

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE DIREITO

NATHALIA FLÔRES DE OLIVEIRA

**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**

CRICIÚMA

2017

NATHALIA FLÔRES DE OLIVEIRA

**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**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. Me. Daniel Ribeiro Preve

CRICIÚMA

2017

NATHALIA FLÔRES DE OLIVEIRA

**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**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 05 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Daniel Ribeiro Preve – Mestre - (UNESC) - Orientador

Prof. Ismael Francisco de Souza – Doutor - (UNESC)

Prof^a. Kelly Gianezini – Doutora - (UNESC)

Dedico este trabalho, com todo o meu amor e respeito, aos meus pais, Manoel e Rosimar, que lutaram arduamente comigo desde o primeiro dia em que me tornei acadêmica do curso de Direito, e por terem me apoiado até o fim. A minha irmã, Manuela, que sempre acreditou na minha vitória e vibrou comigo. Ao meu amor e namorado Alex, que se manteve ao meu lado nos momentos mais difíceis e não me deixou desistir. Aos meus amigos, Talita e Everton, que tornaram os meus dias mais leves e me encorajaram a lutar até o último momento. A todos os outros amigos e colegas que de alguma forma contribuíram na minha jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar concretizando mais um sonho em minha vida, e por me ajudar a superar os momentos mais difíceis durante esta jornada. Sem a fé nada eu seria.

Agradeço aos meus pais, Manoel e Rosimar, que tornaram esse sonho realidade, e que muitas vezes abdicaram do descanso para ver sua filha graduada. Vocês, com toda a certeza, são os principais protagonistas dessa vitória.

A minha irmã Manuela, que sempre me incentivou, acreditou na minha vitória e encheu-se de orgulho ao falar que tinha uma irmã acadêmica de Direito.

Agradeço ao meu amor e namorado Alex, que foi o melhor exemplo de companheiro que eu poderia ter, sendo luz no meu caminho, a força que me manteve em pé, a paciência nos dias mais difíceis e a compreensão que me acalmava.

Aos meus amigos, Talita e Everton, que aguentaram todas as minhas crises e momentos de desesperos, e sempre por meio de uma boa conversa e uma dose de bom humor, me convenciam a seguir em frente e vencer!

Agradeço imensamente a todos os professores da UNESC que me acompanharam nessa trajetória e tornaram possível o sonho de ser bacharel em Direito.

Agradeço, especialmente, ao Prof. Me. Daniel Ribeiro Preve, meu orientador, que disponibilizou do seu tempo e paciência para me ajudar a concluir este trabalho.

Enfim, agradeço a todas as pessoas, amigos e colegas que de alguma forma contribuíram nessa fase de minha vida e que se alegram com a minha conquista.

“Há um ditado chinês que diz que, se dois homens vêm andando por uma estrada, cada um carregando um pão, ao se encontrarem eles trocam os pães; cada um vai embora com um. Porém, se dois homens vêm andando por uma estrada, cada um carregando uma ideia, ao se encontrarem trocam as ideias; cada um vai embora com duas ideias. Quem sabe, é esse mesmo o sentido do nosso fazer: repartir ideias, para todos terem pão.”

Mario Sergio Cortella.

RESUMO

O presente trabalho tem como enfoque o direito à saúde da criança e do adolescente, os princípios constitucionais da Teoria da Proteção Integral e Prioridade Absoluta, e a responsabilidade do Estado, família e sociedade na garantia de direitos fundamentais. O referido estudo tem como objetivo a análise das diretrizes do Plano Municipal de Saúde de Sombrio/SC, no que se refere a promoção e prevenção da saúde da criança e do adolescente, e se a proposta do plano atende as exigências dos princípios supracitados. A metodologia aplicada no presente trabalho foi a dedutiva, em exploração teórica e qualitativa com a utilização de materiais bibliográficos e documental legal. Nesse sentido, será discutido acerca dos Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente, com enfoque no direito à saúde, e a importância da elaboração de um plano municipal de saúde que vise promover e proteger à saúde da criança e do adolescente, respeitando o disposto nos princípios da Proteção Integral e da Prioridade Absoluta, que são considerados como fundamentais, aparecendo no ordenamento jurídico a partir da Declaração de Genebra de 1924, conhecida como Declaração Universal dos Direitos da Criança. Ainda, será abordada a discussão acerca das distinções entre “doutrina” e “teoria”. Os resultados da pesquisa apontaram que, embora o PMS aborde algumas políticas públicas voltadas para a saúde da criança e dos adolescentes, estas se mostram frágeis e insuficientes, pois não existe no plano uma análise situacional das necessidades de saúde de jovens e crianças do município, sendo que as ações e os programas apresentados foram bem limitados.

Palavras-chave: Direito da Criança e do Adolescente; Proteção Integral. Prioridade Absoluta; Direito à Saúde; Plano Municipal de Saúde de Sombrio.

ABSTRACT

The present work focuses on the rights of child and adolescent's health, the constitutional principles of the Theory of Integral Protection and Absolute Priority *Teoria da Proteção Integral e Prioridade Absoluta* and the responsibility of the State, family and society to guarantee fundamental rights. This study aims to analyze the guidelines of the Municipal Health Plan *Plano Municipal de Saúde* (PMS) of Sombrio / SC, regarding the promotion and prevention of child and adolescent's health, and whether the proposal of the plan meets the requirements of the aforementioned principles. The deductive parameter was used in this study, in theoretical and qualitative exploration with the use of bibliographical materials and legal desk research. In this sense, it will be discussed about the Fundamental Rights of the Child and Adolescent, focusing on the right to health, and the importance of the elaboration of a municipal health plan that seeks to promote and protect the health of children and adolescents, respecting the provisions of principles of Integral Protection and Absolute Priority, which are essential as foundations, appearing in the legal system starting with the 1924 Geneva Declaration known as the Universal Declaration of the Rights of the Child. The results of the research showed that although the Municipal Health Plan (PMS) addresses some public policies aimed at the health of children and adolescents, they are fragile and insufficient, since there is no situational analysis of the health needs of the town's youth and children, and the actions and programs presented were very limited.

Keywords: Rights of the Child and the Adolescent; Integral Protection; Absolute Priority; Rights to Health. Municipal Health Plan of Sombrio.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CFB	Constituição Federal Brasileira
CF	Constituição Federal
CGSCAM	Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RENAME	Assistência farmacêutica (farmácia-básica)
SC	Santa Catarina
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA	14
2.1 A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA NO DIREITO INTERNACIONAL A PARTIR DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS E A CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS CRIANÇAS.	15
2.2 A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DA REPÚBLICA E DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	18
2.3 ESTADO, FAMÍLIA E SOCIEDADE COMO GARANTIDORES DE DIREITOS...21	
3 BREVE HISTÓRICO SOBRE O DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	24
3.1 CONCEITO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE	31
3.2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	33
3.3 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	34
3.4 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE .	37
4 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E SUA EFETIVAÇÃO NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO/SC, NOS ANOS DE 2014 A 2017, uma análise a PARTIR DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E DO PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA.....	41
4.1 O MUNICÍPIO DE SOMBRIO: ASPECTOS GERAIS.....	43
4.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	44
4.3 O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO (2014-2017)	47
4.3.1 <i>Programas e ações voltadas para à saúde da criança e do adolescente</i>	50
4.3.2 <i>Programas e ações voltadas para à saúde da gestante</i>	52
4.4 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO/SC, COM BASE NA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA.....	53
5 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	62

ANEXO(S)	65
ANEXO A – Plano Municipal de Saúde de Sombrio/SC.....	66

1 INTRODUÇÃO

A Proteção Integral e a Prioridade Absoluta que é conferida à criança e ao adolescente é em virtude da condição peculiar de pessoa em processo de desenvolvimento que estes indivíduos estão inseridos, principalmente aqueles 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.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de um município serve para definir a programação anual das ações e serviços de saúde prestados, objetivando uma boa gestão e um planejamento por parte do Poder Público. No plano devem constar todas as ações, programas, projetos e políticas públicas que a gestão visa implantar na área da saúde no período de 04 (quatro) anos, além de demonstrar qual será a destinação dos recursos públicos.

O objetivo da presente pesquisa é estudar se o direito fundamental à saúde da criança e do adolescente é efetivado no município de Sombrio/SC, com base na Teoria da Proteção Integral e o Princípio da Prioridade Absoluta.

Será verificado se o PMS delibera sobre políticas públicas e programações suficientes para atender as necessidades básicas de saúde da criança e do adolescente do município, e assim identificar se a promoção e proteção da saúde é efetivada conforme a Proteção Integral e a Prioridade Absoluta que é conferida pela Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente

O estudo da Teoria da Proteção Integral e do Princípio da Prioridade Absoluta será abordado no segundo capítulo da presente monografia, e sua

relevância consiste na importância que esses princípios representam para a fundamentação dos direitos da criança e do adolescente, bem como a contribuição para a confirmação da ideia de criança e adolescente como sujeito de direitos.

Além disso, será abordado o papel da família, sociedade e Estado na garantia dos direitos fundamentais, tendo em vista a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoa em desenvolvimento e o fato de que sozinhos não podem gozar de todas as condições mínimas para uma vida com dignidade.

No terceiro capítulo, será apresentada uma breve evolução histórica do Direito da Criança e do Adolescente, bem como o conceito de criança e adolescente e seus direitos fundamentais no ordenamento jurídico brasileiro. Por fim, o enfoque será o direito fundamental à saúde e a tríplice responsabilidade do Estado, família e sociedade na garantia desse direito.

A análise da evolução histórica do Direito da Criança e do Adolescente é de extrema importância, pois assim poderá ser averiguado como os direitos fundamentais de crianças e adolescentes foram conquistados no âmbito nacional.

Ademais, 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.

No quarto, e último, capítulo será apresentado o Município de Sombrio/SC, e seus aspectos gerais, bem como o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Sombrio e seus programas e ações voltados para a saúde da criança e do adolescente, a partir disso será realizada uma análise do PMS, com o objetivo de identificar se as ações e políticas públicas apresentadas no referido plano atendem a realidade situacional da saúde da criança e do adolescente do município e se consta no PMS os elementos da Teoria da Proteção Integral e Princípio da Prioridade Absoluta.

Se a CFB e o ECA determinam que a criança e o adolescente gozam de Proteção Integral e Absoluta Prioridade frente as preocupações do Estado e da sociedade, não pode o Poder Público deixar de garantir os direitos vistos como fundamentais para o desenvolvimento desses indivíduos com a justificativa que de outras medidas mais importantes devem ser efetivadas.

Nesse sentido, 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, fazendo com que este 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 metodologia de pesquisa aplicada foi a dedutiva e consistiu em pesquisas teóricas e qualitativas, com emprego de material bibliográfico e documental legal. Além disso, a acadêmica realizou visitas e questionamentos à determinados setores públicos da área de saúde.

A saúde do município de Sombrio/SC tem sido alvo de grandes discussões há alguns anos. Em que pese ser um município de interior e consideravelmente pequeno, o Poder Público não consegue suprir todas as necessidades básicas de seus moradores.

Em meados de novembro de 2016, fui diagnosticada com uma doença na córnea, em ambos os olhos, e precisei realizar uma cirurgia de urgência, pois corria sério risco de perder totalmente a visão. Ocorre que o valor da cirurgia era muito além das minhas condições financeiras. Assim recorri ao Sistema Único de Saúde (SUS) para tentar conseguir a cirurgia através do município, porém fui informada pela secretaria municipal de saúde, que ficaria na fila de espera por no mínimo 06 meses, e até 01 ano.

Quando eu e minha mãe recebemos a notícia, percebi a expressão de desespero e indignação no rosto dela, que estava ali vendo o direito de sua filha ser violado.

Diante disso, surgiu o interesse dessa acadêmica em estudar a realidade da saúde do município de Sombrio, principalmente a saúde de pessoas que não possuem a plena capacidade de lutar pelo direito próprio e dependem efetivamente da implementação de políticas públicas, ou seja, a saúde de crianças e adolescentes.

2 A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA

A proposta no presente capítulo é abordar como ocorreu o surgimento da Teoria da Proteção Integral e do Princípio da Prioridade absoluta, tanto no âmbito internacional como nacionalmente.

Em um primeiro momento, será estudado a Teoria da Proteção Integral e o Princípio da Prioridade Absoluta a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção sobre os Direitos das Crianças, visando demonstrar qual o momento histórico em que os direitos da criança e do adolescente passaram a ser importantes direitos internacionais.

Após, os referidos princípios serão estudados conforme o ordenamento jurídico brasileiro, por meio da CFB e do ECA.

Nos anos 90, o mundo deu atenção para a questão de que os jovens eram as vítimas dos maiores problemas da sociedade contemporânea. A ONU, juntamente com vários países de todo o mundo, discutia, por meio de conferências, quais eram as medidas que seriam capazes de efetivar os direitos considerados como fundamentais e, assim, traçar estratégias importantes para a comunidade internacional (UNVPA 2010, p. 28).

Não bastasse, os direitos humanos reconhecidos internacionalmente ganham mais força, isso porque o Brasil ratificou vários tratados internacionais, comprometendo-se a cumprir as obrigações assumidas e sem qualquer impedimento da norma interna (RAMOS, 2014, p. 265).

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, através do artigo 227 da CFB. Após, surge o ECA para reafirmar e normatizar a garantias desses direitos (HELENO; RIBEIRO, 2010, p. 22).

A conquista desses direitos elencados como fundamentais igualmente no ECA foi fruto de toda uma mobilização social ocorrida após o 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, p. 36).

Não bastasse, a discussão existente entre a distinção entre “doutrina” e “teoria” é primordial para se entender o que a Teoria da Proteção Integral abrange, uma vez que enquanto a “doutrina” se restringe a um conjunto de princípios, a “teoria” engloba valores, princípios, regras, métodos, técnicas e procedimentos científicos (CUSTÓDIO, 2009, p. 29).

Neste capítulo será tratado sobre os princípios que foram primordiais para a fundamentação dos direitos sociais de jovens e crianças e, ainda, sobre como isso contribuiu para a solidificação da ideia da criança e do adolescente como sujeitos de direitos.

2.1 A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA NO DIREITO INTERNACIONAL A PARTIR DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS E A CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS CRIANÇAS.

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.”

Não obstante já exista 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, p. 16-17).

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” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 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, p. 52), 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 para os Jovens Privados de Liberdade;
- d) As Diretrizes das Nações Unidas para Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad), de 28/2 a 1º/03/1988. (VERONESE; COSTA, 2006, p. 52).

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, Miguel M Alves, 2001, p. 172).

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 subdividido na garantia de direitos a crianças e adolescentes privilegiados e a repressão aos chamados “menores irregulares” (LIMA, Miguel M Alves, 2001, p. 173).

Assim, quando a Convenção traz em seu texto a proteção integral, ela afirma que todas as crianças, sem nenhuma distinção, são detentoras de tratamento especial e prioritário devido a sua condição de pessoa em processo de desenvolvimento, e que a garantia desses direitos se dará com a ação integrada do Estado, da família e da sociedade (RICHTER; VERONESE, 2013, p. 229).

Portanto, é irrefutável que essa teoria veio para modificar as relações entre criança, Estado, família e sociedade, demonstrando a ilegalidade do “Direito do Menor” como legislação normatizadora dos direitos da criança e do adolescente, conforme as palavras de Lima:

Assim é quase intuitiva, porém perfeitamente demonstrável, a percepção de que a Teoria da Proteção Integral das Nações Unidas, se apresenta como uma fronteira redefinidora das relações entre a "Criança" e o "Direito", entre a "Criança" e o "Estado", e entre a "Criança" e a "Sociedade". Numa abordagem crítica, o perfil tradicional dessas relações funciona como permanente denúncia das impropriedades jurídicas que caracterizavam o Direito do Menor e das grandes perversidades sociais decorrentes de sua aplicação, a clamarem por mudanças radicais no imaginário dos juristas e na realidade social em geral (2001, p. 174).

A Convenção Sobre os Direitos da Criança (1989), traz em seu artigo 2º, a noção de prioridade quando anuncia que os Estados Partes respeitarão os direitos enunciados na Convenção e assegurarão sua aplicação a cada criança sujeita à sua jurisdição, sem distinção alguma.

O artigo 4º da Convenção Sobre os Direitos da Criança (1989), afirma que os Estados Partes adotarão todas as medidas administrativas, legislativas e de outra índole com vistas à implementação dos direitos reconhecidos na presente Convenção. É indiscutível o fato de que a Convenção exige que os Estados não meçam esforços para cumprir com o pactuado, tratando a criança e o adolescente com absoluta prioridade.

Não bastasse, a convenção confirmou o que já havia sido preestabelecido pela Declaração Universal dos Direitos da Criança, assegurando direitos

fundamentais que todos os Estados deveriam promover e resguardar, sempre buscando o melhor interesse da criança (SOUZA, 2001, p. 74).

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, p. 21).

2.2 A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DA REPÚBLICA E DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

Na década de 1980, o cenário nacional também enfrentou fortes movimentos sociais que buscavam superar a velha e obsoleta teoria da situação irregular. Nesse momento, a sociedade passou a exigir mudanças importantes na forma com que o Estado e a legislação tratavam crianças e adolescentes de todo o país (CUSTÓDIO, 2009, p. 14).

Entre os principais movimentos que refletiram na nova Constituição Federal, podemos citar o Movimento da Defesa do Menor, o Movimento Criança Constituinte, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua e a Pastoral do Menor (CUSTÓDIO; VERONESE, 2007, p. 74).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal da República, finalmente é reconhecida no texto constitucional a Teoria da Proteção Integral à criança e ao adolescente. O artigo 227 da Constituição declara quais são os direitos fundamentais inerentes à infância e adolescência (VERONESE, 2006, p. 8).

Dois anos depois, em 26 de janeiro de 1990, o Brasil se tornou um país signatário da Convenção Sobre os Direitos da Criança e, promulgou a convenção pelo Decreto Presidencial n. 99.710, de 21 de novembro de 1990. A partir disso, o Brasil modificou a sua legislação interna para estar em consonância com o pactuado na Convenção (VERONESE; COSTA, 2006, p.53).

Nas palavras do doutrinador Custódio:

Com segurança, pode-se afirmar que a transição da “doutrina da situação irregular do menor” para a “teoria da proteção integral” estabeleceu-se gradativamente a partir da consolidação dessas práticas e experiências ocorridas durante toda a década de oitenta, com ênfase no processo de elaboração da nova Constituição, que, posteriormente, seria o elemento constitutivo das bases do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil (2009, p. 24-25).

O ECA é baseado na preocupação do legislador e da comunidade frente a 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 prioritárias (COSTA; VERONESE, 2006, p. 55).

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, p. 31).

Conforme entendimento de Veronese:

A Teoria da Proteção Integral implica sobretudo: A infância e a adolescência admitidas como prioridade imediata e absoluta exigindo uma consideração especial, o que significa que a sua proteção deve sobrepor-se a quaisquer outras medidas, objetivando o resguardo de seus direitos fundamentais (2006, p. 10).

Esse conceito de proteção integral não se restringe apenas ao fato de que devem ser utilizadas todas as medidas possíveis para assegurar o pleno desenvolvimento da criança e do adolescente, mas também por poder ser aplicada a todas as crianças e adolescentes, sem restrições (COSTA; VERONESE, 2006, p.55).

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, p. 17).

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 Constituição Federal e artigo 4º do ECA. Esse princípio

nos diz 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, p. 116).

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, p. 15).

Para entendermos melhor esse princípio, segue o entendimento de Custódio:

Intrinsicamente relacionado com o interesse superior da criança está o princípio da prioridade absoluta. O artigo 227 da Constituição Federal e o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente atribuem como dever da família, da sociedade e do Estado a responsabilidade em assegurar os direitos fundamentais, estabelecendo que sua realização deve com absoluta prioridade. O artigo 4º, parágrafo único, do Estatuto da Criança e do Adolescente determina o alcance da garantia de absoluta prioridade como:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (2009, p. 35).

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, p. 15).

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, p. 207).

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, p. 36).

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, p 18).

Nas palavras de Ramidoff:

Essa ordem de princípios que orienta a integração entre os sistemas de garantias determina que, primeiro: crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, pelo que devem desfrutar de todos os direitos fundamentais assegurados à pessoa humana; segundo: crianças e adolescentes são detentores de direito à proteção integral; e terceiro: crianças e adolescentes são garantidos por todos os instrumentos necessários para assegurar o desenvolvimento pleno de suas personalidades – físico, mental, moral e espiritual, em condições de liberdade e dignidade (2008, p. 39).

Nesse sentido, o Direito da Criança e do Adolescente, em que pese trazer direitos fundamentais que há muito tempo foram sonogados, apenas surtirá efeitos se houver uma transformação social a partir da conexão entre princípios, regras, valores e as condições concretas da sociedade (CUSTÓDIO, 2006, p. 135).

2.3 ESTADO, FAMÍLIA E SOCIEDADE COMO GARANTIDORES DE DIREITOS

O Direito da Criança e do Adolescente é orientado por outro princípio fundamental para a garantia de direitos: o princípio do melhor interesse. Isso significa que todo e qualquer ato que pretenda atender às necessidades da criança e do adolescente deve ser levado em conta e, em primeiro lugar, o interesse superior da infância e juventude, seja por parte do Estado, família ou da própria sociedade (CUSTÓDIO, 2009, p. 34).

Nesse sentido, consoante se depreende das palavras de Veronese (2006, p. 17), “os princípios a serem seguidos na interpretação do Estatuto da Criança e do Adolescente são: os fins sociais, o bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos e a condição da pessoa humana em desenvolvimento”.

A não observância da exigência estabelecida no artigo 227 da CFB, resulta na violação de direitos da criança e do adolescente; a família, a sociedade e o Estado mudam do papel de garantidores de direitos para o de principais violadores (COSTA; VERONESE, 2006, p. 62).

No entendimento de Custódio:

Sabe-se que pouca efetividade será alcançada sem o compromisso firme com o princípio tríplice responsabilidade compartilhada, segundo o qual a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar os direitos fundamentais da criança e do adolescente. Neste contexto, a articulação dos princípios do Direito da Criança e do Adolescente para sua aplicação na realidade concreta pode desempenhar um papel pedagógico, verdadeiramente provocador da cidadania, da democracia e das necessárias transformações sociais e políticas. Esse é o fundamento emancipatório da Teoria da Proteção Integral como instrumento de concretização dos Direitos Fundamentais de Crianças e Adolescentes. (2009, p. 40).

