

ELIZABETH CALLADO DE OLIVEIRA CARREIRÃO

**O ADOLESCENTE E O ATENDIMENTO
PÚBLICO DE SAÚDE:**

**as mudanças com o advento do Estatuto da Criança e do
Adolescente**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no programa de Pós Graduação em Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi.

FLORIANÓPOLIS

2002



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

" O ADOLESCENTE E O ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE: AS MUDANÇAS COM O ADVENTO DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE ".

AUTORA: Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE**

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Sandra Noemi C. Caponi
(Presidente)

Profª. Dra. Josiane Rose Petry Veronese
(Membro)

Profª. Dra. Regina Célia Tamasso Mioto
(Membro)

Profª. Dra. Elza Berger Salema Coelho
(Membro)

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros
(Suplente)

Aos adolescentes do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e a todos os outros, aos quais é dificultado o acesso aos serviços de saúde. Que eles possam no futuro ter um lugar ao sol, tornando-se cidadãos conscientes dos seus direitos e deveres.

AGRADECIMENTOS

Durante o Mestrado em Saúde Pública e principalmente na elaboração deste trabalho ressalto o apoio, incentivo e compreensão de todas as pessoas que de uma forma ou de outra estiveram presentes.

Em particular gostaria de agradecer:

Aos professores do programa do mestrado pela atenção dispensada durante todo o período do curso.

À prof^ª Dr^ª Sandra Caponi, minha orientadora, por sua compreensão, disponibilidade e paciência presentes em todo o processo de orientação, que de forma sábia valorizou e dignificou esta abordagem.

À prof^ª Dr^ª Regina Célia Mioto por suas importantes sugestões na estruturação do trabalho.

À prof^ª Dr^ª Josiane Rose Veronese por seus valiosos esclarecimentos na área do Direito da criança e do adolescente.

Aos responsáveis pelos órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente por terem possibilitado o acesso aos dados ajudando na concretização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente a Margarete Fernandes Mendes, pela colaboração no acesso aos dados da pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho, em especial a Denise, a Mariléa e o Adir, que como eu, compartilham do desejo de procurar fazer sempre o melhor em prol dos adolescentes o meu muito obrigado pelo apoio.

À enfermeira sanitária Maria Conceição Simoni pelo empréstimo de material do mestrado.

Aos colegas do Mestrado de Saúde Pública pela amizade e incentivo.

Aos colegas da disciplina do Mestrado de Direito, em especial o Anderson e a Denise, pela boa vontade nos esclarecimentos na área do Direito Civil.

Ao Pedro, meu marido, pelos esclarecimentos técnicos com relação ao SUS e na sua ajuda com o computador.

Ao meu filho Bruno, com quem tenho a felicidade de compartilhar essa etapa marcante de sua vida, que é a adolescência.

E finalmente aos meus pais, pela formação que me deram e pelo apoio e incentivo que deles sempre recebi.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
1. INTRODUÇÃO	1
2. CAPÍTULO I - A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ADOLESCENTE NA SOCIEDADE BRASILEIRA	10
2.1 O PERÍODO DA INDIFERENCIAÇÃO ENTRE CRIANÇA E ADOLESCENTE	10
2.1.1 A Criança na Sociedade Européia	11
2.1.2 A Criança no Brasil Colônia e a Criança Escrava	17
2.1.3 A Criança e os Higienistas	22
2.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CONCEITO ADOLESCÊNCIA	26
2.2.1 O Adolescente na Sociedade	26
2.2.2 O Adolescente na Medicina	29
2.2.3 O Adolescente na Constituição Brasileira e no Ordenamento Jurídico	32
2.2.4 O Estatuto da Criança e do Adolescente: um novo paradigma	39
3. CAPÍTULO II - O ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE E O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	43
3.1 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS E O ADOLESCENTE	44
3.1.1 O Sistema Único de Saúde	46
3.1.2 A Atenção Básica de Saúde oferecida pelo Município de Florianópolis	50
3.1.3 A Policlínica de Referência Regional	54
3.1.4 O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente	57
3.2 O ADOLESCENTE E O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	63
3.2.1 O Problema	65
3.2.2 A Ação Civil Pública	73
3.2.3 A Situação do Atendimento de Saúde na Visão dos Interlocutores dos Órgãos de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes	83
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	

CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira. **O Adolescente e o Serviço Público de Saúde: as mudanças com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente.** Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Este trabalho estuda as mudanças ocorridas no atendimento público de saúde aos adolescentes com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Apresenta a evolução histórica da assistência e proteção à criança no Brasil, nos diferentes discursos: médico, jurídico e social, e de como se chegou ao conceito de adolescência que hoje se concebe, pontuando de início como essa questão foi abordada na Europa. A organização e o funcionamento dos serviços públicos de saúde do Município de Florianópolis também são apresentados.

A pesquisa foi feita através da triangulação de dados. A análise dos prontuários de um ambulatório de adolescentes mostra a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde através das queixas dos adolescentes. A entrevista com interlocutores dos órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente e a análise de documentos também identificam os problemas nas práticas de atendimento aos adolescentes no serviço público de saúde.

Os dados coletados indicam que o tratamento dispensado aos adolescentes na sociedade brasileira foi se construindo na dualidade de adolescente rico e adolescente pobre, sendo que o primeiro foi alvo de cuidados e proteção enquanto o segundo estigmatizado como menor, passou a ser controlado e vigiado.

Mostra também que apesar da Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente definirem que as crianças e os adolescentes têm prioridade absoluta no atendimento público de saúde e que o Estado deve implementar políticas públicas para que isso realmente se efetive, não é o que está ocorrendo.

Os adolescentes, mesmo tendo dificuldade de acesso ao atendimento público de saúde, pouco recorrem aos órgãos de defesa dos seus direitos e quando o fazem suas queixas são resolvidas informalmente.

Conclui, ainda, que existe uma dicotomia entre o discurso e a prática no atendimento público de saúde, e que a impunidade do Estado no descumprimento da Lei, o desconhecimento dos adolescentes quanto aos seus direitos e a pouca cobrança destes, aos seus órgãos de defesa parecem apontar para os prováveis motivos desse descaso.

CARREIRAO, Elizabeth Callado de Oliveira. THE ADOLESCENT AND THE PUBLIC HEALTH SERVICE: the changes with the beginning of the Statute of the Child and the Adolescent. Florianópolis, 2002. Dissertation (Masters in public health) Federal University of Santa Catarina.

ABSTRACT

This work studies the changes that happened in the public health service for adolescents with the introduction of the Child and Adolescent Statute.

It presents the historical evolution of the assistance and protection of Brazilian children, in different areas: medical, legal and social and how they have arrived at the conception they have of the adolescent today. This subject was addressed initially in Europe. As well the organization and functioning of the public health service in the city of Florianópolis is also presented.

The research was done through the triangulation of the information. The analysis of the adolescents' medical reports shows difficulty in access to public health services by the complaints of the teens. As well, the interview with the spokesperson from the agency of defense and rights of children and adolescents and the analysis of documents also identifies the problems in the public health service provided for the adolescents.

The information collected indicates that the treatment given to the teens in the Brazilian society is built upon a duality of rich teens and poor ones. With the former being targeted for care and protection while the later, stigmatized as a minority, began to be watched and controlled.

This study shows that even though the Constitution of 1988 and the Child and Adolescent Statutes have defined that all children and adolescents have absolute priority in the public health service and that the State must implement public policies for this to actually come into effect, but this is not what is happening.

The adolescents, even with difficulties accessing public health service, seldom use agencies of defense of their rights and, when they do, the complaints are resolved in an informal way.

In conclusion, there is a dichotomy between the speech and the practice in the public health service with a lack of punishment when the state does not follow the law, a lack of the adolescents' knowledge of the disregard for their rights and very few requests by them to the defense agencies. These factors appear to indicate the probable reasons for this lack of care.

1. INTRODUÇÃO

A Dissertação apresentada é o resultado final do curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se da análise das mudanças ocorridas no atendimento público de saúde aos adolescentes, no Município de Florianópolis, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A adolescência sempre foi referida como uma fase de transformação entre a infância e a idade adulta. Ora, tudo o que está em transformação é considerado transitório e por ser uma fase transitória, conferiu-se a ela, erroneamente, uma importância menor. Pelo desconhecimento de suas características e necessidades, os adolescentes não tinham uma atenção maior em termos de saúde. Para a reversão desse processo, foi necessário haver um avanço das políticas sociais em relação à adolescência e uma mudança na forma de se compreender o adolescente.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, instituiu-se uma nova dimensão de cidadania para crianças e adolescentes. Eles passaram a ser percebidos como "sujeito de direitos" com sua "condição peculiar de pessoa em desenvolvimento".

Com relação à saúde, a nova constituição incorporou conceitos, princípios e uma nova organização da saúde expressos nos seus artigos 196 a 200. Em seu artigo 196 assegura: "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

No que se refere aos direitos dos adolescentes, a Constituição também os prevê. A Carta Magna, no seu artigo 227, assegura:

“É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, 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 a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº8069 de 13 de julho de 1990 que é o ordenamento jurídico regulador desses direitos, no seu Artigo 4º diz:

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, (à criança e ao adolescente) a efetivação dos direitos referentes 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.

Parágrafo único – A garantia de prioridade compreende:

- primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e a juventude”.

Mais adiante o artigo nº 11 diz: “É assegurado o atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”. O artigo nº 98 dispõe a respeito das medidas de proteção à criança e ao adolescente, aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: I – Por ação ou omissão da sociedade ou Estado.

Apesar de todos estes instrumentos legais que asseguram ao adolescente o direito ao atendimento público de saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, diariamente recebia reclamações de adolescentes que não estavam conseguindo atendimento adequado no SUS.

Esse programa funciona na Policlínica de Referência Regional do SUS e tem como objetivo principal o atendimento integral à saúde do Adolescente.

Muitos adolescentes (40,2%)¹ procuram o programa, porque, como dizem para a assistente social que os entrevista, é difícil conseguir atendimento no Centro de Saúde perto de suas casas. Outros relatam que, ao tentar marcar consulta com algumas especialidades médicas, são informados de que farão parte de uma lista de espera, por mais de um ano.

Baseados no que a lei lhes faculta, alguns adolescentes, desde 1999, passaram a entrar com uma representação² junto ao Ministério Público para que seus direitos sejam garantidos.

Em agosto de 2000, o Ministério Público através do Centro das Promotorias da Infância de Santa Catarina, entrou com uma Ação Civil Pública³ contra o Estado de Santa Catarina para garantir às crianças e aos adolescentes o atendimento público de saúde e acabar com as filas de espera no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Esta Ação Civil Pública foi o resultado das reclamações de crianças e adolescentes que diariamente buscam um direito e não conseguem.

¹ Dado da pesquisa da Monografia "Perfil do Adolescente Usuário do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente". CARREIRÃO, 1998.

² Juridicamente, a representação é a instituição, de que se derivam poderes, que investem uma determinada pessoa de autoridade para praticar certos atos e exercer certas funções, em nome de alguém ou alguma coisa. No Direito Civil e Comercial a representação é propriamente denominada de mandato, exprimindo, assim, o meio legal ou jurídico por que a pessoa não presente ou incapaz se faz substituir por outrem, como se fora ela própria, para a prática de atos, que tenha autorizado ou que não possam ser praticados por ela. SILVA, 1996. (p.103).

³ Ação Civil Pública: Ação especial que visa a reparação de danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico bem como na defesa de qualquer outro interesse difuso ou coletivo. ACQUAVIVA, M. C. 1998. (p.36). Só quem tem a prerrogativa de fazer uso dessa ação é o Ministério Público, a União, os Estados, Municípios bem como autarquias, empresas públicas, fundações, sociedade de economia mista e associações privadas constituídas a pelo menos um ano que inclua entre as suas finalidades institucionais a proteção do meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência, ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. ACQUAVIVA, M.C. 1988. (p..508)

No mês de dezembro do mesmo ano, a mídia noticiou que a Câmara Cível Especial do Tribunal de Justiça do Estado julgou extinto o processo movido pelo Ministério Público contra o Estado de Santa Catarina, alegando que a solicitação do Ministério Público é juridicamente impossível de ser cumprida porque o Estado não tem previsão orçamentária para as despesas, caso o executivo acate a medida. Este fato ocorreu justamente no ano da comemoração dos 10 anos da criação do SUS e da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

As leis que criaram, tanto o SUS como o Estatuto, foram derivadas da Constituição Federal de 1988 e são, portanto, garantias legais. Entretanto, após 10 anos em vigor ainda não são cumpridas por alguns órgãos do governo e alguns segmentos da sociedade.

Para PASSETTI (1995, p.144) “Os princípios de um ordenamento jurídico revelam-se como alicerce do sistema normativo. Estando na base do sistema, se violados, acabam por infringir o ordenamento como um todo e não apenas uma regra específica”.

Essa situação mostra a fragilidade dos enunciados formais que declaram, nesse caso através do Estatuto, que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e o seu atendimento deve ser parte integrante das políticas sociais, mostrando com isso a ineficácia do Estado com as suas políticas públicas.

Os direitos das crianças e dos adolescentes, após 10 anos do seu Estatuto, ainda estão longe de ser garantidos, haja vista as constantes violações estampadas pela mídia. Parece haver um descompasso entre o que dita a Lei e a prática efetiva das políticas públicas.

A Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente foram respostas dadas à sociedade como resultado dos movimentos populares havidos no

Brasil nos anos 80 e 90, porém, a mídia tem mostrado o descaso do Estado com as políticas voltadas para essa população.

A atual concepção da infância e da adolescência é a consequência de um caminhar histórico e, sendo assim, esse processo deve ser estudado para que se possa melhor analisar o tratamento que o Estado dispensa aos seus filhos jovens.

Julga-se importante compreender esse processo histórico, uma vez que é através do conhecimento do passado que se pode compreender o presente e nele intervir para mudá-lo.

Isto posto, pergunta-se: as mudanças no atendimento público de saúde aos adolescentes do Município de Florianópolis, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente, foram efetivas? Ou mudaram apenas os discursos?

Para a obtenção dessa resposta, optou-se pela pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa que, por suas características e finalidades, apresentou-se como alternativa mais apropriada, por "ser capaz de incorporar a questão do 'significado' e da 'intencionalidade' como inerentes 'aos atos', 'às relações' e 'às estruturas sociais', sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas".

(MINAYO, 2000, p.10)

"A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma. Os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo". (CERVO E BERVIAN, 1996, p.49)

A pesquisa teve por **objetivo geral** analisar as mudanças ocorridas no atendimento à saúde do adolescente no Município de Florianópolis com o advento

do Estatuto da Criança e do Adolescente. Como **objetivos específicos**, a pesquisa pretendeu:

- Identificar os discursos e as práticas de assistência à saúde dos adolescentes no período anterior e posterior ao Estatuto.
- Identificar quais as queixas mais freqüentes, apresentadas pelos adolescentes aos diversos órgãos de defesa dos seus direitos.
- Identificar se houve mudança nas práticas de assistência à saúde do adolescente após 10 anos do Estatuto.

Para a coleta de dados procedeu-se a técnica de Triangulação de Dados que, segundo TRIVIÑOS (1987, p.138): “tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude da descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas essenciais com uma macro realidade social”.

Nessa técnica, o interesse do pesquisador deve estar dirigido, em primeiro lugar aos “Processos e Produtos Centrados no Sujeito” elaborados pelo pesquisador, averiguando-se as percepções do sujeito através de entrevistas, observação e análise de processos e produtos elaborados por ele.

Em segundo lugar, o ângulo do enfoque deve estar centrado nos “Elementos Produzidos pelo meio”, que está representado pelos instrumentos legais, oficiais e estatísticos.

No terceiro enfoque deve ser feita a análise dos “Processos e Produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro organismo no qual está inserido o sujeito” que se refere ao contexto em que ele está inserido.

No caso do estudo em tela o primeiro enfoque constou da análise de 250 prontuários de adolescentes, residentes no município de Florianópolis, que participam do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Nesses prontuários constam as queixas dos adolescentes com relação ao difícil acesso aos serviços públicos de saúde.

Os prontuários selecionados foram do período de um ano, a contar da data de julho de 2000, por ser a data de comemoração dos dez (10) anos do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Foram feitas visitas aos órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente, ocasião em que foram entrevistados seus presidentes (1), promotores de justiça (2) e conselheiros tutelares (2) aqui denominados interlocutores privilegiados, por possuírem o conhecimento a respeito do atendimento à criança e ao adolescente no município de Florianópolis. O objetivo das entrevistas foi o de colher subsídios e documentos que mostrassem a situação atual do atendimento de saúde aos adolescentes no Município de Florianópolis.

As entidades visitadas foram: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar Ilha e Continente; Centro das Promotorias da Infância de Santa Catarina e Juizado da Infância e Juventude de Florianópolis, uma vez que, havendo irregularidade no atendimento de saúde, é a esses órgãos de defesa que os usuários irão reclamar.

As entrevistas foram realizadas com quatro perguntas norteadoras:

1. Quais as mudanças ocorridas no atendimento de saúde aos adolescentes com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente?
2. Qual a principal dificuldade com relação ao atendimento de saúde aos adolescentes?

3. O adolescente é considerado prioridade absoluta pelos órgãos de saúde?
4. Quais as queixas mais freqüentes de violação dos direitos dos adolescentes com relação ao atendimento de saúde?

Foram utilizados os seguintes documentos como fontes de informação: o relatório da 3ª Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – ano 2000, o relatório anual do Centro das Promotorias da Infância –2000 a 2001, as representações que os adolescentes impetraram na justiça nesse mesmo período e a Ação Civil Pública impetrada pelo Ministério Público contra o Estado de Santa Catarina que foi analisada.

Não foi possível ter acesso aos dados do Conselho Tutelar Ilha uma vez que eles estavam armazenados no computador e foram destruídos por vírus, não tendo sido ainda recuperados. As informações foram prestadas através da entrevista com a Conselheira Tutelar. No Conselho Tutelar Continente tivemos acesso ao registro de atendimento referente a quatro (4) meses do ano de 2001.

Foi também realizada visita à Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis, a Secretaria de Estado da Saúde e a Policlínica de Referência Regional de Florianópolis, para saber quais os serviços de saúde que estão sendo oferecidos aos adolescentes por essas entidades.

Na Policlínica de Referência Regional os dados coletados foram fornecidos pela Direção; na Secretaria de Estado da Saúde foi realizada entrevista com a Coordenadora Estadual do Programa do Adolescente e na Secretaria de Saúde do Município foi realizada entrevista com a responsável pelo Departamento das Ações de Saúde. O objetivo dessas entrevistas foi conhecer quais os serviços de saúde que estão sendo oferecidos aos adolescentes por essas entidades.

A dissertação está organizada em dois capítulos. No primeiro será apresentada a evolução histórica da assistência e proteção à criança no Brasil, nos diferentes discursos, médico, jurídico e social e como se chegou ao conceito de adolescência que hoje se concebe, pontuando de início como essa questão foi abordada pela sociedade européia.

No segundo capítulo serão apresentados os serviços públicos de saúde oferecidos aos adolescentes no Município de Florianópolis, seu funcionamento e as dificuldades de acesso. Apresentar-se-á a análise da pesquisa realizada nos prontuários, nas entrevistas, nos documentos e na Ação Civil Pública.

2. CAPITULO I - A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ADOLESCENTE NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Este capítulo tem como objetivo mostrar como foi construído o conceito de “adolescente” na sociedade brasileira. Para analisar essa construção faz-se necessário referir-se ao modo como o adolescente foi pensado inicialmente na Europa pelos juristas, médicos e higienistas, posto que na época do Brasil Colônia, as famílias brancas dos colonizadores portugueses tratavam suas crianças seguindo o modelo europeu.

