Programa Saúde nas Escolas (PSE), a gente está nele. Mas quando ele vai para o CNS, CONASS, CONASEMS, não somos nós os responsáveis, é o PSE e não a ASAJ/DAPES/SAS/MS”. Entrevistada 3.

A mobilização dos parceiros intraministeriais em torno de um discurso unificado e de um posicionamento oficial do Ministério da Saúde para a saúde do adolescente é um movimento desafiador, que não está livre de percalços e de descompassos.

Este discurso institucional integrativo expresso pela ASAJ/DAPES/SAS/MS não tem garantias de encontrar ressonância para dentro do departamento do qual ela faz parte, o que a obriga a assumir um esforço triplo de concatenação de interesses: Em primeiro plano, para dentro, o esforço de manter uma equipe com grau de coesão em torno das necessidades da Área Técnica; num plano para fora, o esforço de sustentar o discurso e os arranjos necessários para que a articulação ocorra intra e interdepartamentalmente, envolvendo as áreas técnicas parceiras; finalmente, num plano mais externo ainda, cabe à ASAJ/DAPES/SAS/MS reforçar e traduzir o discurso junto aos parceiros extraministeriais, a fim de torna-lo inteligível e palatável frente a racionalidades, práticas e teorias não tão forçosamente alinhadas com os conceitos e princípios do SUS e da saúde dos adolescentes.

Como instituições extraministeriais parceiras fundamentais para a ASAJ/DAPES/SAS/MS na implementação da PNAISAJ e da PNAISARI, destacam-se a

Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. Pretende ser um espaço privilegiado para as práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças, contribuindo para o fortalecimento do desenvolvimento integral e propiciando à comunidade escolar o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Sua gestão é centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis (pactuadas em termo de compromisso), desenvolvidas por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs), numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados coletivamente de forma a atender às necessidades e demandas locais mediante análises e avaliações construídas intersetorialmente. Em nível federal, a coordenação é compartilhada entre os Ministérios da Saúde e da Educação, no âmbito do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, e do Departamento de Currículos, da Secretaria de Educação Básica (dos Ministérios da Saúde e da Educação, respectivamente). Informações disponíveis na Internet em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>.

Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)⁴⁶, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) e a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ/PR)⁴⁷. A estas, juntam-se o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)⁴⁸ e de Juventude (CONJUVE)⁴⁹.

Há que se destacar que o papel proativo da coordenadora da ASAJ/DAPES/SAS/MS contribuiu para que a interlocução com estas instâncias ocorra, com a sua participação pessoal em fóruns e conselhos intersetoriais sendo estratégia adotada desde seu ingresso na Área Técnica. O relato de um respondente da SDH/PR vai ao encontro disto:

⁴⁶ O Decreto Nº 2.193, de 07/04/97, criou a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos - SNDH, na estrutura do Ministério da Justiça, em substituição à Secretaria dos Direitos da Cidadania – SDC. Em 01/01/99, a SNDH foi transformada em Secretaria de Estado dos Direitos Humanos - SEDH, com assento nas reuniões ministeriais. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos, criada pela Lei Nº 10.683, de 28/05/03, é o órgão da Presidência da República que trata da articulação e implementação de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção dos direitos humanos. Medida provisória de 25/03/10 transforma a secretaria em órgão essencial da Presidência, e ela assume a denominação atual. Informações disponíveis na Internet em: <<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/sobre>>.

⁴⁷ A SNJ foi criada por sugestão de um Grupo Interministerial, implementado em 2004 para fazer um diagnóstico da juventude brasileira e dos programas do governo federal destinados a esse público. Sob a coordenação da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Grupo, que reuniu representantes de 19 Ministérios, recomendou a criação da Secretaria, do CONJUVE e do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem), instituídos em 30/06/05 pela Lei Nº 11.129. Vinculada à Secretaria-Geral, cabe à SNJ a tarefa de formular, coordenar, integrar e articular políticas públicas para a juventude, além de promover programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados para as políticas juvenis. Informações disponíveis na Internet em: <<http://www.juventude.gov.br/sobre-a-secretaria/view>>.

⁴⁸ Criado em 1991, pela Lei nº 8.242, o CONANDA foi previsto pelo ECA como o principal órgão do sistema de garantia de direitos. Por meio da gestão compartilhada, governo e sociedade civil definem, no âmbito do Conselho, as diretrizes para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes. Além da definição das políticas para a área da infância e da adolescência, o CONANDA também fiscaliza as ações executadas pelo poder público no que diz respeito ao atendimento da população infanto-juvenil. Informações disponíveis na Internet em: <<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/conselho/conanda>>.

⁴⁹ O CONJUVE é responsável por formular e propor diretrizes da ação governamental, voltadas para os jovens, bem como elaborar estudos e pesquisas sobre a realidade socioeconômica desse público. O Brasil foi o primeiro país da América Latina a instituir um Conselho específico para a Juventude. O Conjuve é composto por 1/3 de representantes do poder público e 2/3 da sociedade civil, que é maioria no colegiado e reflete as diversas formas de organização e participação da juventude brasileira. Informações disponíveis na Internet em: <<http://www.juventude.gov.br/sobre-a-secretaria/view>>.

“O encontro entre o MS e a SDH ocorre em duas importantes câmaras: Comissão Intersetorial de enfrentamento à violência sexual de crianças e adolescentes e a Comissão Intersetorial do SINASE⁵⁰. A saúde do adolescente é representada nestes comitês pela coordenadora e é fundamental que esse encontro aconteça de modo articulado e intersetorial dentro deles e se espraie para parceiros de outros setores... O principal desafio é de gestão, relacionado à capacidade de sincronicidade entre as instâncias que elaboram as políticas...”. Entrevistada 15.

Segundo o depoimento da Secretária-Adjunta da SNJ (Entrevistada 18), quando aquela instância e o CONJUVE são criados⁵¹, havia um momento político mais geral de confluência de interesses de entidades, instâncias, atores e instituições favorecendo a instituição de ações voltadas para a juventude. Nesse momento, o setor saúde se fez presente e se manteve, com a participação sempre considerada atuante da coordenadora.

Já as entrevistadas da SPM/PR (Entrevistadas 19 e 20) relatam que a instância vivencia, assim como a ASAJ/DAPES/SAS/MS, guardadas as proporções e tomados todos os cuidados, uma situação de afirmação de sua legitimação e autonomização no interior do quadro dos órgãos da administração pública federal.

Mesmo tendo sido criada por ocasião do primeiro mandato do Governo Lula, portanto, simultaneamente à reestruturação do Ministério da Saúde que estabeleceu a configuração atual da ASAJ/DAPES/SAS/MS, sua atuação tem enfrentado dificuldades de

⁵⁰ Esses dois fóruns tem por objetivo desenhar a operacionalização de ações preconizadas no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, no Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, no Plano Decenal do SINASE e Plano Decenal de Direitos da Criança e do Adolescente, que são os principais marcos do direito dessa população.

⁵¹ Em 2004, na Câmara Legislativa Federal foi instituída a Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude, iniciando o processo de debate sobre a constituição do Plano Nacional de Juventude e do Estatuto da Juventude, ainda em tramitação e, também, a Emenda Constitucional 65, que incluiu a palavra “jovem” na Constituição Federal. Ainda em 2004, o Governo Federal instituiu um grupo interministerial, composto por 19 Ministérios e Secretarias Especiais, com o objetivo de criar bases para a Política Nacional de Juventude, buscando a integração de programas com foco na juventude. Como resultado desse esforço foram criados, por Medida Provisória convertida na Lei 11.129/2005, a SNJ, o CONJUVE e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem). Informações disponíveis na Internet em: <<http://www.juventude.gov.br>>.

rompimento de barreiras culturais na linha de concepções discriminatórias de gênero, a despeito de seus avanços os quais não cabe aprofundar aqui neste estudo. Entre as consequências desta situação, estaria um baixo grau de interlocução com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no que se refere à PNAISAJ, às DINAISAJ, e à PNAISARI.

Tal baixo grau de interlocução foi detectado por respondentes de ambas as instâncias nas entrevistas para este estudo, mas o processo de renovação pelo qual tem passado a SPM/PR nos seus quadros no período 2012/2013 tem sido encarado como janela de oportunidade de se encetarem relações mais profícuas e próximas com a ASAJ/DAPES/SAS/MS, e neste sentido, movimentos já tem sido efetuados, na realização de reuniões executivas de trabalho de elaboração de reflexões voltadas, em especial, para as questões que envolvem a saúde de adolescentes privadas de liberdade.

- **5.2 PNAISARI: Uma Análise Longitudinal sobre o Processo**

Neste tópico, busca-se realizar uma análise de cunho longitudinal sobre o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), observando e problematizando as dimensões, os limites e o alcance da rede instituída na atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS, em correlação com o processo de elaboração da PNAISAJ e das DINAISAJ.

A PNAISARI foi instituída pela Portaria Interministerial Nº 1.426, datada de 14 de julho de 2004, de autoria conjunta do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e da Secretaria Especial de

Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SEPM/PR)⁵². Esta política, portanto, foi inspirada e concebida a partir da necessidade de aprofundar a discussão, a articulação e a responsabilização entre os setores e atores que já têm desenvolvido e que dispõem de recursos e condições de desenvolver ações de saúde dirigidas aos adolescentes privados de liberdade.

A PNAISARI significa, para a gestão federal concentrada na ASAJ/DAPES/SAS/MS, a tarefa diuturna de reforço dessa necessidade, tarefa esta que não se dissocia da consolidação da garantia do direito constitucional à saúde aos adolescentes privados de liberdade, posto que estão entre a parcela de cidadãos mais fragilizados e cujas demandas têm sido menos atendidas ou atendidas com maior precariedade, dentre o universo de adolescentes brasileiros.

Isto ocorreria tanto por conta da estigmatização que sofrem de parte de profissionais da rede de atendimento do SUS por estarem em situação de conflito com a Lei e privados de liberdade, quanto por conta das dificuldades e iniquidades que estão passíveis de serem submetidos por estarem inseridos no Sistema Socioeducativo (SSE).

O quadro a seguir apresenta o conjunto de peças jurídico-administrativas (Leis, Portarias, Resoluções e Normas) identificadas neste estudo que embasam e fazem

⁵² Esta política foi inicialmente parametrizada em seus critérios e fluxos pela Portaria SAS Nº 340, também de 14/07/04, posteriormente substituída pela Portaria SAS Nº 647 de 11/11/08 e apresentava como principais características: Promoção da integração do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Sistema Socioeducativo (SSE), na medida em que busca trazer a garantia do direito à saúde dos adolescentes para as Unidades Socioeducativas de Internação e Internação Provisória. Isto se desdobra num modelo de atenção integral à saúde marcado pelo a) combate à violência em suas variadas formas ao reduzir problemas e agravos pela prevenção, promoção e assistência à saúde, b) pelo cumprimento do princípio da incompletude institucional, afirmando os preceitos da Reforma Psiquiátrica pela supressão das “instituições totais”; c) pela interdisciplinaridade dos atores envolvidos – entendidos como pessoas, secretarias, departamentos, coordenações e áreas técnicas federais, estaduais e municipais, assim como outras entidades, governamentais ou não, e d) pela defesa do binômio Educação e Saúde.

referência às políticas da ASAJ/DAPES/SAS/MS e mais diretamente à sua capacidade institucional de atuação em direção à consolidação da PNAISARI:

Quadro 4: Legislação e Normatização embasadora das Políticas de Saúde dos Adolescentes Privados de Liberdade no Brasil.

PEÇA	ANO	DISPOSIÇÃO
Constituição da República Federativa do Brasil	05/10/1988	Carta Magna, Lei Máxima do País
Lei Nº 8.069	13/07/1990	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências
Lei Nº 8.742	07/12/1993	Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências
Lei Nº 12.594	18/01/2012	Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas e dá outras providências
Portaria MS/SAS Nº 1.101	12/06/2001	Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS
Portaria Interministerial MS/SDH/SPM Nº 1426	14/07/2004	Aprova as diretrizes para a implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências
Portaria MS/SAS Nº 340	14/07/2004	Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, a Padronização Física do Estabelecimento de Saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória, o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e o Termo de Adesão
Portaria MS/SAS Nº 204	29/01/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle
Portaria MS/GM Nº 2.817	08/11/2006	Habilita o Distrito Federal a receber o Incentivo para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
Portaria MS/SAS Nº 647	11/11/2008	Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), em unidades masculinas e femininas, os parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória e o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
Portaria MS/GM Nº 1.992	19/08/2011	Altera o Anexo da Portaria nº 2.817/GM/MS, de 8 de novembro de 2006, ao incluir Unidades Socioeducativas aptas ao recebimento de Incentivos Financeiros para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade
Resolução CONANDA Nº 46	29/10/1996	Regulamenta a execução da Medida Sócio-Educativa de Internação prevista no ECA
Resolução CONANDA Nº 119	11/11/2006	Dispõe sobre o SINASE e dá outras providências
Marco Legal: Saúde, um direito de Adolescentes	2005	Apresenta instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população, notadamente aqueles de garantia do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional.
Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil	2005	Apresenta considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação da política de saúde mental voltada para a população infante-juvenil no âmbito do SUS
Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências	2010	Fornecer orientação para Gestores e Profissionais de Saúde para contribuir na identificação de sinais e sintomas de violências e estabelece uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde de criança, adolescente e suas famílias em situação de violências, articulada com a rede de cuidado e de proteção social existente nos territórios
Diretrizes Nacionais Para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	2010	Apresenta orientação baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) para ações integradas à outras políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS
Portaria MS/SAS em elaboração	2013	Atualiza as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), em unidades masculinas e femininas, os parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória e o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

Elaboração Própria.

Os adolescentes privados de liberdade por estarem cumprindo medida de internação e internação provisória⁵³ consistem em clientela do SUS assim como qualquer outra pessoa, criança, adolescente ou adulta. Isto, a priori, seria um ponto pétreo que não admitiria discussão.

De acordo com informações fornecidas pela Coordenadora da ASAJ/DAPES/SAS/MS, oriundas do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE/SEEDUC/RJ), o número de apreensões diárias de adolescentes que cometeram ato infracional no Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, tem crescido. No ano de 2011, esta média era de 10 adolescentes apreendidos/dia, tendo passado para 22 adolescentes apreendidos/dia em 2012. Isto alerta para a importância e urgência de políticas públicas eficazes e efetivas, assim como para a relevância de se imaginar e construir estratégias de inovação e estabelecimento de iniciativas que incidam de forma preventiva na realidade dos adolescentes.

O Estado brasileiro tem o dever constitucional de prover a essa população todas as condições materiais e não-materiais de existência enquanto estiver sob sua tutela e de garantir seus direitos. Apesar de um dos seus direitos estar em suspenso – o direito de ir e vir, teoricamente os outros não deveriam estar sendo negados, posto que se trata de cidadãos que habitam um território e tem direito à saúde, mesmo que privados de liberdade.

⁵³ Segundo o ECA (Brasil, 1990), o adolescente em conflito com a lei é todo o jovem entre 12 e 18 anos que cometeu algum ato infracional. O sistema socioeducativo é a esfera governamental que aplica as medidas socioeducativas, a fim de responsabilizar o jovem que infracionou alguma lei do Estado. As medidas socioeducativas se dividem em medidas privativas de liberdade e não privativas, e têm como maior preocupação a responsabilização do ato e a reflexão. As medidas privativas de liberdade são a internação e a semiliberdade e as não privativas de liberdade: advertência, obrigação de reparar o dano, a prestação de serviço à comunidade e a liberdade assistida. O tempo de cumprimento destas medidas será determinado por um juiz da Vara da Infância e da Juventude. Na internação, o prazo máximo para cumprir a medida é de três anos, depois disso o adolescente sairá compulsoriamente, não tendo nenhum resquício em seus registros sociais. Caso infracione mais vezes cumprindo um mandato, seu prazo de cumprimento da medida poderá ser revisto e chegar no máximo aos 21 anos de idade.

