

IMPLEMENTAÇÃO DA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima¹

1. INTRODUÇÃO

Considerando a afirmação constitucional da prioridade absoluta do segmento populacional infante-juvenil, é necessário investigar em que medida o direito à saúde vem sendo implementado no País para esse grupo populacional e qual o papel dos operadores jurídicos a esse respeito. Partindo-se de um conjunto articulado de argumentos teóricos nas áreas da saúde coletiva (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998) e do direito destacaram-se dois aspectos: a elaboração conceitual do paradigma da proteção integral à criança e ao adolescente e o direito à saúde como um direito humano (MANN, 1998; BURRIS, 2001; SCHWARTZ, 2001; LIMA, 2002). O estudo considerou o conceito de direito à saúde da criança e do adolescente elaborado por Lima (2002). O conjunto universal e indivisível dos direitos humanos foi tomado como referência com destaque para a condição onto-genética destes seres em fase peculiar de crescimento e desenvolvimento (VAN BUEREN, 1999) e na interface do direito à saúde (ROEMER, 1992; TOEBES, 1999).

Dentre os diversos operadores jurídicos foi selecionado o órgão do Ministério Público (federal e estadual) com atuação em uma capital do Nordeste do Brasil. Contextualizando a relação entre a prática do *ombudsman* na implementação da garantia do direito à saúde em face do Direito Internacional, definiu-se a instituição ministerial como aquela que, após a Constituição Federal de 1988, passou a ter diversificada e ampla atuação nas áreas dos direitos difusos e coletivos, com singulares funções de zelar pelo Estado Democrático do Direito como defensor da ordem jurídica, do regime democrático e dos direitos sociais e individuais indisponíveis (RITT, 2001).

2. OBJETIVO

Buscou a investigação analisar o grau de implementação da garantia do direito à saúde da criança e do adolescente pelo Ministério Público em *Horizonte*, capital do Estado de *Mirador*.

3. METODOLOGIA

A estratégia da pesquisa consistiu em um estudo de caso sobre esta implementação em uma capital da região Nordeste do Brasil considerando dois níveis de análise. O primeiro nível relativo à atuação geral da instituição do Ministério Público em relação a esta garantia e, o outro nível de análise, relativo à atuação da instituição do Ministério Público em face de um usuário.

Foi utilizado um conjunto articulado de técnicas para coleta de dados no primeiro nível: fase exploratória, entrevista aberta, entrevistas semi-estruturadas, análise documental, observação com registro em caderno de campo, grupo focal, depoimento escrito, visita à instituição e imagem-objetivo. Quanto ao segundo nível, relativo ao *estudo de um caso exemplar* de implementação do direito à saúde, foram utilizadas técnicas igualmente diversas: depoimentos escritos dos informantes-chaves, entrevistas abertas, análise documental e visitas. Buscando-se identificar o que se denominou “Grau de implementação da garantia do direito à saúde da criança e do adolescente pelo Ministério Público” foi delineada uma imagem-objetivo do que seria *a atividade ideal para atuação*

¹ Juíza, Professora Dra. do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Ciências da Família da Universidade Católica do Salvador – UCSAL habeasju@compos.com.br.

de um Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Saúde (CAOPS) da instituição ministerial. Criou-se um instrumento com definição de critérios específicos no propósito de avaliar esta implementação da garantia do direito à saúde da criança e do adolescente considerando-se três graus: avançado, intermediário e incipiente. Este quadro de categorias foi criado a partir dos referenciais teóricos da leitura e pré-análise do conjunto de dados coletados. Assim, observando-se a técnica de Delfos para obter o consenso a respeito de como deveria ser uma imagem-objetivo (DONABEDIAN, 1986). Esta imagem-ideal, construída a partir de revisão bibliográfica e de apreensão do papel ministerial na defesa dos direitos da população infanto-juvenil e especialmente na garantia do direito à saúde, corresponderia ao nível avançado enquanto os outros níveis seguintes estariam um pouco ou muito distantes deste grau de atividade ideal balizador para atuação de um CAOPS dentro da estrutura orgânica do Ministério Público Estadual.