O adolescente nem sempre ocupou o lugar que hoje ocupa em nossa sociedade. Em épocas passadas ele nem sequer era mencionado, uma vez que essa categoria não existia; passava-se da infância para a fase adulta sem maiores cuidados. Pretende-se então mostrar a trajetória das crianças no Brasil, a diferenciação que a sociedade fazia entre a criança rica e a criança pobre e como se chegou ao conceito de adolescência que hoje concebemos.

Será também analisado de que maneira a justiça e o saber médico se ocuparam das crianças e dos adolescentes, contribuindo para sedimentar o conceito que se tem hoje desse grupo etário.

2.1 O PERÍODO DE INDIFERENCIAÇÃO ENTRE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Quando hoje em dia se pergunta a qualquer pessoa o que é a adolescência, tem-se de pronto sempre uma resposta. Correta ou não, as pessoas têm no seu imaginário uma representação do que seja essa fase da vida humana, todavia, nem sempre foi assim. A adolescência como conceito só se constituiu no início do século

XX, embora, conforme MAUAD (1999), o termo já existisse, mas o seu uso não era comum no século XIX. A adolescência demarcava-se pelo período entre 14 e 25 anos, tendo como sinônimos mais utilizados: mocidade ou juventude, sendo seus atributos o crescimento e a conquista da liberdade.

Para ARIÈS (1981) até o século XVIII a adolescência foi confundida com a infância. No latim empregava-se indiferentemente a palavra *puer* e a palavra *adolescens*, porém, em francês não havia tradução correlata, utilizando-se apenas a palavra *enfant* (criança).

Por não haver limites claros entre a infância e adolescência até quase o final do século XIX, tem-se de falar necessariamente de crianças, para se compreender como se deu historicamente a construção social da adolescência, pois nos séculos anteriores as referências eram feitas somente a elas.

2.1.1 A Criança na Sociedade Européia.

Parece óbvio, hoje em dia, concordar com a afirmação de COSTA, A. C. (1990, p.74) quando diz que “o maior patrimônio de uma nação é o povo e o maior patrimônio de um povo são suas crianças e os seus jovens”, porém, nos séculos passados não se pensava dessa maneira.

D'INCAO (1984) afirma que estudos sobre a família têm mostrado que o conceito de amor, maternidade e paternidade como se entende hoje em dia, é uma construção moderna, pois nos tempos antigos as pessoas estavam menos interessadas em fundamentar a família em vínculos afetivos e, por conseguinte, a infância ainda não era tão valorizada como nos tempos atuais. Como completa a autora, estes estudos não apresentam evidências suficientes para sustentar

completamente suas hipóteses, mas apontaram muitos caminhos para uma reflexão sobre a família e suas mudanças.

A criança na Europa, até o século XVII era vista de uma forma bem diferente de nossa concepção atual. As imagens associadas a elas eram sempre negativas. A Igreja concebia-as como fruto do pecado. Os casamentos eram contraídos, não através do amor e atração mútua e sim através de negociações econômicas. Entre os pobres, o casamento era um meio de organizar o trabalho agrário. Os filhos advindos de tal casamento, tanto nas classes populares como nas classes mais abastadas, eram considerados uns estorvos. (BADINTER, 1980)

Havia também as crianças ilegítimas, nascidas fora dos casamentos e que a moral dominante da época não aceitava. Essas crianças acabavam abandonadas em hospícios. Todavia DONZELOT (1986) explica que não só as crianças ilegítimas eram deixadas nos hospícios. Filhos legítimos de famílias pobres também eram abandonados; os pais os deixavam lá para que o governo os criasse, pois mais tarde tinham a intenção de resgatá-los.

O controle do tamanho da família também contribuía para esse abandono.

Para o abandono das crianças nos asilos, as pessoas utilizavam a Roda, que era um cilindro giratório aberto em um dos lados de modo a permitir que uma criança fosse colocada da rua para dentro, sem que se identificasse a pessoa que a abandonou. (DONZELOT, 1986)

As Rodas foram utilizadas particularmente pelos países católicos, tornando-se uma característica das grandes cidades. Em Portugal, na cidade do Porto, em 1689 já havia uma casa com uma Roda para recolher as crianças expostas, porém, o primeiro país Europeu a instituir a Roda foi a Itália. (MARCÍLIO, 1998)

A alimentação dos bebês nessa época era feita através da amamentação, porém esse serviço era realizado por amas de leite e quase nunca pelas mães biológicas. As crianças da classe rica tinham suas próprias amas de leite e as crianças pobres dividiam o leite com outras crianças, uma vez que sua mãe tornava-se “nutriz profissional”.

A utilização generalizada de amas de leite nas diversas classes sociais, a indiferença e os maus tratos dispensados às crianças acarretavam uma alta taxa de mortalidade infantil na época.

Com o avanço do capitalismo e pela própria revolução industrial, tornou-se interesse de estado a sobrevivência da criança, pois era necessário um estado populoso que oferecesse braços para o trabalho.

Começou-se então a associar a idéia de sobrevivência das crianças aos valores Iluministas do século XVIII: Liberdade e Igualdade e essa mudança se deu através da mulher, da mãe. Criar e garantir a vida dos filhos, educá-los e prepará-los para a vida, estava se tornando indispensável, não só à família, mas para a sociedade.

“A partir desse momento, a família passa a ser pensada como o núcleo essencial da sociedade, passa a ser hipervalorizada, tornando-se a estrutura privilegiada a partir da qual podem ser garantidas a educação, a assistência, a segurança e a felicidade de cada um dos que compõe o corpo social”. (CAPONI, 2000, p.84)

A noção de família moderna, basicamente se fundamentaria na obra de Rousseau, com a publicação de *Émile* em 1762, conforme a opinião de BADINTER (1985, p.54) e assim completa a autora: “Veremos que depois do *Emile*, durante dois

séculos, todos os pensadores que se ocupam da infância retornam ao pensamento rousseauiano para levar cada vez mais longe as suas implicações”.

Em meados do século XVIII, segundo DONZELOT (1986, p.15) “floresce uma abundante literatura sobre o tema da conservação das crianças”. Todos os autores da época colocavam em questão os costumes educativos do seu século, ou seja: a prática dos hospícios de menores abandonados, a da criação dos filhos por amas de leite e da educação das crianças ricas, feita pelos servos.

O Estado procurou então controlar as famílias, mas esse controle não foi exercido de forma simétrica entre as classes sociais. Ele se deu de duas maneiras: a classe burguesa foi controlada através da medicina doméstica, reorganizando a família em torno da conservação das crianças; para a classe pobre, sob a forma de campanhas de moralização e higienização.

“O que se instala na época é uma reorganização dos comportamentos educativos em torno de dois pólos bem distintos, cada qual com uma estratégia bem diferente. O primeiro tem por eixo a difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob a vigilância dos pais. O segundo poderia agrupar, sob a etiqueta de ‘economia social’ todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos”.(Ibid., p.15)

As famílias ricas tornar-se-iam, com isso, aliadas do Estado, e as pobres, vigiadas por ele.

ENGELS (1986) em seu livro “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, analisando a vida dos trabalhadores nos diversos ramos da indústria no final século XVIII até meados do século XIX, dá uma visão das dificuldades dos operários e da situação da criança e do adolescente, filhos desses operários.

O autor mostra a miséria em que viviam as crianças desde o seu nascimento, com o rápido retorno das mães ao trabalho após o parto, deixando-as entregues à

própria sorte, em moradias insalubres, recebendo alimentação inadequada e sujeitas a todo tipo de acidentes.

“É a assustadora mortalidade infantil da classe operária que aumenta a taxa de mortalidade. O frágil organismo de uma criança é o que oferece menor resistência aos efeitos desfavoráveis de um modo de vida miserável; o estado de abandono em que freqüentemente se encontram quando os pais trabalham, ou quando um deles morreu, não tarda a fazer-se sentir cruelmente”.(Ibid., p.127)

A mortalidade dos filhos de operários, antes de atingirem os cinco anos era o dobro do que a mortalidade dos filhos da classe burguesa.

As fábricas empregavam crianças e adolescentes e não havia, na época, uma legislação que as protegesse, ocorrendo inúmeros acidentes entre eles. Após várias denúncias e relatórios médicos do que estava ocorrendo, gradativamente foram surgindo normatizações a esse respeito.

“O relatório da Comissão Central constata que os fabricantes raramente empregavam crianças de cinco anos, freqüentemente as de seis anos e a maior parte das vezes as de oito ou nove anos; que a duração do trabalho atingia, por vezes de 14 a 16 horas por dia (não incluindo as horas das refeições), que os industriais toleravam que os vigilantes batessem e maltratassem as crianças, e eles próprios agiam muitas vezes do mesmo modo”.(Ibid., p.174)

Em 1833 foi aprovada uma lei, denominada Ato Fabril, a respeito do trabalho infantil nas fábricas, proibindo o trabalho de menores de nove anos (exceto na fábrica de sedas); a jornada de trabalho para as crianças entre nove e treze anos passou a ser de 48 horas por semana ou no máximo 9 horas por dia e proibiu o trabalho noturno para os menores de 18 anos. (ROSEN, 1994)

Proibia-se também limpar máquinas em movimento e se exigia de cada dono de fábrica a garantia de duas horas de escola por dia, para todas as crianças empregadas em sua usina, posto que as crianças, trabalhando desde muito

pequenas, ficavam quase todas analfabetas e sem chances de mudar a sua situação.

De acordo com ROSEN (1994) motivações políticas, econômicas e humanitárias concorreram para se tentar reduzir o grande desperdício de vida das crianças. Além disso, a partir de 1870 em alguns países da Europa Ocidental, e um pouco mais tarde na Inglaterra e EUA, houve uma diminuição no número de nascimentos. Também houve evidência, em vários países, da inaptidão de muitos jovens para o serviço militar.

“Desperdiçava-se uma riqueza nacional e, se uma nação pretendia ter homens com saúde, e aptos para servir suas forças armadas, seria essencial conservar seus recursos humanos”. (Ibid., p.257)

Sendo qual fosse a motivação, os estudiosos passaram a reconhecer ser possível evitar uma grande parcela da mortalidade infantil causada pela desnutrição, ignorância dos pais, alimento contaminado, além de outros fatores atribuídos à pobreza.

Medidas foram adotadas nesse sentido como: incentivo ao aleitamento materno, distribuição do leite puro, instrução às mães quanto à maneira de alimentar e cuidar dos filhos, legislação para regulamentar o trabalho da mulher grávida e criação de instituições para o abrigo de crianças no período em que a mãe estivesse trabalhando.

Com essas medidas mostrou-se ser possível reduzir o número de mortes infantis.

2.1.2 A Criança no Brasil Colônia e a Criança Escrava

No Brasil Colônia, Portugal é que determinava a assistência à infância. Desde 1521, por ordem de D. Manuel, as Câmaras Municipais cuidavam das crianças abandonadas, podendo para isso criar impostos.

O Estado e a Igreja, através da burocracia, tentaram no período Colonial evangelizar as crianças índias, e em 1759 os Jesuítas foram proibidos de Catequizar, sendo também proibida a escravização dos índios. Para a escravização foi utilizada a mão de obra vinda da África.

“A ética colonial repudiava o trabalho. O branco livre não se imaginava exercendo uma profissão que lhe exigisse ocupação manual. O chefe de família digno não trabalhava: vivia de rendas ou da exploração parasita do trabalho dos outros”. (COSTA, J. 1999, p.168)

Uma das estratégias econômicas da época era o aluguel de escravas para amas de leite que produziam uma renda para as famílias despreparadas para o trabalho manual e profissionalizante. Em consequência disso acabava ocorrendo abandono e morte de crianças escravas para a sobrevivência das famílias brancas.

“Poucas crianças chegavam a ser adultas, sobretudo quando do incremento do desembarque dos africanos no porto carioca. Com efeito, os inventários das áreas rurais fluminenses mostram que, no intervalo entre o falecimento dos proprietários e a conclusão da partilha entre os herdeiros, os escravos com menos de dez anos de idade, correspondiam a um terço dos cativos falecidos; dentre estes, dois terços morriam antes de completar um ano de idade, 80% até os cinco anos”.(GÓES E FLORENTINO, 1999, p.180.)

Outro motivo de abandono das crianças foi a Lei do Ventre Livre promulgada em 1871, uma vez que senhores de escravos não queriam, em suas fazendas, seres que mais tarde não poderiam ser utilizados como escravos.

Com a Lei do Ventre Livre e mais especificamente com a abolição da escravatura, as famílias passaram a se preocupar com a falta de mão de obra para o trabalho. "Ante tantos temores, as autoridades começaram a dar alguma atenção à profissionalização e à saúde das crianças internadas em estabelecimento de abrigo". (MARCÍLIO, 1998, p.290)

"A escravatura que desonrou o trabalho nas suas formas mais rudes, enobreceu o ócio e estimulou o parasitismo, contribuiu para acentuar, entre nós, a repulsa pelas atividades manuais e mecânicas e fazer-nos considerar vis as artes e os ofícios. Segundo a opinião corrente, trabalhar era coisa de escravos". (AZEVEDO, 1976, p.81)

Após a abolição da escravatura, em 1888, os ex-escravos e seus descendentes passaram a ter um outro tipo de escravidão; a escravidão da miséria, pois a eles não foram garantidas as condições de cidadania: o acesso à terra, à educação, à moradia digna, à cultura etc...

A moral cristã dominante na época não aceitava os filhos nascidos fora do casamento e, em consequência disto, estas crianças acabavam abandonadas. A pobreza era um outro fator de abandono. As crianças pobres acabavam sendo deixadas em lugares públicos, como nos átrios de Igrejas e nas portas das casas, onde eram recolhidas pelas famílias que as criavam.

"O sistema informal ou privado de criação dos expostos em casa de família foi o sistema de proteção à infância abandonada mais amplo, presente em toda a

história do Brasil. (...) O costume de criar um filho alheio nas famílias foi amplamente difundido e valorizado". (MARCÍLIO, op. cit., p.136)

Segundo a mesma autora uma parcela muito pequena de crianças abandonadas, no Brasil Colonial e durante todo o Império, foram assistidas por Instituições. A maioria era acolhida por famílias, ou morriam no abandono. Para as famílias, a incorporação de um exposto em seu seio representava um complemento ideal de mão de obra gratuita.

O Vice Rei, na época, preocupado com a situação do abandono das crianças, em 1726 propôs o recolhimento dos expostos em asilos.

Foi assim que a Santa Casa de Misericórdia implantou o sistema da Roda no Brasil. Chamava-se roda dos expostos. Em 1726 foi criada a primeira Roda na Bahia e em 1738 a do Rio de Janeiro. A partir daí foram criadas Rodas em diversas localidades. As Rodas foram abolidas formalmente em 1927, porém a do Rio de Janeiro funcionou até 1935, e a de São Paulo até 1948. (RIZZINI, 1995)

Em Florianópolis o sistema de acolhimento aos expostos teve características semelhantes ao restante do Brasil. No século XVIII essa cidade era denominada de Nossa Senhora do Desterro e os seus problemas eram resolvidos no Conselho da Câmara.

De acordo com OLIVEIRA (2001), data de 27 de agosto de 1757 o mais antigo documento referente ao recolhimento de recém nascidos expostos. As pessoas que encontravam um bebê abandonado na porta de sua casa se dirigiam ao Conselho da Câmara, para registrar o ocorrido.

Por haver recusa de muitos moradores em acolher o exposto, o ouvidor advertia que todos os moradores "estavam obrigados a recolher e criar os recém

nascidos expostos, sob pena de prisão”, sendo também “terminantemente proibido investigar quem eram os pais das crianças expostas”. (OLIVEIRA, op. cit., p.207)

Com essa medida resguardava-se o anonimato das pessoas que não queriam criar os próprios filhos e resolvia, para as autoridades, o problema de sua criação.

Após a chegada dos açorianos à Vila de Desterro (1748 a 1756), a população local, que nem chegava a mil habitantes, foi acrescida de aproximadamente cinco mil e com isso os problemas também aumentaram.

Em 1812 decidiu-se, em reunião na Câmara da Vila do Desterro, que seria construída uma Roda dos enjeitados para ficar resolvido o problema das crianças abandonadas que acabavam morrendo, assim como também desobrigar os moradores a criá-los. A Roda só foi edificada em 1828 junto ao Hospital de Caridade.

“No ano de 1853 foram registradas no Hospital de Caridade 43 crianças expostas e no ano de 1854 foram registradas 48 crianças, época em que a população da cidade de Desterro era de aproximadamente 5.000 mil habitantes. Estes foram os anos em que ocorreram os maiores índices de crianças expostas. A partir de 1860 o número de crianças registradas na Casa dos Expostos diminuiu drasticamente, e no final da década de 1880 tais registros tornaram-se raros: uma criança exposta no ano de 1887, uma no ano de 1889 e finalmente o último registro no ano de 1893. Na entrada da década de 1890 o sistema destinado a recolher e providenciar a criação de crianças expostas em Desterro estava definitivamente desativado”. (Ibid., p.216)

Para o autor, a desativação do sistema de Roda em Desterro foi precoce, se comparado a outras capitais.

As crianças abandonadas na Roda não eram cuidadas em um determinado lugar; elas iam primeiramente para casa de uma ama de leite paga pelo governo, onde ficavam até os três anos. As que sobreviviam, retornavam à Instituição e passavam aos cuidados de uma ama seca. Quando atingiam sete anos, ou eram encaminhadas a casas de família para trabalhar, ou eram instruídas em algum ofício,

porém, até o século XIX essas crianças não recebiam nenhum tipo de instrução sistemática.

Essa preocupação fez com que em 1851 o governo provincial do Pará criasse um Colégio onde as 'meninas expostas', 'órfãs pobres' e 'filhas de presos pobres' tivessem ensino regular. A recomendação que consta nos Estatutos da Escola era que não se deveria dar às meninas pobres uma educação muito cultivada, superior a sua posição social, pois isso poderia despertar nelas expectativas que mais tarde não poderiam ser realizadas. Seriam necessários apenas ministrá-lhes uma educação moral e hábitos de trabalho. (MARCÍLIO, op. cit.)

A recomendação feita pelo governo do Pará mostra a mentalidade da época, porém não era só naquela cidade que se pensava assim. Durante muitos anos, a educação no Brasil foi oferecida com essa dualidade.

"A roda dos expostos se tornou, a partir do império, um celeiro de mão de obra e de serviços domésticos para as casas de famílias. Também passaram a ser solicitados expostos das Rodas para oficinas de artesãos e pequenas fábricas que foram surgindo. Esse sistema funcionava como uma troca de benefícios: para os patrões que tinham mão-de-obra dócil e gratuita; e para as crianças e jovens, que tinham a oportunidade de treinamento e aprendizagem em uma atividade profissional". (MARCÍLIO, op. cit. p.290)

A mortalidade entre os expostos era alta, sendo que, até meados do século XIX, apenas 20% a 30% dos que eram abandonados na Roda chegavam à idade adulta. (MARCÍLIO, op. cit.)

Para que as crianças abandonadas pudessem servir de mão de obra para as famílias, seria necessária sua sobrevivência. Entra em cena então o poder médico higienista.

2.1.3 A Criança e os Higienistas

O movimento higienista direcionado à infância teve o engajamento dos médicos brasileiros no final do século XIX. (RIZZINI, 1997) Antes disso, de acordo com COSTA, J. (1999) a figura do médico era relativamente desprestigiada. Até a chegada da família real ao Brasil não havia escolas de formação médica e essa formação só podia ser feita na Europa. A prática curativa de doenças era feita por curandeiros, entendidos, pajés e até mesmo pelos jesuítas. A assistência efetiva à população fazia-se através da medicina popular.