Assim, embora o texto Constitucional e o ECA sejam claros quando se referem à proteção e a 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, p. 212).

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, p. 60).

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, p. 41).

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, p. 36).

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 após efetivar os direitos básicos para o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes (VERONESE; SILVEIRA, 2011, p. 208).

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, p. 39).

A participação popular é fundamental para a construção de políticas públicas; através 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, p. 37).

Contudo, ainda é uma realidade social a omissão por parte do Estado no que se refere a 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, p. 173).

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, p. 224).

3 BREVE HISTÓRICO SOBRE O DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Antes de iniciar o estudo acerca do princípio da prioridade absoluta, faz-se necessário uma abordagem acerca do desenvolvimento histórico, no Brasil, dos direitos da criança e do adolescente.

Para fins de desenvolvimento do presente trabalho, irá ser abordado o desenvolvimento dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, a partir do processo de conquista do atual território brasileiro pelo colonizador europeu (século XV).

O período Brasil colônia é marcado com a vinda de Portugal para o Brasil e o início da exploração das riquezas naturais, além da escravidão indígena por parte dos portugueses que submeteram a cultura e costumes indígenas às regras e doutrinas portuguesa (VERONESE; COSTA, 2006, p. 28).

No período colonial os padres jesuítas tinham a missão de educar por meio do cristianismo. O modelo pedagógico utilizado se baseava em canções, artes cristãs e a doutrinação dos bons e corretos costumes da igreja católica. Contudo, nessa mesmo modelo era empregada a coerção, a rigidez e o castigo físico àquele que descumprisse os preceitos da igreja católica (CUSTÓDIO, 2009, p. 13).

Além das crianças indígenas que no Brasil já habitavam, crianças órfãs, oriundas das escolas de Lisboa, chegaram ao Brasil com as expedições jesuítas com o objetivo de ajudar na conversão dos índios, uma vez que essas crianças dominavam a língua tupi-guarani. Com isso Portugal construiu uma nova civilização no Brasil, e o povo indígena viu sua cultura e costumes se apagarem com o tempo (VERONESE; COSTA, 2006, p. 30).

Registra-se que antes do século XVII não existia distinção entre criança, adolescente e adultos, tampouco era avaliada as condições específicas de cada fase da vida, sendo que a criança era vista como um adulto em miniatura que participava diretamente da vida social e do trabalho, possuindo deveres e responsabilidades de adultos (SALUM, 2010, p. 49).

Vários eram os corretivos e castigos físicos introduzidos pelos padras jesuítas e destinados àqueles que desobedecessem os ensinamentos católicos, o tronco e a palmatória serviam para ensinar as crianças o dever de ir à escola e a obediência (VERONESE; COSTA, 2006, p. 31).

Em menos de 50 anos da chegada dos portugueses ao Brasil, as missões jesuítas já haviam conseguido catequisar quase todo o litoral brasileiro, nas aldeias ensinavam as crianças a ler e a escrever e assim domesticavam os índios conforme os ensinamentos religiosos e interesses cristãos (PEREIRA, 2008, p. 87).

Ocorre que os indígenas não mais se submeteram à escravidão, e com isso Portugal se viu obrigado a encontrar uma nova mão-de-obra escrava: os negros. Os colonizadores tratavam o negro como um ser inferior, e as crianças negras também recebiam castigos severos (VERONESE; COSTA, 2006, p. 33).

Segundo Pereira (2008, p. 87), a Igreja Católica era, na época colonial, a única instituição que detinha o poder e domínio sobre a realidade de crianças e adolescentes, em situação de abandono ou mesmo pobres, e eram vistos como objetos e não sujeitos de direitos.

Foi somente no século XVIII que a colonização começou a sofrer grandes repressões, o modelo econômico estava superado e o império se instalava no Brasil, juntamente com uma nova política de atenção à criança e ao adolescente, que até então existiam não contava com nenhum tipo de amparo (VERONESE; COSTA, 2006, p. 36).

Em que pese a primeira Casa dos Expostos tenha sido fundada em 1726 na Bahia, e outra em 1738 no Rio de Janeiro, somente em 1775 o recolhimento de crianças órfãs e abandonadas foi regulamentado no país (VERONESE; COSTA, 2006, p. 33).

A Casa dos Expostos era a instituição para onde crianças abandonadas em lugares públicos eram levadas por funcionários do governo, conhecida também como roda dos expostos, esses lugares destinavam-se ao acolhimento de crianças que seriam cuidadas pelas chamadas amas de leite, estas recebiam uma contraprestação do poder público (PEREIRA, 2008, p. 89).

As crianças que eram recolhidas às rodas de expostos eram as pobres, cujo a família não possuía condições financeiras para o seu sustento, os filhos ilegítimos de senhoras de elite, e as crianças escravas, uma vez que as mães negras e escravas não podiam perder tempo cuidando de seus filhos (VERONESE; COSTA, 2006, p. 35).

A “roda” servia como um recolhimento de crianças abandonadas, sem, contudo, os pais sofrerem qualquer tipo de repressão ou obrigação, sequer eram

revelados. Não bastasse, a “roda” era vista como a única esperança de liberdade para as crianças filhas de escravos (PEREIRA, 2008, p. 91).

Uma série de transformações marcou o período compreendido entre a abolição da escravatura e a proclamação da república, e as crianças, principalmente àquelas em situação de pobreza, passam a ser consideradas pela primeira vez pelos médicos, na tentativa de controlar doenças e a mortalidade infantil (VERONESE; COSTA, 2006, p. 41).

Com o fim do período escravocrata e o início da República no Brasil, ocorreu uma série de modificações sociais e a construção de uma nova legislação que regulamentaria a situação da criança e do adolescente no país. Em 12 de outubro de 1927, é sancionado o decreto nº 17.934-A, chamado de “Código de Menores”, que tinha como base a cultura do menorismo (CUSTÓDIO; VERONESE, 2007, p. 60).

O referido Código tutelava especificadamente sobre as crianças e os adolescentes economicamente vulneráveis, estabelecendo medida sobre meninos e meninas que se encontravam em situação de abandono em decorrência de sua pobreza, sendo que eram obrigados a se sujeitar à vontade da justiça e da assistência (COSTA; VERONESE, 2006, p. 45).

A partir da década de 1970, novos questionamentos sobre a situação da criança e do adolescente no país começam a surgir. Após o golpe militar de 1964, o discurso utilizado era de que toda a sociedade tinha o dever de encontrar uma solução efetiva para “o problema que a criança e o adolescente resultavam para o país” (COSTA; VERONESE, 2006, p. 47).

O período imperial se limitou a normatizar a situação da criança e do adolescente pobre e abandonada, criando as famigeradas “rodas de expostos” como uma forma de assistencialismo e caridade para esses indivíduos.

Com a passagem do Império para a República alguns ordenamentos jurídicos e legislações surgiram com a intenção de regulamentar a situação da criança e do adolescente pobre e abandonada no país. O mais evidente deles foi o código de menores de 1979, criado a partir das políticas da ditadura militar, tinha como fundamento a Doutrina da Situação Irregular, que restringia a atuação do Estado a tutelar sobre crianças e adolescentes pobres, abandonadas e infratores.

Nesse contexto, um novo código é implementado no Brasil. O Código de Menores, regulado pela Lei nº 6.697/79, normatizava a assistência, proteção e vigilância da criança e do adolescente, instituindo a doutrina da situação irregular (CABRAL, 2012, p. 32). A nova doutrina estabelecia que todo aquele menor de dezoito anos seria tratado como objeto de relações jurídicas.

Nas palavras de Veronese:

A doutrina da situação irregular constituía um sistema em que o menor de idade era objeto tutelado pelo Estado, sobrelevando a responsabilidade da família. Em seu artigo 2º, considerava o menor em situação irregular aquele que se encontrava em seis situações distintas, quais sejam: o menor abandonado (em saúde, educação e instrução); a vítima de maus-tratos ou castigos imoderados; os que se encontravam em perigo moral; os privados de assistência judicial; os desviados de conduta; e, por fim, o autor de infração penal (2006, p. 13).

Registra-se que o Código de Menores foi constituído a partir da Política Nacional do Bem-Estar do Menor de 1964, e o referido código não diferenciou em sua interpretação a situação de abandono para a situação do adolescente autor de ato infracional, fortalecendo as desigualdades sociais e discriminando crianças e adolescentes pobres, uma vez que classificava todos como menores em situação irregular, legitimando a exploração de crianças e adolescentes no Brasil (CUSTÓDIO; VERONESE, 2007, p. 73).

Necessário esclarecer que a criação da Fundação Nacional e da Lei nº 4.513/64, que instituiu a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM, foi fruto do assassinato do filho do Ministro da Justiça Milton Campos, morto em 1964 por adolescentes moradores da Favela do Rio de Janeiro. A nova política implementada readequava os princípios previstos na Declaração dos Direitos da Criança, conforme os interesses do governo militar e da ditadura que tomavam o poder (CUSTÓDIO; VERONESE, 2007, p. 69)

Segundo Custódio (2009, p. 27) a utilização do termo “menor infrator” se remete a concepção do menorismo do Código de Menores de 1927 e 1979, que conceituavam crianças e adolescentes como meros objetos tutelados pelo Estado. Referido termo não pode ser mais utilizado pelos estudiosos e pesquisadores do Direito da Criança e do Adolescente, uma vez que a Teoria da Proteção Integral não recepciona o termo “menor infrator” (apud VERONESE; RODRIGUES, 2001, p. 35).

Diante de tantas irregularidades existentes no Código de Menores, tornou-se necessário repensar acerca da condição da criança e do adolescente como objeto de relações jurídicas, e assim, estabelecer responsabilidades entre a sociedade e o Estado para com a infância e juventude.

Somente na década de 80 é que a sociedade se preocupou em dar origem a uma nova conscientização da situação da criança e do adolescente como pessoa em desenvolvimento:

Toda mobilização promovida ao longo da década de 80 irá garantir os novos fundamentos e direitos à infância e a adolescência brasileira, superando os velhos estigmas e contradições do menorismo. A Constituição Federal de 1988, incorpora toda uma luta pelos Direitos da Criança, seja na órbita internacional – de declarações, tratados, convenções, seja na órbita interna, por meio de um processo legislativo que se ocupou da questão da infância e da adolescência, situando-o como sujeito de direitos. (CUSTÓDIO; VERONESE, 2007, p. 75).

Em 20 de novembro de 1989, é aprovada, em assembleia geral, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, que inseriu no contexto global a teoria da proteção integral, a qual foi incorporada posteriormente pelo ordenamento jurídico brasileiro na década de 1990, tornando-se o fundamento basilar do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 106).

O texto internacional resultou em uma nova visão sobre o Direito da Criança e do Adolescente e, sendo o Brasil um país signatário da Convenção, viu-se obrigado a modificar a sua legislação interna para estar em consonância com o pactuado. A criança e o adolescente passam de objetos de tutela para o papel de sujeitos de direitos, e a primazia do interesse superior da criança é colocada como norma no Estatuto da Criança e do Adolescente (VERONESE; SILVEIRA, 2011, p. 210).

Com o advento da Teoria da Proteção Integral por meio da Convenção Sobre os Direitos da Criança, um processo de reordenamento institucional foi implementado no Brasil, uma vez que a referida Teoria englobava uma série de medidas por parte do Estado e da sociedade; entre elas: a universalização de direitos, as mudanças de gestão e administrativas por parte do Poder Público, a integração de princípios constitucionais para o atendimento do melhor interesse da

criança e, sobretudo, a garantia do *status* de sujeitos de direitos para toda a população infantojuvenil (CUSTÓDIO, 2006, p. 128).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.069/90 – ECA, o ordenamento jurídico brasileiro adotou a Teoria da Proteção Integral e passou a reconhecer a garantia do conjunto de direitos fundamentais da criança e do adolescente (CABRAL, 2012, p. 41).

A década de 80 foi o período de profundas transições sociais e legislativas, resultando na substituição da Doutrina da Situação Irregular para a Teoria da Proteção Integral (CUSTÓDIO, 2009, p. 24-25).

Nas palavras de Firmo, essas transformações representaram:

À vista da nova política de proteção integral da criança e do adolescente, prevista nas normas constitucionais, impõe-se a atuação do Estado de forma não só reparativa, quando já se instalou uma situação irregular, ou seja, já houve ameaça ou infringência de direitos, mas também, de forma preventiva, isto é, de maneira a garantir condições físicas, mentais, morais, espirituais e sociais para que a criança e o adolescente usufruam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Assim, tornou-se necessário que, através de norma federal infraconstitucional, fossem estabelecidas as regras para a execução de tais finalidades, e, para tal fim, foi criado, pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1999, p. 31).

O ECA trouxe consigo um tratamento muito diferenciado com relação a crianças e adolescentes no Brasil, as suas inovações exigiam que toda a sociedade, incluindo o Estado, a família e a comunidade, se comprometessem a garantir os direitos fundamentais, e por meio da adoção de uma postura de defesa, conseguissem implementar mecanismos que iriam efetivar esses direitos (VERONESE, 1999, p. 95).

A realidade é que o ECA foi uma verdadeira revolução no ordenamento jurídico brasileiro, pois revogou o Código de Menores e a velha doutrina da situação irregular que delimitava a responsabilidade do Estado, uma vez que este somente atuava por meio do Judiciário e quando a criança e o adolescente se encontravam em situações específicas (FIRMO, 1999, p. 32).

A Teoria da Proteção Integral consiste na condição especial que a criança e o adolescente estão inseridos, por se tratarem de pessoa em processo de desenvolvimento merecem uma atenção desdobrada no que se refere aos direitos fundamentais, impondo que seja garantido o pleno desenvolvimento físico, mental,

espiritual e social dessa parte da população (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2010, p. 75).

Nesse sentido, a CFB e o ECA adotaram um posicionamento que vincularia o Estado, a família e a sociedade na garantia da proteção integral, e junto à isso determinou que a criança e o adolescentes são detentores de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, além dos especiais em decorrência de sua condição peculiar (FIRMO, 1999, p. 32).

O ECA, em que pese tenha sido criado após anos de mobilizações e realidades sociais que clamavam por atenção, ainda necessita de um comprometimento muito maior da sociedade como um todo para que se alcance a efetivação dos direitos da infância e juventude, pois ainda se encontra preso e limitado a preceitos culturais, ideológicos, políticos e sociais que não permitem a plena consagração da proteção integral à criança e ao adolescente (RAMIDOFF, 2008, p. 26).

Entre as grandes transformações, a mais impactante foi que o ECA reconheceu a criança e o adolescente como sujeitos de direitos. A partir da nova teoria da proteção integral, as diretrizes adotadas descentralizaram a política e a administração dos Direitos da Criança e do Adolescente. Com a criação dos Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares e seus fundos geridos, além da prioridade nas políticas públicas, a tutela da prevenção e do acesso especial à justiça, o Estatuto ampliou e regulamentou a responsabilidade compartilhada (VERONESE; COSTA, 2006, p. 53).

A responsabilidade compartilhada significa que a família, a comunidade e o Estado devem trabalhar juntos no sentido de alcançar as condições mínimas para uma vida com dignidade, e não só por meio da proteção dos direitos fundamentais, mas também com a promoção e viabilização desses direitos que irão proporcionar a dignidade humana (RAMIDOFF, 2008, p. 32)

Somente a partir da década de 1980 e com a promulgação da CFB/88, o ordenamento jurídico brasileiro passou a tutelar diretamente sobre Direitos da Criança e do Adolescente.

Assim, o ECA se torna a nova normatização, fundamentada na concepção da criança e do adolescente como sujeito de direitos, voltado para a proteção integral e garantindo os direitos fundamentais com absoluta prioridade.

3.1 CONCEITO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE

O ECA, em seu artigo 2º, define como sendo criança toda a pessoa com até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente aquele entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade (BRASIL, 1990).

Esse conceito é baseado apenas na idade do indivíduo, não sendo levada em consideração nenhuma outra condição humana que possa diferenciar a criança do adolescente e o adolescente da pessoa adulta (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2010, p. 87).

A própria Convenção sobre os Direitos da Criança, em que pese ter adotado um critério etário assim como o ECA, limitou-se a conceituar como sendo criança todo ser humano com menos de dezoito anos de idade, não levando em conta as faixas etárias nesse ciclo da vida e sua discrepância, o que resultou na divisão do conceito de criança e adolescente no âmbito nacional (SOUZA, 2001, p. 25-26).

Com o advento da Constituição Federal de 1988 e a instituição do ECA, a Doutrina da Situação Irregular se mostrou retrógrado e ineficaz frente à realidade da criança e do adolescente. Nesse contexto, a Teoria da Proteção Integral surge para diferenciar o estado de criança e adolescente como seres humanos em situações peculiares por conta do seu processo de desenvolvimento (VERONESE, 2006, p. 14).

Custódio explica a Teoria da Situação Irregular como:

Esta política implantou no Brasil uma rede de atendimento assistencial, correccional-repressivo que atuava com vistas na irregularidade da condição infantil, reforçando o papel assistencialista do Estado numa prática absolutamente centralizada, com motivações ideológicas autoritárias do regime militar. A solução ao “problema do menor” era a política de contenção institucionalizada, mediante o isolamento como forma de garantir a segurança nacional e a imposição de práticas disciplinares com vistas à obtenção da obediência (2006, p. 72).

Por outro lado, a Teoria da Proteção Integral veio para conceituar o estado de criança como seres em processo de desenvolvimento e, por esse motivo, merecedores de todos os direitos inerentes à pessoa humana, além de cuidados especiais em decorrência de suas condições peculiares (VERONESE, 2006, p. 15).

Essa diferenciação é resultado do tratamento especial que o ECA confere a cada categoria e seus aspectos, como por exemplo, à colocação em família substituta prevista no artigo 28 do Estatuto, momento esse em que a criança apenas opina, enquanto o adolescente aceita, ou não, a referida condição (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2010, p. 88).

O Estatuto se preocupou em diferenciar a definição de criança e adolescente considerando que cada fase desse processo de transformação é revestida de singularidade, não vislumbrando um contexto negativo da condição humana desses indivíduos, mas sim para garantir direitos e deveres, tanto individuais como coletivos, que proporcionem uma boa formação e uma vida com dignidade, o que, conseqüentemente, irá refletir na fase adulta (PEREIRA, 1999, p. 18).

Necessário, ainda, esclarecer que, ao conceituar como criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos, o Estatuto abrange direitos voltados até mesmo para aquele que ainda não nasceu, uma vez que a proteção integral se inicia na concepção através de políticas públicas voltadas para a gestante (VERONESE, 2006, p. 17).

Evidente que a finalidade do ECA é proteger com maior eficácia a condição humana da criança do adolescente, pois estabelecendo limites muito amplos, como no caso da Convenção sobre os Direitos da Criança, entre outros instrumentos internacionais, a norma restringiria o alcance de seus tutelados e os direitos a eles garantidos (SOUZA, 2001, p. 24).

Não obstante, a atual normatização considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, e não apenas objetos da sociedade como no Código de Menores. Ainda que não tenham alcançado a plena capacidade da vida adulta, esses indivíduos são titulares de direitos fundamentais, devendo o Estado promover sua proteção, desenvolvimento e bem-estar, sem qualquer tipo de distinção (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2010, p. 92).

Tornarem-se sujeitos de direito reproduziu efeitos positivos no plano jurídico nacional, uma vez que os princípios que tutelam a população infanto-juvenil determinam a prioridade com que esses indivíduos devem ser tratados em face de qualquer outra preocupação do Estado e suas políticas públicas (PEREIRA, 1999, p. 31).

Assim, a distinção do conceito entre criança e adolescente é o fator primordial que possibilitou ao legislador pátrio a identificação dos direitos fundamentais e a efetiva aplicação do melhor interesse de acordo com a faixa etária da pessoa em processo de desenvolvimento (PEREIRA, 1999, p. 33).

3.2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, é regido pela Teoria da Proteção Integral, designando deveres ao Estado e à sociedade para que busquem, por meio de mecanismos eficazes, garantir a assistência, a proteção e a vigilância da criança e do adolescente como pessoa em processo de desenvolvimento.

Isso significa que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhes garantido o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, conforme o disposto nos artigos 3º e 4º, do ECA (BRASIL, 1990).

Não obstante, a própria Constituição Federal e o ECA resguardam, ainda, o direito de preferência da criança e do adolescente frente a inúmeras situações, tais como: primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas, destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude, entre outros.

Entre os direitos fundamentais da criança e do adolescente, está o direito à saúde, que deve ser garantido pelo Estado, pela família e pela sociedade.

Assim, os princípios constitucionais garantem direitos fundamentais impondo ao Estado, à família e à sociedade o dever de primar por um tratamento diferenciado à criança e ao adolescente, que deve prevalecer diante de qualquer outra preocupação do Estado e da sociedade como um todo.

Nesse sentido, este capítulo tem como finalidade estudar o direito fundamental à saúde da criança e do adolescente no ordenamento jurídico brasileiro.

Inicialmente será apresentado um breve histórico do direito da criança e do adolescente no Brasil, sendo destacados os principais pontos.

Em um segundo momento será apresentado o conceito de criança e adolescente na Constituição Federal e no próprio ECA, visando demonstrar quais os parâmetros que foram utilizados para definir essa conceituação.

Será abordado, ainda, os direitos fundamentais da criança e do adolescente, como e quando a comunidade internacional voltou sua atenção para a situação da criança e do adolescente em todo o mundo e como isso refletiu na criação desses direitos no âmbito nacional.

Por fim, será dada ênfase sobre o direito fundamental à saúde da criança e do adolescente no Brasil, sendo estudado e refletido a importância desse direito e como ele pode, e deve, ser garantido.

3.3 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Com o advento dos tratados internacionais sobre direitos humanos que visavam proteger direitos infanto-juvenis, a comunidade internacional voltou seus olhos para a situação da criança e do adolescente, criando um instrumento que se tornaria o manual de instruções para a regulamentação dos direitos da criança e do adolescente: a Convenção sobre os Direitos da Criança, que foi adotada com unanimidade pela Assembleia Geral das Nações Unidas (SOUZA, 2001, p. 62).

A Teoria da Proteção Integral foi constituída com base em princípios fundamentais que abarcam direitos essenciais para a manutenção da vida humana com dignidade:

A Teoria da Proteção Integral, segundo a Declaração de 1959, é constituída por dez princípios elementares e fundamentais, reconhecidos para todas as crianças, envolvendo: o reconhecimento de direitos sem distinção ou discriminação; a proteção especial; a identidade e nacionalidade; a proteção à saúde, à maternidade, à alimentação, à habitação, à recreação e à assistência médica; o tratamento e os cuidados especiais à criança incapacitada; o desenvolvimento sadio e harmonioso com amor e compreensão com a proteção da família, da sociedade e das autoridades públicas; a educação; o melhor interesse da criança; a primazia do socorro e proteção; a proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade, exploração e, por fim, a proteção contra atos de discriminações raciais, religiosas ou de qualquer outra natureza (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 106).