Todavia, sabe-se que isto não é a prática hegemônica. A história do Sistema Socioeducativo (SSE) traz legados de sua condição punitiva calcada em valores morais e de modo a incidir nesta história, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) se propõe transformar o modelo estadualizado tradicional de justiça para aqueles indivíduos que não atingiram a maioridade penal. Mas o caminho a ser percorrido ainda é longo e obstáculos são visíveis, como se percebe na fala de uma assessora técnica da ASAJ/DAPES/SAS/MS:

“O adolescente em conflito com a lei evidencia e condensa todos os dilemas que a área enfrenta quanto à saúde do adolescente. Ele concentra em si mesmo uma série de contradições muito difíceis de ser trabalhadas. Eles [SSE] querem que a gente atue para ajudar a manter a ‘ordem’ no sentido da disciplina, da punição, da penitência, mas nossa atuação é diversa dessa ‘ordem’, no sentido em que temos um outro modus operandi, dentro da perspectiva de trabalho do SUS, admitindo a participação do usuário. Todas as demandas que a gente enfrenta com a PNAISAJ são exarcebadas, agudizadas e aglutinadas no âmbito do socioeducativo, relacionando-se com a PNAISARI...”. Entrevistada 3.

E justamente em relação com a PNAISARI está sendo proposto pela SDH um sistema compreendendo uma coordenação federal da socioeducação, com a responsabilidade de gerir e articular as políticas públicas concernentes à população adolescente, com instâncias congêneres nos entes federativos subnacionais: Coordenações estaduais e municipais do sistema socioeducativo. Esta proposta não pode, de modo algum, prescindir da interlocução com a saúde, especificamente da ASAJ/DAPES/SAS/MS, a fim de que se potencialize a PNAISARI.

A seguir, a fim de seguir a análise da capacidade institucional da atuação da Área Técnica, apresentam-se dois quadros com a discriminação das instâncias nas quais estão alocados os atores/respondentes que foram entrevistados para este estudo e que se relacionam diretamente com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no que tange a PNAISARI, segundo terminologia classificatória que obedece a sua alocação:

Quadro 5: Cargos e Instâncias Intraministeriais Intra e Interdepartamentais que se relacionam com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da PNAISARI.

CARGO	INSTÂNCIA INTRAMINISTERIAL INTRADEPARTAMENTAL
Diretor	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS)
Coordenador	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS)
Coordenador	Área Técnica da Saúde da Criança e do Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASCAM/DAPES/SAS/MS)
Coordenador	Área Técnica da Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAM/DAPES/SAS/MS)
Coordenador	Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASM/DAPES/SAS/MS)
CARGO	INSTÂNCIA INTRAMINISTERIAL INTERDEPARTAMENTAL
Diretor	Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAE/SAS/MS)
Coordenador	Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAH/DAE/SAS/MS)
Coordenador	Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAE/SAS/MS)
Diretor	Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS)
Coordenador	Coordenação-Geral de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAB/DAB/SAS/MS)
Diretor	Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DARAS/SAS/MS)

Elaboração Própria

Quadro 6: Cargos e Instâncias Extraministeriais Nacionais e Subnacionais que se relacionam com a ASAJ/DAPES/SAS/MS no âmbito da PNAISARI.

CARGO	INSTÂNCIA EXTRAMINISTERIAL NACIONAL
Secretário Nacional	Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência (SNPDCA/SDH/PR)
Diretor	Diretoria de Políticas Temáticas da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência (DPT/SNPDC/SDH/PR)
Coordenador	Coordenadoria do Observatório Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência (ONDCA/SDH/PR)
Coordenador	Coordenadoria-Geral do Programa de Implementação do SINASE da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência (PROSINASE/SNPDC/SDH/PR)
Secretário Executivo	Secretaria Executiva do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)
Secretário-Adjunto	Secretaria-Adjunta da Secretaria Nacional de Juventude da Presidência
Presidente	Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE)
Secretário	Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência (SAIAT/SPM/PR)
Coordenador-Geral	Coordenadoria-Geral de Programas e Ações de Saúde e Participação Política da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência (CGPASPP/SPM/PR)
CARGO	INSTÂNCIA EXTRAMINISTERIAL SUBNACIONAL
Diretor-Geral	Departamento Geral de Ações Socioeducativas da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro (DEGASE/SEEDUC/RJ)
Coordenador	Coordenadoria de Saúde Integral do Departamento Geral de Ações Socioeducativas da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro (CGI/DEGASE/SEEDUC/RJ)
Subsecretário	Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SAS/SES/RJ)
Superintendente	Superintendência de Atenção Básica da Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SAB/SAS/SES/RJ)
Coordenador	Área Técnica da Saúde da Criança, do Adolescente e de Nutrição da Superintendência de Atenção Básica da Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (ATSCAN/SAB/SAS/SES/RJ)
Assessor Técnico	Área Técnica de Saúde para Populações Privadas de Liberdade da Subsecretaria de Atenção Básica da Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (ATSPPL/SAB/SAS/SES/RJ)
Coordenador	Coordenação de Infraestrutura Estratégica em Vigilância em Saúde da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CIEVS/SUBPAV/SVS/SMSDC/RJ)
Gerente	Gerência do Programa de Saúde do Adolescente da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da SAS da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (GSA/SUBPAV/SAS/SMSDC/RJ)

Elaboração Própria

Indagada a respeito da importância da PNAISARI para a ASAJ/DAPES/SAS/MS, a coordenadora da Área Técnica relatou que:

“No caso da PNAISARI, diferentemente de outras coisas que aconteceram, tivemos uma grande janela de oportunidade, uma convergência de demandas da sociedade muito forte e conseguimos dar uma boa resposta, e a partir daí, começamos a trabalhar. Podemos dizer que a gente tem uma política de atenção integral à saúde para esta população desde 2004. O principal desafio é romper as barreiras de preconceito e estigma que ainda tem muito forte quanto a esta população. Se o adolescente é invisível, este então é mais ainda. Na implementação da política isto fica muito evidente, no sentido da dificuldade dos gestores entenderem que era responsabilidade dele atender, e também do próprio sistema socioeducativo, no que tange aos aspectos operacionais e culturais do atendimento à saúde, com adolescentes algemados, escoltados, recusa dos profissionais de saúde no atendimento”. Entrevistada 1.

No entanto, a mesma respondente afirma haver uma demanda por espaços de exercício de uma articulação qualificada das ações para públicos-alvo específicos como os adolescentes privados de liberdade:

“As populações ‘especiais’ como quilombolas, populações ciganas, negras, estão em outra diretoria que articula com outras instâncias, mas não temos um fórum de integração. Sentimos necessidade de aqui no Ministério, debater de forma integrada a atenção à saúde dessas populações, incluindo a adolescente, onde a gente possa discutir quais são as orientações do Ministério para essas populações, que diretrizes pensar para as ações e aprofundar essas políticas. Não há um fórum dentro do âmbito do Ministério, um espaço e um tempo, um mecanismo de integração entre as áreas técnicas e os departamentos, não há uma prática nesse sentido. Ela acontece quando há uma demanda espontânea que acaba provocando. Há uma boa prática de reunião de trabalho onde nosso diretor costuma passar informações, mas disparada sempre a partir da demanda do secretário... A prática do dia-a-dia do Ministério e a fragmentação não nos permite, mas potencializaríamos muito as nossas ações se tivéssemos uma agenda fixa, um fórum, para visualizar, compartilhar, dividir e afirmar responsabilidades”. Entrevistada 1.

Sobre os desafios a serem enfrentados na implementação e execução da PNAISARI, a lógica do SUS se choca com as características de instituição total que as unidades socioeducativas tradicionalmente possuem. Há problemas na construção de caminhos conjuntos devido ao baixo número de atores dispostos e que tenham possibilidade de articular ações, segundo os respondentes a este estudo. Existe uma situação de precariedade na produção e disseminação de informação, assim como de visibilidade, envolvendo esta questão da saúde do adolescente privado de liberdade, e a responsabilidade é conjunta, tanto do SSE, quanto do setor saúde, segundo um respondente: *“Ainda estamos aguardando melhores oportunidades para atuar. Talvez essas ações possam ser um esteio para ter uma mudança no conceito, nos comportamentos, no ethos. Se não se fizer essa iniciativa no sentido de se incidir no ethos, no modo de olhar, de se compreender a situação do adolescente, nossas políticas serão fúteis”*.

No momento em que se institui o SINASE, sob a égide do sistema de garantia de direitos⁵⁴, sobressaem as dificuldades de entendimento das especificidades do relacionamento entre as diversas áreas envolvidas. A coordenação do SINASE, que se

⁵⁴ O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal. Compreendem este Sistema prioritariamente, os seguintes eixos: Defesa dos Direitos Humanos: os órgãos públicos judiciais; ministério público, especialmente as promotorias de justiça, as procuradorias gerais de justiça; defensorias públicas; advocacia geral da união e as procuradorias gerais dos estados; polícias; conselhos tutelares; ouvidorias e entidades de defesa de direitos humanos incumbidas de prestar proteção jurídico-social; Promoção dos Direitos: A política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes operacionaliza-se através de três tipos de programas, serviços e ações públicas: 1) serviços e programas das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, afetos aos fins da política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes; 2) serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos e; 3) serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e assemelhadas; Controle e Efetivação do Direito: realizado através de instâncias públicas colegiadas próprias, tais como: 1) conselhos dos direitos de crianças e adolescentes; 2) conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas; e 3) os órgãos e os poderes de controle interno e externo definidos na Constituição Federal. Além disso de forma geral, o controle social é exercido soberanamente pela sociedade civil, através das suas organizações e articulações representativas. Informações disponíveis na Internet em: <<http://portal.sdh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/sgd>>.

insere na estrutura da SDH, é o *locus* do Governo Federal onde está a responsabilidade pelas medidas socioeducativas.

Logo, deduz-se que é especialmente fundamental para a PNAISARI que a ASAJ/DAPES/SAS/MS mantenha um bom relacionamento com esta instância, para que se fortaleça a viabilidade das articulações e ações preconizadas, tanto no sentido dos direitos humanos, quanto no sentido dos direitos sociais, especialmente a saúde. Em outras palavras, põe-se para a Área Técnica a demanda de promoção incansável do entrelaçamento e potencialização mútua de interesses convergentes de atores e instituições envolvidos. Novamente, na fala da coordenadora:

“No caso da PNAISARI, desenvolvemos uma parceria com a SDH no último ano, praticamente todo mês temos reuniões prá discutir a saúde no sistema socioeducativo, mas isso não acontece com outras instâncias, como por exemplo, a SNJ, pois isso não está nas pautas...”. Entrevistada 1.

Mesmo com as dificuldades de articulação e encontrando-se ainda em processo de implementação em alguns estados e municípios, é lícito dizer que a PNAISARI alcança, atualmente, o status de ação de maior visibilidade da ASAJ/DAPES/SAS/MS, em conjunto com a CSA, sem prejuízo para as DINAISAJ.

Porém, segundo as assessoras técnicas e a coordenadora, com o crescimento estrutural da Área Técnica, a multiplicidade de frentes de trabalho e de demandas fez com que as atenções dedicadas à PNAISARI, elaborada no momento inicial da ASAJ/DAPES/SAS/MS em sua configuração institucional atual, fossem divididas com outras iniciativas, principalmente com o advento do Governo Dilma Rouseff:

“Então, essas questões exigiram muito da gente o que nos impediu de acompanhar mais de perto a PNAISARI. Então, de 2009 prá cá, nós demos uma reflúida, mas agora em 2013 estamos retomando, aos poucos. O processo é lento... mas foi turbinado agora com a aprovação do SINASE e com o processo de revisão da Portaria e pactuação junto à CIT. Novamente, abre-se uma janela de oportunidade promissora, a questão da saúde do adolescente está dentro dos objetivos estratégicos do Ministério, assim como a CSA. Os pontos que consideramos fundamentais estamos conseguindo inserir.”. Entrevistada 1.

Tomando o Rio de Janeiro enquanto exemplo de como o processo de implementação e execução da PNAISARI demanda esforços constantes de negociação e pactuação, a partir do ano de 2010, teve início um ciclo de mudanças no sistema socioeducativo no Estado as quais se espera que sejam consolidadas como virtuosas, com o Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE)⁵⁵ passando da esfera da Secretaria de Estado da Família e de Assistência Social (SEFAZ/RJ) para a Secretaria de Estado de Educação (SEEDUC/RJ). Este fato, aliás, ilustra uma preocupação manifestada pelos respondentes da ASAJ e SDH com respeito à variabilidade de direcionamentos e interesses que perpassam as realidades locais do SSE, já que há bastante variância de

⁵⁵ O Novo Degase – Departamento Geral de Ações Socioeducativas é um órgão vinculado a Secretaria de Estado de Educação, que tem a responsabilidade de acolher, cuidar, acompanhar, atender e tratar o adolescente em conflito com a lei, bem como seus familiares, objetivando sua reinserção na sociedade pela execução de medidas socioeducativas e o acompanhamento de egressos. Criado pelo Decreto Nº 18.493, de 26/01/93, o Departamento Geral de Ações Socioeducativas é um órgão do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro, responsável pela execução das medidas socioeducativas, preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aplicadas pelo Poder Judiciário aos jovens em conflito com a lei. Com o objetivo de atender aos preceitos constitucionais e de conformidade com o que passou a chamar-se Sistema Socioeducativo, ocorrido na vigência da Constituição da República de 1988, houve a descentralização político-administrativa. A criação do Novo Degase ocorreu a partir da interlocução do Governo Estadual com o Centro Brasileiro para Infância e Adolescência - CBIA, (órgão do Governo Federal no período de 1991 a 1994) em consonância com as diretrizes político-governamentais de promoção, defesa e garantia de direitos de proteção legal. Neste período, houve absorção integral dos adolescentes atendidos pela CBIA, o mesmo não ocorrendo com as instalações físicas, fato que acarretou demandas específicas no atendimento. Dessa forma, a descentralização física se une à gerencial, envolvendo todos os Sistemas de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente previstos para diminuição do ingresso e da reincidência a instituição. Informações disponíveis na Internet em: <http://www.degase.rj.gov.br/quem_somos.asp>.

alocação dos órgãos estaduais responsáveis pela socioeducação nas estruturas administrativas do Poder Executivo nos Estados.

Ao serem indagados quanto à PNAISARI e as relações mantidas com o nível federal, os atores governamentais subnacionais da área da saúde entrevistados revelaram hesitações quanto às atribuições que lhes são demandadas no âmbito da referida política.

A rotatividade dos gestores públicos e especificamente daqueles aos quais é atribuída a responsabilidade pelo contato com os parceiros de outras instâncias da saúde e do sistema socioeducativo impede que se forme uma massa crítica duradoura de compreensão acerca do que deveriam efetivamente fazer para garantir o que preconiza a PNAISARI. Nas falas, o papel da consultora externa da ASAJ/DAPES/SAS/MS designada para trabalhar no reforço da implementação da PNAISARI no Rio de Janeiro foi ressaltado como importante na dinamização e manutenção do processo, mas foi expressada uma forte demanda de interlocução e intercâmbio com outras realidades locais, em outros estados e municípios.

Esse intercâmbio se operacionalizaria, segundo os entrevistados, via promoção de trocas de experiências, instituição de espaços fixos para comunicação, articulação, reflexão, monitoramento e avaliação permanente da política nos estados. Para os entrevistados, a despeito do esforço da consultora externa, não se percebe um canal de comunicação com a ASAJ/DAPES/SAS/MS nesse sentido, de avaliação e autoavaliação, com feedback mútuo das ações. não se percebe uma cultura avaliativa que apresente proposições e diretrizes agregada à política.

Segundo um ator extraministerial subnacional, no caso do RJ, com a inflexão em favor da Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações voltadas para esse público adolescente privado de liberdade ficaram um tanto comprometidas, mas a partir do advento das

DINAISAJ em 2009, houve um esteio, um respaldo para se parametrizar a saúde do adolescente com esta particularidade:

“A GSA/SUBPAV/SAS/SMSDC/RJ está dentro da superintendência atenção primária, na coordenação de linhas de cuidado, onde a prioridade é a ESF. Existe um conflito desafiador entre o que é preconizado pelos médicos de família e o que era preconizado pelo PROSAD. Com a expansão da ESF, impõe-se uma questão importante: Onde alocar os recursos humanos e financeiros? Mais uma vez, a saúde do adolescente fica de fora... Os contratos de gestão impõem metas que não contemplam questões sobre a saúde do adolescente”. Entrevistada 23.