No século XIX a medicina vai se posicionar contra essa situação, lutando pelo direito de assistir o doente através de seus conhecimentos científicos. Essa luta não foi fácil e encontrou no seu caminho o descrédito da população. Em todo o século XIX os médicos combateram os curandeiros, os curiosos e as parteiras e o movimento higienista ajudou-os a impor-se como médico de família.

O discurso dos médicos higienistas era dirigido, em primeiro lugar, às famílias da elite que podiam educar os filhos e aliar-se ao Estado, para mais tarde tornarem-se dirigentes; ao passo que os filhos das famílias pobres deveriam ser preparados para o mundo do trabalho. Todo o discurso de persuasão higienista era fundado na idéia de que a saúde e a prosperidade da família garantiriam o fortalecimento do Estado.

FOUCAULT (1993) analisou essas relações entre indivíduos, saúde e poder a partir do conceito de Microfísica do Poder. Para ele, o poder é exercido em variados níveis, por diferentes grupos, interligados ou não ao Estado. Nesse caso a saúde, representada pelos higienistas aparece como uma relação de poder estruturada através das famílias. Como ele mesmo afirma: "o controle da sociedade sobre os

indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo". (p.80)

A idéia do movimento higienista, no final do século XIX era investir na infância e através dela atuar sobre a família, ensinando-lhes noções básicas de higiene e saúde. Esse investimento foi feito, em primeiro lugar dirigindo-se ao corpo dos membros das famílias burguesas e só depois se referiu ao corpo dos trabalhadores.

"No processo de definição da família, a higiene dirige-se quase que exclusivamente às famílias de extração elitista. Não interessava ao Estado modificar o padrão familiar dos escravos que deveriam continuar obedecendo ao código punitivo de sempre (...) Foi sobre as elites que a medicina fez incidir sua política familiar, criticando a família colonial nos seus crimes contra a saúde. A camada dos 'sem família' vai continuar entregue à polícia, ao recrutamento militar ou aos espaços de segregação higienizados como prisões e asilos". (COSTA, J. op. cit., p.36)

Segundo RIZZINI (1997), não havia limites quanto à área de intervenção dos higienistas; eles eram confessores, conselheiros dos assuntos privados da família e, nesse sentido, sua missão era sanear a sociedade.

Eles passaram a interferir em todos os aspectos da vida familiar, impondo seu modelo de organização, conforme se expressa COSTA, J. (op. cit., p.114): "A higiene ministrava a seu público, ensinamentos que iam desde aqueles da alçada de um engenheiro ou de um arquiteto, até aqueles da competência de um mentor de etiqueta social".

Existia nessa época um alto índice de mortalidade materno infantil. As adolescentes, segundo registros, casavam com doze ou treze anos. Um dos alvos da medicina higienista, com relação às famílias ricas foi aumentar a idade do casamento da mulher. Os critérios eugênicos também deveriam ser observados, devendo-se evitar casamentos consangüíneos, e entre os portadores de taras

degenerativas ou doenças contagiosas. O casamento seria, portanto, eugênico, ou seja, cientificamente planejado. (RIZZINI, 1995)

Os higienistas buscavam também os motivos da alta taxa de mortalidade infantil. Todos os indícios levavam a concluir que as principais causas eram a omissão, a ignorância e o descuido dos pais quanto ao destino de seus filhos, consequência do afrouxamento dos laços afetivos entre eles.

Quanto à mortalidade, observava-se que a dos filhos ilegítimos era duas vezes maior que a dos filhos legítimos. Essas estatísticas eram recolhidas nas Casas de Misericórdia onde funcionava a Roda dos Expostos.

Sendo assim, a Roda foi, para os higienistas, o principal alvo de críticas; pois além da alta taxa de mortalidade entre as crianças lá abrigadas, o fato de abandoná-las anonimamente acabava por incentivar, segundo eles, as uniões ilícitas constituindo-se em um atentado à moralidade.

“Os médicos higienistas procuraram atacar a questão da infância abandonada em várias frentes: combate à mortalidade infantil; cuidados com o corpo (estímulo à educação física, aos esportes, à amamentação e a alimentação corretas); estudos; importação de conhecimentos e campanhas de combate às doenças infantis; educação das mães; introdução da Pediatria e da Puericultura, como novas áreas de conhecimento; campanhas de higiene e de saúde pública; etc”.(MARCÍLIO, op. cit., p.194)

A melhoria das condições de higiene na Casa dos Expostos acabou ocorrendo efetivamente, através dessa intervenção. Ocorreram, também, várias outras iniciativas, como a criação de dispensários e ambulatórios, com serviços de consulta médica às crianças pobres e palestras para as mães, entre outros. Porém, a ação higienista voltada à infância foi feita de maneira dicotomizada: de um lado a criança rica, mantida sob os cuidados da família, para quem eram reservados o

amor, as atenções médicas e os tratados de puericultura. Do outro lado, a criança pobre e viciosa que deveria ser moldada para a submissão.

Os higienistas se voltaram ainda para a inspeção higiênica nas escolas e abrigos, preocupados com o controle das doenças e principalmente com o controle da sexualidade das crianças internas.

A esse respeito COSTA J. (op. cit., p.187) assim se expressa: "O sexo desregrado foi objeto de uma atenção desmedida. Em particular, a masturbação que aparecia como um perigo avassalador para a saúde física, moral e intelectual dos jovens (...) A organização interna dos colégios deveria, portanto, regular-se de forma a prevenir e combater a masturbação".

O onanismo foi para os higienistas a maior preocupação com relação aos jovens. Os médicos apresentavam a masturbação como a causa das mais diversas doenças físicas e mentais, além de causar malefícios e deformidades ao aparelho gênito-urinário.

Esse domínio que a medicina começa a exercer sobre as crianças e adolescentes FOUCAULT (1990) chamou de "pedagogização do sexo da criança".

Para ele é na sexualidade que existe a maior possibilidade de se estabelecer o domínio, seja ele entre homens e mulheres, jovens e velhos, pais e filhos, educadores e alunos, padres e leigos etc... E a sociedade a partir do século XVIII, começa a desenvolver estratégias de saber e poder a respeito do sexo para exercer esse domínio.

"Na preocupação com o sexo, que aumenta ao longo de todo o século XIX, quatro figuras se esboçam como objetos privilegiados de saber, alvos e pontos de fixação dos empreendimentos do saber: a mulher histérica, a criança masturbadora, o casal malthusiano, o adulto perverso, cada uma dessas estratégias que, de formas diversas, percorreram e utilizaram o sexo das crianças, mulheres e homens". (Ibid., p.100)

2.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CONCEITO ADOLESCÊNCIA

Até aqui se discorreu a respeito do tratamento dispensado às crianças nos séculos passados e de como a sociedade foi construindo as concepções de infância rica e infância pobre.

Sendo o objetivo desse estudo analisar as mudanças no atendimento de saúde dos adolescentes, necessário se faz conhecer a construção histórica do conceito adolescência nos diferentes discursos: médico, jurídico e social e de que forma se tratou essa questão.

Esse conhecimento ajuda a elucidar o descaso no atendimento de saúde a essa faixa etária.

2.2.1 O Adolescente na Sociedade

O conceito de adolescência como foi mencionado anteriormente só se constituiu no início do século XX embora alguns autores façam referência a essa etapa da vida nos séculos passados.

Considera-se a adolescência uma etapa evolutiva do ser humano, caracterizada pelo processo de maturação biopsicossocial.

Para ZAGURY (1996, p.24) “é uma etapa extremamente importante do desenvolvimento, com características muito próprias, que levará a criança a tomar-se um adulto, acrescida da capacidade de reprodução. As mudanças corporais que ocorrem nesta fase são universais, com algumas variações, enquanto as psicológicas e de relações variam de cultura para cultura, de grupo para grupo e até entre indivíduos do mesmo grupo.”

A Organização Mundial da Saúde considera a adolescência a faixa etária que vai dos dez aos vinte anos. O conjunto de modificações biológicas do indivíduo nessa faixa etária é denominado puberdade e o termo adolescência, reservado para as transformações psicossociais que as acompanham. (OSÓRIO, 1989)

A puberdade, sendo biológica, ocorre cronologicamente para todos os povos, relativamente na mesma época. Já a adolescência, embora seja universal, varia conforme o ambiente sócio cultural do indivíduo.

A sociogênese da adolescência é, em termos históricos, um acontecimento recente. Em períodos anteriores, o indivíduo saía da infância diretamente para a idade adulta sem nenhum período intermediário. (CAVALCANTE, 1985)

Em seu livro História Social da Criança e da Família, ARIÈS (1981) demonstra que até o século XVIII não havia lugar para a adolescência. A infância era entendida como uma fase de dependência e, quando a criança ia se tornando independente, acabava incluída nas atividades dos adultos, indiferenciando-se destes. No século XIX gradativamente foi surgindo um vocabulário próprio para se designar a primeira infância, porém subsistia a ambigüidade entre a infância e a adolescência de um lado e, do outro, aquela categoria a que se dava o nome de juventude. Não se possuía a idéia do que hoje concebemos como adolescência. E essa idéia demoraria a se formar.

“O primeiro adolescente moderno típico foi o Siegfried de Wagner: a música de Siegfried pela primeira vez exprimiu a mistura de pureza (provisória), de força física, de naturismo, de espontaneidade e de alegria de viver que faria do adolescente o herói do nosso século XX, o século da adolescência. Esse fenômeno, surgido na Alemanha wagneriana, penetraria mais tarde na França, em torno dos anos 1900. A ‘juventude’, que então era adolescência, iria tomar-se um tema literário, e uma preocupação dos moralistas e dos políticos”. (Ibid., p.46)

A adolescência passou a ser sinônimo de valores novos e foi gerada no bojo da revolução industrial.

Rousseau, citado por PERROT (1991), no seu livro *Émile* se refere à adolescência como “um momento crítico” que corresponde à identidade sexual.

No decorrer do século XIX, são escritas pelos médicos, teses sobre a puberdade de meninos e meninas e a adolescência começa a ser vista como um perigo para o indivíduo e para a sociedade. Esse perigo, segundo os conceitos da época, estaria ligado ao desejo sexual do adolescente que o conduziria à violência, à brutalidade e até mesmo ao sadismo. A adolescência esteve ligada a sua transformação sexual e a tomada de consciência do fato.

Outros autores começam também a relacionar a adolescência com a criminalidade devido à instabilidade e agressividade características desta fase.

A primeira vez que se fez referência a adolescência no contexto científico foi no ano de 1904 através da publicação do livro de Stanley Hall, intitulado ‘Adolescência’. “Para o autor, este período da vida caracteriza-se pelo estado de ‘tempestade e tormenta’, ou seja, de extrema instabilidade em todos os sentidos da vida”. (SIQUEIRA, 2000, p.20)

Porém, foi a partir da 1ª guerra mundial, em 1914 que a juventude passou a ser reconhecida como importante. Dessa juventude se esperava a renovação na frente de batalha, em oposição às velhas gerações da retaguarda. “Daí em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente. (...) Assim, passamos de uma época sem adolescência a uma época em que a adolescência é a idade favorita. Deseja-se chegar a ela cedo e nela permanecer por muito tempo”. (ARIÈS, op. cit., p.47)

Muitos autores passaram então a se ocupar da adolescência, a investigar e descrever as características deste período da vida, sendo também uma das preocupações da medicina, que começou a perceber que o adolescente precisava ser tratado de forma distinta tanto da criança como do adulto.

2.2.2 O Adolescente na Medicina

Segundo COATES (1993) as origens da medicina do adolescente não são claras, porém, antes do término do século XIX, na Europa, já havia alguns médicos que tinham interesse especial no crescimento e desenvolvimento de adolescentes e em suas doenças.

Os primeiros profissionais dessa área fundaram em 1888 a Associação de Médicos de Escolas na Inglaterra. Eram médicos generalistas responsáveis pela saúde dos jovens que moravam nas escolas e academias militares. Juntos, poderiam trocar experiências e condutas médicas, conseguindo assim mais qualidade no atendimento e prevenção de doenças e acidentes. Nessa época os higienistas tinham grande preocupação com os jovens nos internatos, pois acreditavam ser aí os focos de contágio dos maus hábitos sexuais.

Em 1918 foi encontrado um trabalho de Amélia Gates na revista de Arquivos de Pediatria, sob o título "O trabalho da Clínica de Adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford", sendo a primeira referência sobre uma clínica médica para adolescentes. Nesse trabalho ela relata: "A clínica começou com finalidades médicas, brevemente foi impossível de nos confinarmos a problemas médicos apenas. A clínica tinha de se preocupar com aspectos sociais e

educacionais, quando tínhamos sucesso nesses, tornávamo-nos mais efetivos”.
(COATES, op. Cit., p.3)

Com essas idéias Amélia Gates reconhecia o princípio básico da medicina do adolescente, que é o reconhecimento do paciente como um todo e não uma doença particular e que até hoje norteiam os serviços de saúde.

As décadas de 20 e 30, pessoas que tinham interesse reuniam-se em grupos para estudar sobre o desenvolvimento biológico do adolescente. No início dos anos 40 a Academia Americana de Pediatria interessou-se pelo assunto e no ano seguinte realizou o Iº Simpósio sobre medicina do adolescente, com duração de meio dia.

Em 1951, no Hospital Infantil de Boston foi criada a Unidade de Adolescentes. Essa unidade deu tônica para a medicina do adolescente nos anos 50 e 60.

Muitas faculdades de medicina e hospitais nos EUA e Europa fundaram serviços dedicados à saúde desse grupo etário.

A América Latina, especificamente no Brasil, Chile, Colômbia e México, teve sua medicina do adolescente na década de 70. No Brasil nos anos de 74 e 75, constituíram-se três grupos multiprofissionais para o atendimento de adolescentes, sendo dois em São Paulo e um no Rio de Janeiro e em 1978 a Sociedade Brasileira de Pediatria criou o Comitê de Adolescência, com representante em vários estados.

Segundo COATES (1993) no início da década de 80 foram criados comitês de adolescência em vários estados, vinculados às Sociedades de Pediatrias locais, dando um grande impulso para a medicina do adolescente.

Na época em que surgiu a medicina do adolescente no Brasil, os serviços médicos de que dispunha a população eram conhecidos como “médico assistencial privatista”, ou seja, quem podia pagar recorria aos profissionais liberais, o

trabalhador com carteira assinada recorria à medicina previdenciária, e os pobres recorriam à medicina popular (leigos, práticos, benzedeiros, etc...) ou à caridade, feita em geral, por entidades filantrópicas com apoio estatal, consolidando-se assim, a desigualdade do acesso a esses serviços.

O período de 80 a 90 foi marcado por uma profunda crise econômica no Brasil. As lutas em prol da liberdade e igualdade conduziram o país a um processo de redemocratização e as políticas de saúde foram desenvolvidas nesse contexto. A Constituição de 1988 incorporou conceitos, princípios e uma nova organização da saúde. Em seu artigo 196 assegura: "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

A saúde passou a ser encarada como um direito fundamental de cidadania plena que reconhece o direito igual de todos às ações de saúde. Para que isso pudesse ocorrer, definiu o Estado, na qualidade de regulador público, como responsável pela garantia desse direito de cidadania.

Em 1990 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios essenciais à universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

Nesse mesmo contexto o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Saúde do Adolescente PROSAD através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil e enviou às Secretarias de Saúde dos Estados as diretrizes e estratégias para a criação de programas estaduais.

Em 27 de março de 1990 o Secretário do Estado da Saúde de Santa Catarina constituiu o Programa do Adolescente. Em junho do mesmo ano foi inaugurado, na

Policlínica de Referência Regional do SUS, em Florianópolis, o Ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, com o objetivo de promover e recuperar a saúde, considerando-se os aspectos biológicos, psico-espirituais e sócio-culturais do adolescente.

Esse programa será retomado no IIº Capítulo uma vez que foi nele que os problemas de acesso ao serviço público de saúde começaram a chamar atenção dando origem a esse estudo.

2.2.3 O Adolescente na Constituição Brasileira e no Ordenamento Jurídico.

O discurso dos juristas com relação à criança e ao adolescente seguiu o mesmo caminho do discurso médico higienista, que era desenvolver uma missão saneadora e moralizadora junto à sociedade. As Leis relativas à infância, promulgadas no Brasil a partir de sua independência política mostra que a preocupação dos juristas era com as crianças e jovens pobres e abandonados que no seu entender representavam risco social. (RIZZINI, 1997)

O Código Criminal de 1830 (Império) determinava a internação do infrator em casas de correção no caso de “ação criminosa” praticada por pessoas de 14 anos. (PEREIRA, 1992)

No entender de RIZZINI (2000, p.9) “Em termos históricos, esta lei pode ser considerada como um grande avanço, pois até então vigoravam as Ordenações do Reino de Portugal, cujas medidas punitivas foram abolidas por serem consideradas bárbaras”.

A partir de 1850 começam a surgir leis referentes ao escravo. A Lei do Ventre Livre ou Lei do Rio Branco promulgada em 1871 concedia liberdade para crianças nascidas de mãe escrava.

VERONESE (1999) considera essa lei bem menos liberal do que aparentava uma vez que tal liberdade permanecia condicionada à vontade do proprietário da escrava, ou seja: a lei estipulava que a criança deveria permanecer até os oito anos junto com a mãe e o senhor, que por ajudar a criá-la tinha o direito de usufruir o seu trabalho até que completasse vinte e um anos, ou então, receber uma indenização caso a entregasse ao Estado.

Todavia essa lei foi um importante passo para a abolição da escravatura.

As Constituições do Brasil, a de 1824 (Império) e a de 1891 (primeira da República) "são omissas" com relação à criança uma vez que "não fazem referência ao menor de idade, em termos de responsabilização penal", nem se referem à criança abandonada. (Ibid., p.42)

Em 1891, o decreto lei 1313 regulariza as relações trabalhistas das crianças e adolescentes absorvidos pelas fábricas. Nesse período já existia a preocupação de conter a "delinqüência" e a "vadiagem" decorrente do desemprego. São dessa mesma época as primeiras críticas à não diferenciação no trato da criança e do adulto "delinqüente".

A preocupação com o futuro dos menores abandonados e internados em asilos fez com que o governo do Rio de Janeiro criasse em 1910 uma Escola para essas crianças e esses jovens em cujos Estatutos estava definido: "Essas crianças necessitam apenas do ensino e da educação suficientes para garantir-lhes um futuro honesto e proveitoso, a instrução ministrada na mesma não ultrapassará o que for indispensável à integração do internado na vida social". (MARCÍLIO, 1998, p.216)

Essa recomendação mostra a mentalidade da República que se iniciava e, para a mesma autora, a distinção entre a criança rica e a criança pobre ficou bem definida, sendo que a primeira seria alvo das atenções e das políticas com o objetivo de prepará-la para dirigir a sociedade, ao passo que a criança pobre, estigmatizada como menor, deveria ser objeto de controle e receber educação e instrução profissionalizante para o mundo do trabalho.

Essa visão ambivalente em relação à criança tornou-se dominante no discurso brasileiro na passagem do século.

Em 5 de janeiro de 1921, surge a lei 4242 que introduz “autorização para organizar o serviço de assistência e proteção à infância abandonada e delinqüente”. O decreto lei 16272, de 1923, e o decreto legislativo 5083, de 1926 surgem para regulamentar esta proposição. Mas é em 12 de outubro de 1927 que surge o primeiro Código de Menores. (PEREIRA, 1992)

Esse Código incorporou, tanto a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo, como a visão jurídica repressiva e moralista. Os juristas e os médicos representavam, nessa época, as forças hegemônicas no controle da questão social da criança abandonada; sendo assim, o Código de Menores acabou sistematizando a ação de tutela e coerção que o Estado passou a adotar em relação à criança e ao adolescente.