A nova teoria veio para garantir, além dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, os direitos especiais da criança e do adolescente, por se tratarem de pessoas em processo de desenvolvimento e possuírem as suas peculiaridades. Referidos direitos estão previstos, igualmente, no art. 227 da Constituição Federal, sendo que o art. 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente determina, ainda, que nenhuma criança ou adolescente sofrerá crueldade ou restrição de direitos fundamentais, além de trazer o princípio da universalidade, que garante a todos os mesmos direitos, sem distinção entre famílias ricas ou pobres (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 114).

Os direitos fundamentais da criança e do adolescente estão expressamente previstos na Constituição Federal por meio do artigo 227, que determina quais são esses direitos e por quem eles devem ser garantidos (CUSTÓDIO, 2009, p. 43).

Por direitos fundamentais da criança e do adolescente podemos entender:

Art. 227. 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).

A Constituição garante, ainda, a possibilidade do ingresso de ação em juízo fundamentada em direitos difusos de crianças e adolescentes, demonstrando o papel imprescindível da sociedade e do Estado na tutela desses direitos. Uma vez que ingressada a ação visando direitos fundamentais, não apenas um sujeito será beneficiado, mas sim uma parcela significativa de crianças e adolescentes marginalizados, que até então estão sem acesso a direitos básicos, tais como saúde, educação, habitação, entre outros (VERONESE, 1997, p. 16).

É dever do Poder Público, igualmente, a implantação de programas que visem à garantia do direito fundamental à saúde da criança e do adolescente, através de políticas públicas de assistência integral, além da capacitação e atendimento especial aos portadores de deficiência, primando sempre pela simplificação do acesso a esses recursos, e pela erradicação de objeções e preconceitos (VERONESE, 1997, p. 89).

A garantia de direitos fundamentais à criança e ao adolescente revelou a importância da existência de uma verdadeira política de direitos, uma vez que nenhum direito pode se concretizar sem um sistema próprio e particular destinado à sua realização, sendo necessária a participação de todos, inclusive de organizações, instituições, judiciário e a própria sociedade civil (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 111).

Nesse momento o Estado passa a ter um papel positivo, e não meramente declaratório de direitos, uma vez que é seu dever levar a termo os direitos conquistados pela sociedade. O cidadão, agora, tem em suas mãos o poder de reivindicar os direitos sociais que até então eram negados neste país (VERONESE, 1997, p. 55-56).

Embora o artigo 227 da Constituição Federal tenha assegurado direitos fundamentais à infância e à juventude, não regulamentou especificamente como esses direitos serão efetivados. O ECA é criado com o intuito de declarar os novos direitos, o que faz em seu Livro I, e, principalmente, apontar os mecanismos de viabilização desses direitos, conforme seu Livro II (VERONESE, 1997, p. 91).

Analisando os princípios constitucionais e a norma regulamentadora do Estatuto, a base do Direito da Criança e do Adolescente é a teoria da proteção integral, primando sempre pelo melhor interesse da criança, e estabelecendo como esses direitos devem ser garantidos de acordo com a realidade social do País (SOUZA, 2001, p. 130).

O Direito da Criança e do Adolescente se fundamenta no interesse superior da criança, isso significa que, em toda e qualquer decisão voltada para os direitos fundamentais da criança e do adolescente, deve ser levado em conta a perspectiva dos seus melhores interesses, objetivando sempre a proteção dos direitos infantojuvenis (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 115).

O ECA além de normatizar os direitos fundamentais previstos no texto Constitucional em sua parte geral, trouxe uma série de disposições e medidas a serem adotadas na parte especial de seu livro, para que seja possível a garantia dos direitos considerados como inerentes à pessoa humana em processo de desenvolvimento (CUSTÓDIO, 2009, p. 43).

Nesse contexto, a interpretação do Direito da Criança e do Adolescente deve ser com base na tríplice responsabilidade compartilhada entre família,

sociedade e Estado, e assim deixar claro que é um dever das três classes garantir e efetivar os direitos fundamentais dos nossos pequenos. O desafio agora é tornar realidade os direitos conquistados no papel (CUSTÓDIO, VERONESE, 2009, p. 122).

3.4 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Constituição Federal da República, em seu artigo 196, garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida 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).

Ainda no artigo 227 desta Constituição, é estabelecido à família, ao Estado e à sociedade, o dever de garantir com absoluta prioridade o direito à saúde da criança e do adolescente (BRASIL, 1988).

De acordo com o entendimento de Custódio:

Quando o Estatuto da Criança e do Adolescente foi aprovado, o Brasil estava no processo inicial de implementação de políticas públicas de saúde. Mesmo assim ousou garantir à criança e ao adolescente o direito de proteção à vida e à saúde. (2009, p. 44)

É o que preceitua o artigo 7º do ECA ao afirmar que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

De acordo com os dispositivos acima expostos, é evidente que o papel do ECA é a complementaridade em relação aos direitos fundamentais já previstos na Constituição Federal, servindo como instrumento de regulamentação e efetivação dos princípios constitucionais (SOUZA, 2001, p. 133).

Não fosse apenas isso, a Convenção Sobre os Direitos da Criança (1989), já estabelecia em seu artigo 24 o direito da criança gozar do melhor padrão possível de saúde, sendo que cada Estado parte da Convenção não poderá medir esforços para a implantação de serviços destinados ao tratamento de doenças e para a recuperação da saúde infantojuvenil

A parte especial do ECA, chamado de Livro II, destina-se a regulamentar como a sociedade deve trabalhar no sentido de efetivar os direitos fundamentais previstos no Estatuto, e assim, determina que, através da política de atendimento de direitos realizem-se ações governamentais e não-governamentais nos Municípios, Estados e na União, a fim de atender às políticas sociais básicas, tais como, saúde, educação, recreação, entre outros (SÊDA, 1991, p. 27).

O capítulo I do Livro II do Estatuto é destinado integralmente ao direito fundamental à saúde, regulamentando como esse direito deve ser efetivado e quais as responsabilidades do Estado, da família e da sociedade.

O artigo 8º garante políticas de saúde voltadas para a mulher e para o planejamento familiar, além de serviços às gestantes, tais como, nutrição, atenção especial à gravidez, ao parto, puerpério, atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal, de forma integral e por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 1990).

O artigo 11 dispõe que toda criança e adolescente tem direito ao acesso integral das linhas de cuidado voltadas à saúde, igualmente por intermédio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Isso significa que o Sistema Único de Saúde deve ser garantido de forma universal e igualitário a todas as crianças e adolescentes do país, sendo lhes proporcionado um atendimento integral com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde de meninos e meninas (CUSTÓDIO, 2009, p. 45).

O artigo 13 do mesmo livro protege a criança e o adolescente contra atos de castigo físico, tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos, devendo os profissionais de saúde, em caso de suspeita ou confirmação, obrigatoriamente comunicar ao Conselho Tutelar para a tomada de providências (BRASIL, 1990).

Além disso, é garantido a assistência médica e odontológica no artigo 14 do ECA e, por meio de campanhas de educação sanitária para a família, escola e alunos, a promoção de prevenção de doenças na comunidade infantojuvenil (CUSTÓDIO, 2009, p. 45).

Já no Livro VII do Estatuto, são estabelecidas, ainda, as penas e infrações administrativas nos casos de omissão no atendimento médico à criança ou à gestante, com o objetivo de coibir condutas que possam ocasionar um atendimento médico inadequado ou pôr em risco a saúde desses pacientes (SOUZA, 2001, p. 133).

O grande desafio é a tríplice responsabilidade, uma vez que o Estatuto determina que a família, a sociedade e o poder público possuem o dever de assegurar, com absoluta prioridade, os direitos fundamentais garantidos à criança e ao adolescente. Esses direitos fundamentais foram criados com base na Convenção Sobre os Direitos da Criança de 1989 e de acordo com a realidade nacional, determinando não só a criação, mas principalmente a implantação de políticas voltadas para efetivação de direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de estabelecer ações de responsabilidade em caso de ofensa a esses direitos (VERONESE; COSTA, 2006, p. 60).

Como visto, a situação da criança e do adolescente atravessou uma série de transformações sociais e legislativas, começando pelo período colonial brasileiro, que tratava a criança e o adolescente como um objeto, onde a Igreja seria o ente responsável por tutelar e ensinar os bons costumes.

O direito internacional público teve um papel fundamental para a criação da base do Direito da Criança e do Adolescente, e por meio de tratados e convenções internacionais, que o Brasil era país signatário, a CFB e o direito interno passaram foram modificadas para estar em consonância com o pactuado internacionalmente (FIRMO, 1999, p. 18).

Com a quebra do velho paradigma da situação irregular e a adoção da Teoria da Proteção Integral recepcionada na CFB, a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoa em processo de desenvolvimento passa a ter atenção no ordenamento jurídico, e a nova legislação teria como base a promoção e defesa dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e necessários para o pleno desenvolvimento (RAMIDOFF, 2008, p. 25).

O ECA foi baseado nos princípios constitucionais elencados mais precisamente nos artigos 227 e 228 da CFB, e a partir da Teoria da Proteção Integral normatizou os direitos da Criança e do Adolescente, além disso estabeleceu a relação da família, sociedade e Estado para com a promoção e proteção desses direitos (FIRMO, 1999, p. 32-33).

O próprio ECA trouxe em seu artigo 2º a distinção entre criança e adolescente, como uma forma de auferir um tratamento diferenciado para cada categoria e suas singularidades (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2010, p. 13).

Entre os direitos fundamentais da criança e adolescente, o direito à saúde está regulamentado no artigo 4º do ECA, como um direito de todos e dever do Estado, família e comunidade na promoção e proteção do mesmo. (BRASIL, 1990).

O direito fundamental à saúde da criança e do adolescente está diretamente ligado com o que restou pactuado na Convenção Sobre Direitos da Criança, que estabeleceu que os Estados partes deveriam promover ações no sentido de garantir o melhor padrão de saúde, além de oferecer serviços para a promoção e recuperação da mesma (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2010, p. 113).

As garantias voltadas para a atenção da saúde de crianças e dos adolescentes ainda são recentes, uma vez que somente a partir do ECA é que se consagrou uma política de atendimento voltada para o melhor interesse da criança.

Ademais, como bem salienta Ramidoff (2008, p. 27), o ECA se fundamenta na prioridade, determinando atenção prioritária à crianças e adolescentes no que se refere a formulação e execução de políticas públicas, além da preferência de destinação dos recursos públicos.

A efetivação da proteção integral em todas diretrizes do Direito da Criança e do Adolescente, é necessário que a sociedade e os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, trabalhem de uma forma harmoniosa na promoção e proteção desses direitos (FIRMO, 1999, p. 33).

Nesse sentido, conclui-se que embora o Direito da Criança e do Adolescente ainda tenha um grande caminho a percorrer no que se refere a efetivação dos direitos fundamentais, as transformações e mobilizações sociais foram fundamentais para a conquista do que hoje chamamos de direitos da criança e do adolescente.

O que deve ser buscado a partir desses direitos fundamentais é uma nova percepção do ser criança e adolescente frente às realidades sociais vivenciadas, uma vez que se a própria sociedade que lutou para a consagração desses direitos não oportunizar a sua consolidação, toda a luta em prol de uma vida com dignidade se mostrará em vão (RAMIDOFF, 2008, p. 194-195).

4 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E SUA EFETIVAÇÃO NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO/SC, NOS ANOS DE 2014 A 2017, UMA ANÁLISE A PARTIR DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E DO PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA

No presente capítulo será abordado o Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Sombrio – Santa Catarina, com vigência nos anos de 2014 a 2017, e sua efetividade quanto às ações e programas voltados para a saúde da criança e do adolescente.

Essa análise será realizada com base na Teoria da Proteção Integral e o princípio da prioridade absoluta, no que refere os programas e ações de saúde do município que visem atender as necessidades de crianças e adolescentes da municipalidade.

Primeiramente, serão tratados os aspectos gerais do município de Sombrio, como, por exemplo, a localização, número de habitantes e número da população infantojuvenil, além de onde a maior parte desses indivíduos vive.

Esses dados serão apenas demonstrativos, com o intuito de caracterizar, ainda que superficialmente, a população Sombriense.

Após, será apresentado o PMS, com ênfase nas políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente do município, e assim delimitar a realidade das medidas adotadas para a promoção e proteção da saúde infanto-juvenil.

A demonstração dos programas e ações de atenção à saúde da criança e do adolescente visa especificar quais as medidas adotadas pelo poder público, no período compreendido entre 2014 a 2017, período de vigência do PMS, para que o direito fundamental à saúde conferido a criança e ao adolescente seja efetivado naquele município.

Sendo o PMS um instrumento institucional de planejamento, é dever do Poder Público traçar metas e compromissos para com a saúde de sua população, e assim delimitar quais as necessidades da população e quais as medidas que serão adotadas para atender os direitos básicos e fundamentais para uma vida com dignidade.

Entre os direitos fundamentais recepcionados na CFB, o direito à vida e o direito à saúde são duas garantias constitucionais diretamente ligadas ao princípio

da dignidade humana, uma vez que não se pode garantir referidos direitos à um indivíduo sem lhe proporcionar todos os meios necessários para a sua existência íntegra (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 80).

Assim, é evidente que quando a saúde não é efetivada em sua plenitude, outros dois princípios constitucionais estão sendo violados, o direito à vida e a própria dignidade.

O direito à vida só pode ser garantido se a saúde também estiver preservada; é uma condição que não permite exceções. Quando a criança ou adolescente recorrem ao sistema para recuperação da sua saúde, tendo em vista que na maioria dos casos a família não possui condições financeiras de arcar com os custos de uma forma particular, o entendimento é que o Poder Público deve respeitar imediatamente o disposto no artigo 11, §2º do ECA (VERONESE; 2006, p. 21).

Registra-se que o ECA dispõe de uma série de ações e medidas voltadas para a gestante com a finalidade de garantir o nascimento da criança com vida e saúde. Deixando claro que o direito à saúde deve ser assegurado mesmo para aqueles que ainda não nasceram, porém já foram concebidos (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 89).

Ademais, a Constituição Federal, em seu artigo 30, reconhece a saúde como um direito subjetivo que deve ser garantido pelo Estado, por meio de serviços públicos que irão proporcionar o atendimento integral e promoção da saúde nos municípios (CUSTÓDIO, 2009, p 44).

Entre os direitos básicos de saúde podemos citar:

- a) o atendimento pré e perinatal da gestante através do SUS;
- b) condições de aleitamento materno às mães empregadas, como às presas;
- c) a obrigatoriedade de registros nos hospitais públicos ou privados de atendimento às gestantes;
- d) o fornecimento, pelo Poder Público, de remédios, próteses e qualquer outro recurso necessário à reabilitação da saúde da criança e do adolescente;
- e) a permanência integral de um dos pais ou responsável no estabelecimento de atendimento à saúde, nos casos de internação;
- f) campanha de educação sanitária, assim como a obrigatoriedade de vacinação. Nestes casos deve ser o Estado o agente específico da proteção (salvo nos casos de hospitais privados ou empregadores, onde é o particular), e como tal está sujeito ao Mandado de Segurança (art. 5º, inciso LXIX da CF), no caso de descumprimento das garantias (VERONESE, 2006, p. 18-19).

Mas a responsabilidade não se esgota nos casos supracitados, existindo inúmeras outras situações em que é dever do Poder Público garantir esse direito tão fundamental.

Com o advento da Constituição Federal, que recepcionou, em seu artigo 194, o direito à saúde como um dos fundamentos da seguridade social, o Sistema Único de Saúde foi criado com o objetivo de proporcionar a assistência integral à saúde, principalmente no que se refere à saúde da criança e do adolescente, sendo que a responsabilidade compartilhada entre Estado, família e sociedade é o que irá garantir o funcionamento adequado do SUS (CUSTÓDIO, 2009, p. 44).

O SUS enseja uma série de ações que estão interligadas, seja a garantia de uma consulta médica ou mesmo uma campanha de mobilização e prevenção de uma determinada doença. O fundamental é que o SUS consiga fornecer aquilo de que o indivíduo necessita para ter a sua saúde assegurada ou mesmo recuperada (VIEIRA; VIEIRA; 2011, p. 93).

A realidade é que para o ECA, e para a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), a efetividade do direito à saúde da criança e do adolescente não se resume à ausência de doenças, mas sim por meio de um conjunto de ações que irão alcançar o bem-estar físico, social e mental, na sua forma mais completa (MENDES, 2006, p. 76).

A proposta do presente capítulo é analisar o conjunto de ações e programas presentes no Plano Municipal de Saúde de Sombrio/SC e, assim, concluir se essas medidas atendem ao bem-estar físico, social e mental de crianças e adolescentes, conforme prescreve o Estatuto da Criança e do Adolescente, baseado na Teoria da Proteção Integral e no Princípio da Prioridade Absoluta.

4.1 O MUNICÍPIO DE SOMBRIO: ASPECTOS GERAIS

Segundo dados retirados do próprio site do município, Sombrio está localizado no Estado de Santa Catarina, mais precisamente na Região da AMESC – Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense, faz divisa com os municípios de Santa Rosa do Sul, Araranguá, Ermo, Jacinto Machado e Balneário Gaivota.

Os dados do último censo, realizado pelo IBGE (2010), demonstram que o município conta com uma área territorial de 143,329 (km²), e uma população de 26.613 (vinte e seis mil e seiscentos e treze), porém com uma estimativa de 29.710 (vinte e nove mil e setecentos e dez) habitantes para 2017.

Dessa população, o último censo apontou que 6.326 (seis mil trezentos e vinte e seis) estão na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, enquanto 2.593 (dois mil quinhentos e noventa e três) estão entre 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 (seis mil quatrocentos e cinquenta e oito) estão na faixa de 0 a 14 anos de idade, enquanto 2.646 (dois mil seiscentos e quarenta e seis) estão entre 15 e 19 anos de idade. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017, p. 21-22).

Ainda o próprio PMS 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 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 a 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 se destacando 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, 2017).

4.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Após o período da ditadura, o Brasil passou por um processo de redemocratização, em que a sociedade exigia a garantia de direitos sociais para todos. Nesse sentido, os legisladores criaram o novo texto constitucional com base

na universalização dos direitos inerentes à vida humana com dignidade (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 83).

A Constituição Federal recepcionou, em seu artigo 196, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde mediante um conjunto de ações e políticas públicas (BRASIL, 1988).

Ainda, em seu artigo 198, determinou que as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de um sistema único, o SUS, que deve ser organizado de uma forma regionalizada e hierarquizada, observando-se a descentralização desses serviços, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A criação do SUS teve a finalidade de promover a assistência à saúde de uma forma mais igualitária e, assim, proporcionar o atendimento público sem distinções e sem nenhuma contraprestação cobrada pelos serviços prestados (MARTINS, 2008, p. 68).

Sobre o conceito de SUS podemos definir como:

O Sistema Único de Saúde – SUS está definido no artigo 4º, caput, da Lei nº 8.080 de 1990, como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por seus órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada atuar em caráter supletivo. (RAEFFRAY, 2005, p. 282).

O SUS alcança todos os entes da federação, atribuindo responsabilidades à União, Estado e Municípios. Além disso, os princípios que regem esse sistema são: a) a universalidade dos serviços prestados; b) a integralidade da assistência, que abrange um conjunto articulado de ações preventivas e curativas; c) a equidade do sistema; d) a participação da comunidade no que se refere às políticas públicas (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 85).

Segundo Martins (2008, p. 69) “conforme o ente da federação, seja União, Estado ou município, a direção do SUS se dará pelo Poder Executivo e pelo Conselho de Saúde da respectiva entidade”.

O setor privado pode atuar de uma forma complementar ao SUS, por meio de contratos com o Poder Público; todavia, as entidades filantrópicas e as de caráter sem fins lucrativos possuem preferência na contratação (RAEFFRAY, 2005, p. 284).

Assim, é evidente que o direito à saúde exige uma articulação de políticas públicas, que envolvem desde a criação de um sistema que é baseado na universalização, na integralidade e equidade dos serviços que irão prevenir, promover ou curar a saúde (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 86).

Entre as ações que integram o SUS, podemos citar: o controle de epidemiologia e quais as principais causas de doenças no local, além da qualidade dos serviços que estão sendo prestados, como exames e remédios, e a implantação de centros e postos de saúdes, hospitais, clínicas e laboratórios (MARTINS, 2008, p. 70).

O SUS viabilizou o que a seguridade social chama de democracia e descentralização da administração, uma vez que determina que as ações de saúde alcancem todos os indivíduos na sua integralidade e com acesso facilitado, eliminando obstáculos (RAEFFRAY, 2005, p. 286).

Nesse contexto, todo e qualquer indivíduo possui direito ao atendimento pelo SUS, independentemente de suas condições financeiras, devendo ser proporcionado aquilo que for necessário para a sua saúde, incluindo desde consultas até tratamentos mais específicos (MARTINS, 2008, p. 70-71).

É evidente que somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o reconhecimento do Estado social e Estado democrático de direito, é que o direito à saúde pôde contar com uma estrutura organizada, que iria viabilizar a sua efetividade e que passou a ser direito de todos e dever do Estado (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 82).

No que se refere à participação da comunidade, esta acontecerá por meio dos Conselhos de Saúde e de Conferências, sendo que representantes da população poderão dar a sua opinião e acompanhar todo o processo de instalação de políticas públicas (MARTINS, 2008, p. 75).

Os Conselhos de Saúde atuam, igualmente, como um órgão controlador das ações que envolvem o SUS, com o objetivo de assegurar a participação da sociedade civil no que concerne às decisões e práticas voltadas para esse sistema (RAEFFRAY, 2005, p. 286).

Essa participação se refere a uma série de providências que irão fazer com que o Estado, o setor saúde e a sociedade caminhem juntos na promoção

desse direito fundamental, sendo que o pleno funcionamento do SUS é o objetivo central (RAEFFRAY, 2005, p. 286).

