

O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: UMA ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOMBRIO/SC, COM BASE NA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA¹

Nathalia Flôres de Oliveira
Daniel Ribeiro Preve

INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

A Proteção Integral e a Prioridade Absoluta que são conferidas à criança e ao adolescente decorrem da condição peculiar de pessoas em processo de desenvolvimento; principalmente aquelas que se encontram em uma situação de vulnerabilidade. Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo realizar uma reflexão acerca da importância da preocupação que o Estado, família e sociedade devem dispor para efetivar o direito fundamental à saúde da criança e do adolescente.

Nesse sentido, a presente pesquisa se insere na linha do Direito da Criança e do Adolescente com enfoque no direito fundamental à saúde e a partir da análise do Plano Municipal de Saúde de Sombrio quer identificar se esse direito fundamental é assegurado em sua plenitude pelo município. Assim, pretendeu-se averiguar na doutrina e na legislação quais os princípios constitucionais que tutelam os direitos fundamentais da criança e do adolescente, a fim de constatar como o Poder Público deve agir frente a esses princípios.

¹ Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “O direito fundamental à saúde da criança e do adolescente: uma análise do plano municipal de saúde do município de Sombrio/SC, com base na teoria da proteção integral e princípio da prioridade absoluta”, da acadêmica Nathália Flôres de Oliveira, orientado pelo Prof. Me. Daniel Ribeiro Preve, e apresentado na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Curso de Direito, em dezembro de 2017.

O estudo dos direitos fundamentais, com ênfase no direito à saúde, é de extrema relevância, pois permitirá a reflexão acerca da importância da responsabilidade que a sociedade como um todo possui frente à garantia desses direitos.

Ademais, pretende-se oferecer contribuição original quanto ao destaque da relevância de se elaborar um Plano Municipal de Saúde que tenha por objetivo promover e proteger a saúde da criança e do adolescente em sua plenitude. Um plano que garanta que esse direito fundamental seja efetivado tanto por meio da implementação de políticas públicas de saúde, quanto pela participação da família, sociedade e Estado, observando-se os princípios da prioridade absoluta e proteção integral.

A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA

Em que pese a discussão sobre direitos da criança e do adolescente tenha iniciado antes da promulgação da Constituição da República, o marco sobre os direitos fundamentais de crianças e adolescentes no Brasil se deu em 1988, por meio do artigo 227 da Constituição Federal brasileira, (CFB) mais tarde, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para reafirmar e normatizar a garantias desses direitos (HELENO; RIBEIRO, 2010).

A conquista desses direitos elencados como fundamentais igualmente no ECA foi resultado de mobilização social ocorrida depois do período da ditadura militar, que envolveu desde movimentos sociais até os legisladores pátrios. Ao adotar a Teoria da Proteção Integral e determinar que o Estado, a família e a sociedade possuem o dever de assegurar com absoluta prioridade os direitos vistos como essenciais para uma vida com dignidade, o ECA se tornou um marco crucial para o processo de redemocratização do Brasil (MOREIRA; SALUM; OLIVEIRA, 2016).

Conforme entendimento de Ramos (2014, p. 35), “[...] os direitos humanos asseguram uma vida digna, na qual o indivíduo possui condições adequadas de existência, participando ativamente da vida de sua comunidade”. Embora já existisse uma breve preocupação em

conferências e declarações internacionais acerca dos direitos da infância e juventude, o direito internacional somente reconheceu a criança e o adolescente como pessoa em processo de desenvolvimento a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que preceituava a inexperiência, ingenuidade e fragilidade desses indivíduos (MENDES, 2006).

Na declaração, foram instituídos direitos sociais básicos que deveriam ser assegurados pelos Estados-membros, sendo que o direito à saúde apareceu em seu artigo XXV como o “[...] direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.” (RAMOS, 2014, p. 59).

No mesmo artigo, é assegurado que “[...] a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.” (ONU, 1948), demonstrando a inserção da teoria da proteção integral à criança e ao adolescente no âmbito internacional.

Em 1959, é aprovada a Declaração Universal dos Direitos da Criança; segundo Veronese e Costa (2006), essa declaração foi o documento que inseriu de uma forma mais direta a Teoria da Proteção Integral no direito internacional, sendo representada por quatro instrumentos básicos: a) a Convenção Internacional da ONU sobre os Direitos da Criança (20/11/89); b) as Regras Mínimas das Nações Unidas para Administração da Justiça Juvenil (Regras de Beijing), de 29/11/85; c) as Regras Mínimas das Nações Unidas para os Jovens Privados de Liberdade e d) As Diretrizes das Nações Unidas para Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad), de 28/2 a 1º/03/1988 (VERONESE, COSTA, 2006).