Nesse sentido assim se expressa VERONESE (1999, p.28):

“A tônica predominante desta legislação menorista era corretiva, isto é, fazia-se necessário educar, disciplinar, física, moral e civicamente as crianças oriundas de famílias desajustadas ou da orfandade. O Código instituía uma perspectiva individualizante do problema do menor: a situação de dependência não decorria de fatores estruturais, mas do acidente da orfandade e da incompetência de famílias privadas, portanto culpabilizava de forma quase que exclusiva a desestrutura familiar. O problema tomava-se público pelo somatório de dramas individuais e a solução residia na institucionalização das crianças e jovens que, isolados em

supostas instituições educacionais, teriam lá reconstituídas sua identidade e predisposição à conformidade aos cursos esperados de sociabilidade”.

No período varguista de 1930 a 1945, para PEREIRA (1992), o "menor" era visto como ameaça social e a política específica de atendimento à infância e adolescência construiu-se com todas as características de autoritarismo, paternalismo e clientelismo que marcaram o “Estado Novo”. Nesse período são promulgadas duas Constituições: a de 1934, que é a primeira a fazer referência direta à criança ao dispor a respeito do trabalho infantil e a de 1937 estabelecendo que o “Estado deveria dar assistência à infância e à juventude” sobretudo aos mais carentes. (VERONESE, op. cit., p.42)

Em novembro de 1943, o decreto lei 6026 realiza uma revisão no Código de Menores à luz do novo Código Penal. Muda-se a categoria de “delinqüente” para “infrator” o que vem cristalizar de vez a visão da menoridade como caso de polícia. O novo Código Penal amplia o limite de irresponsabilidade penal para 18 anos. (PEREIRA, 1992)

Para COSTA, A. C. (1990) na época da República Velha, a associação problema social-caso de polícia fez com que o atendimento à criança e ao adolescente tivesse conotação correcional-repressiva, que seria uma forma de entender o problema. Assim sendo, as crianças e os adolescentes infratores eram vistos como ameaça social e o poder público tinha o dever de regenerá-los e reformá-los pela reeducação, a fim de devolvê-los à sociedade sem qualquer vestígio de periculosidade, como um cidadão ordeiro, respeitador da lei, da ordem e dos bons costumes. Para esse fim, foi criado em 1941 o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) do Ministério da Justiça.

Esse serviço tinha por finalidade:

“Sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinqüentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares; proceder à investigação social e ao exame médico-psico-pedagógico dos menores desvalidos e delinqüentes; abrigar os menores à disposição do Juízo de Menores do Distrito Federal; recolher os menores em estabelecimentos adequados, a fim de ministrarlhes educação, instrução e tratamento sômato-psiquico, até o seu desligamento; estudar as causas do abandono e da delinqüência infantil para a orientação dos poderes públicos; promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas”. (RIZZINI, I. 1995, p.277)

O SAM adquiriu âmbito nacional em 1944 e na década de 50, perante a sociedade, passou a ser considerado “uma escola do crime”, devido à corrupção que se instalou em sua estrutura, os maus tratos infligidos aos menores e a impunidade dos funcionários e dos seus dirigentes. Foi extinto em 1964.

Com relação à educação em 1930 cria-se o Ministério da Educação e Saúde, implantando-se o ensino médio seriado que representou a quebra de uma longa tradição de omissão e privatismo, fazendo o poder público, pela primeira vez criar uma estrutura de assistência educacional e sanitária para uma população mergulhada no analfabetismo.

No período democrático populista (1946-1964) a educação passou a ser vista como um dever do Estado e direito de todos, instituindo-se o ensino primário gratuito.

Mesmo assim “até a década de 1960, o Estado Brasileiro não foi interventor, quer na assistência, quer na proteção da infância desvalida. Restringia-se às funções de estudo, de vigilância e de controle da assistência ao menor, bem como à repressão dos desviantes”. (MARCILIO, op. cit., p. 225)

Em 1964, com o regime militar instaurado, o discurso do menor, como uma ameaça social, foi substituído pelo discurso da criança carente e abandonada; porém, tanto para o imaginário da sociedade, como para a própria justiça, essa

criança abandonada continuava sendo uma ameaça social. A Política Social da Infância e da Adolescência, naquele período, refletiu a ideologia dos governos militares, expressa na Constituição de 1967: crescimento econômico e controle social. Segundo BEZERRA (1992, p.45):

“O modelo econômico que prevaleceu durante os governos ditatoriais gerou, juntamente com a concentração de renda, um grande estoque de pobreza. Neste contexto, inerente ao próprio modelo, era natural que a assistência social praticada no período tratasse de implantação de políticas sociais de caráter compensatório. A compensação, no caso, atua contribuindo para manter o equilíbrio necessário à reprodução do sistema e seus efeitos. Compensar aqui significa tentar corrigir distorções estruturais do modelo econômico”.

Em 1º de dezembro de 1964 é publicada a lei 4513, contendo as diretrizes e bases para uma política nacional de Bem Estar do Menor. Para tal fim, foi criada a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM) como órgão normativo federal, e nos Estados, os órgãos executores, geralmente sob a denominação de FEBEM. O objetivo da FUNABEM era “formular e implantar uma Política Nacional de Bem Estar do Menor em cada Estado integrando-se a programas nacionais de desenvolvimento econômico e social, dimensionando as necessidades afetivas, nutritivas, sanitárias e educacionais dos internos e racionalizando os métodos”. (PASSETTI, 1999, p.364)

Para esse fim, foram adotados em todo o país, os centros de triagem nas capitais e, no interior, as redes oficiais de internatos como modelo básico de atendimento público aos menores.

O modelo correcional que via o menino e o adolescente como uma ameaça social passou a vê-los como carentes, porém ao interná-los, mostrou-se que a visão de ameaça social ainda persistia.

A Constituição de 1967 se preocupou com a assistência à maternidade e à infância nos seus artigos a respeito da obrigatoriedade das empresas em oferecer ensino primário gratuito aos empregados e seus filhos, e instituindo o ensino obrigatório e gratuito para crianças de 7 a 14 anos. A emenda Constitucional de 1969 inclui as crianças excepcionais no direito à educação.

Na década de 70 surgiu entre os educadores e trabalhadores sociais da área um movimento de educação progressista. O menino e o adolescente deixam de ser vistos como um conjunto de carências e passam a ser encarados, pelo menos no discurso, como sujeitos de sua história. Mesmo assim, nenhuma dessas fases foi ainda capaz de eliminar as falhas anteriores.

O novo Código de Menores, de 10 de outubro de 1979, delimita sua ação na assistência, proteção e vigilância a “menores que se encontrem em situação irregular”. Permaneceu forte a figura do juiz de menores como tutor e o internato como espaço de ressocialização.

A partir do governo da Nova República (1985-1989) a política social da infância e da adolescência passou a ser questão de debate nacional. Os agentes governamentais e não governamentais atuantes na área da menoridade começam, nesse período, a se insurgir contra o fracasso e a violência no trato da criança e do adolescente em situação de risco pessoal e social.

Surge a presença da Pastoral do Menor, do Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua e de articulações mais diversas em defesa da criança e do adolescente.

Organiza-se o Fórum Permanente de Entidades Não Governamentais da Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA), reunindo ONG's

representativas da causa infanto-juvenil. Todo esse movimento culmina com a promulgação da nova Constituição brasileira.

O artigo 227 da Carta Magna estabelece:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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 a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Os direitos das crianças e dos adolescentes, garantidos nessa Constituição foram regulamentados através do Estatuto da Criança e do Adolescente em 13 de julho de 1990.

2.2.4 O Estatuto da Criança e do Adolescente: um novo paradigma.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é considerado por todos os estudiosos do assunto um marco na história da criança e do adolescente no Brasil, pois assegura a todos eles a proteção integral, rompendo com o antigo paradigma do menor em situação irregular.

“Ao revogar o velho paradigma, representado pelas Leis nº4513/64 (Política Nacional de Bem Estar do Menor) e 6697/79 (Código de Menores), o Estatuto cria condições legais para que se desencadeie uma verdadeira revolução, tanto na formulação das políticas públicas para a infância e juventude, como na estrutura e funcionamento dos organismos que atuam na área, inaugurando uma nova etapa do Direito brasileiro ao adotar a doutrina de proteção integral da criança e do adolescente.” (FIRMO, 1999, p.32)

Para VERONESE (1997, p.46) o Estatuto “se constituiu numa norma de extremo valor, pois significa a introdução na ordem jurídica de avanços que ocorreram na ordem social”.

SEDA (1993) acredita que com esta Lei muda-se de maneira radical o discurso que até então havia a respeito do atendimento a crianças e adolescentes, pois a menoridade passou a ser uma convenção e a dimensão social da cidadania foi incorporada ao nosso ordenamento jurídico.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é a primeira lei brasileira que diferencia a criança do adolescente, considerando criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e, adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade. (VERONESE, 1999)

Por esse estatuto, não existe diferença entre criança rica e criança pobre; todas têm iguais direitos, sem discriminação. Não é mais responsabilidade exclusiva da família ou do poder judiciário. É, sim, compromisso da família, do Estado e da Sociedade. Em seus artigos, é atribuída ao Governo Municipal a competência de assegurar o atendimento às necessidades básicas de crianças e adolescentes.

É criado também o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente para, em conjunto com o Executivo Municipal, decidir sobre política de atendimento. Este Conselho tem representantes do Poder Público e da Sociedade Civil local. É deliberativo: ele mesmo decide, acompanha, controla e fiscaliza a ação. A mediação entre a comunidade local e o Poder Judiciário é de responsabilidade do Conselho Tutelar, com representantes dos munícipes.

De acordo com FIRMO (1999) não adiantaria a Constituição e o Estatuto garantirem uma série de direitos às crianças e aos adolescentes sem que se estabelecesse um responsável pela garantia de tais direitos e se não fossem criados mecanismos para viabilizá-los, assim como punir os seus infratores.

Desta forma, para cada direito fundamental previsto na Lei, há um responsável direto e uma ação jurídica específica para garanti-lo, conforme explica a autora:

“Para que os direitos inerentes à proteção integral, previstos na Constituição e no ECA, sejam exercidos pelas crianças e adolescentes brasileiros, tais como 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, impõe-se aos pais, ao Estado e à sociedade como um todo o cumprimento dos deveres que são de suas respectivas responsabilidades, cabendo ao Poder Judiciário aplicar a cada um deles as penalidades correspondentes a cada infringência, através das ações jurídicas próprias.” (Ibid., p.144)

O artigo 98, do Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe que:

“As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
- III- em razão de sua conduta”.

Já o artigo 208 do Estatuto enumera as hipóteses em que cabem, na justiça, ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referentes ao não oferecimento, ou oferta irregular, como por exemplo: o acesso às ações e serviços de saúde.

Isto posto, entende-se que qualquer criança ou adolescente que tenha seus direitos desrespeitados, pode acionar o Poder Judiciário para que seus respectivos responsáveis sejam cobrados e responsabilizados na forma da lei.

E após 12 anos da vigência do Estatuto como estão sendo garantidos os direitos das crianças e dos adolescentes?

A história mostra que no Brasil crianças e adolescentes passaram por muitas mãos desde a Proclamação da República: nas mãos dos Higienistas e Filantropos, nas mãos da polícia-Defesa Nacional, nas mãos dos patrões - no caso da criança

trabalhadora, nas mãos da família, nas mãos do Estado-clientelismo, nas mãos das Forças Armadas - Segurança Nacional, nas mãos dos Juízes de menores e atualmente, nas mãos da sociedade civil, aqui compreendido: família, sociedade e Estado. (RIZZINI, 1995)

Os adolescentes estão hoje em mãos seguras? Todos são tratados da mesma maneira, sejam eles ricos ou pobres?

3. CAPÍTULO II - O ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE E O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

No capítulo anterior discorreu-se a respeito de como a sociedade foi construindo o conceito de adolescência e de como as autoridades, ao longo do tempo, foram estabelecendo diferenciações entre o adolescente rico e o adolescente pobre, instituindo como consequência, diferentes visões e ações dirigidas a essa população.

Foi mostrado também o modo como a criança e o adolescente foram definidos pelas Constituições e pelo ordenamento jurídico.

Viu-se que no passado às leis relativas à infância caracterizaram-se por uma dualidade, pois, em nome da defesa da sociedade, anulou-se o direito de cidadania à criança e ao adolescente pobre e abandonado, ao expor sua pretensa periculosidade. Essa história está intimamente inserida no contexto: político e econômico de sua época, como também o estão a nova Constituição, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Único de Saúde.

Os movimentos populares dos anos 80 a 90 propiciaram a promulgação da atual Constituição que em seu artigo 1º proclama que o Brasil constitui-se em “Estado Democrático de Direito” e que tem dentre os seus fundamentos: “a soberania, a cidadania e a dignidade da pessoa humana.” Dessa Lei Maior derivam-se todos os outros ordenamentos jurídicos como o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Único de Saúde que deve no seu bojo conter todas as conquistas constitucionais.

O SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas com proposta de solidariedade social, universalidade de acesso e integralidade de ação,

porém, os atuais modelos: econômico e político do Brasil entram em choque com a sua doutrina que ao se constituir de ações e serviços públicos financiados pelo poder público, incompatibiliza-se com o pensamento neoliberal vigente que é a formação do Estado Mínimo.

O propósito desse capítulo é pontuar como se organizam os serviços públicos de saúde oferecidos aos adolescentes no município de Florianópolis, pela Secretaria de Estado da Saúde e do Município.

Pretende revelar os problemas enfrentados pelos adolescentes no acesso ao serviço público de saúde, através de suas queixas, e através das informações prestadas pelos interlocutores dos órgãos de defesa dos seus direitos. Será analisada também a Ação Civil Pública que o Ministério Público impetrou contra o Estado de Santa Catarina por causa da oferta irregular dos serviços de saúde do SUS, oferecidos às crianças e aos adolescentes.

3.1 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS E O ADOLESCENTE

Quando se determina na Constituição que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, significa que o Estado tem de se aparelhar para fornecer à população um serviço de saúde eficiente de fácil acesso e gratuito.

Após a criação do SUS os Estados e Municípios tiveram que, respeitando as normas legais, se organizar de acordo com a sua realidade e necessidade, para efetivar os serviços de saúde.

Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, possui uma área total de 451 km², subdividida na parte continental, que conta com 12,1 km² e limita-se com o

município de São José. A parte constituída pela Ilha de Santa Catarina possui a área de 438 km².

A população do município no ano de 2000, segundo dados do IBGE era de 342.315 pessoas sendo que 64.322 são de adolescentes correspondendo a 18,8% da população.

No ano de 2000 o município estava habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica 01/96, sendo responsável pelo atendimento básico de saúde⁴ dos seus munícipes, através de suas instituições próprias e/ou instituições contratadas.

Os sistemas municipais de saúde, por apresentarem níveis diferentes de complexidade, acabam atendendo, através de seus órgãos de saúde, usuários encaminhados por outro município, como ocorre entre os municípios da Grande Florianópolis. Para se entender então o atendimento de saúde prestado pelo município aos adolescentes faz-se necessário apresentar como estão organizados esses serviços dentro do Sistema Único de Saúde.

⁴ O atendimento básico de saúde compreende as ações básicas de saúde financiadas através do Piso de Atenção Básica (PAB), o qual é definido pelo montante de recursos fixos destinados à assistência básica assim constituída:

- I - consultas médicas em especialidades básicas;
- II - atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica);
- III - atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- IV - visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família;
- V - vacinação;
- VI - atividades educativas a grupos da comunidade;
- VII - assistência pré-natal;
- VIII - atividades de planejamento familiar;
- IX - pequenas cirurgias;
- X - atendimentos básicos por profissional de nível médio;
- XI - atividades dos agentes comunitários de saúde;
- XII - orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária;
- XIII - assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família;
- XIV - pronto atendimento.

Ainda o PAB é composto de uma parte variável que se destina a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham a ser posteriormente agregados. (Portaria MS/GM 1882/97, de 18 de dezembro de 1997)

3.1.1 Sistema Único de Saúde – SUS

Conforme definido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 no artigo 4º constitui-se o Sistema Único de Saúde o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. E, em seu parágrafo 2º, que a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar.

Ele é um Sistema Único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional e referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: **Universal**, ampliando a todas as pessoas o direito à saúde, tornando-a um direito de cidadania e dever do governo municipal, estadual e federal. **Equânime**, com todo cidadão igual perante o Sistema Único de Saúde onde será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. **Integral**, com as ações de saúde combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção a promoção, a cura e a reabilitação.

Tem como princípios ser: **Resolutivo**, estando apto a resolver dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, os problemas de saúde que levam um paciente a procurar os serviços de saúde, em cada nível de assistência. **Descentralizado**, enquanto redistribui as responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A Lei 8.080/90 e as NOB's (Norma Operacional Básica do SUS) definem o que é obrigação de cada esfera de governo. **Regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde, que deve ser de tal forma organizada, a possibilitar maior conhecimento dos problemas de saúde da

população de uma área delimitada, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. **Participação Social** assegurada pela Constituição através de suas entidades representativas.

A participação social foi normatizada através da Lei nº 8142/90 que define a constituição dos Conselhos de Saúde permanentes, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, os quais devem ser compostos por representantes do governo, de prestadores de saúde, de profissionais de saúde e de usuários. Sua composição é paritária, ou seja, metade do conselho deverá ser formada por representantes dos usuários e a outra metade por conselheiros oriundos dos demais segmentos sociais, sendo seu poder deliberativo.

Paralélamente foram instituídas as Comissões Tri e Bipartites de Saúde, igualmente de caráter deliberativo; neste caso envolvendo somente a representação dos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) ou, no caso das Bipartites, somente os níveis do governo Estadual e Municipal.

A descentralização dos serviços de saúde, através da municipalização passou a distribuir o atendimento pelos bairros, com maior disseminação dos centros de saúde onde são realizadas as ações primárias de saúde.

As entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias são chamadas de Gestores.

Nos municípios, os gestores são as secretarias municipais de saúde ou as prefeituras, sendo responsáveis pelas mesmas os respectivos secretários municipais, ou equivalentes, e prefeitos.

Nos estados, os gestores são os secretários estaduais de saúde e, no nível federal, o Ministério da Saúde. A responsabilidade sobre as ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, portanto, é do titular da secretaria respectiva, e do Ministério da Saúde no nível federal.

Como já foi dito no início deste capítulo, existe um consenso de que o SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, porém, esse avanço está sendo dificultado pelo projeto de reforma do Estado de caráter neoliberal do atual governo.

“O que o neoliberalismo propõe (...) é o Estado mínimo, normativo e administrador, que não interfira no funcionamento do mercado”. (NOVELO U. 1995, p.67) Reduzindo a intervenção do Estado na economia, reduz-se também as funções relacionadas com o bem estar social, uma vez que para os neoliberais “a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado”. (LAURELL, 1995, p.162)

Sendo assim, as políticas sociais não estão sendo priorizadas pelo governo, o que faz aumentar ainda mais a diferença entre os ricos e os pobres, agravando as dificuldades sociais existentes no país.

“O neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e gratuidade dos serviços sociais”. (Ibid., p.163) Sob esta ótica, a política neoliberal estaria na contramão dos princípios doutrinários do SUS.

Conforme conclusões da 11ª Conferência Nacional de Saúde, a Reforma do Estado no Brasil contempla resumidamente os seguintes aspectos:

- Transferência dos serviços públicos potencialmente lucrativos para o setor privado;

- Concentração da ação direta do Estado em programas de baixo custo e voltados para a população pobre;
- Ampliação dos recursos dos planos de saúde para as camadas médias da população;
- Aumento da carga tributária, que sobrecarrega a população mais pobre;

A esse respeito assim se expressa GARCIA (1997, p.138):

“Vivemos um momento de grande investidura do pensamento neoliberal, que traz como ponto central de ação a formação do Estado Mínimo, que teria como função apenas regulamentar e administrar, cabendo ao mercado a ação (...) A aplicação das políticas neoliberais, enfaticamente defendidas pelo governo Fernando Henrique Cardoso, trazem como consequência o desmantelamento dos serviços públicos provocando o seu desfinanciamento. A intenção política é provar a ineficiência desses serviços, facilitando o projeto privatizador”.