Em que pese o SUS se tratar de um sistema bem estruturado e que visa à universalização de seus serviços, algumas críticas ao sistema fazem parte da realidade, tais como: filas de espera demoradas, atendimento precário, falta de pessoal capacitado para atendimento, entre outros. Todavia, isso é resultado do modelo de saúde seguido pelo país, que visa especificamente à assistência médica (MARTINS, 2008, p. 79).

O SUS é o sistema que define a política de atendimento à saúde do Brasil, seja na forma inteiramente pública ou privada, por contratos e convênios. É através do conjunto de ações integradas do SUS que a União, Estados e Municípios devem assegurar o direito à saúde de sua população, primando sempre pela facilidade do acesso a esses recursos e do atendimento sem distinções.

4.3 O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO (2014-2017)

A CFB 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).

Segundo Martins (2008, p. 85), “essa determinação se refere à municipalização da saúde, atendendo ao princípio da universalização e descentralização dos serviços que envolvem a saúde”.

A lei nº 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, Estado e Município 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 nº 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. Decreto nº 2.135/2013).

O Plano Municipal de Saúde do município de Sombrio foi elaborado pela administração, Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, 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, p. 31).

Na unidade central, onde igualmente funciona a Secretaria Municipal de Saúde, funcionam os serviços de atendimento nas clínicas básicas, tais como pediatria, ginecologia/obstetra, clínica geral e pequenas cirurgias (SOMBRIO, p. 31).

A unidade central conta com 03 pediatras, 02 ginecologista/obstetra, 03 clínicos gerais, 01 cirurgião de pequenas cirurgias ambulatoriais, 01 odontólogo, 02 assistentes sociais, 01 fisioterapeuta, 01 psicóloga e 01 farmacêutico, além de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Segundo o PMS, em cada equipe de saúde familiar constam 01 enfermeira, 01 médico, 02 auxiliares de enfermagem, 01 odontólogo, 01 técnico de higiene dental e 01 auxiliar de saúde bucal, além de 51 agentes sanitários espalhados pelas unidades. (SOMBRIO, 2014, p. 35).

Ainda, as despesas com recursos próprios em ações e serviços de saúde, no ano de 2014, foram de R\$ 5.420.100,00 (cinco milhões quatrocentos e vinte e mil e cem reais) (SOMBRIO, p. 36).

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, p. 8).

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. Esta unidade atende as referências em gineco-obstetrícia, pediatria, homeopatia, clínica geral, clínica geral em Saúde Mental, psiquiatria, pneumologista/tisiologista, psicologia, ultra-sonografia, eletrocardiograma, colposcopia, criocauterização, pequena cirurgia, dermatologia. As instalações dispõe de 05 consultórios médicos, um consultório odontológico, um ambulatório, uma sala para pequena cirurgia, uma sala de vacinas, sala para ultra-sonografia, dermatologia 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 SISVAN, Vigilância Sanitária, Epidemiologia e 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. (SOMBRIIO, 2014, p. 32).

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 (SOMBRIIO. 2014, p. 10).

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 (SOMBRIIO, 2014, p. 10-12).

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, 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, NASF – Núcleo de apoio à saúde da família, vigilância sanitária,

serviço social e tratamento fora-domicílio (TFD), serviços de transportes, assistência farmacêutica básica e assistência à população em geral (SOMBRIIO, 2014).

A vigilância epidemiológica faz o estudo, por meio de um conjunto de ações, das doenças que atingem a população, para que seja possível a prevenção e a recuperação da saúde. Conforme dados do PMS, a neoplasia é a causa mais comum de óbito no município (SOMBRIIO, 2014, p. 54-57).

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.

4.3.1 Programas e ações voltadas para à saúde da criança e do adolescente

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 - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- 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 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 (SOMBRIIO, 2014, p. 37).

No que se refere às imunizações aplicadas a menores de 01 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 (SOMBRIIO, 2014, p. 64).

No subitem de 9.1 de vigilância epidemiológica, o PMS aponta as taxas de mortalidade infantil e seus componentes (SOMBRIIO, 2014, p.58).

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 municipal.

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, estes 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, apresentado 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 PMS, que teriam por objetivo assegurar, aprimorar e até mesmo ampliar o direito à saúde da criança e do adolescente.

Em que pese 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 estes sejam protegidos pela mais absoluta prioridade recepcionada na CFB 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, p. 68).

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:

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 (2009, p. 35).

Em que pese a administração pública deter 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, p. 221).

O PMS de Sombrio conta com poucas ações e políticas públicas específicas para a criança e o adolescente, sendo que, no período de 4 anos de vigência do plano, nenhum programa voltado para saúde de meninos e meninas foi colocado como objetivo e prioridade.

4.3.2 Programas e ações voltadas para à saúde da gestante

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 (SOMBRIO, 2014, p. 38-39).

O município ainda conta com o Programa de Suplementação de Ferro, que atende crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana, mulheres de até 3 meses de pós-parto e pós aborto; o suplemento é financiado pela farmácia do município (SOMBRIO, 2014, p. 39).

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 (VIEIRA; VIEIRA, 2011, p. 88).

Como visto, alguns direitos fundamentais previstos no artigo 8º do ECA e garantidos à gestante e o nascituro não aparecem no plano municipal de saúde, tais 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.

4.4 A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO/SC, COM BASE NA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA.

Da análise do Plano Municipal de Saúde de Sombrio, restou constatado que as políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da criança e do adolescente são frágeis, sendo que as palavras “adolescente” ou “adolescência” não são mencionadas no referido plano.

Quando a CFB e o ECA recepcionaram 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, p. 55).

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, p. 33).

Após a 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; após o 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).

Em consulta ao site de Sombrio, no endereço eletrônico <<http://www.sombrio.sc.gov.br/>>, restou constatado que não há nenhuma informação acerca dos indicadores de saúde da população, sequer há um endereço eletrônico específico da secretaria de saúde, bem como em uma visita realizada na Unidade Central de Saúde do município, no dia 06/11/2017, a responsável pelo setor de atenção à saúde da criança e do adolescente, informou que não há registros de indicadores de doenças da população jovem e infantil, sendo que até meados de agosto deste ano, quando a mesma assumiu o referido cargo, não havia sequer controle e registro oficial do número de crianças e adolescentes que eram atendidos pelas unidades de saúde do município.

Segundo a nota técnica disponibilizada pelo Ministério da Saúde, que informa sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica, o município de Sombrio conta com alguns programas de atenção básica à saúde, como o Estratégia de Saúde na Família, Programa Brasil Sorridente – ações de saúde bucal, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade e Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2017).

Entre os programas básicos que o município está cadastrado, somente o Programa de Saúde na Escola é voltado diretamente para à saúde da criança e do adolescente. (BRASIL, 2017)

Nos programas nacionais previstos no portal do Ministério da Saúde, encontramos o atendimento domiciliar – Melhor em Casa, Pronto Atendimento – UPA 24h e Bancos de Leite Humano (BRASIL, 2017), programas esses que não são mencionados no PMS, e que, conseqüentemente, não são ofertados pelo município.

No que se refere à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, essa estabelece em seu artigo 2º que:

A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Ainda, em seu artigo 15, a portaria determina como um dever do ministério da saúde, juntamente com os gestores municipais, a implementação da PNAISC, com base nas prioridades e necessidades vivenciadas por cada região (BRASIL, 2015).

O PMS de Sombrio, em nenhum momento, remete-se à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança como base para a criação das ações e políticas públicas a serem implementadas.

Há um programa federal denominado Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), que visa à proteção da saúde da criança entre 0 a 9 anos idade e, por meio do aleitamento materno, promover o desenvolvimento sadio (BRASIL, 2014).

No que concerne à atenção à saúde da criança e do adolescente portador de deficiência, essa é fundamentada num programa federal que consiste na:

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem três objetivos principais:

- 1) proteger a saúde da pessoa com deficiência;
- 2) reabilitar a capacidade funcional e desempenho, contribuindo para a sua inclusão social. Capacidade funcional é medida a partir do grau de preservação da condição do indivíduo para realizar atividades de vida diária e do grau para desempenhar as atividades instrumentais de vida diária. As atividades de vida diária são aquelas ligadas ao cuidado próprio, ou seja, permitem cuidar-se e responder por si só no espaço limitado de seu lar, envolvendo, por exemplo: alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, andar nos arredores de casa, subir e descer escadas, entre outros;

3) prevenção de situações que possam levar ao aparecimento de deficiências, como por exemplo: acidentes domésticos, profissionais ou de trânsito (BRASIL, 2014).

Mais uma vez, o PMS deixa se posicionar quanto à saúde da criança e do adolescente portador de deficiência. Na verdade, nenhuma ação ou programa voltados para a saúde do portador de deficiências ou necessidades especiais são elencados no PMS.

Quanto à saúde do adolescente e do jovem, o programa federal institucionalizado para a promoção desse direito estabelece que:

Dentre as ações da Coordenação Geral da da Saúde dos Adolescentes e do Jovens, encontram-se:

- 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;
- 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. (BRASIL, 2014).

O PMS nada dispõe sobre a saúde do adolescente do município, não apresentando nenhum programa ou ações futuras que visem à promoção e proteção da saúde nessa faixa etária.

O princípio da Prioridade Absoluta, que está previsto no artigo 4º do ECA, determina a preferência na implantação de políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente, além da destinação dos recursos públicos como uma forma de garantir privilegiadamente os direitos fundamentais (ROSSATO; LÉPORE; CUNHA, 2010, p. 112). Esse elemento principiológico não está demonstrado no PMS de Sombrio, uma vez que o plano não trata a saúde da criança e do adolescente como uma preocupação prioritária, no que se refere às políticas públicas e medidas adotadas pela municipalidade.

Os recursos públicos orçamentários, com base nos dados extraídos do PMS, não foram destinados prioritariamente à formulação e execução de políticas públicas que visem à promoção e recuperação da saúde infantil e jovem.

Quanto a proteção integral, segundo Veronese (2006, p.14), o ECA engloba a garantia do pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, garantias essas que não restaram evidenciadas no PMS de Sombrio/SC, uma vez que o plano não trouxe, em seu texto, o planejamento do município de uma

forma aprofundada no que se refere às necessidades de saúde da criança e do adolescente do município.

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. (BRASIL, 2014).

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, logo o Poder Judiciário apreciará a medida que lesou o direito, eis que a discricionariedade do administrador não afasta essa prerrogativa do Judiciário (VERONESE; SILVEIRA, 2011, p. 221).

Se por prioridade absoluta, Custódio (2009), devemos entender como a garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, com a sua realização de forma absolutamente prioritária, logo o Plano Municipal de Saúde de Sombrio não está atendendo a esse princípio Constitucional.

O artigo 227 da CFB e 4º do ECA são claros quando determinam que a prioridade consiste, também, na preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas (BRASIL, 1990).

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 Carta Magna. (VERONESE; SILVEIRA, 2011, p. 224)

Ademais, o Direito da Criança e do Adolescente possui um reconhecimento baseado em princípios constitucionais que não podem ser quebrados pela simples e pura vontade do Poder Público ou de qualquer outra entidade, isso porque toda a base do ECA está intrinsicamente 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, p. 39).

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 parte da população. Assim, quando da criação dos próximos Planos Municipais de Saúde, 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.

5 CONCLUSÃO

Através da presente pesquisa, restou evidenciado como o município de Sombrio/SC atua na efetivação do direito à saúde da criança e do adolescente, bem como qual a relevância da elaboração de um Plano Municipal de Saúde (PMS), uma vez que o mesmo deve atender as necessidades reais de uma determinada população, e por meio de pesquisas que apontem os indicadores e a realidade situacional da saúde do município implementar políticas públicas necessárias para a promoção e recuperação da saúde de todos.

O 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 é bem limitado no que se refere as ações e serviços voltados para a saúde da criança e do adolescente, pois o município não realizou uma análise da situação e das necessidades de saúde que a população jovem e infantil vivenciam, sequer apresentou indicadores de saúde e programas mais aprofundados na resolução desses problemas.

Também, concluiu-se que não havia um controle do número de crianças e adolescentes atendidas pelas unidades de saúde dos municípios, bem como as respectivas doenças, demonstrando o descaso na prestação desses serviços.

Realizar o registro e controle dos indicadores de doenças que afetam uma população é de extrema importância, pois assim é possível constatar quais as reais necessidades dessas pessoas e quais políticas públicas devem ser implementadas a fim de promover e recuperar a saúde dos indivíduos. 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 os 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 a falta de preparo e desinteresse do município em atender a saúde desses indivíduos ou mesmo integrá-los em sociedade.

Evidente que 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 a saúde da criança e do adolescente.

Elaborar um PMS é de extrema importância, exige um estudo aprofundado e comprometimento por parte do Poder Público para cumprir as programações pactuadas no plano. 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 um investimento necessário.

Além disso 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 CFB, e artigo 4º do ECA.

Além disso, os mesmos artigos supracitados evidenciam de uma forma bem clara qual deve ser a postura do Estado diante dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, não podendo o Poder Público usar da discricionariedade quando o assunto tratado for a garantia dos direitos dessa parte da população.

Deixar de proporcionar uma saúde digna à criança e ao adolescente, é comprometer toda uma sociedade, pois assim está sendo permitido que uma população doente seja o resultado dessas ações.

Finalmente, pretendeu-se demonstrar com o presente trabalho a importância da formulação adequada de um PMS e suas diretrizes, a fim de atender

as necessidades reais de um município, além de proporcionar a destinação correta do orçamento público.

Durante a pesquisa muitos desafios e obstáculos foram encontrados, como por exemplo, a disponibilização de dados e registros por parte dos setores públicos de saúde do município, além da resistência dos servidores em prestar as informações requeridas pela acadêmica.

Várias foram as tentativas de colher informações junto à Secretaria de Saúde do município, Setor Epidemiológico e Unidade Central de Saúde, sendo que as respostas encontradas eram que a pessoa responsável por essas informações não se encontrava no local, ou que não tinham o conhecimento necessário para responder, ou ainda que não haviam registros e indicadores de doenças de crianças e adolescentes da municipalidade.

Diante de tais fatos, difícil foi a conclusão do presente trabalho para uma contribuição mais direta para melhorar a saúde e a elaboração do Plano Municipal de Saúde de Sombrio/SC.

A sugestão para os futuros acadêmicos que pretendem pesquisar na presente área, é que realizem uma programação com tempo hábil para coletar o máximo de informações possíveis por parte dos setores públicos, e assim realizar um trabalho com maior precisão e qualidade. Caso não seja possível adquirir todos os dados, por não existirem ou mesmo por não serem repassados, o acadêmico exigir uma responsabilização do Poder Público e seus gestores.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 17 de Maio de 2017.

_____. **Portaria Nº 1.130, de 5 de Agosto De 2015**, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html> Acesso em 6 nov 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 17 mai 2017.

CABRAL, Johana. **Família, sociedade e Estado na promoção e defesa dos direitos humanos da criança e do adolescente: um estudo da teoria da proteção integral.** Criciúma. Ediunesc, 2012.

CUSTÓDIO, André Viana. **Direito da Criança e do Adolescente.** Criciúma. UNESC, 2009.

_____. A exploração do trabalho infantil doméstico no Brasil contemporâneo: limites e perspectivas para sua erradicação. 2006. 282 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88949>>. Acesso em: 30 out. 2017.

CUSTÓDIO, André Viana; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Crianças esquecidas: o Trabalho infantil doméstico no Brasil.** Curitiba. Multidéia, 2009.

_____. **Trabalho infantil: a negação do ser criança e adolescente no Brasil.** Florianópolis. OAB/SC Editora, 2007.

HELENO, Camila Teixeira; RIBEIRO, Simone Monteiro. **Criança e adolescente: sujeitos de direitos.** Belo Horizonte. Conselho Regional de Psicologia, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censo Demográfico**, 2010. [online] Disponível na internet via WWW URL: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/sombrio/panorama>. Arquivo consultado em 31 de Outubro de 2017.

LIMA, Miguel M. Alves. **O Direito da Criança e do Adolescente: fundamentos para uma abordagem principiológica.** Tese (Doutorado em Direito) – Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

MARCILIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada.** São Paulo. Hucitec, 2006.

MENDES, Moacyr Pereira. A doutrina da proteção integral da criança e do adolescente frente à lei 8069/90. 2006. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/7197>>. Acesso em: 31 out. 2017.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; SALUM, Maria José Gontijo; OLIVEIRA, Rodrigo Torres. **Estatuto da criança e do adolescente**: refletindo sobre sujeitos, direitos e responsabilidades. Brasília. Conselho Federal de Psicologia, 2016.

PEREIRA, Tânia. **O Melhor Interesse da Criança**: um debate Interdisciplinar. Rio de Janeiro. Renovar, 1999.

RAMOS, André de Carvalho. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional**. 2005.

RICHTER, Daniela; VERONESE, Josiane Rose Petry. 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. Disponível em: <<http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/297>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paulo Eduardo; CUNHA, Rogério Sanches. **Estatuto da criança e do adolescente comentado**. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 2010.

SANTA CATARINA. **Conheça a CGSCAM**: Portal da saúde – SUS – 2014. *Online*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/513-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l1-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12864-conheca-a-cgscam>>. Acesso em 6 nov 2017.

SOMBRIO. **História do Município**, 2015. *Online*. Disponível em: <<http://www.sombrio.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/68834>>. Acesso em 30 out 2017.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Sombrio**. 2014-2014. *Online*. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=0&view=viewcategory&catid=269>, acesso em 07 de Agosto de 2017.

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

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Direito da criança e do adolescente**. Florianópolis. OAB/SC Editora, 2006.

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

VERONESE, Josiane Rose Petry; COSTA, Marli Marlene de Moraes. **Violência doméstica**: Quando a vítima é criança ou adolescente. Florianópolis. OAB/SC Editora, 2006.

VERONESE, Josiane Rose Petry; SILVEIRA, Mayra. A Prioridade Absoluta ao Direito da Criança e a Discricionariedade Administrativa: Duelo entre princípios. In: CUSTÓDIO, André Viana; VIEIRA, Reginaldo de Souza. **Estado, Política e Direito: Políticas Públicas e Direitos Sociais**. 3. ed. Criciúma: Unesc, 2011. Cap. 3. p. 207-226.

VIEIRA, Reginaldo de Souza; VIEIRA, Roseli Schminski. O direito à saúde da criança e do adolescente. In: CUSTÓDIO, André Viana; VIEIRA, Reginaldo de Souza. **Estado, Política e Direito: Políticas Públicas e Direitos Sociais**. 3. ed. Criciúma: Unesc, 2011. Cap. 2. p. 79-100.

ANEXO(S)

ANEXO A – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOMBRIO/SC

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios fundamentais à universalização, integralidade e a equidade da atenção à saúde. Foi criado a partir da Constituição de 1988, regulamentado através das leis orgânicas de saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90).

O SUS tem como característica a descentralização das ações e serviços de saúde, reputando o município como instância concreta para a execução das ações de saúde, por entendê-lo como espaço onde pode ser maior a proximidade entre o gestor de saúde e a população; logo, com melhores condições para formular as políticas locais de saúde e planejar sua implementação, de modo a aumentar a garantia de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades apresentadas.

O município de Sombrio está sob Gestão Plena, em exceto a unidade hospitalar que ficou de fora, em virtude da complexidade, o que tornaria inviável para o município assumir a gestão do mesmo.

A Administração Municipal de Sombrio através da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, elaboram o Plano Municipal de Saúde para o período de 2014 a 2017, tendo como objetivos formular, planejar, organizar, estruturar o Sistema Municipal de Saúde através de estratégias e políticas de saúde destinadas a prevenir, promover, reduzir os riscos de doenças e agravos de acordo com o perfil epidemiológico do município. Estabelecendo condições que assegurem o acesso universal,

integral e equânime, a todos os usuários do SUS de acordo com a disponibilidade financeira das três esferas de governo (EC. nº 29/2000).

Agindo neste sentido, acreditamos que o Plano Municipal de Saúde possui a dinâmica e a flexibilidade necessária para as modificações e evoluções que possam ocorrer no setor Saúde no decurso de nosso governo, além de proporcionar maior cooperação assistencial, técnica, humana e financeira entre as três esferas de governo e o acompanhamento de seu desenvolvimento na tentativa de superar as dificuldades que venham a manifestar-se. Deve, portanto implementar um modelo de assistência à saúde fundamentado no relacionamento democrático e participativo entre a população e os gestores do sistema único de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Planejar, formular, estruturar e organizar o Sistema Municipal de Saúde, através de estratégias e políticas de saúde destinadas a prevenir, promover, reduzir os riscos de doenças e outros agravos, de acordo com o perfil epidemiológico do município. Estabelecendo condições que assegurem os acessos universais, integrais e equânimes a todos os usuários do SUS de acordo com a disponibilidade financeira das três esferas de governo (EC nº 29/2000), proporcionando, assim, uma melhor assistência e qualidade de vida para a população sombriense.