Mas é somente com a Convenção Sobre os Direitos da Criança, de 1989, que a Teoria da Proteção Integral se tornou o instrumento fundamental para o embasamento dos direitos da criança e do adolescente, revelando-se a Convenção mais importante sobre os direitos da infância e juventude na comunidade internacional (LIMA, 2001).

No próprio preâmbulo da Convenção Sobre os Direitos da Criança (1989) já é esclarecido que a criança não possui maturidade física

e mental para ser independente em sociedade e, por isso, estabelece a necessidade de ser assegurada a sua proteção, inclusive com cuidados especiais e proteção legal. Ainda no artigo 3º da Convenção Sobre os Direitos da Criança (1989), está definido que os Estados-membros da convenção possuem o dever de assegurar à criança a proteção e o cuidado que sejam necessários para a promoção da vida com dignidade e bem-estar, sendo que, para a efetivação dessa proteção, os Estados se comprometem a usar todos os mecanismos adequados, sejam legislativos ou administrativos.

Não bastasse, a Convenção, em seu artigo, 19 destaca sobre a proteção da criança contra qualquer violência, abuso ou negligência. É evidente que a Convenção trouxe como fundamento basilar a Teoria da Proteção Integral, a fim de romper a visão anterior que era subdivida na garantia de direitos a crianças e adolescentes privilegiados e a repressão aos chamados “menores irregulares” (LIMA, 2001).

Todos esses esforços no âmbito internacional surtiram efeitos, ainda que gradativamente, no decorrer da história, e as primeiras providências foram tomadas. A partir dessa luta travada no direito internacional, vários países modificaram suas constituições e adotaram a Teoria da Proteção Integral e o Princípio da Prioridade Absoluta em sua legislação interna, reconhecendo os direitos fundamentais da criança e do adolescente (MENDES, 2006).

No Brasil, o ECA estabelecido na Lei n. 8.069 de 13/07/1990, teve como base a preocupação do legislador e da comunidade frente à realidade vivida por crianças e adolescentes, e em decorrência das suas peculiaridades como pessoa em processo de desenvolvimento, o Estatuto tem como fundamento a proteção integral e prioritária (VERONESE; COSTA, 2006).

O Direito da Criança e do Adolescente se fundamenta nas diretrizes da CFB e do ECA, que ao superar os velhos paradigmas da infância e juventude, consagrou a política emancipatória e humanitária e por meio dos direitos humanos e o próprio direito internacional reconheceu a condição específica da criança e do adolescente como ser em desenvolvimento (RAMIDOFF, 2008).

Não fosse apenas isso, o artigo 8º do ECA assegura à gestante o atendimento pré e perinatal, deixando claro que é dever do Estado permitir um nascimento e desenvolvimento sadio por meio de políticas públicas de saúde. Isso significa que a Proteção Integral atende àqueles que ainda não nasceram, mas já foram concebidos (VERONESE, 2006).

Outro critério a ser utilizado para garantir os direitos fundamentais da criança e do adolescente está baseado no Princípio da Prioridade Absoluta previsto igualmente no artigo 227 da CFB e artigo 4º do ECA. Esse princípio determina que o Estado, a família e a sociedade possuem o dever de assegurar os direitos fundamentais, determinando que a sua realização seja com absoluta prioridade (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009).

No próprio artigo 3º do ECA está previsto que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana, o que significa que a proteção integral lhes garante os mesmos direitos de qualquer outra pessoa, porém estabelece que a efetivação desses direitos deve ser realizada com absoluta prioridade (VERONESE, 2006).

Não obstante, a prioridade absoluta não se restringe apenas aos critérios acima relacionados, existindo inúmeras outras situações em que esse princípio deve ser respeitado. O que deve ser consolidado firmemente é que a criança e o adolescente devem estar em primeiro lugar no que se refere às preocupações do Estado e da sociedade e, enquanto não lhes forem garantidos os direitos fundamentais de que gozam, nenhuma outra ação secundária poderá ser concretizada (VERONESE, 2006).

Por outro lado, em que pese o princípio ser claro quanto às exigências de preferência na execução de políticas públicas sociais, o Poder Público muitas vezes parece se eximir de suas responsabilidades, sendo omissos frente a direitos fundamentais básicos que deveriam ser garantidos com a mais absoluta prioridade, como o direito à saúde (VERONESE; SILVEIRA, 2011).