Para esse autor a área da saúde é considerada importante pelo mercado, por ser rentável e o setor privado acaba oferecendo os melhores serviços que são comprados por quem pode pagá-los. Para a população pobre resta apenas o atendimento feito pelo SUS.

Sob a ótica neoliberal, é ofertado um grande privilégio ao setor privado na produção de serviços, inclusive os da saúde, até mesmo com benefícios fiscais. A população pobre, como consequência, fica sem acesso a esses serviços. O governo começa então a criar programas de baixo custo como, por exemplo: o Programa de Renda Mínima: Bolsa Alimentação⁵ que são ineficazes, porém, com grande impacto na mídia.

⁵ Decreto nº 3.934, de 20 de setembro de 2001- Art. 1º O Programa Bolsa-Alimentação consiste na concessão de benefício em dinheiro às gestantes, nutrízes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses, em risco nutricional, pertencentes a famílias que possuam renda per capita inferior ao valor fixado nacionalmente em ato do Poder Executivo para cada exercício, para melhoria da alimentação.

Art. 2º O benefício será de R\$ 15,00 (quinze reais) mensais e terá vigência de seis meses, podendo ser renovado, desde que a família cumpra a agenda de compromisso referida no § 3º deste artigo e mantenha as condições sócio-econômicas exigidas para a concessão do benefício. § 2º Cada família terá direito de receber mensalmente, no máximo, três bolsas-alimentação, simultaneamente, correspondente a R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais). Art. 3º O Ministério da Saúde é o responsável pela coordenação, acompanhamento, avaliação e controle das atividades necessárias à execução do Programa ora regulamentado.

As ações e serviços de saúde não são um favor ou ato de caridade, mas sim, um direito constitucionalmente exigível. No entender de PAIM: (1999, p.497) “O SUS não foi concebido, constitucionalmente, na perspectiva de assistência social para os pobres e indigentes, e sim para garantir integralmente o direito à saúde de todos os cidadãos, independentemente da sua situação sócio econômica”.

Quando a Constituição passou a assegurar a saúde como sendo um direito de todos, pensa-se que os usuários terão efetivamente melhorias e totais condições nos serviços de atendimento à saúde, porém, conforme foi exposto não é o que está ocorrendo.

No município de Florianópolis, com a descentralização das ações de Saúde, os serviços de atenção básica passaram a ser responsabilidade da Prefeitura Municipal, através da sua Secretaria de Saúde.

3.1.2 A Atenção Básica de Saúde Oferecida pelo Município

Os serviços básicos de saúde são parte dos serviços e bens necessários à satisfação das necessidades básicas da população, devendo integrar-se no processo de desenvolvimento e na vida das comunidades, atuando como estímulo, motivo e objeto para a organização e a participação consciente da população no planejamento, execução e controle dos serviços de que necessita. A participação é um instrumento que permite à população compreender criticamente sua situação e exercer o direito e o dever de buscar a solução de seus problemas.

Os níveis de atenção à saúde são classificados em primário, secundário e terciário, de acordo com as atividades que desenvolvem.

O nível primário caracteriza-se por atividades de: promoção, proteção e recuperação realizadas nos postos de saúde e centros de saúde, sendo desenvolvidas basicamente por pessoal elementar e médio, médicos generalistas e odontólogos. As atividades inerentes a este nível se agrupam em três áreas: saúde, saneamento e apoio diagnóstico. A área da saúde engloba atividades de controle de doenças transmissíveis; vigilância epidemiológica; educação em saúde; alimentação e nutrição; imunizações; saúde materno-infantil; saúde escolar; atendimento odontológico e primeiro atendimento aos agravos da saúde. Na área de saneamento considera-se a instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, dejetos e lixo. Na área de apoio diagnóstico, a cobertura dada com unidades instaladas no próprio nível é apenas a de laboratório de patologia clínica. Os tipos de exames a serem oferecidos neste nível são mínimos, de modo a permitirem a resolução do atendimento da população nos programas desenvolvidos, associados aos necessários para a atenção às especialidades estratégicas de cada área.

O nível secundário caracteriza-se por desenvolver, além das atividades do nível primário, atividades assistenciais nas especialidades básicas, com especialistas tais como: clínica médica, ginecologia, obstetrícia e pediatria, assim como especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Os estabelecimentos característicos deste nível são as unidades mistas, os ambulatórios gerais (policlínicas), os hospitais locais e os hospitais regionais.

O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial,

internação e de urgência. Os estabelecimentos deste nível são os ambulatórios de especialidades e hospitais especializados.

Os Centros de Saúde, de acordo com a definição do Ministério da Saúde, constituem-se de:

“Unidades de saúde destinadas a prestar atenção básica e integral à saúde a uma população determinada, de forma programada ou não, nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetria), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas” (MS/PT/SAS nº 35 de 04/02/99).

O Município de Florianópolis, após a implantação do SUS, passou a oferecer os serviços básicos de saúde aos seus munícipes. Para isso, foram municipalizadas dez (10) unidades de saúde, originariamente vinculadas à Secretaria do Estado da Saúde e estas, somadas a quarenta (40) unidades municipais, compõe hoje a Rede Básica de Saúde do Município, que é totalmente administrada pela Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social, órgão vinculado à Prefeitura.

A Secretaria considera que 70% da população do município sejam usuários do SUS e trabalha com esse dado, ou seja, 280 mil munícipes, usuários do SUS.

Possuem quarenta e sete (47) Centros de Saúde distribuídos pelos bairros, uma (1) Policlínica localizada na área continental, um (1) laboratório e um (1) Núcleo de Atenção Psico-Social.

Nos Centros de Saúde os serviços oferecidos são os seguintes:

- Atendimento Básico de Enfermagem
- Imunização
- Atendimento de Enfermeiro
- Clínica em Nutrição
- Laboratório ou Coleta de Material para Exames

- Clínica Médica Geral na estratégia da saúde da família
- Clínica Odontológica Geral
- Exame Preventivo do Câncer Ginecológico
- Planejamento Familiar
- Marcação de Consultas e Exames Especializados
- Fornecimento de Medicamentos Básicos.

Além desses serviços, os Centros de Saúde também desenvolvem os seguintes programas:

- Programa de Saúde da Família (32)
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- Programa Capital Criança
- Programa de Leites Especiais
- Programa Hora de Comer
- Programa de Combate às Carências Nutricionais
- Programa de Suplementação Alimentar para Crianças e Gestantes Soropositivas

Não existe na rede municipal de saúde um programa específico para o atendimento aos adolescentes. A clientela que tem atendimento preferencial é a que está incluída nos programas, ou seja, gestantes e crianças até 06 anos.

Os adolescentes quando necessitam de atendimento médico vão para as filas disputar uma vaga junto com os adultos.

Recentemente foi criado um programa para atender crianças e adolescentes usuários de drogas no Município de Florianópolis, porém ainda está funcionando de maneira insipiente por falta de local adequado para o atendimento da clientela. A

procura por esse serviço é grande e em função disso os adolescentes acabam em uma lista de espera.

O único programa de saúde oferecido especificamente aos adolescentes é feito no setor secundário, pela Secretaria de Estado da Saúde através da Policlínica de Referência Regional.

3.1.3 A Policlínica de Referência Regional

A Policlínica de Referência Regional é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde, desde 1991, entidade vinculada à administração direta do poder público de Santa Catarina.

Sua finalidade é prestar serviços assistenciais de referência, em nível ambulatorial e laboratorial a toda a população do Estado conforme as diretrizes gerais do modelo assistencial do SUS e, quando necessário, à complementaridade do setor privado.

Teve a sua origem com a cessão do Posto de Assistência Médica (PAM), de propriedade do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), aos Convênios de Municipalização. O Objetivo desses convênios era ceder os PAM's para os municípios de Santa Catarina, entretanto, devido ao seu complexo ambulatorial, dispondo de uma gama de especialidades médicas e odontológicas, a Policlínica ficou sob a responsabilidade do Estado.

O corpo funcional da Policlínica é composto por servidores públicos, divididos em várias categorias funcionais, caracterizando-se estes por servidores públicos estaduais e federais (cedidos pelo INAMPS).

Os serviços oferecidos à população são:

- Atendimento ambulatorial com 29 especialidades médicas;
- Atendimento no serviço de radiodiagnóstico com realização de exames radiográficos simples, tradicionais e fornecimento de laudos;
- Atendimento ao serviço de Eletrocardiograma e Eletro-encefalograma, realização de exames e fornecimento de laudo;
- Serviço de Laboratório: realização de exames de Hematologia, Bioquímica, Urinálise, Imunologia e Parasitologia. Recepção e coleta de material e expedição de laudos;
- Serviço de Odontologia: atendimento ambulatorial com clínica cirúrgica, dentística restauradora, raio x odontológico e patologia geral;

Além desses serviços, a Policlínica possui os programas especiais: Serviço em Doenças Crônicas Degenerativas e 3ª Idade, Centro de Atenção Psico-Social, Centro de Referência em HIV/AIDS, Preventivo do Câncer, Planejamento Familiar, Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, Tuberculose e Hanseníase.

Para a população ter acesso às especialidades médicas do ambulatório é necessário que o usuário seja encaminhado pela rede básica de saúde do município. A marcação da consulta se faz pelo telefone do Centro de Saúde para a Central de Marcação de Consultas⁶.

A marcação dos exames e agendamento para as consultas de retorno, realizadas na Policlínica, são marcadas na própria Policlínica. Para a população ter acesso aos programas é necessário ser elegível a cada um deles e o agendamento

⁶ A Central de marcação de Consultas "é uma unidade administrativa subordinada à Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, com a incumbência de agendar consultas, serviços e exames, via telefone para as diversas unidades cadastradas no sistema, com base nas informações fornecidas pelas próprias unidades envolvidas. Com a sua implantação em 1991 ela passou a ser o elo entre as unidades periféricas (Porta de Entrada) e as unidades de referência objetivando a participação social estabelecendo o sistema de Referência e Contra Referência, visando efetivar a integração das unidades do SUS". (Sistema de marcação de Consultas, Serviços e Exames. Manual de Normas. Secretaria Estadual da Saúde. Florianópolis, 1998.)

se faz via Centro de Saúde. No caso do Programa do Adolescente e no Preventivo do Câncer a inscrição para o programa se faz no balcão do próprio programa.

A Policlínica possui insuficiência de pessoal para as especialidades médicas e odontológicas o que faz com que muitos usuários fiquem diariamente sem conseguir marcar suas consultas médicas.

Na época do PAM, antes do processo de descentralização, os usuários necessitavam permanecer horas na fila para conseguir uma ficha que lhes desse direito à consulta médica. Toda aquela espera era desgastante uma vez que, para conseguir a consulta em determinada especialidade, necessitavam passar toda a noite na fila.

O antigo processo foi mudado e hoje os usuários para conseguirem atendimento especializado, deslocam-se até o Centro de Saúde de seu bairro e consultam com um clínico que os encaminha para a especialidade necessária e é através do telefone do próprio Centro que sua consulta com o especialista será marcada na Central de Marcação de Consultas. Isto em tese, porque na realidade, dependendo da especialidade médica, o usuário terá de esperar meses, ou até um ano para conseguir a consulta desejada. A fila, na realidade, mudou apenas de lugar, pois, ao invés de ser na Policlínica, ela se faz presente nos Centros de Saúde dos bairros.

Isso ocorre porque a atenção básica, apesar de ampliada, não é eficaz em muitos municípios gerando sobrecarga para os serviços hierarquicamente superiores do sistema. Nos locais em que funciona adequadamente, ainda cria demandas para a média e alta complexidade do sistema, pois a ampliação da sua oferta não tem sido acompanhada na mesma proporção.

Outro fator que faz aumentar a demanda pelas especialidades da Policlínica é a excessiva concentração dos serviços da média complexidade, que poderiam ser descentralizados. Muitos municípios, por carência de recursos ou por interesses políticos não oferecem aos seus munícipes os serviços necessários, perpetuando, assim, a dependência pela região pólo.

Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde denominaram essa prática de “ambulancioterapia”, ou seja, transferência de pacientes para o atendimento em localidades vizinhas, sobretudo para as capitais, prejudicando o atendimento como um todo.

Quem sai perdendo diante dos problemas apresentados é a população carente, impossibilitada de procurar outros meios de sanar seus problemas de saúde, pois quem pode pagar acaba recorrendo ao setor privado.

O programa de saúde que a Policlínica possui, voltado exclusivamente para os adolescentes, denomina-se Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente.

3.1.4 O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde do Adolescente que, em Florianópolis como já foi mencionado, funciona na Policlínica de Referência Regional.

O programa atende a faixa etária de 10 a 19 anos e tem como objetivo promover e recuperar a saúde dos adolescentes, desenvolvendo também ações educativas. Esta proposta fundamenta-se numa política de promoção de saúde, de

identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação do adolescente.

A equipe multiprofissional que acompanha o adolescente no Programa é composta por: três médicas, sendo duas pediatras e uma ginecologista, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, dois pedagogos, uma psicóloga, uma socióloga e dois funcionários administrativos.

A demanda vem espontaneamente ao programa (83,8%⁷) ou encaminhada pelos ambulatórios do SUS, instituições particulares, órgãos públicos e programas da comunidade que trabalham com questões ligadas à adolescência.

A inscrição é feita no próprio programa, diretamente no balcão ou pelo telefone. O adolescente, para marcar consulta, necessita estar inscrito no SUS e apresentar o cartão com o número de sua matrícula.

Os atendimentos são sistemáticos e de intercorrências. No atendimento sistemático, o primeiro atendimento é realizado pela assistente social, seguido pelo médico, enfermeira e, quando necessário, pelos pedagogos e pela psicóloga. Os técnicos atendem individualmente o adolescente que também participam das atividades de grupo.

Cada técnico atua na sua área específica, tendo como suporte todos os dados contidos no prontuário que é iniciado na primeira consulta. Isto faz com que o trabalho da equipe se torne mais eficiente, pois cada técnico pode, na sua consulta, resgatar o que foi recomendado pelos demais, bem como promover um trabalho que dê continuidade ao atendimento que lhe forneça mais subsídios ao que já está sendo feito.

⁷ Dado da pesquisa da Monografia "Perfil do Adolescente Usuário do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente". CARREIRÃO, 1998.

O atendimento aos pais ou responsáveis é feito, quando necessário, pelo técnico, ou quando houver necessidade de discutir dúvidas quanto ao procedimento na orientação ao adolescente. O trabalho de grupo para os adolescentes é opcional, sendo a motivação feita por todos os profissionais do ambulatório.

As atividades de grupo para o adolescente são importantes, porque as questões, quando refletidas em conjunto, diminuem a sensação de solidão e permitem melhor entendimento, tanto do que está acontecendo dentro de cada um, como da própria realidade que o cerca. Isto gera a possibilidade de discutir, dentro do próprio grupo, sobre a melhor maneira de transformar esta realidade.

Os grupos educativos têm como objetivo principal promover, através de ações educativas, debates sobre temas relativos às áreas prioritárias do PROSAD, tais como:

- Crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.
- Saúde bucal.
- Saúde do escolar adolescente.
- Saúde reprodutiva (anticoncepção, DST/AIDS).
- Saúde mental (inclusive o uso e abuso do fumo, álcool e drogas).
- Sexualidade.
- Saúde ocupacional, lazer, esporte.
- Projeto de vida.

Nos grupos também são trabalhadas as questões ligadas à cidadania e a ética nas relações sociais, bem como a discussão do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O grupo não é formado pelo critério das dificuldades pessoais ou de interação dos seus membros, mas por pessoas que podem se beneficiar intelectual e também emocionalmente, adquirindo maior conhecimento de assuntos específicos.

Os grupos contam com a coordenação de um técnico e a participação de todos os profissionais da equipe ou convidados, de acordo com o tema proposto para a discussão. Tem a duração de três a seis meses em encontros quinzenais divididos na faixa etária de 10 a 13 anos e na faixa etária de 14 a 19 anos.

O critério de divisão por idade não é rígido, sendo observada, em alguns casos, a maturidade do adolescente.

A orientação aos pais é feita individualmente ou em grupo, através de um ciclo de palestras, com a duração de seis meses, em encontros quinzenais. Tem como objetivo informá-los a respeito das transformações biopsicossociais na adolescência e orientá-los na maneira de lidar com o adolescente, diminuindo as tensões entre eles. Os temas abordados nas palestras são:

- Desenvolvimento Físico na Adolescência
- Desenvolvimento Psico-social na Adolescência
- O Adolescente e a Nutrição
- Sexualidade
- Educação Sexual
- Gravidez na Adolescência
- Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
- O adolescente e a Escola
- O adolescente e a Família
- Drogas

- O adolescente e a Liberdade
- Distúrbios de Comportamento na Adolescência
- O Estatuto da Criança e do Adolescente

Este Ciclo de Palestras é coordenado pela assistente social e para as palestras, são convidadas as pessoas de acordo com sua formação e interesse pelo assunto a ser discutido.

O Programa do Adolescente, ao ser criado há 12 anos tinha como principal meta realizar ações preventivas, atendendo uma população sadia. Muitas mudanças ocorreram desde a sua implantação, principalmente em função das normatizações do próprio sistema: NOB⁸ 01/93, NOB 01/96, NOAS⁹ 01/2001 e NOAS 01/2002.

O Ministério da Saúde no decorrer da implantação do SUS, não estabeleceu os regulamentos do Programa no contexto da assistência à saúde, não definindo a sua inserção em atividades ambulatoriais básicas ou especializadas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Também não delimitou a atuação com os requisitos primordiais para seu funcionamento por Estados e Municípios, e as condições para assegurar seu financiamento, a exemplo de outros programas incluídos na parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB) ou Média e Alta Complexidade. Por essa indefinição, o Programa não foi incluído no sistema de referência e contra referência. Sendo assim, ele começou a ser questionado pelas direções que assumiram a Policlínica, pois entendiam que ele estaria em lugar errado e deveria fazer parte das ações básicas de saúde do município.

⁸ Norma Operacional Básica editada em 1993 e em 1996.

⁹ Norma Operacional de Assistência à Saúde editadas em 2001 e em 2002. Essas normas têm a função de regulamentar os requisitos, as responsabilidades e as prerrogativas da Gestão Pública de Saúde.

A alternância na direção da Policlínica, com visões diversas, os interesses políticos, e a falta de uma normatização específica para o programa, por parte do Ministério da Saúde, fizeram com que o Programa perdesse importantes conquistas alcançadas. A primeira delas foi com relação ao espaço físico. O Programa, ao ser obrigado a mudar-se do 6º para o 1º andar, perdeu quase metade de sua área física, prejudicando o atendimento aos grupos educativos.

A marcação de consultas com o pediatra, que era feita diretamente no Programa, ao passar para o computador geral, dificultou o acesso dos adolescentes.

A ginecologista, que antes atendia em um consultório dentro do próprio Programa, passou a atender no setor específico da ginecologia, em outro andar. A marcação para essa profissional está sendo feita via Centro de Saúde, não mais exclusivamente para os adolescentes do Programa, o que tem gerado muitos problemas. As gestantes adolescentes que antes tinham as suas consultas de pré-natal agendadas para um determinado dia da semana, agora são agendadas para qualquer dia, inviabilizando assim o grupo educativo que era feito, pela enfermeira, antes da consulta médica.

O Programa contava com o atendimento exclusivo, uma vez por semana, de um oftalmologista, um ortopedista e um endocrinologista. Também havia a facilidade de marcação para o dermatologista e a nutricionista. Hoje, se o adolescente necessitar de qualquer uma dessas especialidades, ou qualquer outra, terá de marcar consulta através do Centro de Saúde. No Centro de Saúde, o adolescente não é considerado prioridade absoluta e passa a disputar uma vaga com todos os usuários e muitas vezes não consegue a consulta desejada.