Percebe-se um choque de lógicas, uma situação na qual se deve fazer uma omelete e, para isso, a tradição demanda a quebra de ovos. Por mais simples que seja, no entanto, é necessário e fundamental haver uma receita, tanto no sentido da operacionalização, quanto no sentido do manejo de recursos. Segundo a respondente da GSA/SUBPAV/SAS/SMSDC/RJ, o fluxo de procedimentos relativos às questões da saúde de adolescentes privados de liberdade no Rio de Janeiro tem atravessado um processo de reorganização dentro da nova lógica privilegiadora da atenção básica, o que tende a gerar gargalos cognitivos e uma situação de comprometimento da eficácia e eficiência nas ações dos profissionais da ponta do sistema e também da gestão quando devem lidar com as questões envolvendo aquele público específico.

Há que se dizer que não foi possível realizar entrevista com dois dos atores selecionados para participarem deste estudo, justamente o Diretor-Geral e o Coordenador de Saúde Integral do DEGASE/SEEDUC/RJ.

- **5.3 ASAJ/DAPES/SAS/MS: Expectativas, Perspectivas e Caminhos**

Neste tópico, é feita uma explanação sobre as expectativas/esperanças e perspectivas/possibilidades factuais e factíveis referentes à atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS para a consolidação das iniciativas por ela protagonizadas e aos apelos, demandas e vicissitudes que o trabalho em rede coloca para uma instância constitutiva de um Governo e de um Estado cuja capacidade governativa é diariamente desafiada.

Não há áreas técnicas ou coordenadorias de saúde do adolescente em todas as secretarias estaduais e municipais de saúde, e não há necessariamente uma instituição de serviços específicos estruturados ou de serviços operados por profissionais e gestores imbuídos do olhar que a ASAJ/DAPES/SAS/MS propõe e defende para este recorte populacional. Esta configuração administrativa é mais um ponto de reflexão sobre as dificuldades de implementação de políticas voltadas para um público cuja inserção nas outras políticas de saúde é longitudinal como o adolescente.

É de conhecimento razoavelmente consensual que parte das ações de implementação de uma política não alcança seus objetivos por vários motivos: Falta de acordo político, contingência orçamentária, concorrência ou dependência do êxito ou fracasso de outras políticas, contexto ideológico e sociocultural. Este último motivo, aliás, assume importância capital no que tange às questões ligadas às DINASAJ, à PNAISAJ e principalmente à PNAISARI, dada a natureza dos conceitos e noções mistificadas envolvendo o público-alvo da política. Sabe-se também que efeitos e consequências inesperadas entremeiam os esforços de implementação de políticas, pois surgem novos

problemas, restrições, oportunidades, confirmando a noção de que recursos e objetivos assumem caráter invariavelmente instável.

Fica claro, pelas falas de vários dos entrevistados, que existem dificuldades dos atores extraministeriais subnacionais em compreender efetivamente o significado do trabalho em rede. Um ponto muito importante a ser considerado é o fato de que os respondentes não mencionaram estarem sendo realizadas ações concretas da PNAISARI.

Há que se levar em conta não apenas o poder decisório - executivo, como também a fineza nos modos de se comunicar os conceitos trabalhados e as diretrizes preconizadas pelas políticas, pois as resistências a mudanças são tanto maiores e sólidas quanto forem frouxas as interligações construídas entre os atores e instituições. Uma reflexão interessante quanto a isto foi feita por uma das assessoras técnicas da ASAJ/DAPES/SAS/MS:

“As DINAISAJ foram publicadas em 2010 e deveria ser o instrumento responsável pela visibilidade da saúde do adolescente, mas na minha opinião, isso foi e está sendo feito mais pela PNAISARI e principalmente pela CSA, porque envolve um material que é nosso, não é só intersetorial, pois a nossa área não consegue mostrar um resultado que é só nosso... A CSA foi só nossa, mas as outras ações não são só da gente... Se não é a nossa ação de envolvimento, não são as DINAISAJ que vão fazer as pessoas se darem conta que as áreas vizinhas de porta estão pensando, produzindo, demandando... Temos que retomar a discussão da política realmente, desse marco... Se você for procurar marco legal que a gente tem é só o PROSAD, mas hoje a gente expandiu... precisamos instituir efetivamente a PNAISAJ, tanto que nossa área cresceu e tem sido demandada, embora algumas áreas demandem mais, outras menos... Olha o exemplo do Mais Juventude, nossa área foi demandada, as nossas ações foram demandadas, nossa participação foi a principal ação e questão nos editais no âmbito do Juventude Viva, o evento bombou, teve repercussão na mídia e se o Ministro ou o Secretário responsável quiser, nossa área vai sempre marcar espaço...”. Entrevistada 4.

Segundo a coordenadora, é de total importância para a ASAJ/DAPES/SAS/MS a instituição de um Grupo de Trabalho nos moldes de uma força-tarefa, a fim de dinamizar novamente o processo de implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNAISARI. No entanto, esta ideia esbarra nas limitações de recursos humanos endógenos, o que leva a Área Técnica a lançar mão de contratos e convênios com instituições de ensino e pesquisa para efetuar estudos avaliativos.

Indagada quanto ao impacto para a ASAJ/DAPES/SAS/MS do fato de acumular o cargo de diretora-substituta do DAPES e outras atribuições, a coordenadora afirma:

“O impacto é muito grande, pois assumi no fim de 2010 a área da saúde da mulher e peguei a formulação da Rede Cegonha ao longo de 2011. Depois, por ter havido uma mudança, acabei ficando com essa memória da Rede Cegonha, o que acabou sobrecarregando bastante a ASAJ. Além disso, ter permanecido desde 2009 como diretora-substituta. Acaba interferindo, pois acumulo responsabilidades, a equipe sente bastante.”.
Entrevistada 1.

Este acúmulo de funções da coordenadora sob certa perspectiva representa um ônus para a ASAJ/DAPES/SAS/MS, diante da detecção de escassez de quadros qualificados com capacidade política de inserção e articulação. Mas também gera aspectos positivos, representados pelas possibilidades de ocupação de espaços privilegiados, próximos do Secretário e do Ministro, vocalizando demandas e dando feedback imediato das iniciativas levadas adiante pela Área Técnica. O grande exemplo é o caso da interface com a Área Técnica da Saúde da Mulher no eixo da saúde sexual e saúde reprodutiva explorado na Rede Cegonha, pois o posicionamento da coordenadora foi determinante na visibilidade da questão da adolescente.

Passos importantes em direção ao trabalho efetivamente em rede estão sendo dados, mas ainda há muito para se fazer. A natureza do trabalho da ASAJ/DAPES/SAS/MS permite afirmar que a dificuldade está localizada para dentro e para fora da instituição, melhor dizendo, na forma e na substância da estrutura governamental e das ações engendradas pela Área Técnica.

É emblemático que tenha surgido na quase totalidade das falas dos respondentes ao instrumento de pesquisa aplicado neste estudo a ideia de *desafio*. Alcançam destaque as duas falas seguintes, que apontam para a noção de empoderamento e propiciamento dos beneficiários das políticas da ASAJ/DAPES/SAS/MS, ou seja, os adolescentes e jovens:

“Um grande desafio para a ASAJ/DAPES/SAS/MS é envolver o adolescente dentro dos processos de formulação e implementação das políticas, a participação protagonista. O Estado brasileiro ainda faz em grande escala políticas para uma geração anterior à atual, urge modernizar”. Entrevistado 11.

“Um desafio na política para adolescentes é a forma pela qual se comunica. A questão da linguagem é o desafio: Como tornar algo tão duro quanto é a saúde em algo atraente junto à população adolescente e jovem? Precisamos de canais de comunicação com os diversos setores da sociedade e do próprio governo, a fim de aproveitar os contextos favoráveis e pautar questões. São importantes demais os fóruns de participação de movimentos da sociedade, serviços, gestores, onde ali se constitua uma ‘rede quente’, usando a tecnologia, a modernidade, a informática, a internet, para produzir conexões para transformar as políticas e tirá-las detrás das paredes das instituições governamentais e fazê-las saltar do papel...”. Entrevistado 14.

Tornar a política atraente para os envolvidos, construir laços, formar bases comunicativas comuns, estas são tarefas perenes, não apenas para a

ASAJ/DAPES/SAS/MS, mas para qualquer instância de gestão que se pretenda efetivamente intersetorial. A noção de rede compreendida como estratégica, ao envolver o estabelecimento de vínculos e relações horizontais, verticais, oblíquas entre parceiros que possibilitam o desenvolvimento de ações complementares, denota o encampamento da heterogeneidade das ações dos atores, das ideias, interesses e instituições.

Se cada elemento da rede preserva sua identidade na gestão dos recursos e na afirmação de suas metas, e a articulação de todos os elementos da rede faz com que se integrem e interajam enquanto atores, agindo tanto na concepção das ações sociais como na sua execução para garantir à população seus direitos sociais, alcança-se um interessante patamar de organicidade e de interoperacionalidade respeitador das diferenças.

Isto é relevante, pois a complexidade dos problemas sociais enfrentados pelos diferentes atores demanda diversos olhares, que convergem para objetivos construídos coletivamente. As redes integram pessoas, ideias/interesses e instituições preocupados com a realidade social e constituem um meio para tornar mais eficaz, eficiente e efetiva a formulação, implementação, gestão, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas sociais.

Nesse sentido, a ASAJ/DAPES/SAS/MS traria para si um importante papel a desempenhar: O de articular e potencializar as redes já estabelecidas e por estabelecer na perspectiva da defesa de direito à saúde de uma parcela importante dos cidadãos brasileiros. Daí a importância de espaços e momentos coletivos, com a presença de membros e lideranças de diferentes instâncias, assim como a existência de canais e veículos de informação compostos por vários órgãos que, ao invés de trabalhar o corte setorizado das políticas sociais, abordem temáticas amplas que interessem a diferentes grupos e

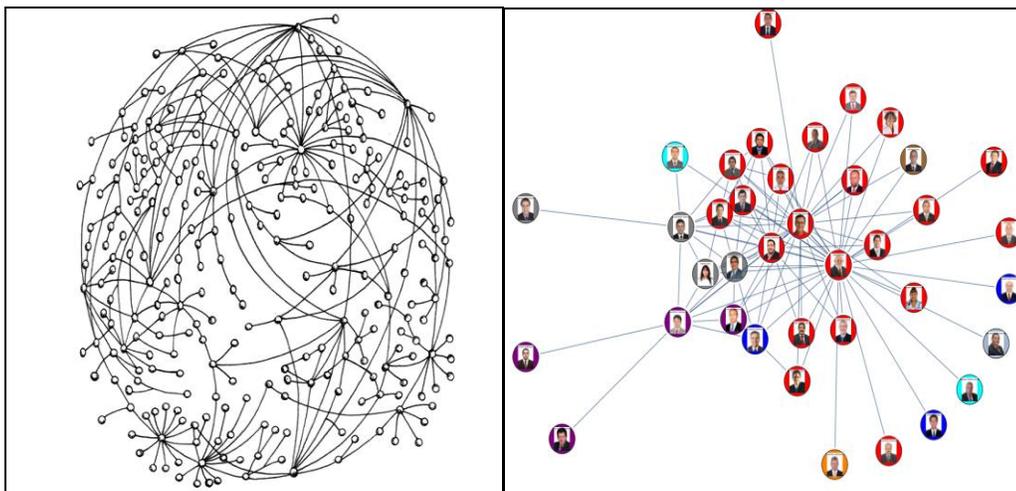
movimentos sociais, inclusive em suas expressões e dinâmicas territoriais. É preciso enredar, e enredar⁵⁶ não é preciso, com toda a licença poética e técnica necessárias!

Uma rede conforme sugerido não é passível de redução a um único ator, interesse ou instituição e nem a uma rede unívoca e singular; ela se compõe de grupos heterogêneos: Instituições, órgãos e instâncias, assim como grupos de pessoas e indivíduos interconectados. Uma atuação em rede assim instituída, portanto, interconecta, transforma e redefine os seus atores componentes ao mesmo tempo em que, por sua vez, torna-se ela mesma um ator “atuante” ou “actante”, entendido por qualquer pessoa, instituição ou coisa portadora da capacidade de agência, isto é, produzir efeitos no mundo e sobre ele.

A capacidade institucional de atuação, de agência ou agenciamento, por sinal, enfatiza o aspecto da colaboração (labor: trabalho; co-labor: Trabalho junto, em conjunto) ou cooperação (operacionalização de ações em conjunto). Sob esta perspectiva, para as políticas da ASAJ/DAPES/SAS/MS o fortalecimento de atores e instituições poderia ser mais explorado com a criação de vínculos mais estreitos com atores e instituições, do que com atores individuais. As figuras no quadro abaixo permitem visualizar a ideia:

⁵⁶ Enredar é um verbo interessante, pois pode nos dar a ideia de construção de um enredo – uma narrativa, um discurso sobre uma história, uma produção de sentido. Justamente, enredar, nos termos dos desafios aqui postos neste estudo, assume o sentido de instituir, revitalizar ou dinamizar uma rede, ao envolver esforços de várias intensidades, formatos e finalidades nos quais perpassam algumas ideias-força fundamentais. No trabalho em rede (ou seria enredamento?), é preciso administrar assimetrias e desigualdades de cada um dos elementos componentes, dando oportunidade para que haja a formação de massa crítica de conhecimento e reconhecimento das potencialidades e dos limites de atuação e contribuição dos atores envolvidos. Em se tratando da atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS torna-se vital a percepção de que a manutenção de fluxos de informações, a instituição de alianças coletivas e a valorização recíproca das práticas cotidianas são a tônica e o sustentáculo do processo que se pode chamar de “enredamento”.

Quadro 7: Possibilidades de Atuação em Rede



Fonte: Google Imagens.

A figura da esquerda simboliza o estabelecimento de conexões múltiplas e descentralizadas entre instituições e atores considerados importantes para as políticas, no caso da ASAJ/DAPES/SAS/MS. Já a figura da direita simboliza a articulação entre indivíduos, atores, por certo, fundamentais para a existência das instituições e das ideias e interesses. O ponto fraco desta opção é identificado na observação e nos relatos dos respondentes ao roteiro aplicado neste estudo: A rotatividade de gestores, técnicos e profissionais e a dependência da atuação de indivíduos com maior capital político, status e poder.

Parece ser produtivo, portanto, pensar a atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS a partir da dinâmica e articulações estabelecidas entre os vários atores e instituições envolvidos em uma rede participativa e não somente enquanto um espaço circunscrito a um setor de políticas. As relações entre as diferentes instituições devem ser levadas em conta para se potencializar e alargar os limites do desenho participativo da gestão das políticas sociais estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Neste ponto, está presente a ideia de compartilhamento, disseminação, distribuição e redistribuição de informações, interesses e valores, de modo a oxigenar as instâncias envolvidas e potencializar o processo democrático de *policy cycle*. Ainda, resgata-se e reforça-se a noção de Democratização enquanto processo político-institucional no qual o Estado, progressivamente, publiciza-se e enreda-se, isto é, amplia sua responsividade aos interesses de seus cidadãos.

O trabalho em rede (ou enredamento) pode – e deve – apresentar a propriedade de impelir a atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS para além do contato com os atores governamentais. As possibilidades de estabelecimento de parcerias envolvem atores do setor saúde e de outros, tais como conselhos de direitos, conselhos tutelares, juizados, polícia, movimentos da sociedade civil organizada, Organizações Não-Governamentais (ONG), associações de moradores, movimento dos trabalhadores sem-terra, etc.

No que toca a estes potenciais atores/parceiros para o trabalho em rede, cabe destacar três pontos: 1) A necessidade do exercício consciente da autonomia e da responsabilização de cada um, seja dos indivíduos, seja dos coletivos, na afirmação de seus posicionamentos; 2) A necessidade de prática da criatividade, tanto na concepção das ações e relações, quanto nas formas de execução das mesmas; e 3) A importância estratégica fundamental de alguns atores/parceiros, dentre os quais ressalta-se o Ministério Público, por suas características na observância das leis, na defesa e na garantia dos direitos civis, humanos e de saúde e na resolutividade por eles apresentada no cumprimento das demandas dos cidadãos. No caso da PNAISARI, em especial, esta importância é patente.