Além de servir como garantidor de direitos fundamentais, o princípio da prioridade absoluta visa à universalização dos serviços públicos, uma vez que direciona o Estado para uma reordenação institucional e, assim, por meio de um conjunto de práticas e serviços que irão promover a defesa desses direitos, reconhece a assistência social

como um importante instrumento na concretização de políticas públicas (CUSTÓDIO, 2009). Toda a proteção que o ECA proporciona à criança e ao adolescente é resultado da sua condição peculiar de pessoa em processo de desenvolvimento, sendo necessária a garantia de todos os cuidados que uma pessoa adulta merece, porém, acrescentando cuidados especiais (VERONESE, 2006).

Assim, embora o texto constitucional e o ECA sejam claros quando se referem à proteção e à prioridade que a criança e o adolescente possuem frente a qualquer outra preocupação, todos os esforços se tornarão em vão se o Estado não implementar as políticas públicas necessárias e a família e sociedade restarem inertes (VERONESE; SILVEIRA, 2011).

Em que pese o Brasil tenha sido um dos primeiros países a sancionar a Convenção Sobre os Direitos da Criança e atualizar a legislação interna para estar de acordo com o pactuado na Convenção, a realidade de nossas crianças e adolescentes não condiz com o texto legal, eis que direitos básicos são violados diariamente e o Estado, a família e a sociedade nada fazem para mudar esse cenário (VERONESE; COSTA, 2006).

Deve se existir um compromisso pessoal por parte do Estado, família e sociedade na garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, e por meio da política de proteção integral à criança e ao adolescente, propiciar uma qualidade de vida digna e com o mínimo para o pleno desenvolvimento (RAMIDOFF, 2008). Ainda, quando uma política pública for implementada, ela deve atender ao princípio da descentralização política-administrativa e, assim, proporcionar um alcance maior de crianças e adolescentes, facilitando o acesso a todo e qualquer serviço que vise à promoção de direitos básicos (CUSTÓDIO, 2009).

Outra consideração é que não cabe ao Poder Público escolher se irá implementar políticas públicas para a garantia de direitos fundamentais da infância e juventude, uma vez que o princípio da prioridade absoluta vincula essa obrigação ao Estado, e o poder executivo só poderá adotar a discricionariedade depois de efetivar os direitos básicos para o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes (VERONESE; SILVEIRA, 2011).

Cada sistema garantidor dos direitos fundamentais da criança e do adolescente deve se organizar no sentido de efetivar os direitos

fundamentais, e assim proporcionar que outros sistemas consigam alcançar essa efetivação, essa integração entre os sistemas garantidores é chamada de rede de proteção, uma vez que todos devem trabalhar de forma harmoniosa na promoção e proteção de direitos (RAMIDOFF, 2008).

A participação popular é fundamental para a construção de políticas públicas; por intermédio da fiscalização direta da sociedade e dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente será possível o controle de qualidade e quantidade de políticas públicas (CUSTÓDIO, 2009).

Contudo, ainda é uma realidade social a omissão por parte do Estado no que se refere à garantia e implementação de políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente, sendo notória a falta de hospitais, escolas e outras necessidades básicas que a CFB e o ECA elencam como mínimo existencial. Essa violação de direitos não atinge somente a população jovem e infantil, mas reflete diretamente no modelo social desigual e ineficaz (FIRMO, 1999). Quando o Poder Público deixa de garantir direitos vistos como essenciais e ignora a prioridade absoluta conferida pela Carta Magna, ele condena milhões de crianças e adolescentes a viverem em situações degradantes e talvez irreparáveis, além de comprometer o futuro de todo o País (VERONESE; SILVEIRA, 2011).

O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E SUA EFETIVAÇÃO NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO/SC

O município de Sombrio está localizado no estado de Santa Catarina, mais precisamente na Região da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC) e faz divisa com os municípios de Santa Rosa do Sul, Araranguá, Ermo, Jacinto Machado e Balneário Gaivota. Os dados do último Censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, demonstram que o município conta com uma área territorial de 143,329 km², e uma população de 26.613 habitantes, sendo a estimativa para 2017 de 29.710 habitantes.

Dessa população, o último Censo apontou que 6.326 habitantes estão na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, enquanto 2.593 têm de 15 a 19 anos de idade (IBGE, 2010). O relatório realizado pela gestão do município no ano de 2013 apontou alguns dados diferentes, informando que 6.458 habitantes estão na faixa de 0 a 14 anos de idade, enquanto 2.646 têm de 15 e 19 anos de idade (SOMBRIO, 2014).

Ainda o próprio Plano Municipal de Saúde aponta que da população total do município, aproximadamente 70% reside em área urbana e 30% na área rural. O IBGE (2010) informou que o município conta com 13 estabelecimentos de saúde do Sistema único de Saúde (SUS) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,728. Ainda, a pesquisa do IBGE (2010) indicou que o salário médio mensal da população era de 1.9 salários mínimos no ano de 2015.