Foram selecionados como dimensões e critérios para a avaliação diversos elementos relacionados à área de planejamento e de avaliação de serviços, considerando a especificidade da natureza do órgão ministerial. Os elementos exemplificativos foram: a) Descentralização administrativa; b) Gestão-Planejamento estratégico situacional; b) Organização do trabalho e Equipe interprofissional; c) Avaliação sistemática do serviço; d) Ação intersetorial; e) Acessibilidade funcional; f) Agregação do serviço; g) Programa de atualização.

Cada um destes critérios foi detalhado a partir do nível avançado identificado em detalhamento de aspectos caracterizadores do modelo ideal.

Assim, a matriz resultante destes critérios, definidos a partir do conjunto de informações nas duas dimensões de análise, foi submetida a cinco juristas reconhecidos da área e com especial afinidade com o órgão ministerial para que se procedesse à validação deste instrumento “imagem-objetivo” através de consenso.

O nível avançado de implantação da garantia do direito à saúde da criança e do adolescente corresponderia, assim, à existência de um *Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Saúde* (CAOP Saúde) do Ministério Público com responsabilidade de atuar na área do Direito à Saúde e do Direito Sanitário com recursos específicos para apoiar, na interface do tema “saúde”, com todos os outros Centros de Apoio Operacionais das Promotorias – inclusive o CAOP da Infância e da Adolescência, o CAOP do Meio Ambiente, o CAOP do Consumidor - e/ou coordenações e/ou Promotorias e/ou Central de Inquérito.

O CAOP de Saúde estaria, assim, conectado ao sistema integrado de legislação sanitária no País e coordenando a divulgação de jurisprudência, de experiências ministeriais de outros estados na área do direito sanitário e do direito à saúde. O CAOP deveria, consoante este “*grau avançado*”, ser capaz de elaborar análises de situação incorporando o ponto de vista de diversos atores sociais vinculados à saúde e aos direitos humanos, ao direito sanitário, ao biodireito. Deveria ser capaz de elaborar um plano de atuação específico para a área de direito à saúde em geral de forma articulada com os outros Centros de Apoio. O CAOP de Saúde deveria proceder a uma avaliação sistemática das suas atividades a partir de critérios previamente definidos e elaborar uma readequação da prática e promoveria a divulgação sistemática do número de procedimentos administrativos (inquéritos civis) instaurados e instruídos, do número de ações ajuizadas, do número médio de pessoas atendidas na área de direito à saúde, conforme características da demanda ao órgão ministerial, com análise comparativa destas informações mediante critérios de época do ano, serviços de saúde, faixa etária e outros.

O CAOP de Saúde, neste nível *avançado* da implementação do direito à saúde, registraria e divulgaria a natureza das reuniões realizadas na comunidade e/ou junto às novas institucionalidades democráticas – conselhos municipais - com os operadores do sistema da saúde, mantendo informação sobre as estratégias definidas e as ações pactuadas segundo as diferentes regiões e/ou comarcas. O CAOP de Saúde estaria acessível para o público nos atributos da sua função, mediante atendimento contínuo e sistema de chamada direta disponível à população e divulgada na mídia e nos bairros, contando, ainda, com sinalização (placas e orientações nos meios de transporte urbano) para conferir acesso visível ao local onde estivesse implantado. Existiria, ainda, acompanhamento sistemático pelo Centro Operacional de Saúde das atividades específicas na área dos conselhos

municipais e estadual de saúde, dos demais conselhos, das organizações não-governamentais que atuam na área e nas áreas afins e um constante mapeamento dos municípios do Estado conforme níveis do Sistema Único de Saúde e conforme Índice de Desenvolvimento Humano para intercâmbio de informações e estratégias de práticas.