À luz das reflexões elaboradas, se fazem nítidos e se vislumbram alguns caminhos em direção ao reforço da tessitura qualificada de trabalho em rede protagonizada pela ASAJ/DAPES/SAS/MS:

- Intensificação de esforços de *advocacy* e relacionamento saudável com as instâncias parceiras no interior do próprio Ministério da Saúde, nos outros Ministérios e Secretarias, nas estruturas governamentais subnacionais, nos grupos e movimentos da sociedade civil, via estabelecimento e consolidação de planejamento estratégico das ações e constante cuidado com a qualificação dos técnicos e consultores externos que integram a Área, a fim de explorar possibilidades de aliviar a concentração de atribuições na coordenação;
- Investimento na adoção da prática e cultura da avaliação e autoavaliação de ações, programas, políticas e processos mezinhos de trabalho, a começar pela própria Área Técnica, estimulando reflexões produtivas para o cotidiano da gestão em seus três níveis e especialmente induzindo, acompanhando, monitorando e empoderando ações construtivas das coordenações loco-regionais de saúde do adolescente;
- Investimento em recursos de comunicação, sejam presenciais como fóruns, grupos de trabalho e encontros, sejam virtuais como estruturas e plataformas virtuais, objetivando o rejuvenescimento das consciências e afetar os atores e instituições parceiras apontadas nos pontos anteriores. E, em especial, buscando aproveitar o potencial das redes sociais para envolver os adolescentes e jovens, incidindo, desta forma, no despertar da conscientização e na transformação de preconceitos e tabus socioculturais envolvendo a saúde deste recorte etário, combatendo e desmontando estigmas;

- Reforço na aproximação com a Área Técnica da Saúde Mental, com especial atenção para a questão dos aspectos correlatos ao consumo de drogas, com destaque para o recorte do crack, em consonância com as possibilidades oferecidas pelo “Plano Crack, É Possível Vencer”;
- Reforço na aproximação com o Departamento de Atenção Básica, no que tange a medidas prevenção e promoção, assim como na conscientização tanto dos adolescentes, quanto dos profissionais, com especial atenção para a questão da reorganização dos serviços na lógica da ESF, conforme a experiência no Município do Rio de Janeiro indica;
- Reforço na aproximação com a Secretaria de Direitos Humanos, a fim de salvaguardar os avanços possibilitados pelo SINASE no que tange à PNAISARI e, de modo mais amplo, garantir a participação atuante do setor Saúde no Sistema de Garantia de Direitos;
- Aproveitamento do embalo do momento de investimentos infraestruturais pelo qual o país atravessa, com o ensejo do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) e das possibilidades proporcionadas pelas efemérides da Copa do Mundo e das Olimpíadas, ao articular e construir iniciativas com os setores da Cultura, Esporte, Lazer, Educação, Transportes, Trabalho e Emprego, etc.

CAPÍTULO 6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ASAJ/DAPES/SAS/MS é um pólo emanador das políticas voltadas para a saúde de adolescentes e jovens em território brasileiro, mas apresenta precariedade normativa e operativa para realizar a plenitude de suas atribuições institucionais. Diante disto, a defesa dos princípios do SUS é um elemento basilar que possui condições de contribuir bastante para a tessitura do trabalho em rede, mas a sua disseminação e consolidação ainda é tarefa a ser realizada e reafirmada no cotidiano das instâncias parceiras e também dos serviços de saúde.

Uma mensagem deve ser emitida constantemente pela ASAJ/DAPES/SAS/MS, e a dificuldade reside no fato de que só será eficaz se houver disposição dos destinatários em recebê-la e se for possível identificar as mídias confiáveis, eficazes e eficientes que favoreçam o fluxo da informação (Castells, 1994). Não é estranha a percepção de que o mundo está cada vez mais interconectado, interdisciplinarizado e complexo. Esforços institucionais tem sido feitos nessa direção no mundo da da gestão, das políticas públicas em particular no Ministério da Saúde no Brasil.

No entanto, a forma fragmentária pela qual algumas políticas se constituem, a lógica funcional que o poder público utiliza para organizar seus quadros de pessoal técnico, a incipiente consciência dos gestores e profissionais da ponta dos serviços quando instados a refletir autocriticamente sobre as suas práticas e valores são obstáculos que se apresentam para a ASAJ/DAPES/SAS/MS. E não apenas estes, como também os próprios componentes

da Área Técnica, como se percebeu nas falas de alguns dos entrevistados para esta Tese que reforçaram importância da capacidade de abertura e aproveitamento de janelas de visibilidade e de indução de iniciativas.

Incidindo nisto, cumpre ressaltar que a de aplicação da técnica de Entrevista junto aos atores proporcionou ao autor deste estudo a excelente oportunidade de extrapolar os Objetivos do trabalho proposto, na medida em que foi possível estabelecer (i) uma modesta porém efetiva contribuição para o debate existente no ambiente institucional do Ministério da Saúde com respeito a (re)estruturação das relações entre as secretarias, departamentos e áreas técnicas, e (ii) no âmbito da aplicação dos roteiros junto aos atores interministeriais teve como efeito um pequeno reforço na reflexão sobre a necessidade de atuação articulada das instâncias envolvidas e relacionadas às DINAISAJ e, ainda mais especificamente, à PNAISARI.

A atuação articulada, por suposto, tanto melhor ocorre quanto mais consistentes e capazes são os atores, as ideias/interesses e as instituições de revelarem-se permeáveis e renovarem-se em consonância com as demandas da sociedade, sempre observando e respeitando os preceitos jurídico-legais constitucionais. Recordando que o país atravessa o maior período de experiência democrática de sua jovem história enquanto nação, cuja caminhada democrática está sendo feita constantemente.

No plano federal, no que tange à questão da saúde do adolescente, o DAB e a ASM, pelo discurso de seus responsáveis e pelo que se tem observado em suas práticas e ações, tem se mostrado bastante sensíveis. O desafio, palavra essa por vezes até exaustivamente utilizada, passa pela manutenção dessa sensibilidade e pelo seu espraiamento junto aos outros atores. Contudo, para que se mantenha e refine este relacionamento tão delicado que demanda pactuação e negociação constante, a ASAJ/DAPES/SAS/MS necessita acumular

mais capacidade de atuação institucional, para que se explorem maiores horizontes e se estabeleçam focos de ação com mais intensidade. E aqui se pode afirmar que, mais que o aumento da quantidade de recursos humanos, se faz estratégico o investimento na qualificação da equipe.

Guardadas as proporções, grosso modo, pode-se assumir que o que ocorre com os gestores encarregados da saúde do adolescente no plano federal, ocorre também com aqueles gestores que pertencem nos planos estadual e municipal. O movimento de tessitura de redes até ocorre, mas é a partir de demandas, de pressões e de necessidades imperiosas para o cumprimento de metas, e não a partir da protagonização orgânica conjuntamente planejada de um movimento capitalizador de potencialidades de ação dos atores e instituições parceiros identificados. Este é um nó formidável a ser desatado, não apenas pela ASAJ, como também por todas as instâncias da administração pública!

As injunções de cunho político-ideológico – sejam no nível federal, sejam mais nitidamente nos níveis subnacionais - provocam afastamentos e aproximações entre os atores que ocupam cargos de gestão, gerando a necessidade de desenvolvimento de estratégias de sobrevivência, com o risco de se enfatizar o caráter de competitividade autodestrutiva no cotidiano da gestão em detrimento da cooperação. E cooperação é o substrato do movimento de tessitura de trabalho em rede, podendo admitir a competitividade no sentido da virtuosidade, da busca por excelência e do intercâmbio profícuo de experiências exemplares.

Uma política nacional deve, por princípio e vocação, envolver todos os níveis de governo, estados e municípios, isto não se discute; Porém, os níveis subnacionais tendem a apresentar estruturas de gestão que possuem algumas das dificuldades que existem no nível federal, de modo mais amplo e dramático, até.

A presença das pautas específicas das áreas técnicas na agenda política do Ministério é fundamental. Mas a concretização das políticas públicas depende da interlocução e envolvimento com os atores loco-regionais, e espera-se que promova um fluxo de provocação desafiadora de caráter múltiplo, não apenas de mão dupla, de cima para baixo, tomando-se tanto a hierarquia do Ministério quanto a relação com os entes subnacionais. É claro que o conceito de integralidade, significando ações integradas, integrais e íntegras, deve ser perseguido e reafirmado em todos os níveis.

Neste sentido, a integração como expressão da intersetorialidade e interoperacionalidade pode ou não ser compreendida como a grande finalidade da atuação de uma instância como a ASAJ/DAPES/SAS/MS. Cada opção tem seus limites e potencialidades, por certo, mas parece ser mais sensato e produtivo do ponto de vista do alcance de resultados compreender a integração como *enredamento*, como sinônimo de articulação de esforços dos parceiros - pensamentos e ações – para se atingir níveis de viabilização e factibilização de metas específicas estipuladas em consonância com a agenda política maior do Ministério da Saúde.

Uma reflexão sobre a capacidade burocrática e a capacidade de indução aqui entendidas e apresentadas como capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS vem à luz: A existência de uma área técnica para a formulação e implementação de políticas específicas para segmentos populacionais específicos pode ser justificada por um viés legal/constitucional, por certo. No entanto, o mesmo corpus jurídico estabelece o SUS, cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade, a priori, seriam garantidores da instituição de um sistema no qual fosse necessário estabelecer distinções ou prioridades. Por extensão a esta reflexão, e pensando em termos de governança, governabilidade e enredamento, poderia-se considerar que, se porventura

existisse uma rede federal de serviços voltados para a saúde do adolescente, a correlação de forças na cadeia de enredamento e a própria capacidade de indução da ASAJ/DAPES/SAS/MS modificaria-se em essência e seria melhor mensurável. Porém, não se pode garantir, sem estudos comprobatórios, que a resolutividade e a eficácia, eficiência e efetividade do atendimento das demandas se garantiriam.

O tema da adolescência sofre dessa contradição: o discurso e a ação republicana, democrática, governamental, onde há, por certo, uma preocupação com a garantia dos direitos dos sujeitos, e uma estrutura social que tende a vilipendiar e negar esses direitos e a condição de sujeito a este e a outros grupos populacionais, retroalimentando perversidades.

No caso da PNAISARI, urge a ratificação de um caráter republicano e democrático de fazer acontecer ações e programas, por intermédio da pactuação e articulação de gestores e profissionais das três esferas de poder público como conceito primordial, abre mão de práticas verticalizadas e impositivas de gestão; Assim, a inovação, o potencial de transformação de conhecimentos em bens e serviços novos ou melhorados em sua qualidade e/ou processo produtivo (Gadelha, 2006), nada mais seria do que explorar novos olhares para renovadas questões, acontece ao se trazer a ideia de estabelecimento de uma práxis de avaliação do processo de implementação da política subsidiadora da gestão, incluindo setores da sociedade civil.

Na contramão de ideias conservadoras e retrógradas que povoam o imaginário da sociedade em geral sobre os adolescentes e jovens, os esforços envolvendo a PNAISAJ e especialmente a PNAISARI indicam que estas devem ser cada vez mais pensadas, analisadas e avaliadas, de modo a se garantir a constante busca pela crítica e autocrítica. Esta é uma luta ao mesmo tempo simbólica e factual. Estão em jogo um volume significativo de recursos humanos e financeiros, o bem-estar, a saúde e a vida de uma

coleção de pessoas que compõem a população brasileira e representam as possibilidades de futuro do país. Como respostas às suas demandas, os governos e o Estado são compelidos a apresentar iniciativas na forma de políticas públicas e pavimentar caminhos de viabilização das iniciativas, assumindo seu papel de dinamizador da consciência cidadã e enraizador da democracia, assim como de participante propiciador do debate saudável e prolífico, de modo a fomentar o espaço da política como ação verdadeiramente transformadora da realidade, admitir e incorporar o contraditório na construção de um país mais justo, menos desigual, mais solidário e menos excludente, e garantir os avanços sociais e a defesa incansável dos direitos humanos.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, S. Redes Sociais na Internet: Desafios à Pesquisa. CISECO - Centro Internacional de Semiótica e Comunicação, Japaratinga, AL, 2012. Disponível na Internet em: <<http://www.ciseco.org.br/index.php/artigos/122-redes-sociais-na-internet-desafios-a-pesquisa.html>>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Produção compartilhada e socialização do conhecimento em rede: uma abordagem exploratória. Rio de Janeiro: Revista Eletrônica do Terceiro Setor (RETS) , 2006. v. 1.

ANSELL, C. Network Institutionalism. In: Rhodes R, Binder S, Rockman B, orgs. The Oxford Handbook of Political Institutions. New York: Oxford University Press, 2006, p.75-89.

ARAÚJO, V. A Conceituação de Governabilidade e Governança, da sua Relação entre si e com o Conjunto da Reforma do Estado e do seu Aparelho. Brasília DF: ENAP, 2002. Texto para Discussão, n.45. Disponível na Internet em <<http://www.enap.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=259&Itemid=70>> Acesso em 13/08/2012.

ARRETCHE, M. Uma Contribuição para fazermos Avaliações menos Ingênuas. In: Barreira, C. Carvalho, M. (Orgs.). Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2001. p. 43-56.

_____. Tendências no Estudo sobre Avaliação. In: Melo Rico, E (Org.). Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001a. 3ª Ed. P.29-39.

_____. Relações Federativas nas Políticas Sociais. Campinas: Educ. Soc. vol. 23, n. 80, setembro, 2002. p. 25-48.

_____. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil. In: Revista São Paulo em Perspectiva. Fundação. São Paulo: SEADE, 2004. p. 17-26.

BALL, S. Educational Reform: A Critical and Post-Structural Approach. Buckingham: Open University Press, 1994a.

_____. What is Policy? Texts, Trajectories and Toolboxes. In: BALL, S. J. (Ed.). Education Reform: a critical and post-structural approach. London: Open University Press, 1994b. cap. 2, p.14-27.

BANCO INTERAMERICANO PARA O DESENVOLVIMENTO - BID. A Política das Políticas Públicas: O Progresso Econômico e Social na América Latina. Relatório 2006. Rio de Janeiro. Elsevier. Washington, DC.: BID, 2007.

BARNES, J. Social networks. Module in Anthropology, nº 26, 1972. p. 1-29.

BARREIRA, C. e CARVALHO, M (Orgs). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2001.

BARRETO, M. O Conhecimento Científico e Tecnológico como Evidência para Políticas e Atividades Regulatórias em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 9(2): Pgs. 329-338, 2004.

BELLONI, I. MAGALHÃES, H. SOUSA, L. (Orgs.). Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas: Uma Experiência em Educação Profissional. São Paulo: Cortez, 2007. Coleção Questões da Nossa Época. V. 75. 4ª Ed.

BERNIER, N. F. & CLAVIER, C. Public Health Policy Research: Making the Case for a Political Science Approach, Health Promotion International, 26(1), 2011. Pgs. 109-116.

BOBBIO, N. MATTEUCCI, N. PASQUINO, G. Dicionário de Política. Brasília: Editora UnB, 2002, 12ª edição, V. 2.

BODSTEIN, R. MOREIRA, M. R. Formulação, Implementação e Avaliação de Políticas Sociais. In: Material Didático do Curso de Políticas Públicas e Gestão Social do EAD/ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008. Unidade de Aprendizagem II p. 2-41.

BOSI, M. MERCADO, F. (Orgs.). Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BOYER, William W. Political Science and the 21st Century: From Government to Governance. In: Political Science and Politics, 1990, vol. 23, nº 1. Pgs.: 50-54.

BOURDIEU, P. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria de Política para Mulheres. Portaria Interministerial Nº 1.426, de 14 de julho de 2004. Disponível na Internet em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426.htm>> Acesso em 13/05/2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 980, de 21 de dezembro de 1989.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Disponível na Internet em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Disponível na Internet em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Disponível na Internet em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível na Internet em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.817, de 08 de novembro de 2006. Disponível na Internet em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2817_08_11_2006.html> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 340, de 14 de julho de 2004. Disponível na Internet em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-340.htm>> Acesso em 13/05/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 647, de 11 de novembro de 2008. Disponível na Internet em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-647.htm>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.992, de 19 de agosto de 2011. Disponível na Internet em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1992_19_08_2011.html> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Acesso na Internet em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Acesso na Internet em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica da Saúde da Criança e do Aleitamento Materno. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Série F – Comunicação e Saúde. Disponível na Internet em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_familias_violencias.pdf> Acesso em 13/05/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2012 da SAS/MS. Brasília, DF: 2012. Disponível na Internet em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rel_gestao2012_II.pdf>. Acesso em 12/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. PROSAD. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, DF: 1989. Disponível na Internet em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Brasília, DF: 1993. Disponível na Internet em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_11.pdf>. Acesso em 13/08/2012

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Documento disponível na Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, DF: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: Saúde, um direito de Adolescentes. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Disponível na Internet em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes Nacionais Para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Disponível na Internet em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. Normas e Reflexões. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Série B – Textos Básicos de Saúde. Disponível na Internet em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari_17_01_2012_versao_preliminar.pdf> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Folder para Divulgação. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível na Internet em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_acoes_programaticas_estrategicas_dapes.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Série B – Textos Básicos em Saúde. Disponível na Internet em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhos_infantjuv.pdf> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança: 70 Anos de História. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Série I – História da Saúde. Disponível na Internet em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/70ahsaudecrianca.pdf>>. Acesso em em 13/08/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Inovação Gerencial. Regimentos Internos e Organogramas Básicos do Ministério da Saúde. Brasília, DF: 2010. Disponível na Internet em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/organogramas_basicos_ms.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível na Internet em <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Federal ao Alcance de Todos (OFAT). Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2013. Brasília, DF, 2012. Disponível na Internet em <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/ploa2012/110831_ploa2012_vol2.pdf> Acesso em 15/04/2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamentos da União. Exercício Financeiro 2012. Projeto de Lei Orçamentária. Volume II. Consolidação dos Programas de Governo. Brasília, DF, 2011. Disponível na Internet em <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/ploa2012/110831_ploa2012_vol2.pdf> Acesso em 15/04/2013.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Brasília, 1995. Disponível na Internet em <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>> Acesso em 13/08/2012.