No que se refere à mortalidade infantil, a pesquisa apontou que em 2014 a estimativa era de 4.56 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2010). O município ainda conta com uma economia baseada na agricultura em sua maior parte, destacando-se na produção de arroz, fumo e banana, além da criação de gado. As confecções de vestuário e calçados também predominam na região, e ainda o comércio por meio dos centros atacadistas localizados às margens da BR 101 (SOMBRIO, 2014).

A Constituição Federal determinou em seu artigo 30, inciso VII, que é um dever dos municípios serviços de atendimento à saúde, embora contem com a cooperação dos estados e da União (BRASIL, 1988).

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei do SUS, tem como princípio basilar, em seu artigo 7º, a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, sendo que, no artigo 8º, dispõe que a organização no âmbito municipal se dará pela Secretaria de Saúde (BRASIL, 1990). Na mesma lei, o artigo 15, inciso VIII, fala sobre a obrigação da União, estados e municípios da elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde (BRASIL, 1990). E, no inciso X, a lei dispõe sobre “[...] elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde.” (BRASIL, 1990).

A portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013, conceitua o Plano de Saúde em seu artigo 3º como sendo um: “[...] instrumento central de

planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.” (BRASIL, 2013).

O Plano Municipal de Saúde do Município de Sombrio (PMS) foi elaborado pela administração, Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, para os anos de 2014 a 2017, com o objetivo de organizar as ações voltadas para a saúde do município, conforme as necessidades da população (SOMBRIO, 2014, p. 8).

O PMS começa expondo os aspectos gerais do município, como a história, a localização, economia, a fauna e a flora, aspectos demográficos, estruturas, segurança pública, organização política e social e até mesmo o turismo. O plano traz os dados referentes às unidades de saúde do município, informando que contam com uma unidade central e sete unidades de saúde familiar espalhadas pelos bairros (SOMBRIO, 2014).

Na unidade central, onde também funciona a Secretaria Municipal de Saúde, funcionam os serviços de atendimento nas clínicas básicas, como pediatra, ginecologia/obstetra, clínica geral e pequenas cirurgias (SOMBRIO, 2014). A unidade central conta com três pediatras, dois ginecologistas/obstetra, três clínicos gerais, um cirurgião de pequenas cirurgias ambulatoriais, um odontólogo, dois assistentes sociais, um fisioterapeuta, uma psicóloga e um farmacêutico, além de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Segundo o PMS, em cada equipe de saúde familiar constam uma enfermeira, um médico, dois auxiliares de enfermagem, um odontólogo, um técnico de higiene dental e um auxiliar de saúde bucal, além de 51 agentes sanitários espalhados pelas unidades (SOMBRIO, 2014). Ainda, as despesas com recursos próprios em ações e serviços de saúde, no ano de 2014, foram de R\$ 5.420.100,00 de reais (SOMBRIO, 2014).

O município conta com convênio no SUS em hospital geral; todavia, a gestão do hospital não é feita pelo município, em decorrência da complexidade alegada no PMS (SOMBRIO, 2014). No que se refere às instalações das unidades, a melhor estruturada é a Unidade Central, que

conta com uma equipe maior de profissionais, salas, recursos, áreas de atendimentos, realização de exames, consultórios, farmácia e realização de pequenas cirurgias: A Unidade de Saúde Central, localizada no centro do município, conta com profissional enfermeiro (responsável técnico), que coordena e normatiza a assistência de enfermagem nos serviços de saúde. Essa unidade atende às referências em gineco-obstetrícia, pediatria, homeopatia, clínica geral, clínica geral em saúde mental, psiquiatria, pneumologista/tisiologista, psicologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, colposcopia, criocauterização, pequena cirurgia, dermatologia. As instalações dispõem de cinco consultórios médicos, um consultório odontológico, um ambulatório, uma sala para pequena cirurgia, uma sala de vacinas, sala para ultrassonografia, dermato e eletrocardiograma, sala para atendimento do hipertenso e diabético, sala do programa saúde mental, preventivo do câncer do colo do útero e mamas, sala do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Vigilância Sanitária, Epidemiologia e *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE), sala do Serviço Social, fisioterapia, farmácia, sala de esterilização, sala de coleta, sala de espera, sala de cadastro/triagem, almoxarifado, administração, banheiros, cozinha, lavanderia e área exclusiva para armazenamento de resíduos de saúde (SOMBRIO, 2014).

Entre os objetivos gerais do PMS, é citada a implantação de políticas de saúde voltadas para a prevenção, promoção e redução de riscos de saúde, assegurando o acesso universal e integral a todos da população (SOMBRIO, 2014).