Tendo capacidade para elaborar um planejamento estratégico, o CAOPS, ainda neste grau *avançado* de implementação da garantia do direito à saúde, contaria com uma clara definição de atribuições e o trabalho seria feito a partir de equipe multiprofissional (médico, psicólogo, assistente social, entre outros) que poderia ser consultada de forma contínua e integrada dando apoio também aos demais Centros de Apoio. A atuação integrada do CAOP de Saúde com as Promotorias de educação e os CAOP de meio ambiente, de urbanismo de acidentes de trabalho, de consumidor e com Ministério Público Federal, entre outros, facultaria uma articulação mediante integração dos conteúdos da produção científica, com realização de eventos científicos do tipo discussão de caso e análise de legislação comum. Este grau *avançado* de implementação do direito à saúde exigiria uma atuação integrada do CAOP de Saúde com centros de pesquisa para consultas especializadas nas áreas de bioética e áreas específicas de erros médicos, de modo a colaborar continuamente com a Central de Inquérito. Manteria o CAOP de Saúde, assim, um Programa de atualização no calendário da Escola do Ministério Público e/ou em setor próprio equivalente para atualização sobre temas que abrangem a área de saúde e direito da criança e do adolescente à saúde.

Na perspectiva do grau avançado, o CAOP de Saúde manteria termo de convênio com as secretarias estadual e municipal de saúde para acesso às suas instalações e aos seus relatórios, convênio com os conselhos profissionais da área para consultas aos especialistas e colaboração mútua na área técnica e ações conjuntas na área de promoção ao direito à saúde, com permanente acompanhamento das causas de morbidade e /ou mortalidade infanto-juvenil.

4. RESULTADOS

Considerando o conteúdo integrado na matriz da imagem-objetivo para o grau *avançado* da implementação, a validação do instrumento pelo consenso, a análise dos graus *intermediário* e *incipiente* que decorrem da não realização daquilo que deveria ser assumido pelo Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Saúde, o resultado do estágio de organização das ações voltadas para a garantia do direito à saúde da criança e do adolescente pelo órgão ministerial na capital estudada foi classificado como incipiente. A autora discute as implicações destes achados e sugere medidas voltadas para a superação das limitações dos graus *intermediário* e *incipiente* da implementação da garantia do direito à saúde da criança e do adolescente na capital Horizonte, no Estado de Mirador, enquanto relaciona a tendência identificada no órgão do Parquet quanto às suas concepções de direito à saúde ao acervo do que foi obtido neste estudo.

Os componentes conceituais que revelaram a assimilação operacional da concepção de proteção integral por cada membro do Ministério Público (unidade de análise) e pelo total dos depoimentos e documentos, foram analisados na perspectiva da política de proteção à infância e da política de saúde para o grupo populacional infanto-juvenil.

5. REFERÊNCIAS

BURRIS, S. Law as a structural factor in health: introduction and conceptual framework. In: Health, Law and Human Rights Exploring the connections. An International Cross – Disciplinary Conference Honoring Jonathan M. Mann. Annual Meeting. Philadelphia: American Society of Law, Medicine & Ethics, 2001. p. 793-827.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB*, v.12, n.3, p.99-108, 1986.

LIMA, I.M.S.O. Direito à saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes, estudo de caso. Salvador, 2002. 338p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

MANN, J. “Dignity and Health: The UDHR's Revolutionary First Article”. Health and Human Rights: **Inter Journal**, v.3, n.2, 1998

PAIM, J. ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

RITT, E. **O ministério público como instrumento de democracia e garantia constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

ROEMER, R. El Derecho a la atención de la salud. In: FUENZALIDA-PUELMA, H.L.; SCHWARTZ, G. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2001.

TOEBES B. Towards an improved understanding of the international human right to health. **Human Rights Quaterly**, v.21, p.678-88, 1999.

VAN BUEREN, G.V. Combating child poverty: human rights approaches. **Human Rights Quarterly**, v.21, n.3, p.680, aug. 1999.