_____. Ministério da Justiça. Por uma Política Nacional de Saúde para os Aolescentes que cumprem Medidas Socioeducativas de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade. Brasília, 2002. (Documento Referencial).

_____. Presidência da República. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Altera a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, fevereiro de de 1940. Disponível na Internet em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto-Lei Nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, maio de 1970. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=180519>>. Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. Brasília, DF, julho de 1987. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1987/94657.htm>>. Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 2.284, de 24 de julho de 1997. Altera a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, julho de 1997. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2284.htm>. Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, janeiro de 1998. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2477.htm>. Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 4.726 de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, junho de 2003. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm> Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 5.974, de 29 de novembro de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, outubro de 2010. Disponível na Internet em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_7336.pdf> Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, integra o Centro de Referência Professor Hélio Fraga à estrutura da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, altera e acresce artigo ao Anexo I e altera o Anexo II ao Decreto no 4.725, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da FIOCRUZ, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, maio de 2009. Disponível na Internet em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_7336.pdf> Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 7.315, de 29 de março de 2010. Dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS; aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde; altera o Anexo II ao Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que trata do Estatuto e do Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde; e dá outras providências.. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, março de 2010. Disponível na Internet em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_7336.pdf> Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, outubro de 2010. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm#art8> Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, julho de 2011. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm#art8> Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 7.797, de 30 de agosto de 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, agosto de 2012. Disponível na Internet em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm#art8> Acesso em 11/12/2012.

_____. Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, julho de 1990. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em 13/08/2012.

_____. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, julho de 1992. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18429.htm> Acesso em 13/08/2012.

_____. Presidência da República. Lei Nº 12.798, de 04/04/2013. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2013. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, abril de 2013. Disponível na Internet em <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/LOA_2013/130410_Lei_12798_040413.pdf> Acesso em 20/04/2013.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, Lei Nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm> Acesso em 13/08/2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Disponível na Internet em <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/arquivos/spdca/sinase>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Sistema Nacional de Acompanhamento Socioeducativo. Lei Nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Disponível na Internet em. <http://portal.sdh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/publicacoes/arquivos/spdca/sinase_integral.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. Resolução Nº 46, de 29 de outubro de 1996. Disponível na Internet em. <<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/conselho/conanda/arqcon/arqcon/46resol.pdf>>. Acesso em 13/05/2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. Resolução Nº 119, de 11 de dezembro de 2006. Disponível na Internet em. <<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/arquivos/spdca/arqcon/119resol.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes - 2011 – 2020. Documento Preliminar para Consulta Pública. Disponível na Internet em. <<http://portal.mj.gov.br/sedh/conanda/Politica%20e%20Plano%20Decenal%20consulta%20publica%2013%20de%20outubro.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988. Disponível na Internet em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 13/08/2012.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei Orçamentária Anual Nº 430 – PLOA 2003. Volume II. Consolidação dos Programas de Governo. Brasília, DF, 2003. Disponível na Internet em <<http://www12.senado.gov.br/orcamento/documentos/loa/2003/elaboracao/projeto-de-lei/420-projeto-de-lei/430-ploa-volume-2-pdf>> Acesso em 15/03/2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução 196. Brasília, 1996.

BRESSER PEREIRA, L. Revista do Serviço Público, 52 (1), jan-mar 2001: 5-24. Disponível na Internet em <Revista do Serviço Público> Acesso em 13/08/2012.

BRESSER PEREIRA, L. SPINK, P. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998.

BREWER, G. The Policy Sciences emerge: To Nurture and Structure a Discipline. Policy Sciences, 5, 1974: 239-244.

BRITO, L. (Coord.). Jovens em Conflito com a Lei: A Contribuição da Universidade ao Sistema Socioeducativo. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2000.

BROWNE, A. WILDAVSKY, A. What Should Evaluation Mean? In: Jeffrey L. Pressman, Aaron Wildavsky (orgs.) Implementation. Berkeley: University of California Press, 1984. 3ª ed. P. 181-205.

BURSZTYN, I. RIBEIRO, J. M. Avaliação Participativa em Programas de Saúde: Um Modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 21(2) p. 404-416, mar-abr, 2005.

CANO, I. Introdução à Avaliação de Programas Sociais. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB (61), 2006. p. 25-52.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

CAVALHEIRO, M. JUCHEM, D. Políticas Públicas: Uma Análise mais apurada sobre Governança e Governabilidade. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS, julho 2009. Ano I - Número I. Disponível na Internet em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20Uma%20análise%20mais%20apurada%20sobre%20Governan%C3%A7a%20e%20Governabilidade.pdf>. Acesso em 13/08/2012

CHEN, T. Theory-Driven Evaluations. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

COATES, V. História Brasileira da Medicina do Adolescente: Comemorando 10 Anos da ASBRA. Adolesc. Latinoam. [online]. Dec. 1999, vol.1, no.4 [cited 14 May 2013], p.260-265. Disponível na Internet em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301999000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06/01/2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz, Z. (org.). Avaliação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-47.

COHEN, E; FRANCO, R. Avaliação de Projetos Sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

COMISSÃO SOBRE GOVERNANÇA GLOBAL. Nossa Comunidade Global. Relatório da Comissão sobre Governança Global. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.

CRAWFORD, S. OSTROM, E. A Grammar of Institutions. *The American Political Science Review* 1995. V. 89. Pgs.: 582–600. Disponível na Internet em: <<http://www.seep.ceu.hu/alpsa/readings/grammar.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

CRUZ NETO, O. MOREIRA, M. R. A Concretização de Políticas Públicas em Direção à Prevenção da Violência Estrutural. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.1, pp. 33-52. Disponível na Internet em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7129.pdf>> Acesso em 11/06/2012.

CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In Minayo M. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes. 1998.

DAVIES, P. Is Evidence-Based Government Possible? In: 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium. Washington, DC: 2004. Feb. 19.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: *Mil Platôs; Capitalismo e Esquizofrenia*, vol 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. Pgs.: 11-37.

DEMO, P. *Introdução à Metodologia da Ciência*. São Paulo: Editora Atlas, 1985.

DINIZ, E. Governabilidade, Governance e Reforma do Estado: Considerações sobre o Novo Paradigma. Brasília DF: ENAP, 1996. *Revista do Serviço Público*, v.120, n.2. mai/ago pp. 5-20,. Disponível na Internet em <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=816> Acesso em 13/08/2012.

DOBBINS, M. et al. Information Transer: What do Decision Makers want and need from Researchers? *Implementation Science* 2007, 2:20 doi:10.1186/1748-5908-2-20 <<http://www.implementationscience.com/content/2/1/20>>. Acesso em 15/04/2012.

DYE, T. R. *Understanding Public Policy*, 7th edition. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1992.

EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ESCOBAR, C. *Governança Estratégica em Redes de Políticas Públicas: A Experiência do Programa Bolsa Família*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2008. Disponível na Internet em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/5114/1/2008_CeciliaMDeSEscobar.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

FARIA, C. A. P. Ideias, Conhecimento e Políticas Públicas: Um Inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *RBCS* [On-line] 2003, ano 18, vol. 51. Pags. 21-30. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcso/v18n51/15984.pdf>>. Acesso em 21/08/2012.

FERNANDES, F. M. B. MOREIRA, M. R. RIBEIRO, J. M. O Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Cad. Saude Publica*. 27(9):1667-1677. FIOCRUZ, 2011. Disponível na Internet em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/02.pdf>> Acesso em 13/08/2012.

FERNANDES, F. M. B. MOREIRA, M. R. REZENDE, M. O Direito à Saúde de Adolescentes cumprindo Medidas Socioeducativas de Privação de Liberdade. Rio de Janeiro: *Revista Saúde & Direitos Humanos*. Ano 5, nº 5. FIOCRUZ, 2008. Disponível na Internet em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/gdihs/arquivos/F5C7BBCAA8FA1B03CABE3EEA25AD0663.pdf>> Acesso em 28/05/2011.

FIGUEIREDO, A. C. FIGUEIREDO, M. Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um Quadro de Referência Teórica. *Análise & Conjuntura*. Belo Horizonte, 1 (3): set/dez 1986. p. 107-127.

FLEURY, S. OUVÉNEY, A. *Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLEXOR, G. Políticas Públicas, Atores e Regras: Uma Perspectiva Neoinstitucionalista da Dinâmica do Programa Nacional de Produção e Uso de Biodiesel. *Desenvolvimento em Debate*. V.1, n.2, p.25-45, janeiro-abril e maio-agosto 2010. Disponível na Internet em: <http://desenvolvimentoemdebate.ie.ufrj.br/pdf/dd_georges.pdf>. Acesso em 13/08/2012.

FREY, K. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. Brasília: IPEA – Revista Planejamento e Políticas Públicas. Nº 21. Junho de 2000. Disponível na Internet em <<http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp21/Parte5.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Governança Urbana e Participação Pública RAC–Eletrônica. Jan/abr 2007. V. 1, Nº 1. Pgs. 136-150. Disponível na Internet em <<http://www.anpad.org.br/rac-e>>. Acesso em 13/08/2012.

_____. Desenvolvimento Sustentável Local na Sociedade em Rede: O Potencial das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação. *Rev. Sociol. Polit.*, 2003. n.21. Pgs.: 165-185. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n21/a11n21.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

GADELHA, C. Desenvolvimento, Complexo Industrial da Saúde e Política Industrial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40 (n. especial). p. 11-23, 2006. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30617.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

GAWRYSZEWSKI, V. KAHN, T. MELLO JORGE, M. Informações sobre Homicídios e sua Integração com o Setor Saúde e Segurança Pública. *Revista de Saúde Pública*, 2005. 39(4). Pgs.: 627-633. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25536.pdf>>. Acesso em 13/06/2012.

GEVA-MAY, I. PAL, L. Good Fences Make Good Neighbours – Policy Evaluation and Policy Analysis – Exploring the Differences, *Evaluation*, v. 5, n. 3, 1999. p. 259-277.

GOMIDES, J. SILVA, C. O Surgimento da Expressão “Governance”, Governança e Governança Ambiental – Um Resgate Teórico. São Paulo: *Revista de Ciências Gerenciais*, 2009. Vol. XIII, N. 18. Disponível na Internet em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fsare.anhanguera.com%2Findex.php%2Frcger%2Farticle%2Fdownload%2F1253%2F865&ei=gyFkUeekGKq90QGpq4CADg&usg=AFQjCNEaOg3hzxVnXZybPxJsvE5w0cxZsA&sig2=aqzAfaEQqFsPzELgXd2sPw>>. Acesso em 21/08/2012.

GONÇALVES, A. A Legitimidade na Governança Global. Disponível na Internet em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/manaus/direito_e_politica_alcindo_goncalves.pdf>. Acesso em 21/08/2012.

GUIZARD, F. LOPES, M. CUNHA, M. Contribuições do Movimento Institucionalista para o Estudo de Políticas Públicas de Saúde. In MATTOS, R. BAPTISTA, T. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde, 2011. Pgs.: 200-218. Online. Disponível na Internet em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em 13/08/2012.

HALL, P. Taylor, R. As Três Versões do Neo-Institucionalismo. *Lua Nova*, 58:193-224, 2003.

HANNEY, S. GONZALEZ-BLOCK, M. BUXTON, M. KOGAN, M. The Utilisation of Health Research in Policy-making: concepts, examples and methods of assessment. in: *Health Research Policy and Systems*. (1), 2003 Biomed Central. Disponível na Internet em: <<http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>> . Acesso em 21/08/2012.

HARTZ, Z. Avaliação dos Programas de Saúde: Perspectivas Teórico-Metodológicas e Políticas Institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4. 1999. Pgs. 341-354.

HARTZ, Z. (Org.). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HAY, C. Constructivist Institutionalism. In: Rhodes R, Binder S, Rockman B, orgs. The Oxford Handbook of Political Institutions. New York: Oxford University Press, 2006, p. 56-74.

HEIDEMANN, F. Do Sonho do Progresso às Políticas de Desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. SALM, J. (Org.). Políticas Públicas e Desenvolvimento: Bases epistemológicas e Modelos de Análise. 2.ed. Brasília: Editora UnB, 2010. Cap. 1, pgs. 23-40.

HOGWOOD, B; GUNN, L. Policy Analysis for the Real World. Oxford: Oxford University Press, 1984.

HORTA, N. SENA, R. Abordagem ao Adolescente e ao Jovem nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Um Estudo de Revisão. Rio de Janeiro, 2010: Physis vol.20 no.2. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

HOWLETT, M. RAMESH, M. PERL, A. Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems. Toronto: Oxford University Press, 2009.

IMMERGUT, E. Health Politics – Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge University Press, 1992.

JARDIM, J. Capacidade Gvernativa, Informação e Governo Eletrônico. Rio de Janeiro: IASI, 2000. DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação - v.1 n.5 out. Disponível na Internet em : <http://www.dgz.org.br/out00/F_I_art.htm> Acesso em

KINGDON, J. Agendas, Alternatives and Public Choices. Boston: Little Brown, 1984.

KRAHMANN, E. Conceptualizing Security Governance. Cooperation and Conflict: Journal of the Nordic International Studies Association, 2003. Vol. 38(1): Pgs.: 5–26. Disponível na Internet em: <<http://dcafsp.tripod.com/readings/Security%20Governance.pdf>>. Acesso em: 13/08/2012

L'ABBATE, S. A Análise Institucional e a Saúde Coletiva. Ciência e Saúde Coletiva, Janeiro-Março, ano 8, número 001, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro, Brasil, 2003. Pp. 265-274. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf>> Acesso em 21/08/2012.

LABRA, M. E. Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de Interesses: Uma Revisão. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro 9(2), 1999, pp 131-166.

_____. Aspectos Teóricos da Implementação de Políticas. Subsídios para analisar o SUS. Paper apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília: 2003.

LAMARE, Thereza de - Ministério da Saúde. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. Proceedings online. Disponível na Internet em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000082005000100016&lng=en&nrm=abn> Acesso em: 12/06/2012.

LASSWELL, H. D. The Policy Orientation. In Lerner Daniel and Lasswell Harold D (eds.). The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method. Stanford: Stanford University Press, 1958.

LIMA, L. MACHADO, C. GERASSI, C O Neo-Institucionalismo e a Análise de Políticas de Ssaúde: Contribuições para uma Reflexão Crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde, 2011.Pgs.:111-137. Online. Disponível na Internet em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em 13/08/2012.

LINDBLOM, C. E. The Science of "Muddling Through". Public Administration Review, Vol. 19, No. 2. (Spring, 1959), pp. 79-88.