No que se refere aos objetivos específicos, o PMS aponta a capacitação e contratação de mais profissionais, convênios, melhoria da estrutura, aquisição de equipamentos e ampliação dos serviços, implantação de novos programas de saúde, participação popular, educação de saúde, além de dar continuidade aos serviços já prestados (SOMBRIO, 2014).

O PMS ainda dispõe sobre os serviços de atenção específica, citando: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, programa nacional de suplementação de ferro, atenção à saúde do homem, atenção aos ostomizados, programa de tabagismo, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atenção e controle da hipertensão arterial e

diabetes (HIPERDIA), programa de tuberculose e hanseníase, programa saúde bucal, programa de saúde da família, serviço de saúde mental, programa de imunização, programa DST/HIV/AIDS e hepatites virais, polo de aplicação e referência ao tratamento de hepatites virais, assistência ao idoso, programa de combate à dengue, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), vigilância sanitária, serviço social e Tratamento Fora-Domicílio (TFD), serviços de transportes, assistência farmacêutica básica e assistência à população em geral (SOMBRIO, 2014).

A vigilância epidemiológica faz o estudo, por meio de um conjunto de ações, das doenças que atingem a população, para que sejam possíveis a prevenção e a recuperação da saúde. Conforme dados do PMS, a neoplasia é a causa mais comum de óbito no município (SOMBRIO, 2014).

Por fim, o PMS apresenta uma série de programas que serão implementados na gestão 2014-2017 bem como as medidas que serão adotadas para essa efetivação, além do recurso orçamentário que será investido nessas ações.

Os serviços de atenção específica, mais precisamente no item 8.1, destinam-se à saúde da criança do município. O PMS informa que conta com os programas: SISVAN; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que considera um direito da criança o acesso a um bom atendimento que observe a criança como um todo, priorizando a identificação precoce de todas as crianças gravemente doentes, e que visa a orientar os pais quanto a cuidados essenciais, encontros educativos que fortaleçam a prevenção e a promoção da saúde; Assistência médica/pediátrica e de enfermagem, incluindo puericultura; Assistência farmacêutica (farmácia-básica) conforme RENAME; Teste do Pezinho; Imunização, preconizada e disponibilizada pelo Ministério da Saúde (SOMBRIO, 2014).

No que se refere às imunizações aplicadas a menores de um ano de idade, nos anos de 2005 a 2013, tem-se: poliomielite, tetravalente, BCG, Hepatite B, Rotavírus, alcançando quase sempre mais de 80% das crianças do município (SOMBRIO, 2014). No subitem de 9.1 de vigilância epidemiológica, o PMS aponta as taxas de mortalidade infantil e seus componentes (SOMBRIO, 2014).

Sobretudo, o PMS não apresenta as doenças que mais atingem a população infantil do município, tampouco as medidas a serem adotadas para a prevenção e recuperação da saúde. No que concerne à programação das ações que seriam realizadas na gestão 2014-2017, item 10 do PMS, não existe nenhum programa, política pública ou ação voltada diretamente para a saúde da criança e do adolescente do município.

No que se refere à saúde do adolescente, é necessário esclarecer que, em nenhum momento, o PMS apresenta ações ou medidas ligadas diretamente à saúde dos adolescentes. Na realidade, as palavras “adolescente” ou “adolescência” sequer aparecem no Plano.

Quanto ao atendimento especial voltado para crianças e adolescentes portadores de deficiências, nada é mencionado no PMS. É evidente que o PMS não tinha por objetivo implementar novas políticas públicas que possibilitassem, de uma forma direta, a prevenção, promoção e recuperação da saúde da criança e do adolescente do município.

Ademais, em que pese o PMS contar com alguns programas destinados à saúde infantil, esses se resumem à assistência pediátrica, assistência farmacêutica, vigilância alimentar e nutricional e imunizações, não abrangendo, de uma forma específica, quais as necessidades da população infantojuvenil.

O PMS, elaborado pela Administração Pública, Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, não apresentou, em nenhum momento, quais os planos e ações que seriam adotados dentro dos quatro anos de vigência do Plano, que teriam por objetivo assegurar, aprimorar e até mesmo ampliar o direito à saúde da criança e do adolescente. Embora o PMS tenha apresentado uma programação das ações que visavam à melhoria das condições de saúde do município, o fez de uma forma ampla, sem especificar quais delas alcançariam a população infantil e adolescente do município, ainda que esses sejam protegidos pela mais absoluta prioridade recepcionada na Constituição e no próprio ECA.