2.2 Objetivos Específicos

- Cumprir o Plano Estratégico de Gestão Municipal: instalação dos projetos (CAPS, Pró-Vida-DST / HIV /AIDS e outras doenças, Saúde na sua empresa);
- Aderir aos projetos/convênios e emendas parlamentares;
- Veículos: aquisição, vendas/leilão, reforma e manutenção;
- Transportar os usuários com consultas agendadas através do TFD, Hemodiálise, Cirurgias;
- Imóveis/móveis/equipamentos: Aquisição, desapropriação, vendas/leilão, ampliação e

- reforma;
- Associação Hospital Dom Joaquim – convênio com o pronto socorro;
 - Recursos Humanos: contratar, capacitar;
 - Tecnologia: aquisição, ampliação da rede informática;
 - PPIs – (Pactuação Programada Integrada), efetivação, remanejamento, rescisão, alterações;
 - Assistência Farmacêutica: aquisição, distribuição, controle;
 - Recursos Financeiros: Fundo a Fundo e aplicação do % EC 029/2000;
 - Programa Saúde da Família: construção, implantação, ampliação, reorganização das ações e capacitação;
 - Educação em saúde: incentivar, financiar, capacitar e desenvolver estratégias;
 - Parcerias: firmar parcerias com entidades governamentais e não governamentais;
 - Saúde Bucal: ampliar as equipes, as ações e capacitar os profissionais;
 - Conselho Municipal de Saúde: capacitar, incentivar a participação nas decisões;
 - Participação popular: incentivar, informar;
 - Manter o gerenciamento dos serviços e ações, de competência municipal no que se refere: a saúde da mulher, a saúde da criança, saúde do homem, saúde do idoso, controle da hipertensão, da diabetes e saúde bucal, serviço saúde mental, tuberculose e hanseníase;
 - O cumprimento dos itens contemplados nos instrumentos da gestão municipal em saúde: Agenda de Saúde, Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, Quadro de Metas, Fundo de Saúde, PDR (Plano Diretor de Regionalização), PDI (Plano Diretor de Investimento), PAVS (Plano de Ações em Vigilância em Saúde);
 - Manter as atividades do Serviço Social: elaboração dos processos TFDs (Tratamento

- Fora do Domicílio), agendamentos (transportes, consulta, exames) para referências;
- Manter o 0800 - Central de agendamentos de exames e consultas;
 - Aquisição de equipamentos e ampliação dos serviços de fisioterapia;
 - Manter o Programa de Controle do Tabagismo no Ambiente do trabalho para a Promoção da Saúde do Trabalhador, Eliminar a Poluição Tabagística Ambiental e Reduzir a prevalência de fumantes nestes ambientes;
 - Implantação e ampliação do Serviço de Atendimento Especializado – SAE Sombrio – com Implantação do Pólo de Aplicação e Referência para o tratamento de hepatites virais, contemplando o seguinte quadro profissional: um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, psicólogo, médico especialista para atendimento dos pacientes inseridos nos Programas (Hanseníase, Tuberculose, DST, HIV, AIDS e Hepatites Virais), médico infectologista para atendimento dos pacientes em tratamento para hepatites virais bem como retratamento e farmacêutico, sendo o serviço estabelecido em local individualizado, proporcionando, assim, ações de prevenção/orientação na comunidade, bem como uma maior visão holística do paciente/família em acompanhamento para os agravos mencionados;
 - Descentralização da testagem rápida para HIV, Sífilis e hepatite B e C para as Unidade de Saúde da Família, conforme exigência do Programa Estadual;
 - Dar continuidade ao Projeto “Pró-Vida” em DST/AIDS do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, com recebimento de recurso (incentivo) do Governo Estadual;
 - Manter o Programa Saúde do Homem visando a qualidade de vida, prevenindo as doenças degenerativas e suas complicações;
 - Implantar o Programa Saúde Idoso;
 - Implantar o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU.

3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

3.1 Aspectos Históricos

Por volta de 1723, os tropeiros que saíam de Laguna com destino a Viamão, no Rio Grande do Sul, buscavam descanso sob as imensas figueiras do litoral catarinense, ainda habitado pelos índios carijós. Na época, esse era o único caminho até Viamão e apesar de muitos viajantes pararem à sombra das árvores para descansar, daí o nome da cidade. Somente em 1820 surgiu o vilarejo que deu origem a SOMBRIÓ, o primeiro a se interessar pelas terras da região foi o historiador francês Saint-Hilaire, que estudou a origem dos primeiros habitantes de Araranguá. Pesquisou solo, fauna, flora e a cultura dos índios carijós. Sua expedição despertou a curiosidade de dois irmãos portugueses, os imigrantes Manoel e Luciano Rodrigues.

Eles adquiriram sesmarias no lugar, mas a colonização só prosperou 10 anos depois quando outro português João José Guimarães, adquiriu em 1833, através de compra do Governo da Província, as terras onde hoje se situa a sede do município, tendo a propriedade 1.130 metros de frente e 3.000 metros de fundos, a contar do litoral. Instalou-se definitivamente com a família às margens de um grande lago, a hoje denominada Lagoa do Sombrio.

Após a Guerra do Paraguai, imigrantes alemães e italianos chegaram de outras localidades. Em três (03) de abril de 1880, através da Lei provincial 901, foi criado o

município Araranguá, que incluíam as terras de Sombrio. Em 1891 foi criado o distrito de Passo do Sertão (São João do Sul), através do Decreto Estadual, nº 45, que passou a incluir as terras de Sombrio.

Em 17 de janeiro de 1926, foi recriado o 5º Distrito de Paz de Sombrio, através da lei 253, assumiu a posse como primeiro intendente Sr. Donatilio Ariel. Em 1927 foi instalada a primeira indústria de Sombrio, de propriedade de Guilherme Tiskoski, que produzia tamancos, chinelos e curtumes.

Em 31 de março de 1938, a sede do distrito de Sombrio foi elevada à categoria de Vila, através do decreto nº 86, no mesmo ano foi também criada a paróquia, sendo seu primeiro vigário o Padre João Reitz, que foi inaugurada como igreja Matriz de Sombrio, em orago a Santo Antonio de Pádua.

Em 30 de dezembro de 1953, emancipou-se, quando a Assembleia Legislativa do Estado, através da Lei nº 133, desmembra-se de Passo do Sertão e Sombrio torna-se independente, cuja instalação oficial ocorreu em 02 de abril 1954, quando, em 15 de novembro deste ano toma posse o primeiro prefeito eleito do município, Srº. Santelmo Borba e seus vereadores eleitos para a Câmara Municipal de Sombrio, legislatura 15/11/54 a 15/11/1958.

E assim a cidade de Sombrio foi se desenvolvendo, no ano 1962 surge a primeira rua calçada com pedra irregular, em 1968 a primeira Igreja da Assembleia de Deus, em 04 janeiro de 1988 foi criado por lei nº 1.109 o município de Santa Rosa do Sul, desmembrado definitivamente em 10/06/89, em 30 de agosto de 1990 , através da lei nº 770 foi criado o distrito de Balneário Gaivotas, tornando município por lei nº 10.054 de 29 de dezembro de 1995, desmembrado de Sombrio e efetivamente instalado em 01/01/97.

3.2 Aspectos Físicos, Geográficos.

Área e localização: O município localiza-se na região do Extremo Sul do Estado do Santa Catarina, na microrregião do vale de Araranguá (Amesc). Sombrio possui uma área territorial de 142,75 Km². Possui 25.554 mil habitantes e está a uma altitude de 10 metros acima de nível do mar. A distância da capital do estado é de 240 km.

Relevo: São formas pelas quais se apresenta a superfície da terra. Montanhas, montes, morros, colinas, vales, depressões, planícies e planaltos. O município de Sombrio, localizado na planície costeira da região Sul, apresenta formas de relevo de planícies, morros e colinas, com predominância de extensa planície, marcada a oeste pela presença da serra da Peroba. O solo possui baixa fertilidade e capacidade de retenção de água. A sede do Município está a 10 metros de altitude.

Clima: Resulta o clima de um conjunto de fatores articulados: temperatura, umidade, chuvas, vegetação, latitude, altitude, massas de ar (vento), que influenciam o tipo de vida animal e vegetal do local. Sombrio com o predomínio de planícies, poucos metros acima do nível do mar e chuvas bem distribuídas ao longo do ano, tem um clima subtropical atlântico, por ficar abaixo do tropico de capricórnio e sofre a influencia das massas de ar equatorial continental, tropical continental, tropical atlântica e polar. A temperatura varia entre 0° e 36° estas raras vezes atingidas, tendo-se em média no inverno 18° e no verão 28°.

Hidrografia: É o conjunto das massas líquidas existentes no globo terrestre, formado pelos oceanos, mares, rios, lagos, cachoeiras neve, geleiras, lençóis subterrâneos de água e água das chuvas. O município de Sombrio possui uma grande reserva de recursos hídricos: rios, lagoas e lençol subterrâneo. O município pertence a Bacia Hidrográfica do Rio Mampituba, pois nosso rio e lagoa deságua no referido rio. Rio da Lage é o principal do nosso município,

com uma bacia hidrográfica de 141,5 km², nasce na localidade de Peroba, atravessa a sede do Município, desaguando na Lagoa de Sombrio. O Município conta com a maior Lagoa de água doce do estado, com 16.368 km de comprimento com cerca de 5 km de largura.

Vegetação: É o conjunto dos seres do gênero vegetal existente em uma região. Em Sombrio, as condições climáticas possibilitam o desenvolvimento de vegetação variada, que vai de árvores a gramíneas. Hoje, a cobertura vegetal do município esta bastante transformada, tendo desaparecida quase por completo as florestas originais. A vegetação natural é a floresta atlântica, características das planícies litorâneas, apresentando vegetação rasteira no litoral e floresta no interior com predominância do Ipê Amarelo, Figueira e Coqueiros, Tucum, Camboim, etc.

Fauna: É o conjunto das espécies animais que vivem em determinado *habitat*. Fazem parte deste conjunto espécies terrestres e aquáticas. Sombrio contava com uma fauna maravilhosa: mamíferos, aves, répteis, anfíbios, peixes, aracnídeos, entre outros. Era comum a presença destes animais: Gambá, Morcegos, Tamanduá, Tatus, Macaco, Aracuã, Inambu, rolinha, Urubus, Gaviões, Sabiás, Cobras, sapos, rãs, mussum, bagres, jundiás, cascudos, camarões, tainhas, lambaris, aranhas, etc, atualmente com o desenvolvimento e crescimento da cidade nossa fauna está bastante comprometida, varias espécies estão em extinção, ou já foram extintas.

Limites: Sombrio possui como limites territoriais: ao norte com Araranguá, ao sul com Santa Rosa do Sul, ao leste com Balneário Gaivota e ao oeste com Jacinto Machado e Ermo.



Principais Rodovias: Rodovias Federais: Br 101, Rodovias Estaduais: SC 485 José Tiskoski e Rodovias Municipais: Estrada Geral Boa Esperança, Sanga Negra, Maracanã, Santa Fé, Campo D'gua, Vista Alegre, Retiro União, Morro do Cipó, Garuvas, Linha Floresta, como as mais importantes.

Tabela 1- **Distâncias dos centros de referências:**

Sombrio à	Centro de Referência	Capital
Araranguá	30 km	-
Florianópolis	240 Km	240 km
Criciúma	65 Km	-
Tubarão	110 Km	-
Porto Alegre		220 Km

Fonte: Prefeitura Municipal de Sombrio 2009.

COLOCAR MAPA



Meio Ambiente: O grande foco de poluição do município é a falta de tratamento do esgoto cloacal e a indevida aplicação de agrotóxicos nas lavouras sem os cuidados necessários na sua utilização e armazenamento, com alto índice de poluição na Lagoa do Sombrio e no Rio Lage. O município vem sofrendo os problemas causados com o crescimento populacional e industrial que aumenta o nível de poluição, com danos a saúde da população e ao meio ambiente, tornando necessários investimentos de recursos financeiros, humanos e educativos referente à exploração e preservação dos recursos naturais. A Prefeitura Municipal de Sombrio efetua um trabalho de fiscalização, através da Secretaria da Indústria Comércio, Turismo e Meio Ambiente, com a participação da Secretaria Municipal da Saúde, via Vigilância Sanitária, Secretaria M. de Obras e Secretaria do Desenvolvimento e Ação Comunitária, além dos órgãos federais e estaduais.

3.3 Aspectos Demográficos

População: A população da cidade de Sombrio vem crescendo em um nível bastante acelerado. Segundo dados do tabnet/datasus/Relatório de Gestão 2013, a população referente 2013 é de 27.165, cuja distribuição de 49,1% do sexo masculino e 50,89% do sexo feminino, sendo que aproximadamente 70% da população reside na área urbana e 30% na área rural.

Tabela 2- **População Residente por Faixa Etária e Sexo, ano de 2013**

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	974	1.030	2.004
05-09	1.033	998	2.031
10-14	1.256	1.167	2.423

15-19	1.329	1.317	2.646
20-29	2.347	2.372	4.719
30-39	1.992	2.092	4.084
40-49	1.881	2.033	3.914
50-59	1.320	1.366	2.686
60-69	723	784	1.507
70-79	358	475	833
80+	128	190	318
Total	13.341	13.824	27.165

Fonte: Relatório de Gestão de 2013.

Densidade Demográfica: A densidade demográfica do município é igual a 190 habitantes para cada km².

3.4 Aspectos Econômicos

O município de Sombrio desenvolve as seguintes atividades econômicas: indústria, comércio, prestação de serviço.

Setor primário: Caracteriza-se pela presença de minifúndios, onde 96% dos estabelecimentos agropecuários não possuem área superior a 50 hectares, e a área média das propriedades não ultrapassa a 17 hectares.

Na agricultura por ordem de importância, destacamos as principais culturas: fumo, arroz, banana, mandioca, feijão, milho, gado de corte, leiteiro e aves de corte.

<u>Culturas</u>	<u>Área cultivada/hect.</u>	<u>Produção (t)</u>
Fumo	1.600	2.880
Arroz	1.500	8.400
Banana	120	960
Milho	350	1.260
Mandioca	630	12.000
Feijão	50	75
Maracujá	400	8.800
Moranga	60	480
Uva	02	17

Pecuária	Rebanho	Produtividade Kg
Leite/ litro	3.292 cabeças	1.770 litros
Gado de corte/ Cabeça	1.593 cabeças	380 kg
Aves de corte	2.100.000	1.6 kg

Reflorestamento	00	-
-----------------	----	---

Fonte: Epagri 2014

Setor Secundário: Segundo o IBGE o Município possui atualmente 140 indústrias, onde destacamos os calçadistas, ceramistas, moveleira, fecularias, beneficiamento de arroz, construção civil, indústrias de alimentos e confecções. Com o inchamento de nossas Vilas, devido ao êxodo rural e das famílias vindas de outros municípios em busca de emprego hoje, Sombrio possui um índice elevado de desemprego e de subemprego. Na maioria são indústrias de pequeno porte.

Setor Terciário: Segundo o IBGE, Sombrio possui 225 estabelecimentos comerciais e aproximadamente 91 prestadores de serviços. Com o crescimento da indústria de confecções, nesta última década, surgem com maior presença o shopping com vendas a varejo e atacado, localizados a margem da BR101 pela facilidade do acesso.

Tabela 4- **Movimento Econômico de 2005 a 2013**

Ano	Primário	Secundário/Terciário	Total
2005	36.870.886,00	86.787.434,00	123.658.321,00
2006	32.269.208,65	84.749.676,48	117.018.885,13
2007	33.006.796,27	90.625.077,77	123.631.874,04
2008	34.109.780,72	100.211.978,87	134.321.759,59
2009	45.292.293,95	129.744.648,57	175.036.942,52
2010	32.359.536,80	152.967.139,84	185.326.676,64
2011	32.954.309,67	179.251.827,39	212.206.137,06
2012	36.776.853,22	213.076.051,69	249.852.904,91
2013	46.054.133,87	239.289.047,74	285.343.181,61

* 2013 – valores provisórios. Pode aumentar, diminuir não. Fonte: AMESC 2014

3.5 Aspectos Sociais

Emprego e Renda: A realidade vivenciada pelo município de Sombrio – SC, possuindo no ano de 2013 a população de 27.165 habitantes, com indicadores sociais: PIB per capita de R\$ 13.650,00 (treze mil, seiscentos e cinquenta reais), por hab/ano. O índice de desemprego da PEA era 11,4%.

Habitação: 70 % na área urbana e 30% na área rural, as residências são de alvenarias, mistas e madeira com predominância para casas de alvenaria. A maioria dos prédios são de pequeno porte (até 3 andares). Apesar dos investimentos em casas populares Sombrio ainda possui déficit habitacional.

Educação: Sombrio apresenta um índice de desenvolvimento da educação – IDEB/2011 em 5,2, possuindo atualmente 6841 matriculados, distribuídos da seguinte forma:

-05 escolas estaduais.....	2506 alunos matriculados
-08 escolas municipais.....	2351 alunos matriculados
-03 creches particulares (filantrópicas).....	458 alunos matriculados
-02 escolas particulares.....	579 alunos matriculados
-06 creches municipais.....	844 alunos matriculados
-01 APAE.....	103 alunos matriculados

Fonte - Secretaria Municipal da Educação de Sombrio 2014.

Saúde: O município de Sombrio está habilitado junto ao Ministério da Saúde na Gestão Plena da atenção Básica, onde recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços básicos de clínica médica, pediátrica, ginecológica e pequenas cirurgias, serviços de vigilância sanitária, ações de Vigilância Epidemiológica e controle de doenças. O município gerencia todas as unidades básicas de saúde em seu território e recebe recursos financeiros por habitantes/ano. Ações, serviços e programas a seguir detalhados.

Com a assinatura do Pacto de Gestão, conforme a Deliberação 62/CIB/10, a Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 147ª reunião ordinária do dia 19 de fevereiro de 2010, aprova a adesão do Município de Sombrio ao Pacto de Gestão, por cumprir

as exigências da Portaria GM/MS 699/06.

3.6 Aspectos Culturais e Turísticos.

Cultura: Os sombrienses de hoje resultam de um conjunto diversificado de origens culturais. A cultura tradicional de Sombrio com de todo litoral catarinense é as bases culturais açoriana, cuja essência reflete a simplicidade, o orgulho, a religiosidade, o misticismo e o profundo respeito pelo homem e a natureza. Nossa cultura manifestada através do sentir, pensar e do agir, como: Danças de Salão, Festa São João (Pau-de-fita, fogueira, quadrilha, etc), Terno de Reis (boi-de-mamão, cobra, urubu, Mariana, urso, cavalinho), Festa Santo Antonio de Pádua (Padroeiro da cidade), Arraial Fest, Rodeio Crioulo. Não podemos deixar de referenciar as culturas Italianas e Alemãs que tem fortes influencia s em nosso município, inclusive com realização de uma grande festa Italiana que já faz parte de nossa cultura.

Turismo: Sombrio tem o privilegio de estar localizado no Sul do Estado, próximo de duas grandes capitais, Porto Alegre e Florianópolis, próximo da serra e do mar, abastecido pela BR 101 e SC 485, facilitando a chegada de turista a nossa cidade. Temos como pontos turísticos mais importantes a maior Lagoa de Água doce do Estado, a Igreja Matriz, Morro da Moça, as furnas, e o shopping.

4 CARACTERIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA

Transporte: A cidade é servida por linhas regulares de ônibus regulares, com horários

diversos. As principais rodovias de acesso as outras cidades e capitais, é a BR101. O município fica situado a 240 Km da capital de Florianópolis e a 220 de Porto Alegre, e a SC 485 com acesso a 7 Km do Balneário Gaivota e a 18 de Jacinto Machado.

Energia Elétrica: Atualmente existem cadastradas na CELESC (Centrais Elétricas de Santa Catarina), 8.421 residências na parte urbana do município e 1.292 residências na parte rural, tendo uma cobertura de 100% das residências. Estão cadastradas também 665 indústrias, 1.184 comércios, 75 Poder público, 24 Serviço Público.

Fonte: Celesc 08/2014.

Telefonia Abastecida pela TELESC (Telecomunicações de Santa Catarina). Sistema: DDD, Código 048.

Ruas e Avenidas: As principais ruas e avenidas são asfaltadas, em boas condições de tráfego, ligando o centro com bairros mais importante e populoso da cidade.

Abastecimento de Água: A captação da água ocorre no açude da Guarita e o abastecimento de água no município é realizado pela SAMAE, e atende cerca de 4.100 ligações de água, correspondendo aos bairros centro, São José, São Luiz, Parque das Avenidas, Januária Raizeira, São Pedro, Guarita, Furnas e da Nova Brasília. Os outros bairros como São Camilo e interior, usam poços e ponteiras, não recebendo nenhum tipo de tratamento.

Rede de Esgoto: A maior parte da população até final de 2009 utilizava de sistema de fossas sépticas e sumidouros. A administração municipal através da secretaria de saúde em parceria com a secretaria de obras desenvolveram um projeto de saneamento básico que beneficia até

os dia atuais 2.300 residências com ligação de esgoto.

Coleta de Lixo: É realizado diariamente pela prefeitura que transporta até o aterro sanitário Preservale, localizado no bairro Santa Catarina, município de Araranguá, onde após a coleta seletiva é descartado de acordo com as normas da Vigilância Sanitária.

Segurança Pública:

Polícia Militar

Representada pela 2ª companhia de Polícia Militar, com sede em Araranguá, tem hoje o efetivo de 35 policiais ativos, 02 policiais da reserva remunerada que retornaram para o corpo de funcionários temporários e 07 agentes civis temporários atuando diretamente na prevenção dos delitos e na manutenção da ordem.

O Tenente Fausto Brandalise responde interinamente pelo comando da companhia.

A companhia PM, possui uma frota de 08 veículos automóveis e 02 motocicletas.

Situa-se na Rua Aniceto Silveira, nº 799, bairro Nova Brasília – Sombrio/SC.

Fonte: PM Sombrio – 28/08/2014

Polícia Civil

Representada pela Delegacia de Polícia de Comarca de Sombrio, tem efetivo 13 policiais, 03 estagiários, 04 contratados. Possui 06 viaturas.

Delegado: Luis Otavio.

Situa-se a Rua Telegrafista Adolfo Coelho, nº 789, bairro Centro – Sombrio/SC.

OBS: Ao lado da Delegacia de Polícia Civil está em construção o Departamento de trânsito e CNH muito mais amplo e moderno que a atual.

Fonte: PC Sombrio – 28/08/2014

Bombeiro

Representado pelo 2º Pelotão de Bombeiro Militar, tem 17 bombeiros efetivos, 02 bombeiros contratados, 18 bombeiros comunitários, sendo mais 35 bombeiros cadastrados.

O Pelotão atende os municípios de Sombrio, Balneário Gaivota, Jacinto Machado e Santa Rosa d Sul. Possuem 01 caminhão ABTR058, 01 automóvel AAT, 01 ambulância Auto Resgate AR75, 01 Quadriciclo com reboque e 01 Jet Ski.

Situa-se a Rua Antonio Inácio da Rosa, nº 1227 – bairro São Luiz – Sombrio/SC.

2º Tenente BM – Vinícios Moura Marcolim.

5 CARACTERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

5.1 Organização Política

Poder Executivo: Representado pelo chefe do poder, o Prefeito Municipal, auxiliado pelos seus Secretários. É o poder responsável pela execução das leis aprovadas pelo legislativo.

Poder Legislativo: Tem a função de elaborar leis e fiscalizar as ações das autoridades executivas. O poder é exercido pela Câmara Municipal, atualmente constituída por nove vereadores, sendo um escolhido por votação para exercer a presidência.

Poder Judiciário: O Poder Judiciário instalado em nosso município e exercido pelo tribunal de justiça localizado na capital. Nosso município é sede de comarca, vara única, responsável pela demanda dos municípios de Sombrio e Balneário Gaivota.

Sua autoridade é exercida pelo Juiz de Direito e pelo Ministério Público (Promotor).