- _____. The Policy-Making Process, 2nd edition, Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, 1984.
- LIPSKY, M. Street Level Bureaucracy. Nova York: Russel Sage, 1980.
- LOPES, Sonia Aguiar. A teia invisível: informação e contra-informação nas redes de ONGs e movimentos sociais. Tese de doutorado aprovada pelo Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação/ IbiCT -ECO-UFRJ, 1996.
- LOPEZ, S. MOREIRA, M. Quando uma proposição não se converte política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013. V. 18(4) Pgs. 1179-1186. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/31.pdf>>. Acesso em 23/04/2013.
- MACRAE, D. Cross-National Perspectives for Aiding Policy Choice. *Journal of Comparative Policy Analysis*. Volume 1, Issue 1, 1999. P. 23-37.
- MAJONE, G. Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process. Danbury, Connecticut: Yale University, 1999.
- MALTA, D. MASCARENHAS, M. BERNAL, R. ANDRADE, S. NEVES, A. MELO, E. JÚNIOR, J. Causas Externas em Adolescentes: Atendimento em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9). 2012. p. 2291-2304.
- MARQUES, E. Redes sociais, Instituições e Atores Políticos no Governo da Cidade de São Paulo. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2003.
- _____. Redes Sociais e Poder no Estado Brasileiro: Aprendizados a partir de Políticas Urbanas. São Paulo: Revista Brasileira de Ciências Sociais, 2006, vol.21, n.60. Pgs.: 15-41.
- MARTINHO, C. Redes: Uma Introdução às Dinâmicas da Conectividade e da Auto-Organização. Brasília, DF: WWF, 2003.
- MAZMANIAN, D. & SABATIER, P. A. Implementation and Public Policy, with a new postscript. University Press of America, 1989.
- MELO, M. Ingovernabilidade: Desagregando o Argumento. In Lícia Valladares (org.), Governabilidade e Pobreza. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1995.
- MELO RICO, E (Org.). Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001. 3ª Ed.
- MENDES, M. Puerpério na Atenção Básica: As Interfaces da Assistência Institucional e das Práticas de Cuidados de Saúde. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 2003. Disponível na Internet em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84852/195375.pdf?sequence=1>>. Acesso em 13/08/2012.
- MINAYO, M. C. (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997.
- MOREIRA, M. R.; FERNANDES, F. M. B.; SUCENA, L. F. M. A Avaliação de Políticas Sociais no Contexto da Reforma Gerencial do Estado: Contribuições para o Debate Metodológico. Brasília: Editora UnB, 2004. *Revista Ser Social* Nº 14 - Metodologia de Avaliação de Políticas Sociais. Jan a Jun de 2004.

MOREIRA, M.; SUCENA, L. F. M.; FERNANDES, F. M. B.; LUCAS, C. da F.; Uma Leitura sobre a Avaliação de Políticas Públicas de Saúde. Anais do VII Congresso de Saúde Coletiva, ABRASCO, Brasília, 2003.

NAGAHAMA, E. SANTIAGO, S. A Institucionalização Médica do Parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): Pgs. 329-338, 2005. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>>. Acesso em 13/08/2012.

NORTH, D. Institutions. *Journal of Economic Perspectives*, 1991. v. 5, n. 1, p. 97-112. Disponível na Internet em: <<http://www.econ.uchile.cl/uploads/documento/94ced618aa1aa4d59bf48a17b1c7f605cc9ace73.pdf>> Acesso em 13/08/2012.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários – Relatório Final. Campinas: Unicamp/NEPP, 1999.

NUNES, J. Teoria Crítica, Cultura e Ciência: O(s) Espaço(s) e o(s) Conhecimento(s) da Globalização. In: Santos, Boaventura de Sousa (org.). *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez, 2002. Pgs.: 308-344.

OLIVEIRA, M. ASSIS, S. Os Adolescentes Infratores do Rio de Janeiro e as Instituições que os “ressocializam”. *A Perpetuação do Descaso*. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 15(4) p. 831-844, out-dez, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Dez Fatos sobre a Saúde do Adolescente. Disponível na Internet em <http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html> Acesso em 13/05/2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. Relatório Situação Mundial da Infância 2012 – Crianças em um Mundo Urbano. Disponível na Internet em <www.unicef.org/sowc2012> Acesso em 13/05/2012.

_____. Convenção sobre os Direitos da Infância. 1989. Disponível na Internet em: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>. Acesso em 13/05/2012.

_____. Relatório Situação da Adolescência Brasileira em 2011: O Direito de Ser Adolescente – Oportunidade para reduzir Vulnerabilidades e superar Desigualdades. Disponível na Internet em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf> Acesso em 23/08/2012.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. Special Meeting on Institutional Weakness and Governability. Washington DC: OEA, 2001. Disponível na Internet em: <<http://www.oas.org/consejo/CAJP/docs/cp08152e08.doc>> Acesso em 23/08/2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen. Washington, D.C.: OPS, 2002. Disponível na Internet em <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf> Acesso em 13/05/2012.

OSTROM, E. *Understanding Institutional Diversity*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005.

_____. An Agenda for the Study of Institutions. *Public Choice*, 1986. V. 48. Pgs.: 3-25. Disponível na Internet em: <<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00239556>>. Acesso em 13/08/2012.

PAIM, J. *O Que é o SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

PAIM, J. TEIXEIRA, C. Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, ano 12 (Sup), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro, Brasil, 2007. Pp. 1819-1829. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12s0/05.pdf>> Acesso em 21/08/2012.

PARSONS, D. W. Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis. Cheltenham, UK; Northampton, MA, USA, 1995.

PERES, J. Avaliação do Processo de Implementação: Algumas Questões Metodológicas. In: Melo Rico, E. (Org.). Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001. 3ª Ed.

PFETSCH, F. R. Capacidade de Atuar e Legitimação do Estado Democrático de Direito na Era da Globalização. Brasília: Rev. Bras. Polít. Int. 41 (2), 1998. Pgs. 102-117. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v41n2/v41n2a06.pdf>>. Acesso em 21/08/2012.

PROCOPIUCK, M. FREY, K. Redes de Políticas Públicas e de Governança e sua Análise a partir da Websphere Analysis. Curitiba: Rev. Sociol. Polít., 2009. V. 17, n. 34. Pgs.: 63-83.

PRZEWORSKI, A. Reforma do Estado: Responsabilidade Política e Intervenção Econômica. Rio de Janeiro, 1996. RBCS, ano 11, vol. 32. Pags. 18-40. Disponível na Internet em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_32/rbcs32_02.htm>. Acesso em 21/08/2012.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: Uma Perspectiva de Garantia de Direito à Saúde? Rio de Janeiro, 2009. Revista Em Pauta - UERJ, V. 6, n. 23. Disponível na Internet em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/450/548>>. Acesso em 06/01/2013.

RAQUEL, I. Governança Pública: A Consolidação de uma Matriz com Atributos que Caracterizam o Tema, na Perspectiva de Especialistas Dissertação de Mestrado da Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. Disponível na Internet em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/99227/308743.pdf?sequence=1>>. Acesso em 13/08/2013.

REZENDE, F. A “Nova Metodologia Qualitativa” e as Condições Essenciais de Demarcação entre Desenhos de Pesquisa na Ciência Política Comparada. Revista Política Hoje, Vol. 20, n. 1, 2011. Pgs.: 218-252. Disponível na Internet em: <<http://www.revista.ufpe.br/politica hoje/index.php/politica/article/viewArticle/127>>. Acesso em 13/08/2012.

RHODES, R. The New Governance: Governing without Government. Political Studies. University of Newcastle-Upon-Tyne. 1996, N. XLIV, Pgs.: 652-667. Disponível na Internet em: <http://graduateinstitute.ch/webdav/site/developpement/shared/developpement/mdev/soutienauxcours0809/E721_gouvernance/2.2.Rhodes_1996.pdf>. Acesso em 13/08/2013.

SABATIER, P. A. (Ed.). Theories of the Policy Process. Boulder, Colorado: Westview Press, 1999.

SABATIER, P. A. e JENKINS-SMITH, H. C. “The advocacy coalition framework: an assessment”, in SABATIER, P. A. (ed.). Theories of the policy process, Boulder, CO, Westview Press, 1999a.

_____ (eds.). Policy change and Learning: an advocacy coalition approach. Boulder, CO, Westview Press, 1993.

SABATIER, P. A. MAZMANIAN, D. The implementation of Public Policy: A Framework of Analysis. Policy Studies Journal, 8, 1980. p. 538-560.

SANTOS, M. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. Rio de Janeiro: DADOS – Revista de Ciências Sociais, 1997. Volume 40, nº3. Pg. 335-376. Disponível na Internet em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003> Acesso em 21/08/2012.

_____. Governabilidade, Governança e Capacidade Governativa – Algumas Notas. Brasília DF: ENAP, 2001. Texto para Discussão, n.11. Disponível na Internet em <<http://www.enap.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=259>> Acesso em 13/08/2012.

SCHNEIDER, V. Redes de Políticas Públicas e a Condução de Sociedades Complexas. Porto Alegre: Revista Civitas, 2005. v. 5 n. 1 jan.-jun. Pgs. 29-58. Disponível na Internet em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/33/1605>> Acesso em 21/08/2012.

SCOTT, J. Social network analysis; a handbook. London, Sage, 1992.

SCRIVEN, M. Metodologia da Avaliação. In: Sanders, J. (org). Introdução à Avaliação de Programas Sociais. São Paulo: Instituto Fonte, 2003. p. 08-33.

SECCHI, L. Políticas públicas – Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SILVA, P. MELO, M. O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos. Campinas: Unicamp/NEPP, Caderno de Pesquisa Nº 48, 2000. <<http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno48.pdf>>.

SOARES, J. R. Think Tanks: Organização Sistêmica de Conhecimentos Relevantes à Política Pública no Brasil. Dissertação de Mestrado da Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2009. Disponível na internet em: <<http://www.academicoo.com/artigo/think-tanks-sistemic-organization-of-knowledge-relevant-to-public-police-in-brazil-think-tanks-organizacao-sistematica-de-conhecimentos-relevantes-a-politica-publica-no-brasil>>. Acesso em 11/06/2012.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. in Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 18 nº 51. Fev. 2003.

_____. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. Porto Alegre, ano 8, nº 16. 2006.

SOUZA, R. Poder Local e Implementação da Política de Saúde: Dilemas da Gestão Descentralizada. Tese de Doutorado da ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005. Disponível na Internet em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/1/1/711-souzargd.pdf>>. Acesso em 11/06/2012.

SPOSITO, M. CARRANO, P. Juventude e Políticas Públicas no Brasil. Revista Brasileira de Educação. Rio de Janeiro, 2003 No 24. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a03.pdf>>. Acesso em 11/12/2012.

TANAKA, O. MELO, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: EDUSP, 2004.

TYRREL, M. CARVALHO, V. Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil, Impacto Político-Social e Inserção da Enfermagem. Tese de Doutorado da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Nery. Rio de Janeiro, 1993.

VERANI, J. F. Uma Proposta Metodológica para a Avaliação de Programa de Imunização: Contribuições para a Construção de um Novo Modelo. Tese de Doutorado da ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005. Disponível na Internet em: < http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/9/399-jose_verani.doc>. Acesso em 11/06/2012.

VIANA, A. MACHADO, C. LIMA, L. BAPTISTA, T. MENDONÇA, M. HELMANN, L. Pesquisa para Tomada de Decisão: Um Estudo de Caso no Brasil. Rio de Janeiro: Cad. de Saúde Pública, v. 22, Sup, p. 557-567, 2006. Disponível na Internet em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>> Acesso em 11/06/2012.

VIANA, M. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. Campinas: Unicamp/NEPP, Caderno de Pesquisa N° 5, 1988. Disponível na Internet em: <<http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno5.pdf>>. Acesso em 21/08/2012.

WELLMAN, B. Physical Place and Cyberplace: The Rise of Personalized Networking. International Journal of Urban and Regional Research. Oxford, 2001. v. 25, n. 2. Pgs.: 227-252. Disponível na Internet em: <<http://homes.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/individualism/ijurr3a1.htm>>. Acesso em 13/08/2012.

WORLD BANK. Governance and Development. Washington D.C.: World Bank, 1992. Disponível na Internet em: <<http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821320945>> Acesso em em 21/08/2012.

WORTHEN, B. SANDERS, J. FITZPATRICK, J. Avaliação de Programas: Concepções e Práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICE 1: Portal ObPS



Condições de Vida e Atendimento ao Segmento Infância-Juvenil
Observatório de Políticas Sociais



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
DCS - Dep. de Ciências Sociais

Acompanhamento da Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória e do Primeiro Ano de Funcionamento dos Serviços

[Acompanhamento](#) | [Ciclo de Políticas](#) | [Boletins](#) | [Agenda](#) | [Fórum](#) | [Biblioteca](#) | [Sala de Reuniões](#) | [Executores Locais](#)

Matriz Virtual de Acompanhamento

>> Próximo Evento

Dia 14 de fevereiro 2005
[Reunião em BSB](#)

>> Último Boletim RJ

[Boletim 00 - 26nov04](#)
Por: Equipe ObPS

>> Último Boletim SE

[Boletim 02 - 30nov04](#)
Por: Equipe ObPS

>> Último Boletim Extra

[Boletim 11 - 16fev05](#)
Por: Equipe ObPS

>> Acesso Rápido ao Acompanhamento da Implementação por Estado



>> Acre

Status:
Em **ANDAMENTO** o passo 3 da implementação.

>> Rio de Janeiro

Status:
ESTACIONADO no passo 3 da implementação.

>> Sergipe

Status:
ESTACIONADO no passo 3 da implementação.

APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes*”, desenvolvida no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é analisar e problematizar a atuação institucional da Área Técnica da Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPE/SAS/MS) considerando os elementos que dificultam e facilitam o desenrolar do processo de implementação e execução das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (DINAISAJ), com especial atenção para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI.

Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista. A sua seleção se deve à sua atuação no processo de formulação, implementação, execução e avaliação de algumas das políticas, programas, ações, estratégias e/ou iniciativas relativas ao objeto da pesquisa. Sua participação significará uma valiosa contribuição para o desenvolvimento do estudo, embora não seja obrigatória. A qualquer momento, é seu direito desistir de participar.

As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as outras entrevistas da pesquisa. Os resultados e/ou conclusões desta análise são de responsabilidade dos pesquisadores e os seus dados pessoais são considerados sigilosos e não serão divulgados. A entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP para que, a qualquer momento, possa tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax: (0XX) 21- 25982863

E-mail : cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

End: ENSP/FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo

Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Fernando Manuel Bessa Fernandes

Doutorando - ENSP/FIOCRUZ

E-mail: fernando.bessa@ensp.fiocruz.br

Tels: (21) 2598-2792 / (21) 8179-9825

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome do entrevistado)

APÊNDICE 3: Roteiro de Entrevista – Equipe ASAJ



Roteiro de Entrevista – Equipe ASAJ

Este é um roteiro de entrevista elaborado para a pesquisa “*Análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes*”, desenvolvida no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é analisar e problematizar *a atuação institucional da Área Técnica da Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS) considerando os elementos que dificultam e facilitam o desenrolar do processo de implementação e execução das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (DINAISAJ), com especial atenção para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI.*

Este roteiro se incorpora ao objetivo específico 2 da pesquisa, que consiste em analisar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI, e ao objetivo específico 3, ao caracterizar atores; núdulos estratégicos e processos decisórios; e lógicas de interesses e arenas da Política estudada. Este objetivo será alcançado ao se descrever, contextualizar e problematizar o processo de formulação e operacionalização da implementação da Política, assim como ao se historicizar ações envolvendo o atendimento à saúde de adolescentes.

I) Informações Básicas do Respondente

I.a) Nome: _____

I.b) Profissão: _____

I.c) Cargo que ocupa: _____

I.d) Tempo de ocupação do cargo (em meses): _____

I.e) Nível de Instrução: _____

II) Informações sobre o Processo de Elaboração das DINAISAJ

II.a) Como foi a sua participação no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.b) Quais foram as principais facilidades experimentadas no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.c) Quais foram as principais dificuldades experimentadas no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.d) No processo de elaboração das DINAISAJ, que aspectos considera como mais importantes na articulação entre a ASAJ/DAPES/SAS/MS e as outras Coordenadorias/Diretorias do Ministério da Saúde?

II.e) No processo de elaboração das DINAISAJ, que aspectos considera como mais importantes na articulação entre a ASAJ/DAPES/SAS/MS e outras instâncias tais como o CNS, a CIT, o CONASS e o CONASEMS?

II.f) A partir da experiência no processo de elaboração das DINAISAJ, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados em sua operacionalização e quais seriam as possibilidades de enfrentamento?

II.g) Especificamente quanto a atenção à saúde de adolescentes e jovens em situação de violência na rede hospitalar disponível, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados?

II.h) Como as ações da ASAJ/DAPES/SAS/MS poderiam integrar-se mais com as ações de outras Coordenadorias/Diretorias no âmbito da operacionalização das DINAISAJ e, mais especificamente, da estratégia “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.*”?