No que se refere à saúde mental do município, o plano psicossocial é apresentado no item 10.1.2, que visa a oferecer atendimento à população regional, beneficiando pacientes portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes e a população em geral (SOMBRIÓ, 2014).

Mais uma vez, o PMS aborda o tema de uma forma generalizada, sem preconizar o atendimento a crianças e adolescentes que, porventura, necessitem de apoio psicológico. Ainda que o PMS vise ao atendimento da população em geral, não direciona o programa de uma forma mais específica no que se refere à saúde mental da criança e do adolescente.

É cristalino, na presente análise, que o PMS não viabiliza a Prioridade Absoluta da criança e do adolescente, nas palavras de Custódio (2009, p. 35):

Além de servir como critério interpretativo na solução de conflitos, o princípio da prioridade absoluta reforça verdadeiramente diretriz de ação para a efetivação de direitos fundamentais, na medida em que estabelece a prioridade na realização nas políticas sociais públicas e a destinação privilegiada dos recursos necessários à sua execução. Para que seja possível a efetiva realização dos direitos proclamados, as políticas públicas precisam alcançar um patamar diferenciado das práticas historicamente estabelecidas na tradição brasileira, por isso a importância do princípio da ênfase as políticas públicas sociais básicas, pois esta é a determinação do Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 87, inciso I, que o incorpora como uma de suas linhas de ação.

Ainda que a administração pública detenha a discricionariedade das ações públicas, tal faculdade não pode, em hipótese alguma, impedir que os princípios constitucionais sejam respeitados, como no caso da primazia da prioridade absoluta no que se refere aos direitos da criança e do adolescente (VERONESE; SILVEIRA, 2011).

O PMS de Sombrio conta com poucas ações e políticas públicas específicas para a criança e o adolescente, sendo que, no período de quatro anos de vigência do Plano, nenhum programa voltado para saúde de meninos e meninas foi colocado como objetivo e prioridade.

O item 8.2 do PMS é destinado à saúde da mulher. Nesse contexto, está prevista a atenção à saúde da gestante por meio da assistência pré-

natal e nascimento humanizado, programa SISPRENATAL, rede cegonha, teste rápido de gravidez e exames (SOMBRIIO, 2014).

O município ainda conta com o Programa de Suplementação de Ferro, que atende crianças de seis a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana, mulheres de até três meses de pós-parto e pós-aborto; o suplemento é financiado pela farmácia do município (SOMBRIIO, 2014).

No que se refere à programação das ações no período de vigência do PMS, nada é mencionado sobre políticas públicas voltadas para a gestante e o nascituro, visando a garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde nesse ciclo da vida. O artigo 8º do ECA dispõe de uma série de direitos voltados para a gestante e o nascituro, para assegurar todas as condições de sobrevivência da criança, incumbindo ao Poder Público adotar medidas que irão proporcionar uma gestação saudável e a garantia do nascimento com vida e saúde (CUSTÓDIO; VIEIRA, 2011).

Como visto, alguns direitos fundamentais previstos no artigo 8º do ECA e garantidos à gestante e o nascituro não aparecem no PMS, como: o planejamento reprodutivo, nutrição adequada, atenção ao puerpério e atendimento pós-natal integral no âmbito do SUS bem como assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal (BRASIL, 1990).

Mais uma vez, o PMS se mostra frágil com relação às políticas públicas voltadas para a garantia da saúde da criança e do adolescente, incluindo, ainda, a saúde no período gestacional, uma vez que o plano, além de contar com poucas ações específicas para a gestante e o nascituro, nada menciona sobre as políticas públicas a serem implementadas nos seus quatro anos de vigência.

Da análise do PMS de Sombrio, restou constatado que as políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da criança e do adolescente são frágeis. Quando a Constituição Federal e o ECA receberam a Teoria da Proteção Integral, foi com o objetivo de proporcionar o pleno desenvolvimento da criança e do adolescente, haja vista a sua condição e peculiaridades. Assim o legislador e a própria sociedade tiveram como preocupação proteger integral e prioritariamente os direitos fundamentais da infância e juventude (VERONESE; COSTA, 2006).

O interesse superior da criança e do adolescente deve ser sempre levado em conta e em primeiro lugar, uma vez que a necessidade de implementação desse princípio no ordenamento jurídico brasileiro é fruto da desigualdade social criada pelo sistema capitalista (CUSTÓDIO, 2009).

Depois da demonstração das políticas públicas voltadas à atenção da saúde da criança e do adolescente, foi constatado que o PMS não está fundamentado na Teoria da Proteção Integral e no Princípio da Prioridade Absoluta, haja vista que não trata a saúde da criança e do adolescente como uma preocupação superior por parte do Poder Público.