5.2 Organização Social

Grupos Sociais:

- Associação de Moradores;
- Sindicatos (rural, calçadista, ceramista e comércio);
- Grupos e Clubes de serviço: Rotary Clube, Lions Clube, UFACS, Clube dos Lobisomens, Grupos de melhor idade, Clubes de Mães;
- Associação hospitalar Dom Joaquim;
- Lar do idoso;
- Sombrio Futebol clube;
- Amigos da Natureza;
- Associação Comercial e industrial de Sombrio/ACIS;
- Clube dos Diretores Lojista/CDL;
- Sombrio Tênis Clube;
- Associação dos Deficientes Físicos;
- Associação dos Estudantes Universitários.

6 GERENCIAMENTO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

O gerenciamento do sistema municipal de saúde está centrado na figura da

secretaria municipal, com a participação direta de sua assessoria técnica administrativa e diretoria de compras centralizada na prefeitura. Assim a operacionalização do Fundo Municipal de Saúde em conjunto com o Prefeito Municipal, secretaria de administração e finanças, e com a supervisão da comunidade civil organizada, representada pelo Conselho Municipal de Saúde.

7 DIAGNÓSTICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1 Rede Física Instalada

Atualmente Sombrio possui uma unidade central e sete Equipes de Saúde da Família localizado nos bairros Januária, São José, São Luiz, Guarita, Centro, Nova Brasília e Boa Esperança, com extensão nos bairros Retiro da União e Garuva.

Referente ao estado de conservação, todas as unidades de Unidades de Saúde do município apresentam área física adequada e equipamentos suficientes para desempenhar as atividades básicas.

Na Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Unidade Central, situada na Rua Padre João Reitz, nº 492, Centro – Sombrio – SC, funcionam a administração e os serviços de referências com atendimento médico nas clínicas básicas (pediatra, ginecologia / obstetra, clínica geral e pequenas cirurgias), com serviços de enfermagem em ambulatório, e demais programas preconizados pelo Ministério da Saúde.

Cada Equipe de Saúde da Família possui: um consultório médico, uma sala de

espera, uma sala de curativos, sala dos agentes comunitários, cozinha, sala para esterilização, sala para coleta de preventivo do câncer do colo do útero, consultório odontológico (ativado em 04 ESF) e uma sala de imunização (ativado em 03 ESF e na Unidade Central).

Nos Bairros Januária, Guarita, São José, São Luiz, Boa Esperança, Central e Nova Brasília atuam Equipes de Saúde da Família, compostas de médico, enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nas ESF dos bairros São Luiz, São José, Januária e Central dispõem de equipe de Saúde Bucal que oferecem atendimento a população da área de abrangência.

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. Esta unidade atende as referências em gineco-obstetrícia, pediatria, homeopatia, clínica geral, clínica geral em Saúde Mental, psiquiatria, pneumologista/tisiologista, psicologia, ultra-sonografia, eletrocardiograma, colposcopia, crio-cauterização, pequena cirurgia, dermatologia. As instalações dispõem de 05 consultórios médicos, um consultório odontológico, um ambulatório, uma sala para pequena cirurgia, uma sala de vacinas, sala para ultra-sonografia, dermatologia 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 SISVAN, Vigilância Sanitária, Epidemiologia e 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.

O Município possui ainda convênio com o SUS em Hospital Geral (01) e Laboratórios de Análises Clínicas (06), além dos serviços médicos e de diagnóstico através de consórcio intermunicipal.

7.2 Frota de Veículos da Secretaria

- 01 Moto Biz
- 01 Ducatos com 16 lugares
- 01 Boxer Ambulância Básica
- 01 Tansit
- 04 Fiat Uno 1000
- 01 Doblo
- 01 Corsa Sedan

7.3 Recursos Humanos

7.3.1 Unidade Central:

- 03 Pediatras;
- 02 Gineco/obstetra;
- 03 Clínicos gerais;
- 01 Cirurgião (pequenas cirurgias ambulatoriais);
- 01 Odontólogo;
- 02 Assistente Social e os atendentes;
- 01 Enfermeira SAE (Programas DST/HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase e Hepatites Virais e Polo de Aplicação e Referência para tratamento das Hepatites Virais);
- 01 Enfermeira (Resp. ESFS);
- 01 Enfermeira (Responsável Técnica dos Serviços de Enfermagem);

- 02 Fisioterapeutas;
- 01 Pneumologista/Tisiologista – SAE;
- 01 Infetologista Pólo de Aplicação e Referência tratamento Hepatites Virais;
- 01 Farmacêutico Pólo de Aplicação e Referência tratamento Hepatites Virais;
- 02 Técnicas de Enfermagem SAE (Programas DST/HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase e Hepatites Virais e Polo de Aplicação e Referência para tratamento das Hepatites Virais);
- 01 psicóloga SAE (Programas DST/HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase e Hepatites Virais e Polo de Aplicação e Referência para tratamento das Hepatites Virais);
- 01 Clínico (Saúde Mental);
- 01 Diretoria de Vigilância Sanitária (Nível superior);
- 03 Fiscais de Vigilância Sanitária;
- 11 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem;
- 03 Agentes de Dengue;
- 11 Motoristas;
- 04 Setor Administrativo;
- 01 Diretor Administrativo;
- 02 Atendentes (Recepção/0800/Central de Agendamento e Autorização de Exames);
- 01 Recepcionista;
- 02 Serviços Gerais (Higienização);
- 02 Atendente Administrativa (Vigilância em Saúde) - Estagiária;
- 01 Auxiliares de Fisioterapia;
- 01 Atendente para Consultórios Médicos da ginecologia.
- 02 Telefonista;

- 01 Farmacêutico;
- 01 Atendente de farmácia.

7.3.2 Equipes de Saúde da Família:

- 07 Equipes de Saúde da Família:
- 01 Enfermeira;
- 01 Médico;
- 02 Auxiliares de Enfermagem;
- 51 Agentes Comunitários, sendo: ESF Januária – 08 ACS, ESF S. Luiz - 08 ACS, ESF Guarita – 07 ACS, ESF S. José – 06 ACS, ESF Boa Esperança – 06 ACS – ESF Central – 08 ACS, ESF Nova Brasília – 08 ACS.
- 01 odontólogo (São Luiz, São José, Januária, Central)
- 01 Técnico Higiene Dental (ESF S. Luiz, ESF S. José e Central)
- 01 Auxiliar Saúde Bucal (ESF Januária)

7.4 Recursos Orçamentários

Tabela 5 - Despesas com recursos próprios em ações e serviços de saúde em R\$ (B):

ANO	VALOR	%
2005	1.755.001,00	15,80
2006	2.100.614,40	16,67
2007	2.445.055,69	17,22
2008	3.177.531,31	17,64

2009	3.270.851,21	17,97
2010	3.449.762,84	17,29
2011	4.792.774,22	20,11
2012	4.869.057,34	18,97
2013	5.917.457,45	22,65
2014*	5.420.100,00	20,54

Fonte: SIOPS 2014 (*Previsão)

7.5 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

- Assistência ambulatorial nas áreas de: enfermagem (saúde do idoso, saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, hiperdia, epidemiologia, imunização), com procedimentos curativos e preservativos incluindo assistência domiciliar.
- Assistência médica nas áreas de: Pediatria, ginecologia/obstétrica, clínico geral, clínico em saúde mental, pneumologia/tisiologista, pequenas cirurgias.
- Assistência em diagnose e tratamento: teste pezinho, ECG, dermatologia, ultrassonografia, biopsias, citopatológico, sorologias, bacteroscopia, PPD, colposcopia, criocauterização, assistência farmacêutica, convênio com seis laboratórios de análise clínicas.
- Assistência Saúde Bucal: o município dispõe com quatro equipes de saúde bucal com modalidade específicas I e II, contando com odontólogo, THD, dando ênfase aos procedimentos coletivos e prevenção a carie dental, junto as escolas.
- Área administrativa: conta com Controle e Avaliação e Auditoria, agendamento de

consultas através do 0800, central de telefonia, central de prontuários, recepção, central de almoxarifado, central de controle de transporte, conselho municipal de saúde e gabinete secretária municipal, autorização para internação hospitalar – AIH de média complexidade – cirurgias eletivas, central de procedimentos de dados (manutenção da informação de programas específicos).

8 SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECÍFICA

8.1 Atenção à Saúde da Criança

Programa SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)

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 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.

Indicadores: Saúde da Criança	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número absoluto de óbitos em menores de uma ano de idade	05	04	03	02	04	04	04	02	03
Número de Nascido Vivos	422	389	416	377	367	402	390	395	396

% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	5,2	3,6	7,5	8,0	5,7	6,7	8,0	6,1	5,6
Número absoluto de óbitos neonatais	04	04	00	01	04	03	02	01	02
Taxa de mortalidade infantil neonatal	9,47	10,28	00	2,65	10,9	7,46	5,14	2,53	5,05

Tabnet-2014

8.2 Atenção à Saúde da Mulher

Programa Preventivo do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Mamas (SISMAMA):

com coleta da citologia oncológica, mamografia e incentivo ao auto-exame de mamas através de orientação educativa na Unidade Central e nas Unidades de PSF;

Programa SISCOLO: busca ativa, diagnóstico, tratamento, monitoramento das patologias cérvico-uterinas. Contamos com profissional capacitado na área específica, colposcopia, laboratório de referência, tratamento no ambulatórios e cirúrgicos também em hospital de referência;

Planejamento Familiar: programa que se orienta por ações preventivas e educativas e pela garantia do acesso igualitário às informações, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade. O enfoque educativo é elemento fundamental;

Assistência de Enfermagem: disponibilizada em todas as unidades e no domicílio quando se fizer necessário sob avaliação da coordenação da enfermeira responsável.

Assistência médica: especializada nas patologias da ginecologia clínica e cirúrgica e encaminhamento para referências;

Assistência no pré-natal e nascimento humanizado;

Programa SISPRENATAL:

Rede Cegonha, Teste rápido de gravidez e exames.

Assistência farmacêutica (farmácia-básica) conforme RENAME.

Indicadores: Saúde da Mulher	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taxa de mortalidade materna	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal	97,4	92,5	94,2	97,9	94	94,3	93,8	96,2	95,7
% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	-	16,7	-	-	-	-	-	-	-
Razão exames citopatol. Cérvico-vaginais/mulheres 25 a 59 anos	0,31	0,17	0,40	0,18	0,20	1,01	0,58	0,08	1,00
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nº de mortalidade em mulheres por neoplasia de mama	-	3,80	7,46	3,95	19,57	-	3,72	3,68	-
% de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal	41,7	41,1	41,4	63,6	62,5	62,44	55,13	66,84	67,72

(*Previsão)

Programa Nacional de Suplementação de Ferro

O programa Nacional de Suplementação de Ferro conta com profissionais capacitados como Enfermeiro responsável do programa para planejar e realizar as ações pediatras e ginecologista/obstetra, sendo também estimulado o aleitamento materno e alimentação saudável.

O público alvo são crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana, mulheres até 3º mês de pós parto e pós aborto, o suplemento é financiado pela farmácia do município.

8.3 Atenção a Saúde do Homem

Prevenção dos principais agravos que acometem os homens em diversas faixas etárias, tais como: câncer de próstata, hipertensão, diabetes, infartos do miocárdio, tabagismo, alcoolismo, AVC. Este programa conta com uma equipe multiprofissional, com atendimento médico e de enfermagem.

8.4 Atenção aos Ostomizados

A UNESC junto a Secretaria de Saúde auxiliando no cuidado dos ostomizados, conta com multiprofissionais capacitados, com atendimento médico e de enfermagem.

- Distribuição de bolsas de colostomia.

8.5 Programa do Tabagismo

O programa já está em desenvolvimento, contando com profissionais capacitados, realizando grupos de pacientes durante 03 meses e distribuindo insumos e medicamentos para o tratamento do tabagismo.

8.6 SAMU

O município conta com o serviço de atendimento móvel (SAMU), com profissionais capacitados, onde realizam plantões de 24 horas, atendendo as nossas comunidades, bem como outros municípios que necessitarem. O Atendimento é realizado junto aos médicos reguladores, com uso de medicamentos em geral e procedimentos.

8.7 Atenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA)

- Cadastramento, acompanhamento, assistência médica, de enfermagem e laboratorial;
- Distribuição aos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, os medicamentos preconizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde conforme a portaria: 371/GM, 14/03/2002.

8.8 Programa de Tuberculose e Hanseníase

Tuberculose: O serviço é prestado pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE Sombrio), um braço da Vigilância Epidemiológica Municipal, sendo ofertado em espaço próprio, anexo ao Hospital Dom Joaquim. Para tanto, conta com equipe composta por enfermeira, técnicas de enfermagem e médico pneumologista. Para sua continuidade, segue as Normas do Ministério da Saúde, realizando coleta de escarro (baciloscopia e cultura), teste de Mantoux (PPD), distribuição de medicação e consulta médica de diagnóstico (avaliação) e acompanhamento, além da investigação do caso e de seus comunicantes. Como estratégia, trabalha em parceria com as equipes de Saúde da Família e realiza campanhas para a detecção de novos casos.

Hanseníase: Este Programa também é uma extensão da Vigilância Epidemiológica Municipal, tendo também seu atendimento realizado pelo SAE, por médico especializado e equipe de enfermagem. Tem seus casos detectados através da ampla rede ambulatorial do município, a qual faz o encaminhamento do paciente ao serviço. O Programa de Hanseníase tem por meta realizar o diagnóstico e acompanhamento do paciente, avaliar em 100% dos casos novos o grau de incapacidades físicas I e II, avaliar em 10% dos casos curados o grau de incapacidades físicas I e II, e ainda examinar 80% dos contatos intra-domiciliares dos casos

novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas.

Indicadores: Controle da Tuberculose	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *	2012 *	2013 *
% de abandono do tratamento de tuberculose	00	00	00	00	00	01	00	00	00
Taxa de incidência de	07	02	03	04	13	07	07	07	07
Taxa de mortalidade por tuberculose	0%	0%	33%	25%	7%	14%	14%	14%	14%
Casos de mortalidade por tuberculose	00	00	01	01	01	01	01	01	01
Indicadores: Eliminação da Hanseníase	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *	2012 *	2013 *
% de abandono do tratamento de hanseníase	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Taxa de detecção de casos de hanseníase	00	00	00	00	00	50%	50%	50%	50%
% de cura nos casos de hanseníase diagnosticados	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Taxa de prevalência de hanseníase	01	00	01	01	00	00	00	00	00
% Grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

(*Previsão)

8.9 Programa Saúde Bucal

- Assistência odontológica com equipe nos PSF São Luiz, São José, Januária e Central, atendendo também pacientes das Equipes de Saúde da Família Guarita, Boa Esperança e Nova Brasília (ações preventivas, restaurações);
- Parceria com escolas e creches da rede municipal para realização de ações preventivas (palestras, bochechos com flúor...).
- Oferta de próteses dentaria, com Laboratório de Próteses Dentaria terceirizado, e ESFs com

o serviço de saúde bucal realizando as moldagens, adaptação, instalação, cimentação, ajuste oclusal, entre outros.

Indicadores: Saúde Bucal	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Cobertura de Equipes de saúde bucal	29,67	42,63	59,88	79,47	53,54	-	-
Nº de Próteses Dentaria realizadas	-	-	-	-	-	260	294

(*Previsão)

8.10 Programa de Saúde da Família

O município conta com 07 equipes de ESF formada por: 07 médicos, 07 enfermeiros, 10 auxiliares e técnicos de enfermagem e 51 agentes comunitários, 04 odontólogos, 03 auxiliar de consultório dentário, 01 Técnica em Higiene Dental e 07 serviços gerais (limpeza).

Desenvolve as seguintes ações:

- Cadastramento das Famílias;
- Assistência Médica e de Enfermagem;
- Consultas de Enfermagem;
- Procedimentos Ambulatoriais (curativos, nebulizações, retirada de pontos, pequenas cirurgias...);
- Visitas Domiciliares da equipe;
- Organização, acompanhamento dos grupos operativos (Hipertensos e Diabéticos, Gestantes...);
- Ações na Saúde da Mulher (preventivos do câncer do colo do útero e mamas e encaminhamento para referencias das patologias cérvico-uterinas);
- Ações na Saúde do Homem (prevenção do câncer de próstata);
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças;

- Parceria em campanhas de vacinação;
- Imunização (salas de vacina equipadas e organizadas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde) da população de sua área de abrangência;
- Parceria em Vigilância em Saúde (notificação de agravos, busca ativa, levantamento de dados);
- Parceria em todos os programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Indicadores: Gerais	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% da população cadastrada no SIAB	73,4	71,4	73,5	90,71	86,22	88,68	91,47	99,39	Sem dados tabnet
Consultas médicas nas especialidade básicas por habitante/ano	1,2	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,51	1,53
Média mensal de visitas domiciliares por família	0,9	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

8.11 Serviço de Saúde Mental

A atenção em saúde mental é disponibilizada através de cadastro, consultas médica, consultas psicológicas e de enfermagem, visita domiciliar, dispensação de medicamentos fornecidos e preconizados pela SES na área de Saúde Mental para rede ambulatorial.

O serviço também disponibiliza encaminhamentos para internações, apoio

familiar, realiza palestras em escolas, organiza campanhas nas datas pontuais da meta antimanicomial com palestras, passeatas, distribuição de material informativo, entre outros.

Grupos terapêuticos, de depressivos e usuários de medicação controlada da enfermagem e da assistência social e visitas domiciliares dos pacientes do programa.

8.12 Programa de Imunização

- Serviço disponibilizado nas Unidades: Central, PSF Januária, PSF São José e PSF São Luiz, com profissionais capacitados, salas equipadas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;

- Realização das campanhas anuais para Influenza (idosos) e pólio (zero a cinco anos);

- Oferta todas as vacinas de rotina, e ainda, na Unidade Central, disponibiliza imunobiológicos especiais conforme avaliação do CRIE (Centro de Referência de Imunológico Especial).

8.13 Programa DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais / Polo de Aplicação e Referência ao Tratamento de Hepatites Virais

➤ Tem suas ações desenvolvidas junto ao SAE Sombrio, em anexo ao Hospital Dom Joaquim;

➤ Realiza:

- atendimento, investigação e acompanhamento de pessoas com suspeita e/ou confirmação de Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Assistência médica e de enfermagem aos pacientes cadastrados no programa.
- Distribuição de insumo de prevenção tais como: preservativo feminino e

masculino e gel lubrificante para a população em geral, e ainda distribuição de preservativo masculino em postos diversos, através do projeto “Eu e você longe do HIV”.

- Fornecimento de medicação para DST e tratamento antirretroviral (TARV) para pacientes HIV/AIDS.
- Diagnóstico, atendimento, acompanhamento, realização de exames e tratamento com medicações injetáveis para pacientes portadores de algum tipo de Hepatite Viral;
- Acompanhamento individual e familiar;
- Ainda, realiza trabalho de prevenção à população em geral através de ações educativas, como: palestras, grupos, e orientações à comunidade, escolas, empresas e mídia; bem como Campanhas pontuais, tais como Dia Mundial de Luta Contra a Aids, Semana de Combate às Hepatites Virais, Campanha de Carnaval, Combate à Aids no Local de Trabalho.
- Coleta de exames anti-HIV, hepatites virais, carga viral para HIV, CD4/CD8, entre outros;
- Realiza projeto junto ao Programa Estadual, recebendo recurso financeiro deste, o qual gerencia, por se tratar de município prioritário no que se refere às pessoas vivendo com AIDS.

8.14 Assistência ao Idoso

- Serviço disponibilizado em todas as unidades: Central e ESF'S com assistência médica e de enfermagem.

- Acesso prioritizado às consultas, encaminhamentos às referências, cadastramento e inclusão aos programas, atividades de grupo.
- Imunização, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

8.15 Programa de Combate a Dengue.

Tem como objetivo realizar trabalho de prevenção e combate ao mosquito *Aedes Aegypti* em nosso município com a finalidade de evitar a proliferação do vetor e a transmissão da doença, desenvolvendo as seguintes ações:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer e contabilizar os Pontos Geográficos da área urbana do município;
- Construir e distribuir em pontos estratégicos armadilhas com visitas semanais;
- Realizar visitas quinzenais em Pontos Estratégicos da cidade (borracharia, casas de comércio de materiais de construção, ferro velho e etc);
- Atender denúncias quanto aos riscos de áreas que podem ser focos para o desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti*;
- Realizar ações de educação nas instituições de educação e meios de comunicação;
- Ampliar a equipe de trabalho;
- Recolhimento de pneus das borracharias com destino adequado.

8.15.1 Recursos Humanos

- 03 agentes de saúde da dengue

8.15.2 Atividades do Programa da Dengue

Reconhecimento dos Pontos Geográficos

O trabalho de Reconhecimento Geográfico da cidade de Sombrio (contagem do nº de comércio, residências, terrenos baldios e outros nas áreas urbanas) foram todos identificados conforme Programa da Dengue no ano de 2014, sendo que os mesmos devem ser atualizados constantemente.

Armadilhas

O município consta hoje com 125 armadilhas visitadas semanalmente (a cada 7 dias impreterivelmente) e estão distribuídas nos bairros em pontos estratégicos como segue a tabela:

Bairros	Nº de armadilhas
Januária	08
Nova Brasília	07
São José	09
Furnas	07
Raizeira	09
Centro	14

São Luiz	10
Parque das Avenidas	05
São Francisco	08
Guarita	14
São Camilo	04
Morretinho	07
São Pedro	07
Boa Esperança	09
Retiro da União	07

Visitas em Pontos Estratégicos (PE)

Atualmente o município possui 35 Pontos Estratégicos que são visitados duas vezes por mês (a cada 15 dias). Estes PE são locais como as borracharias, casas de comércio de materiais de construção, ferro velho e etc, que são propícios para o desenvolvimento do mosquito transmissor da Dengue, por tanto, deve manter a constante visita do agente de saúde da dengue.

Estes locais estão distribuídos conforme tabela abaixo:

Localidade	Nº de PE existente
Januária	05
Nova Brasília	04
São José	02
Morro do Cipó	02

São Luiz	01
Parque as Avenidas	06
Centro	03
Furnas	02
Raizeira	02
Guarita	05
São Pedro	01
Boa Esperança	01
São Pedro	01

Trabalho em Delimitação de Foco

Quando constatados focos do mosquito *Aedes aegypti* é realizado um trabalho de investigação nos imóveis num raio de 300 metros (Delimitação do Foco) do local onde foi encontrado o mosquito, e repetido a cada dois meses (Levantamento de Índice + Tratamento - Li+T), num período de um ano.