II.i) Especificamente quanto a atenção à saúde de adolescentes e jovens em regime de internação e internação provisória, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados?

II.j) Como as ações da ASAJ/DAPES/SAS/MS poderiam integrar-se mais com as ações de outras Coordenadorias/Diretorias no âmbito da operacionalização das DINAISAJ e, mais especificamente, da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória?*

II.k) Como as ações da ASAJ/DAPES/SAS/MS poderiam integrar-se mais com as ações de outras instâncias e atores extra-ministeriais no âmbito da operacionalização das DINAISAJ e, mais especificamente, da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória?*

APÊNDICE 4: Roteiro de Entrevista – Atores Intra e Extraministeriais



Roteiro de Entrevista – Atores Intra e Extraministeriais

Este é um roteiro de entrevista elaborado para a pesquisa “*Análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes*”, desenvolvida no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é analisar e problematizar *a atuação institucional da Área Técnica da Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPE/SAS/MS) considerando os elementos que dificultam e facilitam o desenrolar do processo de implementação e execução das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (DINAISAJ), com especial atenção para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI.*

Este roteiro se incorpora ao objetivo específico 2 da pesquisa, que consiste em analisar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI, e ao objetivo específico 3, ao caracterizar atores; núdulos estratégicos e processos decisórios; e lógicas de interesses e arenas da Política estudada. Este objetivo será alcançado ao se descrever, contextualizar e problematizar o processo de formulação e operacionalização da implementação da Política, assim como ao se historicizar ações envolvendo o atendimento à saúde de adolescentes.

I) Informações Básicas do Respondente

I.a) Nome: _____

I.b) Profissão: _____

I.c) Cargo que ocupa: _____

I.d) Tempo de ocupação do cargo (em meses): _____

I.e) Nível de Instrução: _____

II) Informações sobre o Processo de Elaboração das DINAISAJ

II.a) Como foi a sua participação no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.b) Quais foram as principais facilidades experimentadas no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.c) Quais foram as principais dificuldades experimentadas no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.d) No processo de elaboração das DINAISAJ, que aspectos considera como mais importantes na articulação entre a ASAJ/DAPE/SAS/MS e a sua Coordenadoria/Diretoria?

II.e) No processo de elaboração das DINAISAJ, que aspectos considera como mais importantes na articulação entre a ASAJ/DAPE/SAS/MS e outras instâncias tais como o CNS, a CIT, o CONASS e o CONASEMS?

II.f) A partir da experiência no processo de elaboração das DINAISAJ, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados em sua operacionalização e quais seriam as possibilidades de enfrentamento?

II.g) Especificamente quanto a atenção à saúde de adolescentes e jovens em situação de violência na rede hospitalar disponível, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados?

II.h) Como as ações de sua Coordenadoria/Diretoria poderiam integrar-se mais com as ações da ASAJ/DAPE/SAS/MS no âmbito da operacionalização das DINAISAJ e, mais especificamente, da estratégia “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.*”?

II.i) Especificamente quanto a atenção à saúde de adolescentes e jovens em regime de internação e internação provisória, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados?

II.j) Como as ações de sua Coordenadoria/Diretoria poderiam integrar-se mais com as ações da ASAJ/DAPE/SAS/MS no âmbito da operacionalização das DINAISAJ e, mais especificamente, da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória - PNAISARI*?

APÊNDICE 5: Roteiro de Entrevista – Equipe ASAJ/DAPES/SAS/MS



Roteiro de Entrevista – Equipe ASAJ/DAPES/SAS/MS

Este é um roteiro de entrevista elaborado para a pesquisa “*Análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes*”, desenvolvida no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é analisar e problematizar *a atuação institucional da Área Técnica da Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS) considerando os elementos que dificultam e facilitam o desenrolar do processo de implementação e execução das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (DINAISAJ), com especial atenção para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI.*

Este roteiro se incorpora ao objetivo específico 2 da pesquisa, que consiste em analisar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI, e ao objetivo específico 3, ao caracterizar atores; núdulos estratégicos e processos decisórios; e lógicas de interesses e arenas da Política estudada. Este objetivo será alcançado ao se descrever, contextualizar e problematizar o processo de formulação e operacionalização da implementação da Política, assim como ao se historicizar ações envolvendo o atendimento à saúde de adolescentes.

I) Informações Básicas do Respondente

I.a) Nome: _____

I.b) Profissão: _____

I.c) Cargo que ocupa: _____

I.d) Tempo de ocupação do cargo (em meses): _____

I.e) Nível de Instrução: _____

II) Informações sobre o Processo de Elaboração da PNAISARI

II.a) Como foi a participação de sua Coordenadoria/Diretoria no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.b) Quais foram as principais facilidades experimentadas no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.c) Quais foram as principais dificuldades experimentadas no processo de elaboração das DINAISAJ?

II.d) No processo de elaboração das DINAISAJ, que aspectos considera como mais importantes na articulação entre a sua Coordenadoria/Diretoria a ASAJ/DAPES/SAS/MS?

II.e) No processo de elaboração da das DINAISAJ, que aspectos considera como mais importantes na articulação entre a sua Coordenadoria/Diretoria, a ASAJ/DAPES/SAS/MS e outras instâncias tais como o CONANDA, o CONJUVE, Conselhos Tutelares e Varas da Infância e Juventude?

II.f) A partir da experiência no processo de elaboração das DINAISAJ, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados em sua operacionalização e quais seriam as possibilidades de enfrentamento?

II.g) Especificamente quanto a atenção à saúde de adolescentes e jovens em situação de violência na rede hospitalar disponível, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados?

II.h) Como as ações de sua Coordenadoria/Diretoria poderiam integrar-se mais com as ações da ASAJ/DAPE/SAS/MS no âmbito da operacionalização das DINAISAJ e, mais especificamente, da estratégia “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência.*”?

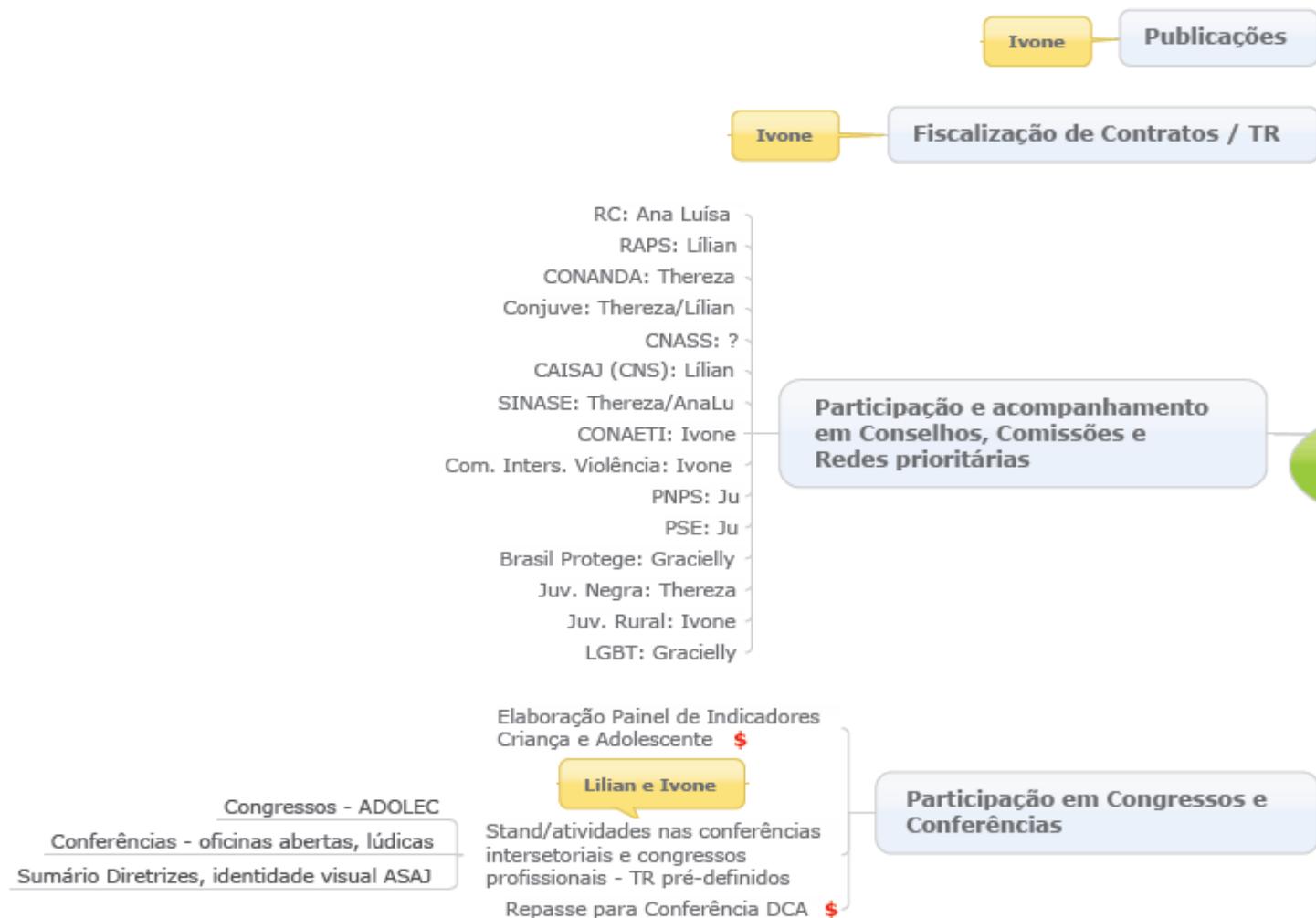
II.i) Especificamente quanto a atenção à saúde de adolescentes e jovens em regime de internação e internação provisória, quais seriam os principais desafios a serem enfrentados?

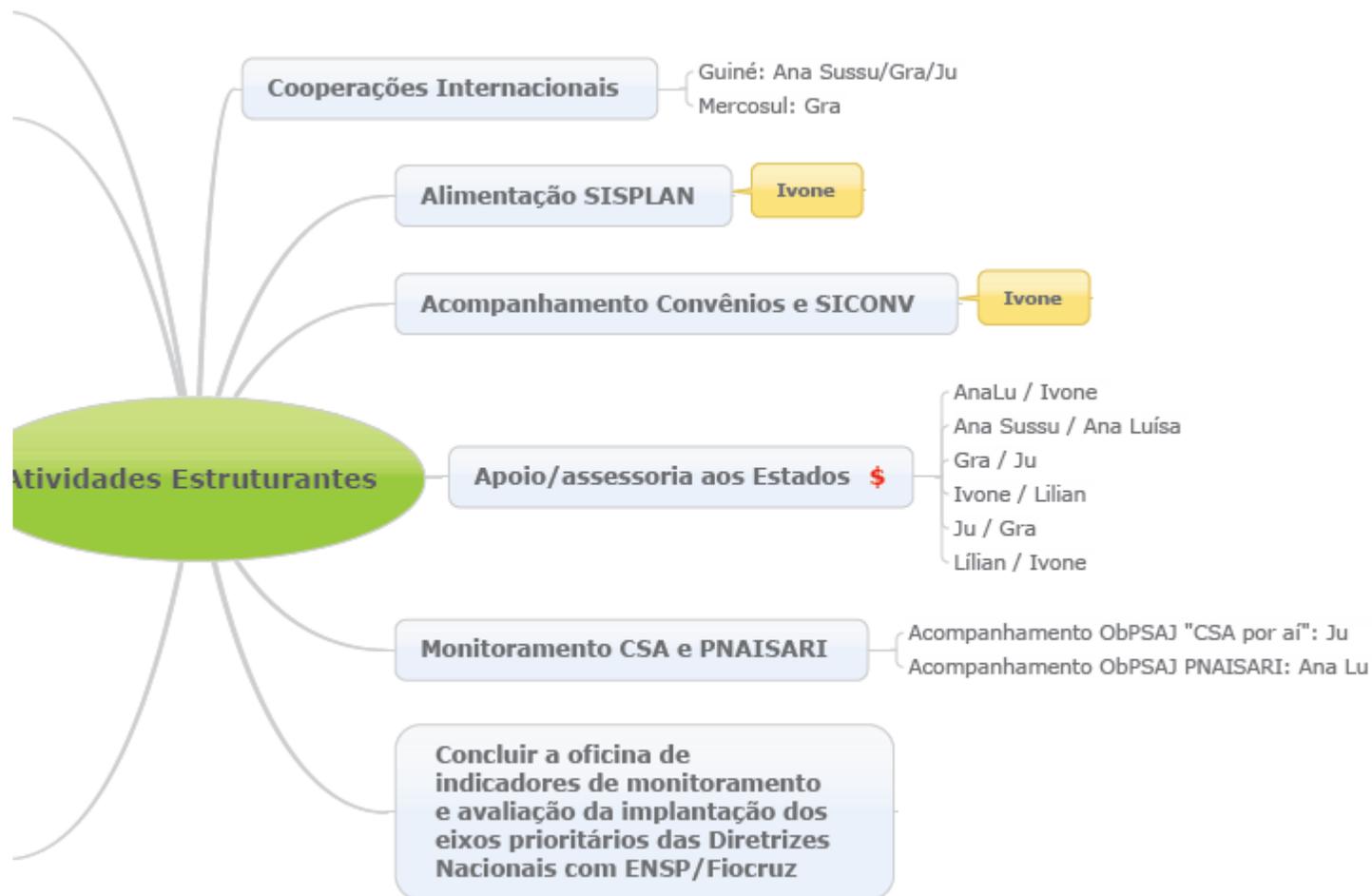
II.j) Como as ações da sua Coordenadoria/Diretoria poderiam integrar-se mais com as ações da ASAJ/DAPE/SAS/MS e de outras no âmbito da operacionalização das DINAISAJ e, mais especificamente, da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória - PNAISARI*?

ANEXO 1: Plano de Ação da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2009/10

Linha de Atuação 4	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)	Prazo	Meta	
Consolidação dos Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos de adolescentes e jovens	Melhorar a qualidade de vida e a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens contribuindo para a garantia dos seus direitos, a redução das DST-Aids, gravidez não planejada e mortalidade materna.	Planejar com os municípios onde serão implantadas a caderneta e qualificação de serviços de Unidades Básicas de Saúde o atendimento as necessidades e especificidades de adolescentes e jovens em SSR		agosto de 2009 a 30 out 2009	Planejamento realizado (20% dos municípios que participam da implantação da caderneta)	
		apoiar os municípios selecionados na execução da qualificação dos serviços		nov 2009 a dez 2010		100% dos município escolhidos qualificados
		Ação Municipal				
		identificar e selecionar os serviços a serem qualificados		agosto de 2009 a 30 out 2009	planejamento realizado	
		Planejar a qualificação dentro dos princípios de educação permanente				
		qualificar as unidades básicas de Saúde onde será implantado a caderneta para o atendimento as necessidades e especificidades de adolescentes e jovens em SSR.		nov 2009 a dez 2010	100% dos serviços qualificados	
Linha de Atuação 5	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Implantação da caderneta de saúde de adolescentes	Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável de adolescentes	Planejar as ações de implantação da caderneta		jun/09	plano elaborado	
		executar o planejamento Estadual das ações de implantação da caderneta		agosto de 2009 a out 2010	100% dos municípios escolhidos com caderneta implantada	
		Ação Municipal				
		Planejar as ações de implantação da caderneta		julho de 2009	plano elaborado	
		executar o planejamento municipal das ações de implantação da caderneta		agosto de 2009 a out 2010	100% dos serviços escolhidos com caderneta implantada	
Linha de Atuação 6	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Reduzir as violências contra adolescentes e jovens	melhorar a atenção à saúde de adolescentes e jovens vítimas de violência sexual	qualificar os profissionais de saúde para a atenção integral à adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência sexual	Definir pelo menos um serviço de saúde (estadual ou regional ou municipal) para que seja qualificado para as especificidades de adolescentes vítimas de violência sexual envolvendo necessariamente a atenção primária, secundária e terciária.	agosto de 2009 a out 2010	100% dos serviço qualificado	
		Ação Municipal				
		qualificar dentro dos princípios de educação permanente pelo menos um serviço para a atenção integral à adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência sexual		agosto de 2009 a out 2010	100% dos serviço qualificado	
Linha de Atuação 8	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Ampliar o atendimento de adolescentes e jovens que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e tabaco	Melhorar o acesso de adolescente e jovens aos serviços de atendimento no SUS	identificação de pontos críticos na execução da política de atendimento e prevenção de álcool e outras drogas, tabaco para adolescente e jovens	Articular com a área de saúde mental para identificação conjunta dos pontos críticos na assistência de adolescentes usuários de álcool e outras drogas por meio do PICAD	julho de 2009 a set 2009	dois projetos elaborados articuladamente com o PICAD	
		identificar e priorizar os municípios que possuem cape AD e I e ou outros cape prioritários para o estado.	Articular com as Coordenações Estaduais de Saúde mental e de Promoção da Saúde ações específicas na área de prevenção ao uso do álcool e outras drogas			
		Ação Municipal				
		identificar e priorizar os municípios que possuem CAPS AD e I e/ou outros CAPS prioritários para o município.	Articular com as Coordenações Municipais de Saúde mental e de Promoção da Saúde ações específicas na área de prevenção ao uso do álcool e outras drogas			
Linha de Atuação 9	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Implantação da PNAISARI nos estados e municípios que possuem unidades socioeducativas de internação para garantir a equidade.	Melhorar o acesso de adolescentes aos serviços de saúde nos três níveis de atenção	Induzir o processo de implantação da PNAISARI junto aos municípios que possuem unidades de internação	Elaborar o Plano Operativo Estadual (POE)	agosto de 2009 a out 2010	POE elaborado e estado qualificado	
			Realizar seminários, reuniões nos municípios que ainda não iniciaram o processo de elaboração do POE			
	Melhorar a qualidade dos serviços de saúde para atenção de adolescentes e jovens	Implantar a PNAISARI no estado	Articular com a Secretaria responsável pelas medidas socioeducativas a elaboração do POE		até julho de 2010	Pelo menos um município habilitado na prática
		Ação Municipal				
		Monitorar e acompanhar o funcionamento de PNAISARI no Município	Implantar a PNAISARI no município	Elaborar o Plano Ação Municipal (PAM)		Equipe cadastradas no CINES
				Realizar seminários, reuniões nos municípios que ainda não iniciaram o processo de elaboração do PAM		
		Articular com a Secretaria responsável pelas medidas socioeducativas a elaboração do PAM		a partir da elaboração do PAM	GT implantado e portal atualizado	
		Constituição do GT de acompanhamento e monitoramento da PNAISARI				