Os adolescentes também eram atendidos no setor de odontologia da Policlínica que contava com os estagiários da Universidade Federal de Santa

Catarina. Com o término do estágio, os adolescentes só podem procurar por esse atendimento nos Centros de saúde.

Atualmente o programa está passando por uma reestruturação para se transformar em um Centro de Referência para o atendimento de adolescentes. Não será mais um programa preventivo, porque isso pertence à rede básica; será um programa curativo, que trabalhará com as situações de média complexidade. Com isso, a prevenção primária não será mais feita e serão atendidos somente os adolescentes que já apresentarem algum tipo de problema.

Todos esses problemas têm acarretado a diminuição da demanda dos adolescentes ao programa.

3.2. O ADOLESCENTE E O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Após 12 anos da vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente, a mídia tem divulgado, repetidas vezes, notícias a respeito da constante violação dos direitos das crianças e dos adolescentes em todos os setores. Com relação à saúde, noticia-se a falta de medicamentos básicos, filas para a marcação de consultas, e fila de espera nos hospitais para cirurgias infanto-juvenis.

A Constituição Brasileira vigente e o Estatuto garantem o atendimento público de saúde com absoluta prioridade a todos os adolescentes. A lei assim define: "É assegurado o atendimento de saúde à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde". (Art 11- ECA). O artigo 4º assegura: "Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, precedência

de atendimento nos serviços públicos e de relevância pública”, bem como “preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas”.

Essa Lei é para todos, mas quem seria o usuário do SUS? Quem é o adolescente que procura o atendimento nos Centros de Saúde?

Com relação ao Programa do Adolescente a clientela que o procura é composta na sua grande maioria de adolescentes oriundos das classes populares de baixa renda, (95%)¹⁰, que estudam em escolas públicas, tanto estaduais como municipais. Muitos adolescentes (40,2%)¹¹ procuram o programa, porque, como dizem para a assistente social que os entrevista, é difícil conseguir atendimento no Centro de Saúde perto de suas casas. Outros relatam que, ao tentar marcar consulta com especialidades médicas, são informados de que farão parte de uma lista de espera que, dependendo da especialidade, dura mais de um ano.

Essa situação não ocorre, contudo, com o adolescente rico que dispõe de recursos para freqüentar o setor médico privado ou que possui algum plano de saúde particular. O discurso atual com relação aos adolescentes é o de que eles são sujeitos de direitos e que com o Estatuto estão sob a proteção integral.

Essa proteção integral está garantindo o acesso de todos aos serviços públicos de saúde?

¹⁰ Dado da pesquisa da Monografia “Perfil do Adolescente Usuário do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente”. CARREIRÃO, 1998.

¹¹ Idem.

3.2.1 O Problema

O problema começou a chamar a atenção devido às queixas diárias dos adolescentes atendidos no Programa do Adolescente na Policlínica. Todos os adolescentes que procuram o programa são oriundos da Grande Florianópolis, porém, na sua maioria 81,6%, são dos municípios de: Florianópolis (35,6%), São José (25,4%) e Palhoça (20,6%).¹²

Na primeira consulta, os adolescentes são entrevistados pela assistente social que indaga o motivo da procura ao programa. Dentre os diversos motivos apontados, um deles é a dificuldade de marcar consulta médica e odontológica nos Centros de Saúde perto de suas casas.

Esses adolescentes relatam que, para obter uma ficha, que lhes dará direito à consulta, necessitam ir de madrugada para a fila, no Centro de Saúde, e mesmo assim, não há garantia de que irão ser atendidos. Reclamam que, após consultar o clínico, não conseguem marcar o especialista ao qual foram encaminhados.

Têm-se casos de adolescentes (3) com recomendação cirúrgica otológica cujo encaminhamento data de mais de um (1) ano e que não conseguiram ainda marcar a cirurgia.

Outros adolescentes são encaminhados ao programa através da escola onde estudam, com problema de sucessivas reprovações. Desses adolescentes, muitos referem ter dificuldade de enxergar o quadro na sala de aula, mas ainda não consultaram um oftalmologista devido à dificuldade de acesso a esse profissional.

Na pesquisa feita junto ao Programa do Adolescente, foram selecionados os prontuários de primeira consulta, no período de um ano a contar de julho do ano

¹² Idem

2000. Dos 587 prontuários selecionados, 250 eram de adolescentes provenientes do município de Florianópolis. Os motivos alegados por eles de estarem procurando o programa era a dificuldade de atendimento médico em outro lugar: 36,4%.

O restante, ou seja, 63,6% dos adolescentes, apresentavam outras demandas.

Com relação ao atendimento médico poder-se-á visualizar melhor na tabela, a seguir, os adolescentes com dificuldade no acesso à marcação de consulta por especialidade.

NÚMERO E PERCENTAGEM DE ADOLESCENTES COM DIFICULDADE NO ACESSO À MARCAÇÃO DE CONSULTA POR ESPECIALIDADE, FLORIANÓPOLIS, 2001.

Especialidade	Nº de adolescentes	%
Clínico Geral	34	37,3
Ginecologista	28	30,7
Oftalmologista	5	5,5
Endocrinologista	2	2,2
Ortopedista	2	2,2
Otorrinolaringologista	2	2,2
Neurologista	1	1,1
Dermatologista	2	2,2
Dentista	5	5,5
Psicóloga	10	11,1
Total	91	100,0

A maioria das queixas: 84,6% referem-se ao atendimento que deveria ser prestado pela rede municipal de saúde, porém, aqui há que se fazer uma ressalva: muitos adolescentes quando dizem que procuram por um clínico geral, aí também está embutido o acesso às especialidades da Policlínica, que antes eram facilitadas pelo Programa, conforme foi explanado no item 3.1.4 do 2º Capítulo.

Mesmo assim, como já foi mencionado anteriormente, não existe na rede municipal um programa específico de saúde para o atendimento de adolescentes e nos Centros de Saúde eles não são considerados "prioridade absoluta" conforme determina o Estatuto.

No tocante às especialidades médicas, ou seja, aos atendimentos de média e alta complexidade, segundo o Centro das Promotorias da Infância, a situação era a seguinte: Em junho de 2000 havia na Central de Marcação de Consultas uma lista de espera, para o Hospital Infantil, de mais de 6000 crianças e adolescentes aguardando consulta com especialidades e cirurgias pediátricas.¹³ Dessa lista 1961 aguardavam consulta para otorrinolaringologia, 3171 aguardavam cirurgia e 1088 nas demais especialidades. Não estão computados aí os pacientes da lista de espera para as especialidades médicas da Policlínica de Referência Regional, porque não existe a possibilidade de separá-los por faixa etária. Essa lista em maio de 1999 era de 17.400 nomes.

Durante nove (9) meses a lista de espera esteve bloqueada. A Central não aceitava incluir pacientes na lista de espera das “especialidades estranguladas” ou seja, nas especialidades com problemas de vaga como, por exemplo: otorrinolaringologia, oftalmologia e neurologia. Ora, uma lista de espera bloqueada por nove (9) meses deixou de incluir quantos nomes mais?

Nessa lista estão computadas, não só as pessoas oriundas do município de Florianópolis. Na Central de Marcação de Consultas estão incluídos, na lista de espera, todos os casos da 18ª Regional de Saúde e os casos de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Aqui cabe um adendo quanto à sistemática da marcação de consultas de especialidades médicas e cirurgias pediátricas pela Secretaria de Saúde do Estado, realizada até o ano 2000.

¹³ O Hospital Infantil realiza cirurgia para crianças e adolescentes até 14 anos.

Em Santa Catarina, o Estado está dividido em dezoito (18) Regionais de Saúde, sendo que a 18ª engloba os municípios da Grande Florianópolis¹⁴. No Estado existem atualmente vinte (20) municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB 01/96, que, em tese, deveriam atender às consultas especializadas, salvo pacto entre municípios e estado aprovado pela Comissão Bipartite, estabelecendo responsabilidade de forma diferenciada.

Quando o município não tem a especialidade médica encaminha, através do seu setor competente, à sua Regional de Saúde para o Tratamento Fora do Domicílio. Deferido o pedido, o paciente tem seu nome encaminhado para a Central de Marcação de Consultas, que o inclui em uma lista de espera¹⁵.

Imagina-se que, em tal situação, crianças e adolescentes procurem algum órgão de defesa dos seus direitos para solicitar ajuda. Na realidade, não é o que está ocorrendo.

O município de Florianópolis possui dois Conselhos Tutelares, um na ilha e outro no continente que, segundo o Estatuto no seu artigo 131 o define como o "órgão permanente e autônomo, não jurisdicional encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente".

Foram visitados ambos os Conselhos para a verificação das queixas feitas pelos adolescentes, com relação ao atendimento de saúde.

No Conselho Tutelar Ilha não existe tal registro, uma vez que os dados foram perdidos por causa de vírus no computador. Qualquer dado que se queira naquela

¹⁴Os municípios que compõem a 18ª Regional de Saúde são: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara.

¹⁵Essa sistemática mudou. Atualmente os municípios possuem cotas para o encaminhamento de pacientes para as especialidades médicas e é o próprio município que administra a sua lista de espera.

entidade, terá que ser extraído dos prontuários individualmente, o que torna a tarefa impraticável devido à escassez do tempo e do volume dos prontuários.

A conselheira entrevistada confirma que existem queixas de não acesso ao atendimento médico, odontológico e na distribuição de medicamentos, porém, diz que são mínimas face à real situação desse atendimento.

Quando ocorrem essas queixas, a situação comumente é resolvida através de contato telefônico, não ficando registradas, nem a queixa, nem a solução do problema.

No Conselho Tutelar do Continente, o procedimento é semelhante. Em quatro (4) meses de registro manual das demandas, somente dez (10) casos referiram-se a problemas de atendimento de saúde deficiente. Esse Conselho atende, em média 150 casos por mês.

Os Conselhos Tutelares deveriam estar encaminhando para o SIPIA¹⁶, as informações referentes aos atendimentos feitos às crianças e aos adolescentes, mas esse registro não está sendo feito.

Segundo a conselheira tutelar, nenhum dos Conselhos Tutelares da Grande Florianópolis faz o registro, motivado pela falta de estrutura, falta de recursos humanos e materiais.

Essas informações são importantes, pois é com base nelas que se subsidiarão as demais instâncias: Conselhos de Direitos e autoridades competentes, na formulação e gestão das políticas de atendimento.

¹⁶ SIPIA: Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência, criado pelo Ministério da Justiça em 1997, com o objetivo de sistematizar o registro e tratamento de informações sobre a garantia dos direitos fundamentais preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, colocando-se, pois, como um instrumento para a ação dos Conselhos Tutelares e dos Conselhos de Direitos nos níveis municipal, estadual e federal. O sistema opera sobre uma base comum de dados, definida como Núcleo Básico Brasil (NBB), colhidos e agrupados homogeneamente nas diferentes Unidades Federadas através de instrumento único de registro. O NBB permite que o sistema processe um núcleo de dados em torno do qual se constrói um conjunto, também comum, de informações agregadas que fluem do nível municipal para o estadual e do estadual para o federal.

Quanto ao inexpressivo número de queixas ligadas ao setor saúde, a conselheira acredita que seja motivado pelo desconhecimento do público aos seus direitos, uma vez que o problema de fato existe.

Realmente, não basta a Constituição e o Estado garantirem uma série de direitos se a população os desconhece e não consegue buscar tais prerrogativas.

A esse respeito VERONESE (1997, p.43) faz o seguinte comentário quando se refere à importância que se deve dar à educação popular:

“Somente uma sociedade educada é capaz de ter consciência de seus direitos e de suas obrigações, bem como estar capacitada a lutar por eles. E quando se fala em educação, vale não somente a regular (ensinada nas escolas), a qual é dever do Estado segundo preceito constitucional, mas também a informal, a educação que pode ser ministrada nas oficinas de saber, dos educadores de rua, enfim, toda uma gama variada de formas de educação alternativa. É justamente a partir daí que o cidadão brasileiro terá condições de se fazer presente diante do Poder Judiciário e, assim, romper com a tradição de que o brasileiro não tem inclinação para lutar por seus interesses”.

Também junto ao Poder Judiciário as queixas não aparecem de maneira expressiva. As que são feitas em forma de representação, ficam registradas e essas foram em pequeno número (13) no período estudado. As que são feitas pessoalmente, acabam não sendo registradas, uma vez que, a exemplo do Conselho Tutelar, são resolvidas através de contato telefônico.

Os problemas resolvidos dessa forma acabam facilitando ao usuário, que tem a sua questão solucionada de maneira rápida e sem burocracia; contudo, o registro seria importante, pois, é através das estatísticas que se conhece a dimensão dos problemas e se podem planejar as ações, neste caso de saúde, e as medidas de ajuste para o aperfeiçoamento do sistema.

O promotor de justiça entrevistado acredita que a população não está reclamando os seus direitos por desconhecê-los, mas também acha que a descrença na justiça seja outro fator que se deva levar em consideração.

Com relação à descrença na justiça HERKENHOFF (1993, p.44) assim se manifesta: "Essa fuga à justiça resulta da demora dos processos, especialmente nas instâncias de recurso, mas também muitas vezes, na própria instância originária". Para esse mesmo autor o alto custo das ações na justiça também é outro fator desencorajante.

Toda essa questão leva à reflexão de que o problema também está em se conjugar os direitos materiais e os meios processuais que lhes dão essa garantia.

De acordo com FIRMO (2000, p.112): "No cotidiano brasileiro há uma enorme lacuna entre os inúmeros direitos proclamados nas vias jurídicas e a pouca cobrança dos mesmos pelas vias jurisdicionais. Assim parece-nos que o problema não é a falta de normas protetoras da criança e do adolescente, mas, sim, a falta de atitudes garantidoras de seus direitos e, principalmente, de cobrança judicial de tais infringências".

Se o problema existe e há pouca cobrança por parte da sociedade, conseqüentemente, não haverá empenho na sua solução.

Outro órgão visitado foi o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que é encarregado de exercer o controle das ações do município no cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Conselho realizou no primeiro semestre de 2001, Plenárias Temáticas com vistas à realização da 3ª Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Para essas plenárias foram convidadas as entidades governamentais e não governamentais, que desenvolvem trabalhos relacionados à criança e ao

adolescente, para apresentarem suas atividades referentes ao ano de 2000 com o objetivo de discuti-los, identificando os problemas e apontando possíveis soluções.

A plenária que interessa a esse trabalho é a denominada "Vida, Saúde e Alimentação" realizada no dia 17 de abril de 2001, em que foram discutidos os problemas relativos à saúde de crianças e adolescentes no Município de Florianópolis. Para essa plenária foram convidadas quarenta (40) entidades, tendo comparecido apenas oito (8) sendo elas: Hospital Infantil Joana de Gusmão, Pastoral da Criança, Secretaria Municipal de Saúde, Companhia de Águas e Saneamento (CASAM), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Grupo de Apoio aos Portadores de AIDS (GAPA), Associação dos Hemofílicos de Santa Catarina e Hospital Universitário.

Os participantes que compareceram a essa plenária consideraram que as políticas relativas à infância e à adolescência estão setorizadas e desarticuladas entre si. Dentre os problemas apontados especificamente com relação ao atendimento de saúde às crianças e aos adolescentes destaca-se:

- Falta de um programa especializado de saúde mental;
- Necessidade de ampliação e agilização nos atendimentos médicos, odontológicos e fisioterápicos;
- Necessidade de assegurar o atendimento dos adolescentes na faixa etária de 15 a 18 anos na rede hospitalar;
- Necessidade de assegurar os medicamentos necessários para os portadores de HIV;

- Necessidade de garantir os medicamentos prescritos para o efetivo tratamento dos pacientes¹⁷.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente tem como atribuição, deliberar a respeito da política municipal de atendimento à criança e ao adolescente, baixando para tal, resoluções que deverão ser seguidas pelo executivo municipal, fiscalizando o cumprimento das mesmas. Porém, para que isso ocorra é necessário que ele tenha um conhecimento prévio de como está a situação do atendimento a essa faixa etária, através das informações das entidades envolvidas no processo. O fato de somente oito (8) entidades terem acolhido ao convite da plenária relacionada com a saúde mostra o descompromisso das entidades restantes com essa causa.

Todos esses problemas relatados, acrescidos das notícias veiculadas pela mídia, levaram o Centro das Promotorias da Infância, em agosto de 2000, a propor uma Ação Civil Pública contra o Estado de Santa Catarina com o objetivo de garantir o direito das crianças e dos adolescentes, ao atendimento de saúde.

3.2.2 A Ação Civil Pública

A Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente garantiram à criança e ao adolescente os direitos inerentes à proteção integral tais como 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, impondo aos pais, ao Estado e à sociedade como um todo o cumprimento daqueles preceitos que são de suas respectivas responsabilidades.

¹⁷ Dados do relatório da 3ª Conferência Municipal de Saúde das Crianças e dos Adolescentes. Florianópolis, 2001.

Todo esse conjunto de direitos estaria destinado, no mais das vezes, a figurar como uma mera carta de intenções, se não existissem na própria Constituição mecanismos de controle, ou ações jurídicas, para que pudesse ser cobrado, dos respectivos responsáveis a infringência aos direitos garantidos na Lei.

Nas matérias relacionadas à criança e ao adolescente, por serem considerados incapazes, está incumbido de intervir o Ministério Público por força do artigo 201, que, dentre as competências definidas a este órgão, estabelece: “Promover o inquérito civil e ação civil pública para a proteção dos interesses individuais, difusos ou coletivos em relação à infância e adolescência”.

A ação civil pública foi constituída pela Lei 7.347/85 com o objetivo de defender o patrimônio público e social com vistas ao bem estar da comunidade. Com o advento da nova Constituição a defesa dos interesses difusos e coletivos foi incorporada a essa ação.

VERONESE (1998, p.125) define interesses difusos como sendo aqueles “que tratam de pretensões pertencentes a uma série indeterminada de sujeitos, agrupados em decorrência de situações fáticas”. Para a mesma autora “interesses coletivos dizem respeito aos interesses pertencentes a uma pluralidade de sujeitos, os quais são passíveis de serem identificados a partir de um vínculo jurídico que os une ou de cada um destes com a parte contrária”.

Em agosto de 2000 o Ministério Público propôs Ação Civil Pública contra o Estado de Santa Catarina para “garantir o direito das crianças e dos adolescentes catarinenses à saúde, através do acesso imediato aos serviços de saúde do Estado de Santa Catarina, aí compreendidos o direito à consulta médica especializada

sempre que lhe for indicado, exames médicos, bem como serem submetidos a procedimentos, inclusive intervenções cirúrgicas”.¹⁸

Com essa ação buscou-se “a proteção judicial de interesses difusos e coletivos afetos àquela parcela da população infanto juvenil que, em virtude de ação e omissão do Estado de Santa Catarina, por sua Secretaria de Estado da Saúde e órgãos afetos a ela, é credora dos benefícios preconizados na Carta Magna e no Estatuto da Criança e do Adolescente, estando com direitos violados ou na iminência de sê-lo”.¹⁹

A situação que levou o Ministério Público a propor a ação foi explanada no item anterior deste trabalho, porém, resumidamente destaca-se: o não atendimento médico, a recusa de agendamento de consultas, a não oferta de exames e as longas filas de espera de consultas e intervenções cirúrgicas no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Após fundamentar suas alegações, o Ministério Público requereu a concessão de medida liminar²⁰ para compelir o Estado de Santa Catarina através da Secretaria de Estado da Saúde a regularizar o atendimento das crianças e dos adolescentes.