Os programas e ações do PMS se resumem à atenção pré-natal da gestante; depois do nascimento, a imunização de algumas doenças específicas, teste do pezinho, programa de saúde nutricional e atenção a doenças prevalentes na infância, de uma forma bem ampla e sem indicadores (SOMBRIO, 2014, p. 37).

Ademais, o PMS não trouxe a análise situacional da saúde da criança e do adolescente do município e seu perfil epidemiológico, desrespeitando uma norma que regulamenta a elaboração do plano municipal (ORTIGA *et al.*, 2011).

Como um planejamento das ações voltadas para a saúde de um determinado município pode não dar a devida atenção às crianças e adolescentes que o habitam? Quando o Poder Público deixa de aplicar corretamente uma política pública garantida no texto Constitucional, o Poder Judiciário apreciará a medida que lesou o direito, pois a discricionariedade do administrador não afasta essa prerrogativa do Judiciário (VERONESE; SILVEIRA, 2011).

O PMS de Sombrio foi bem limitado quanto à formulação e execução de políticas públicas de saúde para a população infantojuvenil, sendo que não apresentou quais as doenças que atingem essa faixa-etária ou as medidas que poderiam ser implementadas para prevenção, recuperação e promoção de saúde.

Não bastasse, o inciso II do artigo 227 da CFB determina a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas

portadoras de deficiência física, sensorial ou mental (BRASIL, 1988), outro direito garantido na Carta Magna que não aparece como preocupação no PMS de Sombrio. Registra-se que, na programação de ações do PMS, não há evidências de programas ou políticas voltadas para crianças e jovens portadores de deficiência ou necessidades especiais, demonstrando que o Poder Público não possui interesse em integrar essas pessoas em sociedade.

O ordenamento jurídico brasileiro foi constituído de uma forma hierarquizada, sendo que os fundamentos mais elevados que embasam a Constituição são aqueles que resguardam a vida com dignidade. Não podem o Poder Público e o administrador tomar decisões e medidas que se desvirtuem dos parâmetros principiológicos e ferem a Lei Suprema (VERONESE; SILVEIRA, 2011).

A base do ECA está intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa humana e aos próprios direitos humanos. Assim, é evidente que, ao interpretar a norma contida no ECA para formulação e execução de políticas públicas, o administrador deve atentar-se ao melhor interesse da criança e do adolescente, tendo em vista a sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (CUSTÓDIO, 2009).

Nesse sentido, conclui-se que, para a plena efetivação do direito à saúde da criança e do adolescente no município de Sombrio, necessária será a realização de um estudo aprofundado acerca das necessidades de saúde dessa população. Assim, quando da criação dos próximos PMSs, deve estar evidenciada a preocupação concreta do Poder Público em prevenir, promover e recuperar a saúde de meninos e meninas do município, sendo baseados plenamente na Teoria da Proteção Integral e no Princípio da Prioridade Absoluta que regem os direitos fundamentais. Sem a efetividade da saúde da população mais jovem de um determinado lugar, não há como conseguir alcançar a saúde em níveis posteriores, uma vez que, se uma população nasce e cresce com sérios problemas e riscos, a sociedade como um todo caminha para a saúde frágil em todas as etapas da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou a questão de que o direito à saúde da criança e do adolescente é um direito fundamental que exige uma tríplice responsabilidade do Estado, família e sociedade na efetivação desse direito. Nesse sentido, o Poder Público deve dar preferência à garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente frente a qualquer outra preocupação do Estado, não podendo o administrador deixar de implementar políticas públicas nessa área sob o pretexto de existir outros interesses mais relevantes.

Os resultados da pesquisa demonstraram que o PMS de Sombrio possui limitações no que se refere às ações e serviços voltados para a saúde da criança e do adolescente, pois o município não realizou uma análise mais aprofundada da situação e das necessidades de saúde que a população jovem e infantil vivência.

Quando o município não identifica esses fatores primordiais para a formulação e execução de políticas públicas, ele deixa de garantir direitos fundamentais e atender necessidades básicas, destinando os recursos públicos para ações talvez menos importantes ou mesmo desnecessárias.

Não fosse apenas isso, o PMS não atende aos elementos da Teoria da Proteção Integral e Princípio da Prioridade Absoluta, uma vez que não demonstra que a saúde da criança e do adolescente é uma preocupação prioritária por parte do Poder Público do município, sendo que as ações e programas contidos no PMS são frágeis e limitadas.

O PMS nada menciona sobre a saúde do adolescente, bem como pessoas deficientes ou portadoras de necessidades especiais, demonstrando dificuldades do município em atender a saúde desses indivíduos ou mesmo integrá-los em sociedade. Dessa forma, o PMS não atende a sua real função: a de planejamento das ações e serviços de saúde, tendo em vista que a sua formulação deixou várias lacunas no que se refere à saúde da criança e do adolescente.