ANEXO 2: Atividades Estruturantes ASAJ/DAPES/SAS/MS





ANEXO 3: Plano de Ação da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2009/10

Linha de Atuação 4	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)	Prazo	Meta	
Consolidação dos Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos de adolescentes e jovens	Melhorar a qualidade de vida e a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens contribuindo para a garantia dos seus direitos, a redução das DST-Aids, gravidez não planejada e mortalidade materna.	Planejar com os municípios onde serão implantadas a caderneta e qualificação de serviços de Unidades Básicas de Saúde o atendimento as necessidades e especificidades de adolescentes e jovens em SSR		agosto de 2009 a 30 out 2009	Planejamento realizado (20% dos municípios que participam da implantação da caderneta)	
		apoiar os municípios selecionados na execução da qualificação dos serviços		nov 2009 a dez 2010		100% dos município escolhidos qualificados
		Ação Municipal				
		identificar e selecionar os serviços a serem qualificados		agosto de 2009 a 30 out 2009	planejamento realizado	
		Planejar a qualificação dentro dos princípios de educação permanente				
		qualificar as unidades básicas de Saúde onde será implantado a caderneta para o atendimento as necessidades e especificidades de adolescentes e jovens em SSR.		nov 2009 a dez 2010	100% dos serviços qualificados	
Linha de Atuação 5	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Implantação da caderneta de saúde de adolescentes	Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável de adolescentes	Planejar as ações de implantação da caderneta		jun/09	plano elaborado	
		executar o planejamento Estadual das ações de implantação da caderneta		agosto de 2009 a out 2010	100% dos municípios escolhidos com caderneta implantada	
		Ação Municipal				
		Planejar as ações de implantação da caderneta		julho de 2009	plano elaborado	
		executar o planejamento municipal das ações de implantação da caderneta		agosto de 2009 a out 2010	100% dos serviços escolhidos com caderneta implantada	
Linha de Atuação 6	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Reduzir as violências contra adolescentes e jovens	melhorar a atenção à saúde de adolescentes e jovens vítimas de violência sexual	qualificar os profissionais de saúde para a atenção integral à adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência sexual	Definir pelo menos um serviço de saúde (estadual ou regional ou municipal) para que seja qualificado para as especificidades de adolescentes vítimas de violência sexual envolvendo necessariamente a atenção primária, secundária e terciária.	agosto de 2009 a out 2010	100% dos serviço qualificado	
		Ação Municipal				
		qualificar dentro dos princípios de educação permanente pelo menos um serviço para a atenção integral à adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência sexual		agosto de 2009 a out 2010	100% dos serviço qualificado	
Linha de Atuação 8	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Ampliar o atendimento de adolescentes e jovens que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e tabaco	Melhorar o acesso de adolescente e jovens aos serviços de atendimento no SUS	identificação de pontos críticos na execução da política de atendimento e prevenção de álcool e outras drogas, tabaco para adolescente e jovens	Articular com a área de saúde mental para identificação conjunta dos pontos críticos na assistência de adolescentes usuários de álcool e outras drogas por meio do PICAD	julho de 2009 a set 2009	dois projetos elaborados articuladamente com o PICAD	
		identificar e priorizar os municípios que possuem cape AD e I e ou outros cape prioritários para o estado.	Articular com as Coordenações Estaduais de Saúde mental e de Promoção da Saúde ações específicas na área de prevenção ao uso do álcool e outras drogas			
		Ação Municipal				
		identificar e priorizar os municípios que possuem CAPS AD e I e/ou outros CAPS prioritários para o município.	Articular com as Coordenações Municipais de Saúde mental e de Promoção da Saúde ações específicas na área de prevenção ao uso do álcool e outras drogas			
Linha de Atuação 9	Parâmetro (Para que)	Ação Estadual (Como)	Estratégias (De que forma)			
Implantação da PNAISARI nos estados e municípios que possuem unidades socioeducativas de internação para garantir a equidade.	Melhorar o acesso de adolescentes aos serviços de saúde nos três níveis de atenção	Induzir o processo de implantação da PNAISARI junto aos municípios que possuem unidades de internação	Elaborar o Plano Operativo Estadual (POE)	agosto de 2009 a out 2010	POE elaborado e estado qualificado	
			Realizar seminários, reuniões nos municípios que ainda não iniciaram o processo de elaboração do POE			
	Melhorar a qualidade dos serviços de saúde para atenção de adolescentes e jovens	Implantar a PNAISARI no estado	Articular com a Secretaria responsável pelas medidas socioeducativas a elaboração do POE	até julho de 2010	Pelo menos um município habilitado na prática	
		Ação Municipal				
		Monitorar e acompanhar o funcionamento de PNAISARI no Município	Implantar a PNAISARI no município	Elaborar o Plano Ação Municipal (PAM)		Equipe cadastradas no CINES
				Realizar seminários, reuniões nos municípios que ainda não iniciaram o processo de elaboração do PAM		
		Articular com a Secretaria responsável pelas medidas socioeducativas a elaboração do PAM		a partir da elaboração do PAM	GT implantado e portal atualizado	
		Constituição do GT de acompanhamento e monitoramento da PNAISARI				

ANEXO 4: Plano Plurianual de Ação da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2012/15

Projeto/Atividade	Categoria econômica (despesa de capital/despesa custeio)	Se temporária, data de conclusão	Ação orçamentária (consultar aba "DAE" e "DRAC")	Valor previsto 2012	Valor previsto 2013-15	Meta 2012 a 2015 total	Itens pode ser regularizada? (sim/não) (informar razão)	Atividade/Projeto está considerada em qual estratégia definida na oficina de planejamento? (ver coluna B aba "Planejamento SAS" ou ND)
Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAI/600)	Custeio		13.126.177	3.910.000,00	15.000.000,00	130 equipes de referência cadastradas no CNES	não	OE 1. 4 - Qualificação das ações em saúde para população e, situação de privação de liberdade
Amplicação da capacidade de cuidado em saúde de adolescentes e jovens na Atenção Básica, com ênfase no "Crescimento e Desenvolvimento" e "Saúde Sexual e Saúde	Custeio		13.126.177	3.030.000,00	5.425.000,00	13.000 serviços de AB com a CSA implementada 30.000 profissionais capacitados	não	OE 3. Estratégia 2 - Indução de ações que favoreçam o acesso a informações, insumos, serviços e práticas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na gravidez na
Observatório de Políticas de Saúde de Adolescentes e Jovens	Custeio		13.126.177	0,00	0,00	27 estados e capitais utilizando as ferramentas de gestão	não	OE 1. 14. Estratégia 5 - Estimulo e ações intersetoriais para a promoção e atenção de Saúde. AÇÃO 14.1.3.1
Implementar ações de promoção de saúde nas Escolas de Juventude				500.000,00	500.000,00	20% das Escolas de Juventude com ações de promoção de saúde	não	
Fortalecimento e qualificação da rede de atenção à saúde de adolescentes e jovens vítimas de violência sexual	Custeio		13.126.177	500.000,00	1.200.000,00	100 serviços qualificados 100 adolescentes e jovens capacitados 30.000 profissionais capacitados (ação conjunta com Atividade 2)	não	OE 3.5. Estratégia 3 - Fortalecimento, ampliação e qualificação das redes de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violências e sofrimento psicológico, em conformidade com o processo de implementação da Rede Cegonha. AÇÃO 5.1.1.2
Fomento à pesquisa de temas relevantes em saúde de saúde de crianças, de adolescentes e jovens	Custeio			200.000,00	300.000,00	3 pesquisas realizadas	não	OE 3.6. Estratégia 9 - Ampliação e qualificação das ações de acompanhamento, vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, com ênfase na primeira infância. AÇÃO 6.2.1.4
Implementações de ações do Programa Saúde na Escola	ND		ND	0,00	0,00	45 oficinas apoiadas	não	OE 1. 14. Estratégia 5 - Estimulo e ações intersetoriais para a promoção e atenção de Saúde AÇÃO 14.1.3.3
Fomento de ações que visam a autonomia, o autoconhecimento e a formação de jovens e adolescentes promotores de saúde	Custeio		13.126.177	1.422.000,00	6.000.000,00	4 Edições realizadas	não	OE 3.6. Estratégia 10 - Ampliação das ações de educação, Promoção e vigilância à saúde de crianças e adolescentes nas escolas. AÇÃO 6.3.1.1
Articulação intersetorial para o enfrentamento das violências contra adolescentes e jovens	ND		ND	0,00	0,00	Inserção de temáticas nas Conferências Nacionais realizadas no período	não	OE 1. 14. Estratégia 5 - Estimulo e ações intersetoriais para a promoção e atenção de Saúde. AÇÃO 14.1.3.2
Fortalecimento de estratégias intersetoriais e intersetoriais para a promoção de saúde mental e o enfrentamento do crack, consumo do álcool e outras drogas por adolescentes e jovens	Custeio		ND	150.000,00	450.000,00	Grupo Técnico em funcionamento Fluxo de atenção à SM de adol e jovens usuários de crack e outras drogas no Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack elaborado	não	OE 5. 2. Estratégia 6 - Articulação interministerial e intersetorial para promover a reabilitação / estabilização sustentável e constituição de redes de proteção social. AÇÃO 2.1.1.1
Fortalecimento da articulação intersetorial para ampliar as ações de Promoção e Educação em Saúde para adolescentes e jovens	ND		ND	0,00	0,00	Registro de boas práticas no Observatório de Políticas de Saúde de Adolescentes e Jovens e em eventos	não	OE 1. 14. Estratégia 5 - Estimulo e ações intersetoriais para a promoção e atenção de Saúde. AÇÃO 14.1.3.4
				9.712.000,00	28.875.000,00			
Amplicação das estratégias de comunicação para potencializar o alcance das políticas de saúde para adolescentes e jovens	orçamentária	permanente		0,00	150.000,00	900.000,00	Inserção dos temas nas redes sociais	OE 3. 5. Estratégia 9 - Ampliação e qualificação das ações de acompanhamento, vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, com ênfase na primeira infância. AÇÃO 6.2.1.4
Defesa e proteção dos direitos de adolescentes e jovens, com ênfase nos direitos sexuais e direitos reprodutivos	orçamentária	permanente		0,00	0,00	Registro de boas práticas no Observatório de Políticas de Saúde de Adolescentes e Jovens e em eventos		OE 3.1. Ações de Promoção e Garantia de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com ênfase nos direitos sexuais e direitos reprodutivos AÇÃO 3.2.1
					150.000,00	900.000,00		
total:				R\$ 9.862.000,00	30.975.000,00	10.325.000,00		

ANEXO 5: Valores & Metas da ASAJ/DAPES/SAS/MS – 2012/15

	Atividades / Projetos	Responsável	Ações	Desdobramentos	Prazos	Valor detalhado	Valor global previsto 2012
Promoção e garantia de Atenção Integral à Saúde de Crianças, adolescentes e jovens	Ampliação da capacidade do cuidado na Atenção Básica: Crescimento e Desenvolvimento & SSSR (Juliana)	Juliana	Fortalecer a co-ordenação do PSE			xxx	3.300.000,00
			Fortalecer e fomentar as ações de implementação da CSA	Imprimir e distribuir CSA e kits		3.000.000,00	
				Realizar 6 oficinas regionais/locais e 1 nacional de capacitação gestores e profissionais saúde		Média de 150.000,00 por oficina (40 ps) + 120.000 (nacional)	
		Ana Súdria	Fomentar ações de Educação Permanente	Inserir 10 experiências de Boas Práticas com a CSA no ObPSAJ		xxx	
				Ampliar nº de universidades/ plataformas de EaD em saúde integral de adol e jovens (N e NE)		777	
			Articular com DAB a inserção de indicadores sobre atenção integral à saúde de adol e jovens (ênfase no cresc e desenv), com foco no PMAQ	xxx	xxx		
	Lilian	Fortalecer a articulação com a SESAI para atenção à saúde de jovens indígenas	xxx	xxx			
	Fortalecimento da articulação intersetorial para ampliar as ações de Promoção e Educação em Saúde para adol e jovens (Lilian)	Lilian	Fortalecer a implantação de ações de Promoção da Saúde nas Estações de Juventude	Articular com ONU sobre inclusão de temática Saúde nas diretrizes das Estações de Juventude		xxx	1.500.000,00
			Fomentar ações que visam autonomia, autocuidado e formação de adol e jovens promotores de saúde.	JuvNegra: Projeto VivaJovem.com: formação jovens promotores de saúde - prevenção violência e prevenção AD		1.500.000	
		Ecilai Minc: Agente Jovem de Cultura		1.000.000	1.000.000,00		
	Ampliação das estratégias de comunicação para potencializar o alcance das políticas de saúde para adol e jovens (Gracielly)	Ana Súdria	Apoiar a implantação de laboratórios de inovações em saúde de adol e jovens, em parceria com a BVSAADOLEC	Definir critérios e ferramentas para a implantação dos laboratórios		xxx	30.000
		Gracielly	Articular com ASCOM planos e estratégias de comunicação voltadas a usuários adol e jovens do SUS	Realizar oficina com jovens sobre a inserção/abordagem de saúde nas redes sociais, em parceria com ASCOMMS		xxx	
	Fomentar e fortalecer a implantação de PNAISARI (Ana Luísa)	Thaiza e equipe	Ampliar o cadastramento de Eq. Saúde de referência para o atendimento de adol privados de liberdade	Repassar fundo-a-fundo PNAISARI		1.934.040 (empenhado) + 1.000.000 (solicitado)	2.560.000,00
				Publicar PNAISARI e Seminário Mais Juventude na Saúde		xxx	
		Ana Luísa	Divulgar e difundir a PNAISARI, as diretrizes e outros documentos técnicos que embasam a atenção à saúde de adol privados de liberdade	Elaboração de "Consenso Nacional sobre DSDR de Adol em Conflito com a Lei, em privação de liberdade" envolvendo os setores saúde e socioeducativo (PNH-HI)		50.000	
Divulgar experiências exitosas de atenção prestada aos adolescentes privados de liberdade (Portal MS, ObPSAJ, ...)					xxx		
	Definir projeto de pesquisa para avaliação de PNAISARI nos serviços de saúde dos estados habitados	Articular com ENSP/Flooz		xxx			