Pesquisa Vetorial Especial

É a procura eventual de *Aedes aegypti* em função de denúncia em áreas não visitadas pelo programa. Caso tenha ocorrido comprovação e/ou suspeita da dengue em algum morador do município, este deve ser investigado pela equipe da Vigilância Epidemiológica e o local de sua residência e trabalho deve ser investigado pelo agente de saúde da dengue, caso seja

necessário coleta de larvas devem ser feitas para investigação.

8.16 NASF

Através da implantação da equipe de NASF FEDERAL 1 – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, pretendemos oferecer aos cidadãos de nosso município um serviço de saúde de maior qualidade, uma vez que possibilita a inclusão de uma equipe multiprofissional para atuar juntamente com as equipes de ESF – Estratégia de Saúde da Família.

Proposta de Adesão para 2014.

8.17 Vigilância Sanitária - VISA

A Vigilância Sanitária do município *“é responsável por promover e proteger a saúde prevenindo doenças por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização”*.

São ações realizadas pelo setor:

- Cadastramento dos estabelecimentos no setor sujeitos a fiscalização da VISA;
- Inspeccionar e reinspeccionar estabelecimentos sujeitos a fiscalização;
- Atender denúncias que visem o risco a saúde;
- Coletar água para análise de consumo humano;
- Realizar atividades educativas relacionadas à “Vigilância Sanitária”;
- Conceder Alvarás e Licenças Sanitárias;
- Realizar serviços burocráticos no setor;

O município para cumprir as metas pré-estabelecidas no *Plano de Ações Sombrio – 2014-2015* necessita:

- Ampliar sua equipe com profissionais de nível superior;
- Aumentar e reestruturar a área física do setor da Vigilância Sanitária;
- Adquirir materiais necessários e específicos para as atividades de coleta, inspeção e expedição de Alvará Sanitário;
- Adquirir uniformes para os fiscais da Vigilância Sanitária.
- Adquirir equipamentos (computadores / impressoras / peagâmetro e clorímetro portátil / termômetros digitais / freezer horizontal / GPS / máquina fotográfica);
- Adquirir veículo adequado e exclusivo para as atividades desenvolvidas pela VISA.
- Capacitações em áreas específicas realizadas pela Diretoria de Vigilância Sanitária – DIVS.

8.17.1 Recursos Humanos

- 03 fiscais de Vigilância Sanitária (nível médio) – capacitados pelo Estado;

8.17.2 Plano de Ações – Sombrio – 2014/2015.

Segue em anexo. (Anexo I)

8.18 Serviço Social e Tratamento Fora-Domicílio (TFD)

- O Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde em suas ações e atendimentos individuais e/ou familiares realiza orientações e gerencia os seguintes procedimentos:
- Preenchimento, cadastramento dos processos de Tratamento Fora do Domicílio;
- Encaminhamento para central de agendamento através da Regional de Saúde dos

processos de TFD;

- Agendamento de consultas e exames através do SISREG (Sistema Nacional de Regulação).

8.19 Serviços de Transportes

- Agendamento e reserva de transporte para os usuários do SUS conforme disponibilidade de vagas e veículos da Secretaria Municipal da Saúde para aos centros de referência dentro do Estado para consultas, exames, tratamento médico das diversas especialidades;

8.20 Assistência Farmacêutica Básica

Armazenamento, controle e distribuição dos medicamentos essenciais (básico), adquiridos pelo município, estado e união, através dos programas de forma gratuita a população do município de Sombrio.

- Orientação, preenchimento e encaminhamento de processos solicitando medicamentos excepcionais fornecidos pelo Estado.
- Informatização do controle de estoque e distribuição dos medicamentos para o ano de 2010.

8.21 Assistência a População em Geral

Prestar atendimento médico, e serviços assistenciais, através dos atendimentos de: Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Homeopatia, Consultas em Saúde Mental, Consulta de Enfermagem, Atendimento de Enfermagem em Ambulatório, Atendimento em Saúde Bucal, sessões em psicologia, Reuniões Educativas em Saúde, Visitas Domiciliares, Exame de Laboratório e RX, ultrassonografia, eletrocardiograma, colposcopia, criocauterização, coletas de materiais (sorologias, citologia oncótica, teste pezinho, biopsias, BK, PPD), ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, controle e combate da Dengue, Imunização, Pequenas Cirurgias, Fisioterapia.

9 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

A Unidade Central de Saúde conta com uma equipe de vigilância epidemiológica, que recebe as notificações dos serviços de saúde pública e privada e, toma as medidas necessárias de conformidade com as normas técnicas que cada doença requer e, posteriormente encaminha as notificações ou investigações feitas no município para a 22ª Coordenadoria Regional de saúde, com sede no Município de Araranguá.

9.1 Vigilância Epidemiológica

Vigilância Epidemiológica é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e

condicionantes da saúde individual ou coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

A vigilância Epidemiológica abrange os Programas de DST/HIV/AIDS, Hepatites virais, Imunização, Tuberculose, Hanseníase, Dengue, entre outras doenças e agravos.

A operacionalização da Vigilância epidemiológica no município de Sombrio é desenvolvida na unidade de saúde central, e conta com uma equipe de 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem, 01 médico e 1 motorista. (Sobreaviso de 24 hs). Nos finais de semana, o Plantão é realizado através da 22ª Regional de Saúde de Araranguá, tem uma escala de plantão dos funcionários, sobreaviso mensal para eventuais acontecimentos; no entanto, a Vigilância Epidemiológica municipal conta com sobreaviso próprio para suporte local da Associação Hospitalar Dom Joaquim através de telefone plantão.

A equipe tem como propósito fornecer orientação técnica sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Desenvolvem suas atividades a partir da ocorrência de um evento, realizando, conforme necessário, coleta de exames, investigação epidemiológica individual de surtos, realização de bloqueios vacinais, tratamento e acompanhamento das notificações dos serviços de saúde pública e privada. Tem como apoio as equipes de saúde da família, que repassam semanalmente as notificações negativas ou notificações compulsórias juntamente com investigações quando for o caso. Realiza visita periódica ao hospital do município para supervisão da estocagem e utilização dos soros heterólogos lá dispostos, verificação de notificações e/ou surtos.

Todos os casos notificados são digitados no programa SINAN e repassados semanalmente a 22ª regional de Saúde.

Tabela 6 - **Mortalidade Geral por sexo e menores de 05 anos.**

Numero de Óbito Geral	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Óbitos Femininos	54	43	41	42	57	52	59	52	61
Óbitos Masculinos	70	76	65	79	82	79	99	95	77
Menores de 05 Anos	06	05	05	02	04	05	04	02	04
TOTAL	130	124	111	123	143	136	162	142	142

Fonte: DATASUS 2010

Observa-se que a mortalidade geral vem decrescendo, atribuímos que estes números refletem a ampliação das unidades de PSF's e a melhoria da assistência.

Tabela 7- **Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas - CID10 – 2013 (Dados preliminares DATASUS)**

Grupo de Causas	Masculino	Feminino	Total
	Nº	Nº	Nº
Doenças do aparelho circulatório	19	19	38
Neoplasias (tumores)	22	09	31
Causas externas	11	04	15
Doenças do aparelho respiratório	12	07	19
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	01	07	08
Doenças do aparelho digestivo	04	00	04
Alg dças infecciosas e parasitárias	02	02	04
Algumas afec originadas no período perinatal	01	01	02
Doenças do aparelho geniturinário	02	01	03
Doenças do sistema nervoso	00	01	01

Mal Definidas	03	09	12
Total	77	60	137

Fonte: SIM - SES/SC

Na análise dos dados de Mortalidade geral por grupos de causas, verifica-se que as Neoplasias são as causas mais frequentes de óbito. Em seguida, as doenças do aparelho circulatório e respiratórias que continuam elevadas, devido ao número de fumantes, má alimentação, falta de atividade física entre outros fatores que favorecem. Mesmo assim, observa-se que o número de doenças respiratórias vem diminuindo a cada ano, fato que o programa Tabagismo vem contribuindo.

Tabela 8- Mortalidade Proporcional (%) em < de 1 ano, por Faixa Etária e Grupo de Causas - CID10 – 2010 à 2013

Grupos de Causas XXX	< 7 dias	7 a 27 dias	28 dias a 11 meses	< 1 ano
	Nº	Nº	Nº	Nº
Algumas afec originadas no período perinatal	04	01	01	00
Anomalias congênitas	02	00	01	00
Causas externas	00	01	00	00
Alg dças infecciosas e parasitárias	00	00	01	00
Doenças do aparelho respiratório	00	00	01	00
Total	06	02	04	00

Fonte: SIM - SES/SC 2005-2009.

Tabela 9 Mortalidade Infantil e componentes.

Mortalidade Infantil e componentes	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*	2013*
Mortalidade Infantil	05	04	03	02	02	02	02	02	02
Mortalidade Neonatal Precoce	02	04	-	01	02	02	02	02	02
Mortalidade Neonatal Tardia	02	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidade Infantil Tardia	01	-	03	01	-	-	-	-	-
Número de óbitos Menores de 1 ano	05	04	03	02	02	02	02	02	02

Fonte: Pacto dos Indicadores- 2013 (*Previsão)

Nos últimos anos se evidencia uma queda significativa, na mortalidade infantil. Acredita-se que as ações preventivas desenvolvidas nas unidades (Central e PSF's), o início cada vez mais precoce do Pré-Natal, o monitoramento das gestantes, o controle e acompanhamento no SISPRENATAL, o acompanhamento dos RN's, visitas domiciliares, cobertura vacinal mantida nos níveis aceitáveis e pactuados, tem contribuído para este fato. Os acessos aos serviços de saúde da mulher e saúde da criança devem ser garantidos e novos projetos devem ser implantados.

Tabela 10 - Mortalidade de Causas Individuais

CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*	2013*
AIDS	02	04	-	01	-	-	-	-	-
Acidentes de trânsito	16	10	08	12	05	05	05	05	05

Plano Municipal de Saúde

Afogamento	-	01	01	01	02	01	01	01	01
Broquite	06	07	03	06	06	05	05	05	05
Cirrose	04	01	02	02	02	02	02	02	02
CA Laringe	-	-	01	01	-	01	-	-	-
CA Esôfago	01	02	01	01	02	01	01	01	01
CA Estômago	01	-	-	-	04	02	02	02	02
CA Fígado	-	01	05	01	01	01	01	01	01
CA Pâncreas	-	-	03	01	-	01	01	01	01
CA Útero	01	01	-	-	-	-	-	-	-
CA Mama	-	01	02	01	04	01	01	01	01
CA Próstata	01	-	02	01	-	01	01	01	01
CA Pulmão	05	03	-	03	04	01	01	01	01
Diabetes	09	13	01	02	04	01	01	01	01
Hipertensão	-	06	03	02	03	01	01	01	01
Insuficiência Cardíaca	01	-	04	08	07	03	03	03	03

Fonte: Pacto dos Indicadores- 2013 (*Previsão)

As causas individuais de acordo com as declarações de óbitos, temos um índice aumentado nas neoplasias e óbitos sem assistência médica. Os óbitos por doenças de causas sem assistência médicas são elevados, pelo fato de que muitas vezes o médico que acompanha o paciente desde o início não é o mesmo que atesta o óbito naquele momento, deixando assim de informar realmente a causa do óbito, e isto faz com que o município não obtenha a sua real estatística de causas individuais. Embora os números nos mostrem um Índice significativo em

todos os anos das neoplasias, é importante salientar que atualmente as doenças cardiovasculares, tais como, infarto, hipertensão entre outras são consideradas as que causam mais mortes no município. Os acidentes, principalmente os de trânsito continuam também com índice elevado, isto se dá, por o município de Sombrio ser cortado pela BR 101, com grande tráfego todos os dias, não dando segurança devida, a uma parte da população que se desloca para cidade todos os dias, para trabalhar estudar entre outras coisas.

Mas esperamos que com duplicação da BR 101 e construção de viadutos nos trevos do município, esta causa venha a diminuir e dar segurança a população que trafega todos os dias por este caminhos.

Tabela-11 Tuberculose/ Hanseníase-Notificados e confirmados

DOENÇA	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	2011*	2012*	2013*
Tuberculose	07	03	03	04	13	07	07	07	07
Hanseníase	01	00	01	01	00	01	01	01	01

Fonte: Pacto dos Indicadores- 2013 (*Previsão)

Observando a tabela 11, nota-se que houve um decréscimo dos casos detectados, mas nunca nulidade, ou seja, mesmo com uma diminuição de mais de 50% no número de casos novos de tuberculose, percebe-se que a doença, ou melhor, o bacilo permanece circulante, e que uma parcela importante da população é portadora desse, vindo, em alguns casos, a desenvolver a doença em alguma situação de comprometimento da imunidade, como no caso da AIDS. Não obstante, encontra-se a hanseníase, com baixo índice de diagnóstico da doença, mas com caso detectado. Logo, demonstra a necessidade de atenção a estes dois temas pelos serviços de saúde, para que possa haver a detecção precoce de novos casos.

Tabela-12 Programa de Controle das Hepatites Virais.

DOENÇA	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*	2013*
Hepatites Virais									
Casos Novos - diagnóstico e notificação	08	11	08	12	09	10	10	10	10
Casos Investigados	-	-	10	66	76	65	65	65	65

(*Previsão)

Atualmente, o programa de controle das Hepatites virais do município de Sombrio, além de testar, notificar e investigar os casos suspeitos, faz o acompanhamento dos casos confirmados através de consulta médica, realização de exames sequenciais, atendimento de enfermagem e distribuição e aplicação de medicamentos, sendo o acompanhamento de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Portanto, hoje o Programa acompanha ao total, 37 pessoas com diagnóstico confirmado para hepatite viral (dentre os tipos: B e C).

9.1.1 Programa DST/HIV/AIDS

O programa tem como população alvo, pacientes que já são portadores do HIV, pacientes vivendo com AIDS, bem como a população em geral, principalmente os que vêm em busca de aconselhamento e de teste para HIV, por ter vivido situações de risco.

A realidade epidemiológica atual do município referente a DST/ HIV/ AIDS é de cinquenta e sete pessoas no programa em tratamento AIDS e HIV em controle, sendo quarenta e duas (42) pessoas em tratamento da doença (AIDS) e dezesseis (16) no controle do

vírus HIV, além das crianças expostas, filhas de mães HIV positivo, em controle até 15 meses.

No entanto, o número de diagnósticos para soropositivos vai muito além do número acima apresentado, entretanto, muitos não aceitam o acompanhamento, alguns optam por tratar em outro município devido ao sigilo e outros mudam de residência, ocorrendo o desconhecimento da situação real hoje da situação das pessoas infectadas, estimando-se que o município possua em torno de 200 portadores do vírus, conforme calculo de incidência do Ministério da Saúde.

Tabela 12 Casos novos de AIDS no município de Sombrio por ano.

AIDS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Criança	01	00	00	00	00	01	00	00	00
Adulto	04	11	05	00	05	7	5	5	04

Fonte: Pacto dos Indicadores- 2013 (*Previsão)

Ao contrário do período anterior, os números de casos de AIDS se estabilizaram, persistindo a mesma incidência de teste soropositivo.

Hoje o Programa DST/HIV/AIDS está entre os mais eficientes da região, sendo que foi um dos dois municípios do sul escolhidos para programa de ações e metas – PAM chamado no município de Projeto Pró-Vida, trazendo com isto uma melhoria na qualidade dos serviços ofertados.

Tabela 13- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC nº nascidos vivos por sexo e Sistema de Infomação de Mortalidade

Ano	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*	2013*

Nascidos Vivos	389	416	377	365	360	359	359	358
Nascidos Mortos	04	02	00	02	02	02	02	02

Fonte: Pacto dos Indicadores- 2013 (*Previsão)

Podemos observar que há uma constante entre os nascidos vivos, havendo um leve decréscimo de 2006 a 2013. No entanto, observa-se uma redução de 50% no número de natimortos em relação ao ano de 2006, provável reflexo na melhora da assistência no Pré-Natal.

Tabela 14 Mortalidade proporcional por faixa etária

Faixa etária	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 1 ano	05	-	03	02	02	04	04	02	03
1-4	01	-	02	-	-	01	-	-	01
5-9	-	01	-	-	-	-	01	03	-
10-14	-	02	-	-	-	02	01	01	-
15-19	02	01	01	06	01	02	02	03	01
20-29	10	07	03	08	07	05	06	02	03
30-39	11	07	04	04	07	06	05	05	02
40-49	20	11	16	09	11	15	13	12	13
50-59	11	18	18	19	16	14	25	20	18
60-69	25	21	13	25	26	19	27	24	26
70-79	23	30	23	23	36	28	31	43	29
80 anos e mais	22	15	26	29	30	35	43	31	42
Ign	-	-	-	-	-	-	-	01	-
Total	120	113	109	125	136	131	158	147	138

Fonte: SIM - SES/SC- 2014

Tabela 16- **Imunobiológicos aplicados em Menores de 1 ano de 2005 a 2013**

Imunobiológicos	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*	2013*
Contra poliomielite (VOP)	96,82	96,67	109,50	119,94	107,69	95%	95%	95%	95%
Tetravalente – DPT/HIB	97,45	96,46	110,00	119,94	108,55	95%	95%	95%	95%
BCG	102,0	86,67	102,00	109,42	85,19	95%	95%	95%	95%
Hepatite B	89,38	90,63	100,25	116,34	104,27	80%	80%	80%	80%
Rotavirus	-	55,83	92,75	100,00	91,74	80%	80%	80%	80%

Fonte: SI-API Municipal (*Previsão)

O município conta com o trabalho de prevenção exercido pela disponibilidade de imunobiológicos, conforme o programa Nacional de Imunização, através das salas de vacinas dispostas nos bairros mais populosos, estando inseridas nas Equipes de Saúde da Família (Januária, São José e São Luiz), onde a população tem acesso às vacinas de rotina de acordo com o calendário Nacional. Existe também a sala de vacina na Unidade Central, que disponibiliza as vacinas de rotina e ainda imunobiológicos especiais conforme os grupos ditos de risco. Além destas, a Secretaria Municipal de Saúde conta com a Rede de Frio, que está fisicamente no mesmo espaço que a sala Central, e é responsável por toda a rede municipal, recebendo, distribuindo e controlando as vacinas disponíveis no município.

Tabela-17 **Sistema de Agravos e Notificação – SINAN (Casos Notificados e confirmados)**

200 5A 2009

AGRAVOS	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*	2013*
Acidentes por animais peçonhentos	26	14	17	18	18	18	18
Atendimento Anti-rábico	110	72	102	100	100	100	100
Caxumba	01	02	08	05	05	05	05
Cervicites	233	216	183	190	190	190	190
Chagas Agudo	01	-	-	-	-	-	-
Cisticercose	-	-	-	-	-	-	-
Coqueluche	01	-	-	-	-	-	-
Dengue	-	08	03	03	04	05	06
Doenças Exantemáticas (Notificadas)	05	01	02	03	03	03	03
HPV (Condiloma acuminado)	10	07	07	07	07	07	07
Esquistossomose	-	-	-	-	-	-	-
Febre Amarela	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicação exógena	08	08	04	10	10	10	10
Lepstoprose	02	02	-	00	01	01	01
Malária	-	-	-	-	-	-	-
Meningite	-	-	-	01	01	01	01
Sífilis congênita	-	-	-	00	00	00	00
Síndrome corrimento uretral	01	01	02	03	03	03	03
Varicela-catapora	75	41	32	32	32	32	32
Total de Notificações Ano	473	286	241	254	256	257	258

Fonte: Sistema de Informação de Agravos Notificados -SINAN 2013. (*Previsão)

Nas doenças de agravos notificados os números acima nos mostram que estamos crescendo em relação a investigação e notificação de alguns agravos. Isto se dá pela equipe de

Vigilância Epidemiológica e também pelo programa SINAN que está instalado no município desde 2002, antes todas as investigações e notificações eram encaminhadas para Regional de Saúde. Hoje podemos ter maior controle sobre todas as notificações e investigações que ocorrem no município, fazendo que todos os casos sejam acompanhados e encerrados no prazo determinado.

Observando a tabela 17, que trata sobre os agravos notificáveis, notamos que os serviços de saúde municipais estão eficazes na vigilância e observação das doenças e agravos ocorrentes em nosso território, o que pode ser constatado pelo número de notificação e investigação de atendimento Anti-rábico Humano, que trata dos incidentes com mamíferos, como cães e gatos. Visto que este é um indicador da eficácia da Vigilância Epidemiológica local.

10 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

De acordo com os objetivos, metas e prioridades, os serviços e ações serão organizados conforme segue:

10.1 Projetos: (Plano de gestão 2014 – 2017)

10.1.1 Pró – Vida

Objetivo: Oferecer assistência especial e integral aos portadores de HIV – AIDS (exames de diagnóstico para o vírus, controles laboratoriais de exames em geral, assistência médica e de

enfermagem, encaminhamentos para referências, distribuição de medicamentos preconizados distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde) e a seus familiares (equipe multidisciplinar).

Beneficiária: População aproximada de 50 pessoas cadastradas no programa (adultos, jovens, crianças).

Meta: Atingir 100 % da população cadastrada na Secretaria Municipal da Saúde.

Responsável: Enfermeira Cristiane Primieri Isoppo

Parcerias: Secretaria Estadual, 22^a Regional, Secretaria Municipal da Saúde.

Plano de Ação -Atividades:

- Ampliação da área física para melhor qualidade no atendimento a paciente;
- Seleção e contratação de profissionais (psicólogo, assistente social);
- Implantar projeto;
- Planejar reestruturação do setor e treinamento da equipe, rotinas para o atendimento, normatizando procedimentos de rotina;
- Fazer avaliação geral do atendimento prestado junto aos pacientes;
- Realizar periodicamente palestras em conjunto com parceiros;
- Descentralizar um Posto de Coleta;
- Implantar ação nas escolas de Ensino Fundamental (6^a a 8^a série);
- Avaliar resultados alcançados;

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 30.000,00

10.1.2 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

Objetivo: Oferecer atendimento a população da Micro-região (Sombrio, Balneário Gaivota e

Santa Rosa do Sul), realizando o acompanhamento aos portadores de sofrimento psíquico, atendimento ambulatorial, terapias individuais e de grupos para pacientes e familiares, educação para a saúde, proporcionar ao portador de transtorno mental atendimento especializado, diminuir o número de internações hospitalares psiquiátricas, promover a readaptação e a inserção social do indivíduo, melhorar a qualidade de vida e o estado de saúde da população.

Beneficiários: Pacientes portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes e a população em geral.

Meta: Atender 100 % dos pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes cadastrados.

Responsável: SMS

Parcerias: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, 22ª Regional de saúde.