Não se pode investir os recursos públicos sem, contudo, identificar os problemas enfrentados em sociedade, pois se torna apenas transferência dos recursos públicos e não em investimento necessário.

A saúde da criança e do adolescente é uma responsabilidade de todos, família, sociedade e principalmente o Estado, pois se tratando de pessoas em uma situação peculiar, é necessário que seja proporcionado à criança e ao adolescente todos os meios adequados para o pleno desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, conforme o disposto nos artigos 227 da Constituição da República Federativa do Brasil, e artigo 4º do ECA.

Finalmente, pretendeu-se demonstrar com o presente trabalho a importância da formulação adequada de um PMS e suas diretrizes, a fim de atender às necessidades reais de um município, além de proporcionar a destinação correta do orçamento público.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece Diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 3 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 6 nov. 2018.

CUSTÓDIO, A. V. **Direito da criança e do adolescente**. Criciúma: EdiUnesc, 2009.

CUSTÓDIO, A. V.; VERONESE, J. R. P. **Crianças esquecidas: o trabalho infantil doméstico no Brasil**. Curitiba: Multidéia, 2009.

CUSTÓDIO, A. V.; VIEIRA, R. de S. O direito à saúde da criança e do adolescente. In: CUSTÓDIO, A. V.; VIEIRA, R. de S. **Estado, política e direito: políticas públicas e direitos sociais**. 3. ed. Criciúma: Unesc, 2011. cap. 2, p. 79-100.

FIRMO, M. de F. C. **A criança e o adolescente no ordenamento jurídico brasileiro**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

HELENO, C. T.; RIBEIRO, S. M. **Criança e adolescente: sujeitos de direitos**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. Santa Catarina, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/sombrio/panorama>. Acesso em: 31 out. 2018.

LIMA, M. M. A. **O direito da criança e do adolescente: fundamentos para uma abordagem principiológica**. 2001. 530 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

MARCILIO, M. L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, M. P. **A doutrina da proteção integral da criança e do adolescente frente à Lei 8069/90**. 2006. 183 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MOREIRA, J. de O.; SALUM, M. J. G.; OLIVEIRA, R. T. **Estatuto da Criança e do Adolescente: refletindo sobre sujeitos, direitos e responsabilidades**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948.

ORTIGA, Â. M. B. *et al.* **Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde.** Florianópolis, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/2IUveVK>. Acesso em: 6 nov. 2018.

PEREIRA, T. **O melhor interesse da criança:** um debate Interdisciplinar. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

RAMOS, A. de C. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional.** 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

RAMIDOFF, M. L. **Lições de direito da criança e do adolescente:** ato infracional e medidas socioeducativas. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Juruá, 2008.

RICHTER, D.; VERONESE, J. R. P. Direito da Criança e do Adolescente e Direito Ambiental: um diálogo necessário: o compromisso com a sustentabilidade, com as presentes e futuras gerações. **Veredas do direito – Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável**, Belo Horizonte, v. 10, n. 19, p. 223-245, jan. 2013.

ROSSATO, L. A.; LÉPORE, P. E.; CUNHA, R. Sa. **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

SANTA CATARINA. **Conheça a CGSCAM – Portal da Saúde – SUS.** 2014. [online]. Disponível em: <http://bit.ly/2L8A9W1>. Acesso em: 6 nov. 2018.

SOMBRIO. **História do município.** 2015. [online]. Disponível em: <http://www.sombrio.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/68834>. Acesso em: 30 out. 2018.

SOMBRIO. **Interesses difusos e direitos da criança e do adolescente.** Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

SOMBRIO. **Plano Municipal de Saúde de Sombrio.** 2014. [online]. Disponível em:

http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=0&view=viewcategory&catid=269. Acesso em: 30 out. 2018.

SOUZA, S. **Os direitos da criança e os direitos humanos.** Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 2001.

VERONESE, J. R. P. **Direito da criança e do adolescente**. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2006.

VERONESE, J. R. P.; COSTA, M. M. de M. **Violência doméstica**: quando a vítima é criança ou adolescente. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2006.

VERONESE, J. R. P.; SILVEIRA, M. **A Prioridade Absoluta ao Direito da Criança e a Discricionariedade Administrativa: duelo entre princípios**. In: CUSTÓDIO, A. V.; VIEIRA, R. de S. **Estado, política e direito**: políticas públicas e direitos sociais. 3. ed. Criciúma: Unesc, 2011. cap. 3. p. 207-226.