Nos itens seguintes da Ação são propostos prazos e formas para a regularização desses atendimentos de maneira que, ao procurá-los, todos tenham acesso a eles. Determina, também, uma “multa diária equivalente a 1000 (um mil) salários mínimos, para o caso de descumprimento de alguma das obrigações no prazo fixado em liminar e também após a decisão definitiva (art 213, § 2º, do ECA),

¹⁸ Trecho da Ação Civil Pública nº 02300033326-6 – Florianópolis, Promotores: Gercino Gerson Gomes Neto e Cid José Goulart Júnior, Ministério Público do Estado de Santa Catarina, 10 de agosto de 2000. (anexa)

¹⁹ Idem.

²⁰ Liminar: Consiste em uma ordem judicial emitida de imediato pelo juiz, antes da discussão do feito, visando a resguardar direito do requerente (impetrante), em face da evidência de suas alegações e da iminência de um dano irreparável. ACQUAVIVA, 1998.

revertendo os valores cobrados sob este título ao Fundo Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (Art 214, ECA)²¹.

O Juiz de Direito da Vara da Infância e da Juventude da Comarca da Capital acolheu o pedido liminar, que produziria os efeitos cautelares propostos na ação, e então o Estado de Santa Catarina interpôs recurso de agravo²², alegando que o Estado não poderia cumprir as determinações do Ministério Público por não possuir dotação orçamentária para fazer frente às despesas necessárias para o cumprimento das determinações propostas na ação. No julgamento do agravo foram aceitas as alegações do Estado e dada por extinta a Ação Civil Pública sem julgamento do mérito, por falta de possibilidade jurídica do pedido.

A conclusão pela impossibilidade jurídica do pedido se baseou em argumentos de falta de previsão orçamentária, de proibição da lei eleitoral e a lei de responsabilidade fiscal que impediriam a contratação de novos médicos.

O Ministério Público por sua vez agravou dessa decisão (Agravo de Instrumento).²³ Seu objetivo era o reexame da decisão que julgou extinta a Ação Civil Pública, com o conseqüente acatamento do pedido de liminar, já deferido anteriormente pelo magistrado de primeiro grau.

Os Desembargadores membros da Câmara Civil Especial do Tribunal de Justiça de Santa Catarina julgaram improcedente o Agravo de Instrumento, negando-lhe provimento, e mantiveram a decisão extintiva da Ação Civil Pública.

²¹ Trecho da Ação Civil Pública. Op. cit.

²² Recurso de Agravo: Recurso cabível das decisões proferidas no processo. É um recurso destinado a demonstrar a insatisfação da parte quanto às decisões interlocutórias do juiz, as quais, como é sabido, não põe fim ao processo. ACQUAVIVA, 1998.

²³ Agravo de Instrumento: É uma das modalidades do recurso de agravo, assim denominado porque se forma em processo especial, constituído de peças extraídas do processo principal, e de outros que se lhes anexam, formando o instrumento que subirá a instância superior, para ser julgado. SILVA, 1996.

Nesse acórdão o Desembargador relator invocou precedente jurisprudencial,²⁴ desenvolvendo o seguinte raciocínio:

“No sistema jurídico pátrio, a nenhum órgão ou autoridade é permitido realizar despesas sem a devida previsão orçamentária, sob pena de incorrer em desvio de verbas”.

“É preciso considerar que o Poder Executivo não dispõe das Receitas Públicas, administra-as segundo as destinações do Orçamento anualmente votado pelo Poder Legislativo que diz, soberanamente, onde, como, quando e em que circunstâncias devam ser feitos os gastos públicos. E não seria o Poder Executivo, e mesmo o Poder Judiciário, que poderia romper o sistema, para impor a realização de despesas não previstas, porque nela, na Lei Orçamentária, não consideradas nem aportadas”.

“Por conseguinte, é forçoso concluir que os dispositivos legais invocados pelo Ministério Público, que embasam o pedido, não têm força para impor ao Poder Público, vale dizer, à União, aos Estados e Municípios, a obrigação de que se trata, em termos de ser exigível, na forma e condições estatuídas no despacho recorrido, tanto que complementos legais se impõem, inclusive e especialmente os de natureza financeira e orçamentária”.²⁵

Essa linha de pensamento seria aceitável se a Constituição e o Estatuto da Criança e do Adolescente tivessem sido promulgados há pouco tempo, o que não é o caso. Na data em que foi lavrado esse acórdão o SUS e o Estatuto da Criança e do Adolescente completavam 10 anos. E, nesse espaço de tempo, ainda não foi possível para o Estado planejar os gastos de saúde para o cumprimento da lei?

É pertinente o pensamento de FIRMO (1999:67) quando assim se expressa:

“Não se pode negar a dificuldade de se aplicar o ECA na realidade social brasileira, uma vez que a execução das medidas de proteção integral da criança e do adolescente, requer, previamente, a adaptação da máquina pública (da União, dos Estados-membros, do Distrito Federal e, principalmente dos Municípios), impondo a participação dos respectivos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário”.

²⁴ Jurisprudência: É empregado, também, no sentido de orientação uniforme dos tribunais na decisão de casos semelhantes. ACQUAVIVA, 1998.

²⁵ Trecho do agravo de Instrumento nº 00.018153-6, Capital, Rel. Des. César Abreu, Câmara Cível Especial, 21 de dezembro de 2000.

Ao se referir à Ação Civil Pública o Desembargador relator diz no agravo que:

“No caso concreto, o autor, na condição de substituto processual de titulares de direitos e interesses difusos ou coletivos, atribuindo ao Estado de Santa Catarina a condição de obrigado à prestação correspondente, a teor do pedido liminar, fixando prazos e condições:

a) visa obter dele o atendimento médico-hospitalar, universal e igualitário de todas as crianças e adolescentes com consultas médicas agendadas ou em listas de espera do Hospital Joana de Gusmão ou da Central de Marcação de Consultas ou das demais Unidades de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, sendo que as listas atualizadas deverão ser entregues em juízo no prazo de 10 (dez) dias a contar da intimação (alínea a, fls. 158/9);

b) impõe a manutenção de agendamento das consultas e listas de espera, oficiando (sic) aos Secretários Municipais de Saúde e às Regionais de Saúde sobre a abertura das listagens durante todos os dias da semana, não suspendendo a marcação sob qualquer hipótese (alínea d, fls. 159);

c) exige continuidade de atendimento aos novos pedidos de marcação de consultas (listas de espera) efetuadas desde a concessão da liminar (alínea e, fls. 159);

d) apraza (15.12.2000) consultas e cirurgias (alíneas b, c, e, f e g, fls. 159).

Para esse efeito invoca (fls. 168) o art. 208, inciso VII e parágrafo único, da Lei n. 8.069, de 13.07.90 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA), que, a seu ver, confere-lhe todo esse imenso poder de impor e exigir, incondicionadamente, do ESTADO, em nome dos respectivos substituídos (crianças e adolescentes), a prestação dos serviços médico-hospitalares que indica, nos prazos e condições que elege, bem como o fornecimento dos medicamentos necessários, disponha ou não de recursos orçamentários, pessoal e equipamentos bastantes, bem como de espaço na unidade selecionada para esse mister (Hospital Joana de Gusmão)”.

“Ao prosseguir, rememorando para melhor fluência do raciocínio, sinaliza-se que o agravante, autor na ação principal (Ação Civil Pública), objetiva não a prática de certo e determinado ato mas a execução de procedimentos administrativos sob o comando do Juiz da Vara da Infância e Juventude, tendo a acolitá-lo, certamente, o Ministério Público, que se posiciona nestes Autos, na prática, como agente qualificado e privilegiado de controle externo das atividades administrativas do Poder Executivo, área da saúde, em relação à qual se arroga a prerrogativa de impor-lhe, incondicionadamente, as ações que, a seu juízo, constituam direitos difusos, inquestionáveis e impostergáveis, das pessoas que, em caráter universal e igualitário, por força da lei, estejam sob sua especial proteção, no caso a criança e o adolescente.

Para esse desiderato, deduz-se do contexto da inicial e da petição de Agravo, basta ao Ministério Público conhecer da situação de fato, avaliá-la, isolada e subjetivamente, para exigir a sua pronta satisfação, sem cogitar se há pessoal suficiente, espaço físico, instalações, equipamentos, recursos orçamentários e financeiros”.

A seguir o Desembargador relator se reporta à jurisprudência para justificar a impossibilidade do Estado assim se expressando:

“Normas constitucionais meramente programáticas – ad exemplum, o direito à saúde – protegem um interesse geral, todavia, não conferem aos beneficiários desse

interesse o poder de exigir sua satisfação – pela via do *mandamus* – eis que delimitado o seu objeto, nem fixada a sua extensão, antes que o legislador exerça o munus de completá-las através da legislação integrativa. Essas normas (arts. 195, 196, 204 e 227 da CF) são de eficácia limitada, ou, em outras palavras, não têm força suficiente para desenvolver-se integralmente, ou não dispõem de eficácia plena, posto que dependem, para ter incidência sobre os interesses tutelados, de legislação complementar.

Na regra jurídico-constitucional que dispõe todos têm direito e o Estado o dever – dever de saúde – como afixam os constitucionalistas, na realidade todos não têm direito²⁶, porque a relação jurídica entre o cidadão e o Estado devedor não se fundamenta em *vinculum juris* gerador de obrigações, pelo que falta ao cidadão o direito subjetivo público, oponível ao Estado, de exigir em juízo, as prestações prometidas a que o Estado se obriga por proposição ineficaz dos constituintes.”

Certamente que, positivado e definido o interesse (acesso às ações e serviços de saúde), de outros interesses individuais, difusos ou coletivos, próprios da infância e da adolescência, protegidos pela Constituição e pela Lei não se trata (art. 208, § único).

Deduz-se do aludido artigo que à criança e à adolescência, entre outros, são assegurados os direitos enumerados no art. 208, programaticamente, tanto que dependentes de leis outras que os formalizem, mesmo porque sujeitos às implicações da legislação como um todo que governa o País. Em verdade as leis editadas acomodam-se, no contexto geral, às demais que compõem o complexo jurídico-político do País. Como tal harmonicamente devem ser aplicadas, sem entrechoques, pois todas, tal como o rio e seus afluentes que descem do planalto, formando uma imensa bacia hidrográfica, deságuam pacífica e descansadamente na planície. A essas regras submetem-se também as leis que regem a vida e os bens da vida das crianças e dos adolescentes, que não se impõem de forma absoluta, pois deste privilégio desfruta apenas a legislação constitucional originária.

“Inexiste direito certo se não emanado da Lei ou da Constituição. Normas meramente programáticas protegem um interesse geral, mas não conferem aos respectivos beneficiários o poder de exigir a sua satisfação antes que o legislador cumpra o dever de completá-las com a legislação integrativa”.

Percebe-se, nas alegações acima, todo um jogo de palavras que são usadas para se retirar dos cidadãos e mais especificamente das crianças e dos adolescentes, os direitos previstos no seu Estatuto e na Constituição. Não obstante considera-se que um direito será sempre um direito e um dever será sempre um dever.

FIRMO (1999, p.122) é oportuna quando advoga que: “Ter direitos e não usufruí-los, e nem mesmo poder cobrá-los, não adianta a lei ter os previsto. Os direitos não são para ficar no papel, no texto da lei, mas, sim, para ser exercidos,

²⁶ Grifo nosso.

vividos. Portanto, prever direitos e não prever instrumentos jurídicos para os cobrar não garante o direito, apenas o anuncia”.

A Constituição de 1988 possui nos seus dispositivos uma série de direitos que, como advoga o Desembargador relator da Ação Civil Pública, “são normas Constitucionais meramente programáticas” que dependem de legislação complementar. Ora, em uma sociedade estruturada em classes como é o caso do Brasil, as leis são feitas por quem detém o poder, ou seja, a classe dominante. “Assim nunca legislará contra a sua ideologia, que será, por extensão a ideologia do próprio Estado”. Isso porque “ninguém legisla contra si próprio”. (PORTANOVA, 1992, p.66)

As leis, nesse caso, acabam assegurando na maior parte das vezes apenas o direito de uma minoria, aumentando cada vez mais a diferença entre ricos e pobres.

Essa desigualdade é perpetuada pela dificuldade de acesso que a população pobre tem, dos bens e serviços da sociedade. Se as pessoas, apesar de suas diferenças individuais, tivessem oportunidade de acesso a um serviço de saúde e de educação de qualidade, essa desigualdade certamente seria minimizada.

Por outro lado, os magistrados, a quem cabem defender os direitos da população, também pertencem a essa classe dominante, sendo assim, muitas vezes as sentenças dos processos acabam servindo “aos interesses ideológicos da classe no poder”. (PORTANOVA, 1992, p.18)

Para o mesmo autor “a igualdade jurídica assegurada pela Constituição” não existe uma vez que “não corresponde à igualdade real da vida concreta do povo brasileiro”. Sendo assim, “alimentando ilusoriamente essa perspectiva de igualdade contribui para perpetuar injustiças”. (p.60)

Existem na Constituição instrumentos legais para que se possa, pelo menos em tese, sanar o seu descumprimento. Nesse sentido são as palavras de COUBET (2000, p.15): "No direito contemporâneo surge a temática da inconstitucionalidade por omissão, estabelecendo a noção de que a inconstitucionalidade, além de existir quando se faz algo que a Constituição proíbe, também está presente quando se deixa de fazer algo que ela manda fazer".

A inconstitucionalidade ocorre quando um ato normativo contraria determinado dispositivo constitucional ou, ainda, quando um poder constituído ou órgão administrativo deixa de editar certa regra requerida na Constituição. (FARIA, 2001)

A inconstitucionalidade por omissão ocorre, quando as normas constitucionais necessitam de outras leis que as formalizem, para a aplicabilidade imediata e os poderes responsáveis não as regulamentam. Essa é chamada de inconstitucionalidade por omissão legislativa, porém, segundo o mesmo autor: "A omissão inconstitucional não é apenas legislativa. Ela se caracteriza pela adoção de medidas políticas ou de governo, bem como a ausência de implementação de outras medidas de natureza regulamentar, ou ainda outros atos da administração pública". (Ibid.,p.26)

Porém, para COUBET (op. cit., p.67) o controle das omissões inconstitucionais dirigidas aos órgãos do poder executivo fica prejudicado "pela tese da impossibilidade material ao preconizar que a realização fática de determinadas prestações está subordinada à atividade financeira do Estado".

No que tange à saúde, o ordenamento jurídico que regulamenta detalhadamente os direitos e os deveres constantes na Constituição é a Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde que parece ter sido ignorada pelo Desembargador relator

que nesse caso usou o artifício do precedente jurisprudencial para perpetuar a inércia do Estado.

PASSETTI (1995, p.144) é oportuno quando salienta que “nenhuma lei, nenhuma decisão judicial pode ser validamente produzida se não atender aos princípios consagrados constitucionalmente, se fugir aos fins por ele impostos”.

Conforme foi explanado no 1º capítulo, a história mostra que crianças e adolescentes pobres, durante mais de dois séculos, foram vítimas do descaso de uma sociedade patriarcal e escravocrata e de um Estado interventor que nunca garantiu os seus direitos. As mudanças na sociedade foram ocorrendo, os discursos mudando, mas, as práticas continuaram semelhantes. Não basta mudar o discurso nem tampouco mudar as leis, se não existir uma consciência para que isso realmente se efetive.

Para HERKENHOFF (1993, p.11) “durante o processo constituinte, uma das reivindicações da sociedade foi ter uma justiça sensível aos clamores do povo, eficiente, rápida, vigilante, igualitária, independente do poder econômico e do mandonismo, capaz de contribuir efetivamente para a instauração de um regime democrático no país”. Para ele isso só se efetivará com a participação popular nas discussões da reforma do sistema judiciário.

Já FIRMO (1999, p.15) salienta que: “Essas e outras realidades nos provam que para um país se democratizar de verdade precisa muito mais do que leis formais e materiais democráticas, ou seja, necessita de uma consciência democrática, para que as propostas da lei sejam realizadas no cotidiano do Estado”.

E, na visão dos interlocutores que trabalham nos órgãos de defesa das crianças e dos adolescentes como está a situação do atendimento público de saúde a essa faixa etária?

3.2.3 A Situação do Atendimento de Saúde aos Adolescentes na Visão dos Interlocutores dos Órgãos de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes.

Apresentar a situação do atendimento público de saúde na visão dos interlocutores dos órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente foi importante porque a esses órgãos cabe fiscalizar e fazer cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente. Sendo assim, as pessoas entrevistadas, por estarem à frente desses órgãos possuem as informações que se buscava nessa pesquisa.

Foram, portanto, entrevistados cinco (5) interlocutores dos seguintes órgãos: Centro das Promotorias da Infância, Juizado da Infância e da Juventude da Capital, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares Ilha e Continente.

Todos os interlocutores estão de acordo que o Estatuto da Criança e do Adolescente representa um grande avanço nos direitos das crianças e dos adolescentes. Um deles considera que o Estatuto é uma conquista da sociedade civil e que os direitos nele contidos são garantidos por lei e conferem às crianças e aos adolescentes a oportunidade de quando necessário, cobrá-los na justiça.

Outro interlocutor considera o Estatuto um grande avanço porque antes dele, não havia um instrumento legal para que se pudesse cobrar na justiça, o desrespeito aos direitos da criança e do adolescente.

No que se refere ao seu cumprimento, todos foram unânimes quando afirmaram que é o Estado que mais viola o Estatuto porque não implementa as políticas necessárias em favor da criança e do adolescente.

O Estatuto no seu artigo 7º assegura que “A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais

públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência". Porém, conforme se vê, o Estado é o que mais descumpre essa lei.

SPOSATI (1997, p.10) comenta que no Brasil temos "a condição de uma sociedade virtual quanto à aplicação dos direitos constitucionais". Para ela o que se escreve não se cumpre e isso "somada a omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva a cultura do descrédito no disposto legal". Esse também pode ser um dos motivos do número inexpressivo de queixas relacionadas ao atendimento público de saúde, feitas aos órgãos de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, face à real situação desse atendimento.

Quanto às políticas de saúde, um dos entrevistados assim se expressou:

"Ainda está muito longe de se implantar nos serviços públicos, a saúde como prioridade absoluta. Os administradores, os políticos da área da saúde pública, não estão destinando os recursos necessários para essa área".

PASSETTI (1995, p.51) denuncia a ineficácia do Estado quando diz que ele "não cumpre as responsabilidades que traça para si mesmo" e "consome proporcionalmente a maior parte dos impostos pagos pelos cidadãos na sua própria reprodução". Esse autor considera que o Estado quando não supre as carências das crianças e dos adolescentes com saúde, educação e assistência social, não realiza justiça social e assim torna-se um "Estado Violentador".

No que se refere aos problemas do atendimento público de saúde todos afirmaram que os adolescentes têm dificuldade de acesso ao atendimento médico e que eles não estão sendo considerados prioridade absoluta pelos locais que prestam esse serviço. No dizer de um dos entrevistados:

“No município as crianças de até seis (6) anos são atendidos prioritariamente pelo Programa Capital Criança. As crianças acima dessa faixa etária e os adolescentes vão para ‘uma vala comum’ (está se referindo as filas de espera) e daí começam os problemas”.

Esse problema já havia sido constatado através de uma pesquisa realizada no ano de 2000 em um Centro de Saúde do Município de Florianópolis. A equipe que realizou a pesquisa constatou que naquela unidade de saúde os clientes preferenciais eram as gestantes, puérperas e crianças até seis anos que estavam inscritos nos Programas: Capital Criança e Hora de Comer. Essa clientela tinha sua consulta sempre assegurada. Outros usuários, inclusive adolescentes, que não faziam parte desses programas precisavam ir de madrugada para a fila na tentativa de conseguir uma consulta, o que nem sempre logravam êxito. (CARREIRÃO et. al. 2000)

O acesso às especialidades médicas foi outro problema apontado pelos interlocutores. Todos dizem que a maior queixa é no acesso ao oftalmologista, otorrinolaringologista, neurologista e saúde mental. Também o atendimento odontológico foi citado como sendo deficitário.