Plano de Ação -Atividades:

- Desenvolver o projeto - instalações físicas e mobiliárias;
- Cadastramento dos pacientes – públicos alvo;
- Remanejamento, seleção, contratação de profissionais;
- Elaboração de Normas e Rotinas para o atendimento;
- Executar Projeto de Instalação Física;
- Divulgação – mídia, ofícios, ACS, para a comunidade sombriense e os hospitais de referência;
- Avaliar resultados.

Período: 2015/2016

Recursos Orçamentários (R\$): 120.000,00

10.1.3 ESFS: Educação Permanente das Equipes

Objetivo: Promover a capacitação continuada das equipes de PSF e a manutenção do entusiasmo dos agentes, médicos, enfermeiras e técnicos.

Beneficiários: 07 (sete) equipes de ESF (95 profissionais) e a comunidade assistida.

Meta: 60 (sessenta horas) de treinamento, capacitação para cada profissional até dezembro/2017.

Responsável: Coordenação das Equipes de Saúde da Família.

Parceiros: Secretaria Municipal de Saúde, 22ª Regional de Saúde.

Plano de Ação - Atividades:

- Identificar as necessidades de treinamento técnico e comportamental;
- Programar a realização de cursos e palestras: docente, local, horários, recursos materiais, etc...;
- Executar os eventos;
- Avaliar os resultados;
- OBS: a SMS e a coordenação deve ter garantido a presença e participação nas reuniões do Pólo de Capacitação;

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 4.000,00

10.1.4 Saúde nas Empresas

Objetivo: Prevenção e promoção da saúde no local de trabalho.

Beneficiários: Trabalhadores das empresas do município.

Meta: Fazer palestra em 100 % das empresas com mais de 50 trabalhadores.

Responsável: Secretaria da Saúde, Coordenação em Saúde do trabalhador.

Parcerias: Sindicatos patronais, ACIS, CDL.

Plano de Ação - Atividades:

- Fazer cadastro das empresas com mais de 50 trabalhadores;
- Planejar com Entidades Parceiras e divulgação e agendamento para as visitas de cadastramento;
- Treinar e capacitar profissionais para realização das atividades nas empresas (palestras, dinâmicas,...);
- Organizar visitas e palestras – organograma anual;
- Avaliar resultados alcançados;

OBS: será garantido aos profissionais responsáveis pela execução das atividades nas empresas: transporte, recursos áudio- visuais, material didático...

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 3.000,00

10.1.5 Controle do Tabagismo

Objetivo: Conhecer o perfil do tabagismo dos profissionais que desejam parar de fumar; Buscar parcerias com a equipe da saúde, equipe da educação e outras empresas do município de Sombrio; Realizar ações de promoção da saúde; Apoiar os trabalhadores que desejam parar de fumar.

Beneficiário: Trabalhadores da saúde, da educação e outras empresas.

Meta: 1º momento: Atender 02 grupos da população de profissionais da saúde (30 pessoas);

2ª momento: Atender 02 grupos dos profissionais da educação do município de Sombrio (30 pessoas);

3ª momento: Atender 01 grupo dos profissionais da Prefeitura Municipal de Sombrio (15

pessoas);

4ª momento: Atender os profissionais de outras empresas do município (30 pessoas).

Responsável: Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde.

Parcerias: Prefeitura Municipal de Sombrio, Secretaria Municipal de Saúde de Sombrio, Secretaria Municipal de Educação de Sombrio, Secretaria de Desenvolvimento Econômico de Sombrio.

Plano de Ação - Atividades:

1) Buscar parcerias com a equipe de saúde, educação e de outras empresas do município de Sombrio.

- sensibilizar o profissional de saúde a não fumar (modelo de comportamento);
- engajar toda a equipe de saúde, incentivando os médicos a praticar o aconselhamento e acompanhamento dos profissionais através de cadastro individual;
- orientar o desenvolvimento de ações educativas nas dependências das instituições (postos de saúde, escolas, empresas);

2) Realizar ações para a promoção da saúde:

- sensibilizar a área administrativa responsável pela administração das instituições (recursos humanos);
- realizar campanha de comunicação social (salientar a importância da preservação da qualidade do ar no ambiente de trabalho, malefícios do tabagismo passivo);
- promover palestras e atividades educativas nas dependências das instituições;
- comemorar datas pontuais referentes ao tabagismo;
- promover treinamento de recursos humanos;
- normatizar as ações de controle do tabagismo nas dependências da unidade;

3) Apoiar o trabalhador fumante que quer parar de fumar:

- Oferecer atendimento individualizado;
- Fornecer material educativo;
- Oferecer oportunidade à participar de grupos (auto-ajuda);
- Prevenir a recaída (acompanhamento periódico);
- Oferecer abordagem e acompanhamento clínico;
- disponibilizar tratamento medicamentoso conforme preconizado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Período: 2013

Recursos Orçamentários (R\$): 5.000,00

10.1.6 Melhoria e Ampliação das Ações de Vigilância Sanitária

Objetivo: Intensificar a fiscalização e orientação quanto ao manuseio de alimentos (Indústria e Comércio) referente ao cumprimento das normas da VISA e aos prestadores de serviços de atenção à saúde (laboratórios, farmácias, etc).

Beneficiários: Consumidores do comércio de alimentos em geral e clientes dos serviços de atenção à saúde.

Meta: Manter uma cobertura de 80 % dos estabelecimentos em funcionamento.

Parceiros: Sindicatos Patronais, ACIS, 22ª Regional de Saúde, CDL, PSFs.

Plano de Ação -Atividades:

- Recadastrar os estabelecimento sujeitos a norma VISA;
- Reestruturar as rotinas de fiscalização e liberação de Alvarás Reestruturar as rotinas de fiscalização e liberação de Alvarás;

- Selecionar e contratar profissional;
- Produzir material educativo e informativo;
- Capacitar equipe do Setor de Vigilância Sanitária;
- Avaliar resultados;

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 38.579,76

10.1.7 ESF – Reestruturação das Normas e Rotinas de Atendimento a População.

Objetivo: Reestruturar as normas e rotinas de atendimento, priorizando as ações em saúde preventiva, com a finalidade de esclarecer a população assistida sobre a função das ESF, organizar grupos operativos, desenvolver ações de interesse da comunidade em prevenção e promoção da saúde.

Beneficiários: 07 (sete) equipes do Programa de Saúde da Família, profissionais e a população assistida.

Meta: Otimizar as ações preventivas e de monitoramento da saúde.

Responsável: Equipes dos Programas de Saúde da Família.

Parceiros: Profissionais das ESF, Associação de Moradores.

Plano de Ação -Atividades:

- Diagnosticar a sistemática atual de atendimento das equipes de PSF;
- Normatizar rotinas e procedimentos dos agentes e profissionais de enfermagem das equipes dos PSFs;
- Treinar as equipes e planejar implantação das normas e rotinas de atendimento já estabelecidas;
- Elaborar informativo e realizar campanhas de divulgação à população assistida pelas

equipes dos PSFs;

- Avaliar resultados;

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 1.000,00

10.1.8 Adequação e Melhoria Para o Atendimento no Setor de Reabilitação –

Fisioterapia

Objetivo: Ampliar área física para adequar a demanda de atendimento em reabilitação dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia.

Beneficiários: Pacientes com seqüelas neurológicas, seqüelas motoras, na reabilitação em traumas por acidentes de trabalho e trânsito, lesões em geral com indicação de fisioterapia.

Meta: Aumentar em 30 % a capacidade de atendimento neste setor.

Responsável: Secretaria Municipal da Saúde e PMS.

Parceiros: Equipe de fisioterapeutas e demais profissionais do setor.

Plano de Ação -Atividades:

- Diagnóstico e planejamento para ampliação das instalações físicas e de Recursos Humanos;
- Licitação e aquisição de equipamentos e materiais;
- Seleção e contratação de profissionais (fisioterapeutas e auxiliares);
- Execução e implantação da ampliação;

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 10.000,00

10.1.9 Projeto Equipe de Saúde da Família com ACS e ESB

Objetivo:

- Aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes de Saúde da Família já instaladas.

Beneficiários: População residente nas áreas de abrangência.

Meta: Cobertura de 90% da população do município.

Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: SES, Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde.

Plano de Ação -Atividades:

- Mapeamento da área;
- Cadastro e acompanhamento das famílias;
- Acesso a consultas médicas, de enfermagem, procedimentos curativos e preventivos e3 recuperação;
- Visitas domiciliares;
- Organizar atendimento as urgências e o encaminhamento das emergências;
- Incentivar a promoção a saúde.

Período: 2014

Recursos Orçamentários (R\$): 51.714,00 para pagar todos os ACS das ESF implantadas.

10.1.10 NASF

Objetivo: Implantação da equipe de NASF FEDERAL 1 – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, oferecendo aos cidadãos de nosso município um serviço de saúde de maior qualidade, uma vez que possibilita a inclusão de uma equipe multiprofissional para atuar juntamente com as equipes de ESF – Estratégia de Saúde da Família.

Beneficiários: População residente na área de abrangência.

Meta: Aprovação do Projeto.

Responsável: Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: MS, Prefeitura Municipal de Sombrio

Plano de Ação -Atividades:

- Elaboração do projeto;
- Revisão e aprovação na CIR e CIB;
- Processo de aquisição de material e equipamentos.
- Identificar em conjunto com as ESF e as comunidades, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidades, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades do NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- Avaliar em conjunto com as ESFS e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção do NASF; e.
- Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESFS e o NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Ações de Atividade Físico-Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

Período: 2014/2015

Recursos Orçamentários (R\$): 20.000,00 mensal

10.1.11 Projeto Saúde do Homem

Objetivo: Facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbidade, mortalidade e atuação nos aspectos socioculturais.

Beneficiários: 8.749 homens moradores de Sombrio que estão na faixa etária acima de 20 anos.

Meta: Diminuir a taxa de mortalidade acima de 20 anos; Diminuir complicações e seqüelas de doenças degenerativas; Proporcionar melhor qualidade de vida a este grupo; Minimizar os efeitos da disfunção hormonal.

Responsável: Enfermeira Luciane

Parceiros: MS, SES, PMS e SMS

Plano de Ação -Atividades:

- Semana de Promoção da Saúde do Homem objetivando sensibilizar a população masculina e suas famílias, promovendo o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação;
- Realizar de um atendimento de referencia na UBC com um médico especialista;
- Avaliação anual de todos os homens com realização de exames de rotina para o diagnostico precoce das patologias;
- Capacitação dos ESF para o atendimento a este grupo.

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 1.000,00

10.1.12 Projeto Saúde do Idoso

Objetivo: Efetivar ações de promoção, prevenção, atendimento e reabilitação a saúde dos indivíduos nesta faixa etária.

Beneficiários: Idosos moradores do município de Sombrio.

Meta: Melhoria da qualidade de vida dos idosos; atenção integral ao idoso frágil.

Responsável: Enfermeira Luciane

Parceiros: MS, SES, PMS e SMS

Plano de Ação -Atividades:

- Ampliação e implementação das ESF a atenção ao idoso; Médico geriatra como referência na UBSC; Estruturar o sistema de Saúde capacitando os profissionais tendo como enfoque no cuidado contínuo, controle de agravos, prevenção de complicações, reabilitação e promoção de alteração de hábitos de vida;
- Capacitar os cuidadores de idosos frágeis;

- Intensificar as internações domiciliares como os agravos e complicações das hospitalizações, sendo responsável o PSF.

Período: 2015/2016

Recursos Orçamentários (R\$): 1.000,00

10.1.13 CEO

Objetivo: Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo I, regionalizado, com sede em Sombrio/SC.

Beneficiários: Municípios pertencentes a 22ª SDR.

Meta: Aprovação do Projeto e implantação do mesmo.

Responsável: Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: MS, Prefeitura Municipal de Sombrio

Plano de Ação -Atividades:

Período: 2014/2017

Recursos Orçamentários (R\$): 60.000,00 para implantação.

10.1.14 Projeto Nova Unidade Básica de Saúde (ESF Nova Brasília)

Objetivo: Construção de uma Unidade de Saúde no bairro Nova Brasília

Beneficiários: População residente na área de abrangência.

Meta: Aprovação do Projeto arquitetônico e construção da unidade de saúde.

Responsável: Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: MS, Prefeitura Municipal de Sombrio

Plano de Ação -Atividades:

- Elaboração do projeto arquitetônico;

- Revisão e aprovação na CIB;
- Início e término da obra;
- Processo de aquisição de material e equipamentos.

Período: 2014

Recursos Orçamentários (R\$): 402.696,36

10.1.15 Projeto Nova Unidade Básica de Saúde (Unidade Central)

Objetivo: Construção de uma Unidade Básica de Saúde no bairro Parque das Avenidas.

Beneficiários: População residente na área de abrangência.

Meta: Aprovação do Projeto arquitetônico e construção da unidade de saúde.

Responsável: Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: MS, Prefeitura Municipal de Sombrio

Plano de Ação -Atividades:

- Elaboração do projeto arquitetônico;
- Revisão e aprovação do projeto;
- Início e término da obra;
- Processo de aquisição de material e equipamentos.

Período: 2014

Recursos Orçamentários (R\$): 764.503,02

10.1.16 Projeto Ampliação e reforma da Unidade Central – futuro (ESF Central)

Objetivo: Ampliação e reforma da Unidade de Saúde Central, onde funcionará a Secretaria de Saúde, a ESF e o Setor de Reabilitação.

Beneficiários: População residente na área de abrangência.

Meta: Aprovação do Projeto arquitetônico e construção da unidade de saúde.

Responsável: Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: MS, Prefeitura Municipal de Sombrio

Plano de Ação -Atividades:

- Elaboração do projeto arquitetônico;
- Revisão e aprovação do projeto;
- Início e termino da obra;
- Processo de aquisição de material e equipamentos.

Período: 2014

Recursos Orçamentários (R\$): 277.482,43

10.1.17 Projeto Nova Unidade Básica de Saúde (ESF São Luiz)

Objetivo: Construção de uma Unidade de Saúde no bairro São Luiz

Beneficiários: População residente na área de abrangência.

Meta: Aprovação do Projeto arquitetônico e construção da unidade de saúde.

Responsável: Prefeitura Municipal de Sombrio e Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: MS, Prefeitura Municipal de Sombrio

Plano de Ação -Atividades:

- Elaboração do projeto arquitetônico;
- Revisão e aprovação na CIB;
- Início e termino da obra;
- Processo de aquisição de material e equipamentos.

Período: 2014/2015

Recursos Orçamentários (R\$): 651.742,20

10.2. Transportes: Aquisição, vendas/leilão, terceirização, reforma e manutenção dos veículos utilizados pela SMS no transporte dos usuários para os hospitais e centros de referência dentro do estado de Santa Catarina, priorizando os usuários mais “carentes”.

10.3 Imóveis e Móveis: Aquisição, desapropriação, vendas/leilão, ampliação, reforma nas unidades de saúde do município, bem como manter as unidades com móveis e equipamentos adequados para prestar um bom serviço a população.

10.4. Recursos Humanos e Tecnologia: Contratar, capacitar, incentivar a participação em cursos e treinamentos disponibilizados pelo MS, SES, município, e outros parceiros, buscando a humanização dos serviços assistenciais, bem como disponibilizar tecnologia as unidades básicas de saúde, qualificando e melhorando os dados e informações que são indispensáveis a implantação dos serviços e ações.

10.5 PAVS (Plano de Ações em Vigilância em Saúde), PACTO de Saúde, PPI (Programação Pactuada Integrada), Relatório de Gestão, PDR (Plano Diretor Regionalização), PDI (Plano Diretor De Investimento), Contratos, Convênios e Consórcios: Adesão, efetivação, remanejamento e rescisão, alterações das metas pactuadas nas PPI's (da assistência a saúde, vigilância em saúde e vigilância sanitária e hospitalar), Plano Diretor Regionalização, Plano Diretor de Investimento e outros contratos e convênios realizados pela SMS, com a intenção de melhorar e qualificar os serviços da atenção a saúde.

10.6 Assistência Farmacêutica: Cumprimento do acordo TRIPARTITE (Ministério, SES, Município) referente aos recursos destinados aos medicamentos essenciais distribuídos

gratuitamente aos usuários da Assistência Básica, conforme a portaria 2982 de 26/11/2009, elencados no RENAME municipal. Distribuição dos medicamentos excepcionais, para Saúde Mental, Hiperdia, ESFS, Epidemiologia, fornecidos pelos entes federais e estaduais. Tentar ampliar dentro do possível e da capacidade financeira a disponibilidade de medicamentos básicos as pessoas mais carentes.

Distribuição de medicamentos para DST e TARV pelo Programa DST/AIDS, também de medicamento para Tuberculose e Hanseníase pelos respectivos programas.

10.7 Recursos Financeiros: Cumprimento da emenda constitucional 029/2000, aplicando 15% dos recursos próprios, bem como dos recursos provenientes de convênios e emendas parlamentares e PPI, PDR e PDI recebidos fundo a fundo, destinados à saúde municipal.

10.8 Educação em Saúde: Incentivar e financiar a participação em cursos de capacitação, seminários, conferências aos servidores e aos profissionais ligados a programas municipais que sejam de interesse e/ou necessidade dos serviços de saúde. Firmar parcerias com empresas públicas e privadas, entidades governamentais e não governamental que prestam serviços à saúde.

10.9 Programa Saúde Bucal: Ampliação das equipes de saúde bucal priorizando as ações preventivas, ações educativas, buscando melhorar o acesso da população.

10.10 Meio Ambiente: Desenvolver atividades educativas voltadas a preservação, e recuperação do meio ambiente, buscando soluções para melhoria do saneamento básico, visando resolver os problemas de poluição da lagoa de Sombrio.

10.11 Participação Popular e Conselho Municipal de Saúde: Incentivar a participação popular através do CMS para desenvolver políticas de saúde com ações que atendam as necessidades da população sombriense.

10.12 Instrumentos de Gestão: Elaborar todos os instrumentos gerenciais do sistema da saúde (Plano de Saúde, Agenda, Pacto dos Indicadores, Quadro de Metas, Relatório de Gestão, SIOPS), dentro dos prazos estabelecidos, possibilitando maior acompanhamento dos indicadores e proporcionando maior eficácia na aplicação dos recursos, buscando maior resolutividade dos problemas da saúde da população.

10.13 Metas Físicas e Financeiras: Contemplar todos os objetivos delineados no Plano Municipal de Saúde 2014/2017, visando manter, ampliar, adquirir, capacitar e modernizar os serviços da saúde dos municípios sombrienses, de acordo com a programação orçamentária e possibilidades da Secretaria (EC 29/2000).

Tabela 18

Ações	Valores
- Manutenção da Saúde – geral (pessoal, medicamentos, produtos de ambulatórios, veículos, combustíveis, equipamentos, gráfica, programas, transportes, contratos e consórcios, etc).	32.319.309
- Manutenção dos serviços de epidemiologia.	500.000
- Manutenção dos serviços em vigilância sanitária.	742.000
- Aquisição de veículos.	650.000

- Aquisição de equipamentos/móveis/tecnologia.	600.000
- Treinamento e capacitação de pessoal e do conselho municipal de saúde.	20.000
- Aquisição, desapropriação, reforma, ampliação de imóveis.	4.556.283
- Implantação de programas contemplados no Plano Estratégico de Gestão Municipal e outros.	2.708.000

Fonte: Estimativa baseada no valor orçado para 2014/2017

11 CONTROLE E AVALIAÇÃO

Controle- fiscalização das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS, através de indicadores estabelecidos em conformidade com a legislação de saúde no âmbito federal, estadual e municipal.

Avaliação- aferição da estrutura dos serviços de saúde, prestado pelo SUS, dos processos aplicados e dos resultados alcançados para sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos.

Auditoria- é o exame analítico e pericial prévio concomitante e subsequente das ações e dos serviços de saúde, prestado pelo SUS, em conformidade com os critérios técnicos, científicos e a legislação de saúde no âmbito das três esferas de governos.

O sistema municipal de controle, avaliação e auditoria têm por atribuição fiscalizar:

- A aplicação dos recursos federais estaduais e municipais repassados fundo a fundo a secretaria da saúde;

- Os serviços de saúde sob gestão da secretaria municipal, sejam públicos ou privados, contratado, conveniado, ou consorciado;
- Os instrumentos de gestão: plano de saúde, agenda, quadro de metas, pactos de indicadores, relatório de gestão, Siops, PAVS, PPIs, PDR, PDI, buscando o cumprimento, efetividade, segurança nos investimentos à saúde pública municipal,
- Comprometimento do quadro de funcionários com as ações e serviços da saúde, visando a promoção, proteção e a recuperação, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS, bem como capacitar, treinar e dar condições de resolutividade.
- O relacionamento entre as instancias federais, estaduais e municipais, no intuito de integrar as ações da saúde;
- Envolvimento, participação e decisão do conselho Municipal de saúde nas estratégias, diagnósticos e metas prioritárias das políticas de saúde no âmbito municipal;
- O sistema de informações de obrigação municipal, mantendo atualizado os dados e descentralizado a sociedade, e a demais esferas do governo.

12 CONCLUSÃO

O plano municipal de saúde é um documento de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias, de prioridades e metas sob uma ótica analítica.

É um instrumento de planejamento e organização, é dinâmico e flexível, elaborado para os quatro anos, compondo a base das atividades, da programação, de estimativas, de cooperação assistencial, técnica, humana e financeira entre as três esferas de governo.

No intuito de garantir a população sombriense o acesso das ações e serviços preconizado pelo SUS, dentro da universalidade, integralidade, equidade e igualdade, privilegiando as ações básicas destinadas a prevenção, promoção e recuperação, objetivando a redução do risco de doenças e outros agravos, de acordo com o perfil epidemiológico do município.

O projeto foi elaborado com a participação dos responsáveis pelos programas do MS nas Unidades de Saúde do município, do conselho municipal de saúde, representado pelos segmentos da sociedade, que tem por atribuições deliberar, fiscalizar e lutar pela efetivação, tornando-o mais democrático, transparente entre a população e os gestores da saúde.

13 HOMOLOGAÇÃO

O presente Plano Municipal de Saúde do Município de Sombrio, para a gestão 2014/2017, está de acordo com as diretrizes de nosso plano de governo e vem de encontro com as aspirações mais prementes de nossa população, no sentido da melhoria da qualidade de vida e, por isso, eu aprovo e homologo.

Sombrio, 11 de outubro de 2014.

Zenio Cardoso

Prefeito Municipal

14 ANEXO I

15 ATA