Com relação à saúde mental o Juizado da Infância e da Juventude ao atender adolescentes do município de Florianópolis, constatou que 90%²⁷ dos que cometem furtos, o fazem para adquirir drogas e que seria necessário encaminhá-los para um local adequado de tratamento. Porém, nem o Município, nem o Estado oferecem esse tipo de atendimento.

Como já foi relatado no item 3.1.2 desse capítulo o município recentemente criou um programa de atendimento às crianças e adolescentes usuários de drogas,

²⁷ Dado fornecido pelo Promotor de Justiça do Juizado da Infância e da Juventude de Florianópolis.

mas, por falta de local adequado está funcionando de forma precária e com filas de espera.

Outro problema apontado é com relação à falta de continuidade nos programas destinados aos adolescentes conforme se expressou um dos interlocutores:

“A maioria dos programas sociais desenvolvidos pela Prefeitura recebe verbas federais e quando a verba acaba, o programa também acaba”.

A falta de continuidade dos programas não acontece somente por carência de verbas, elas também ocorrem na mudança de governo. Nesse sentido é a expressão de VERONESE (1999, p.188):

No Brasil “se convive com a ilógica experiência de que, com a mudança dos governos, reformulam-se, também, todos os programas que vinham sendo desenvolvidos pelo governo anterior. Tal circunstância revela imaturidade política, uma vez que o poder gira em torno de personalidades mais preocupadas em manterem o seu status, do que com os interesses dos seus concidadãos”.

Outro problema apontado foi com relação ao atendimento hospitalar para a faixa etária dos 15 aos 18 anos. O Hospital Infantil não os atende por não serem mais crianças e os outros hospitais não os consideram prioridade absoluta estando eles na dependência das filas de espera. Todavia, como se viu no item anterior, o Hospital Infantil também tem longas filas de espera o que levou o Ministério Público impetrar a Ação Civil Pública.

Quando os adolescentes não conseguem atendimento de saúde e têm conhecimento dos seus direitos, eles entram com uma representação na justiça para que a lei seja cumprida. Porém, todos os entrevistados afirmaram que os adolescentes de uma maneira geral, desconhecem o seu Estatuto e conseqüentemente os seus direitos. Porém, conhecer o Estatuto e ter ciência dos

seus direitos não parece ser a garantia de assegurá-los haja vista o parecer dado pelo desembargador na Ação Civil Pública já citada. Todavia, conhecer um direito e brigar por ele é um caminho importante para o exercício da cidadania.

Outro interlocutor foi enfático quando afirmou o descaso dos órgãos do governo com o cumprimento dos dispositivos do Estatuto e da interpretação equivocada que alguns magistrados dão à lei.

“Os órgãos do governo só cumprem a Lei quando a criança entra na justiça através do Ministério Público, caso contrário, não cumprem. Mesmo quando eles entram na justiça nem sempre ganham a causa, pois, alguns juizes têm interpretado equivocadamente a Lei”.²⁸

A esse respeito VERONESE (1997, p.212) comenta que a Constituição Federal de 1988 assegura uma série de direitos sociais e quando esses direitos não estão sendo concretizados cabe à magistratura “o papel de árbitro” nesses conflitos, porém, isso implica em “um processo de construção de um novo modelo que ultrapasse o que é oferecido pelos tribunais tradicionais, qual seja o de se construir um sistema jurídico e procedimental mais humano”.

Esse descaso no cumprimento da lei leva a reflexão de que no Brasil o problema não é a falta de leis que assegurem a população o exercício da sua cidadania e sim o seu cumprimento, principalmente pelo próprio Estado.

A esse respeito DIMENSTEIN (2000, p.7) assim se expressa: “A verdadeira democracia, aquela que implica o total respeito aos Direitos Humanos, ainda está bastante longe no Brasil. Ela existe apenas no papel. O cidadão brasileiro na realidade usufrui uma cidadania aparente, uma cidadania de papel”.

²⁸ O entrevistado estava se referindo ao atendimento público de saúde quando fez essa afirmativa e depois se reportou ao caso específico da Ação Civil Pública já analisada no item anterior.

Para ele, no Brasil "existem milhões de cidadãos de papel" isso porque a Constituição assegura a cidadania, mas, na verdade, no mais das vezes ela fica apenas no papel.

Como se viu, após doze anos da vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estado, no que se refere ao atendimento público de saúde, ainda não vê os adolescentes como prioridade, conforme determina a Lei.

No primeiro capítulo foi mostrado que na época em que surgiu a medicina do adolescente no Brasil, os serviços médicos de que a população dispunha eram dicotomizados: para os que podiam pagar, a medicina privada; para o trabalhador formal, a medicina previdenciária; e para os pobres, a medicina da caridade.

Com a criação do SUS, sob a égide da "Constituição Cidadã", teoricamente, essa situação deveria ter sido superada. Não foi o que ocorreu. Hoje, quem pode pagar continua procurando a medicina privada através de seus planos particulares de saúde. A população pobre recorre aos atendimentos do SUS que, conforme foi mostrado, possui pontos de "estrangulamento" no acesso aos serviços médicos.

No caso do adolescente, apesar do seu Estatuto definir a prioridade no atendimento de saúde e determinar a implementação de políticas públicas para que isso realmente se efetive, de acordo com o resultado da pesquisa, não é o que está ocorrendo.

A impunidade do Estado no descumprimento da Lei, o desconhecimento do usuário quanto aos seus direitos, e a pouca cobrança destes nos seus órgãos de defesa parece apontar para um dos motivos desse descaso com a saúde da população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Hoje apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente assegurar a todas as crianças e a todos os adolescentes a proteção integral, essa proteção não está sendo assegurada para a criança e o adolescente pobre, nem quando eles recorrem à justiça em busca de tal prerrogativa.

Conforme foi mostrado nesse estudo, os discursos mudaram ao longo do tempo, porém as práticas não acompanharam os discursos na mesma proporção.

O tratamento que é dispensado ao adolescente, pelo Estado, tem muito a ver com a construção histórica da infância e da adolescência no Brasil. Essa construção, conforme foi mostrada, não foi pautada pela ética nem tampouco pelo respeito humano; foi sim, pautada pelos interesses econômicos da sociedade dominante da época.

Quando no passado a atenção às crianças começou a existir, ela ocorreu a partir da necessidade de um Estado populoso que oferecesse mão de obra para o trabalho: na Europa, para as indústrias e no Brasil para as lavouras.

A extinção do tráfico de escravos e mais tarde a abolição da escravatura contribuíram muito para o temor da escassez de mão de obra gratuita, fazendo com que a classe dominante, despreparada para o trabalho, passasse a dar mais atenção às crianças abandonadas, vislumbrando assim, a criação de novos servos.

Com a difusão do higienismo, as crianças passaram a ocupar dois lugares distintos na sociedade: a criança rica, patrimônio do Estado, deveria ser cuidada e educada para dirigir a sociedade; do outro lado, a criança pobre e abandonada, que representava risco social, deveria ser moldada e preparada para o mundo do trabalho.

No caso do adolescente, quando este passou a ser distinguido da criança, além dessa dicotomia; rico – pobre, havia o temor da sociedade pela impulsividade e agressividade características dessa fase.

O discurso dos juristas e as leis que se seguiram tiveram o mesmo caminho das práticas higienistas. A criança rica foi protegida e a criança pobre, denominada menor, foi vigiada e ficou sob a tutela do Estado. Não se questionavam os motivos da pobreza nem do abandono; a criança que estivesse nessa situação, que era considerada irregular, deveria ser sempre objeto de intervenção do Estado, pois representava risco para a sociedade. E assim, através desses múltiplos discursos sociais, médicos e jurídicos, foi se “naturalizando” o descaso com a criança e com o adolescente pobre.

As mudanças sociais foram ocorrendo, os discursos sendo substituídos por outros, porém, as práticas continuaram semelhantes, até o advento da Constituição de 1988, considerada a “Constituição Cidadã”.

Não se pode negar que essa Constituição seja um marco na publicação dos direitos dos cidadãos, embora essa condição seja mais teórica do que prática. Os ordenamentos jurídicos reguladores que se seguiram como a Lei 8080 instituindo o SUS e a Lei 8069 do Estatuto da Criança e do Adolescente dão à sociedade uma nova dimensão de cidadania, porém, conforme foi exposto, ainda existem muitos problemas na aplicação da lei.

Leis que concedem aos cidadãos direitos sociais, que deverão ser efetivados pelo Estado, entram em choque com o pensamento neoliberal adotado pelo governo brasileiro, que é a formação do Estado Mínimo.

Com relação á saúde, o SUS não dá conta de atender à população, conforme determina a lei. E os usuários, quando se queixam na justiça, nem sempre têm a garantia de que seus direitos sejam assegurados.

No caso do adolescente, o Município de Florianópolis não possui nenhum tipo de atendimento específico a essa faixa etária, com exceção do recém criado programa para atender adolescentes usuários de drogas, que aliás ainda não está funcionando de maneira adequada por falta de estrutura física, formando assim filas na espera por uma vaga.

Os adolescentes do município contam apenas com um programa específico de atenção à sua saúde que é oferecido pela Secretaria de Estado da Saúde através da Policlínica de Referência Regional. Esse programa está passando por uma reformulação nos seus objetivos e, sendo assim, vai acabar restringindo a participação da clientela, uma vez que só atenderá os problemas de média complexidade, excluindo a atenção básica.

No tocante aos órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente, os Conselhos Tutelares da Capital possuem uma infraestrutura deficitária, dificultando o registro de informações importantes que serviriam para o planejamento das ações e medidas de ajuste para o aperfeiçoamento do sistema de atendimento.

As entidades que estão envolvidas com a atenção ao adolescente parecem não estar cientes da importância de levar informações precisas ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, pois, apesar de convidadas, a maioria não compareceu à reunião preparatória da 3ª Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Se esse Conselho, dentre as suas funções, deve deliberar a respeito da política municipal de atendimento à criança e ao adolescente, como poderá fazê-lo,

se não dispuser de informações a respeito dos problemas e dificuldades no atendimento dessas pessoas e não conhecer quais as suas demandas?

Todos esses fatos relatados levam mais uma vez à reflexão de como o descaso para com os adolescentes pobres não pode, nem deve ser considerado natural. Se esse descaso hoje parece inevitável, ou simplesmente tolerado, é porque diferentes discursos, saberes e práticas construíram durante séculos essa distinção entre o adolescente rico que merece assistência médica e o adolescente pobre que não a merece. No entanto essa "naturalização" se reflete no comportamento do Estado, quando não cumpre as leis em relação aos adolescentes pobres, quando eles não reclamam pelos seus direitos, ou quando as Instituições tratam informalmente o problema.

Tudo o que se constrói pode ser desfeito e novamente reconstruído. No caso de conceitos eles devem ser revisados, compreendidos e reformulados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACQUAVIVA, Marcus Cláudio. **Dicionário jurídico brasileiro Acquaviva**. 9.ed. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 1998.
- _____. **Vademecum do código do consumidor**: doutrina, legislação, jurisprudência e procedimentos práticos. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 1998.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AZEVEDO, Fernando. **A transmissão da Cultura**. 5.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1976.
- BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado**. O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BEZERRA, Jaerson Lucas. Assistencialismo e política. In: PEREIRA JUNIOR, Almir et. al. **Os impasses da Cidadania**: infância e adolescência no Brasil. Rio de Janeiro: IBASE, 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Portaria nº 35 de 04/02/99.
- CAPONI, Sandra. **Da Compaixão à Solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- CARREIRÃO, E. C. de O. e CARVALHO, W. G e MONGUILHOTT, R. T. e SILVA, E. J. L. da e SILVA, I. B. da e SCHMITT, C. M. **PSF CS Vila Aparecida**: Avaliação do Desempenho Administrativo e Organizacional. Florianópolis: 2000. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – UFSC.
- CARREIRÃO, Elizabeth C. de O. **O Perfil do Adolescente Usuário do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Florianópolis**. Florianópolis: 1998. Monografia (Especialização em Metodologias de Atendimento à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco) - UDESC.
- CAUBET, Yannick. **Controle de Constitucionalidade por Omissão**: institutos e óbices na sua eficácia. Florianópolis, 2000. Monografia (Curso de Graduação em Direito) UFSC.
- CAVALCANTE, Ricardo. Adolescência. In: VITIELLO, Nelson e CAVALCANTE, Ricardo. **Adolescência hoje**. São Paulo: Edile Serviços Gráficos e Editora LTDA, 1985.

- CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1996.
- CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1983.
- COATES, V. & FRANÇOSO, L. A. & BEZNOS, G. W. **Medicina do Adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993.
- COSTA, Antônio Carlos Gomes da. **Infância, Juventude e Política Social no Brasil. Brasil Criança Urgente**. A lei 8069/90. O que é preciso saber sobre os novos direitos da criança e do adolescente. Instituto Brasileiro de Pedagogia Social. São Paulo: Columbus Cultural Editora, 1990.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- DIMENSTEIN, Gilberto. **O cidadão de papel**. A infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. 19. ed. São Paulo: Ática, 2000.
- D'INCAO, Maria Ângela. **O amor e a família no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1989.
- DONZELOT, Jacques. **A Polícia das Famílias**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- ENGELS. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985.
- FARIA, Luiz Alberto Gurgel de. **Controle da Constitucionalidade na Omissão Legislativa: Instrumentos de Proteção Judicial e seus Efeitos**. Curitiba: Juruá, 2001.
- FIRMO, Maria de Fátima Carrada. **A Criança e o Adolescente no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 10. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1990.
- _____. **Microfísica do Poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- GARCIA, Adir Valdemar. **O caráter educativo das ações de saúde: entre o biológico e o político**. Florianópolis: 1997. Dissertação. (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- GÓES, J. R. e FLORENTINO, M. **Crianças Escravas, Crianças dos Escravos**. In: PRIORE, Mary Del. **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.

- HERKENHOFF, João Batista. **O Direito dos Códigos e o Direito da Vida**. Porto Alegre: Fabris, 1993.
- LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina. (org) **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.
- LEVISKY, David Léo. **Adolescência: Reflexões Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. **História Social da Criança Abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MAUAD, Ana Maria. A Vida das Crianças de Elite durante o Império. In: PRIORE, Mary Del. (org). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7.ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.
- NOVELO U, Frederico. Estado Keeynesiano e Estado Neoliberal. In: LAURELL, Asa Cristina. (org) **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.
- OLIVEIRA, Henrique Luiz Pereira. A Assistência aos expostos e remodelação das condutas em Desterro. In: BRANCHER, A. AREND, S.M.F. (org) **História de Santa Catarina no século XIX**. Florianópolis: UFSC, 2001.
- OLIVEIRA, Henrique Luiz Pereira. **Os Filhos da Falha: assistência aos expostos e remodelação das condutas em Desterro (1828-1887)**. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado em História) Pontifícia Universidade Católica.
- O Estatuto da Criança e do Adolescente e a política de Assistência Social. Cadernos Populares nº 9. São Paulo: SINTRAEFA/CBIA. Rio de Janeiro, 1992.
- OSÓRIO, Luis Carlos. **Adolescente Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N. e ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Medsê, 1999.
- PASSETTI, Edson. (org.) **Violentados: crianças, adolescentes e justiça**. São Paulo: Imaginário, 1995.
- _____. Crianças Carentes e Políticas Públicas. In: PRIORE, Mary Del. (Org) **Historia das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.
- PEREIRA, Jr. Almir. (org.) **Os impasses da cidadania**. Infância e Adolescência no Brasil. Rio de Janeiro: Ibase, 1992.

- PERROT, Michelle (org). **História da Vida privada**. Vol. 4 da Revolução à Primeira Guerra. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.
- PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças**. A história das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Amais, 1995.
- PORTANOVA, Rui. **As Motivações Ideológicas da Sentença**. Porto alegre: Livraria do Advogado, 1992.
- RIVERA, Deodato. A mutação social. **Brasil, Criança Urgente**. A lei 8069/90. O que é preciso saber sobre os novos direitos da criança e do adolescente. Instituto Brasileiro de Pedagogia Social. São Paulo: Columbus Cultural Editora, 1993.
- RIZZINI, Irene. **A Criança e a Lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000)**. Brasília:UNICEF; Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 2000.
- _____. **O Século Perdido**. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, Amais, 1997.
- _____. Org. **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1993.
- RIZZINI, Irma. Meninos Desvalidos e Menores Transviados: a Trajetória da Assistência Pública até a Era Vargas. In: PILOTTI e RIZZINI. **A Arte de Governar Crianças**. Rio de Janeiro: Amais, 1995.
- ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC e UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- SEDA, Edson. **Construir o passado**. Série Direitos da Criança 2. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 1993.
- SIANO, James Alberto. (org) **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. São Paulo: Rideal, 2000.
- SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**. 12.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1996.
- SIQUEIRA, Maria Juracy Toneli. **Paternidade Adolescente: seu lugar nos programas públicos na área da saúde reprodutiva na região da Grande Florianópolis**. Relatório final de pesquisa PRODIR III – Projeto nº 178. Florianópolis: 2002.
- SPOSATI, Aldaísa. Mínimos Sociais e Seguridade Social: uma revolução da consciência da cidadania. In: **Serviço Social e Sociedade**. Mínimos e Exclusão Social. São Paulo: Cortez, 1997.

- **TRIVIÑOS, Augusto N. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 1987.
- **VERONESE, Josiane Petry. Os direitos da criança e do adolescente.** São Paulo: LTr, 1999.
- _____. **A Tutela Jurisdicional dos Direitos da Criança e do Adolescente.** São Paulo: LTr Editora, 1998.
- _____. **Interesses Difusos e Direitos da Criança e do Adolescente.** Belo Horizonte: Livraria Del Rei, 1997.
- _____. **Temas do Direito da Criança e do Adolescente.** São Paulo: LTr. Editora, 1997.
- **ZAGURY, Tânia. O adolescente por ele mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1996.

ANEXO



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DA VARA DA
INFÂNCIA E JUVENTUDE DA COMARCA DA CAPITAL**

(Gabriela Mistral)

"Muitas coisas que precisamos podem esperar.

A criança não pode

*É exatamente agora que seus ossos estão se formando,
seu sangue é produzido e seus sentidos estão se desenvolvendo.*

Puru ela não podemos responder

"Amanhã"

seu nome é

"Hoje"."

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, por seus representantes infra-assinados, no uso de suas atribuições legais, vêm à presença de Vossa Excelência, com fundamento nos Art. 129, Inc. II e III; 194 e 227, § 3º, Incisos II e VI, da Constituição Federal; Arts. 1º a 5º; Art. 33, § 3º; Art. 34; Art. 87, Inc. I; Art. 148, Inc. IV; Art. 201, Inc. V e VIII; Art. 209; Art. 210, Inc. I e § 1º; Art. 213, § 1º e 2º, todos da Lei n.º 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e de acordo com os preceitos em geral da legislação civil e processual civil, especialmente da Lei Federal n.º 7.347/85, propor a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

COM PEDIDO LIMINAR e preceito cominatório de OBRIGAÇÃO DE FAZER, contra o

ESTADO DE SANTA CATARINA, pessoa jurídica de direito público interno, com sede nesta Capital, na pessoa de seu representante legal, pelas razões de fato e de direito que passa a expor:



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

I - DA LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

1. A presente Ação Civil Pública tem como objeto, em síntese, garantir o direito das crianças e adolescentes catarinenses à saúde, através do acesso imediato aos serviços de saúde **do Estado de Santa Catarina**, aí compreendidos o direito a consulta médica especializada sempre que lhe for indicado, exames médicos, bem como serem submetidos a procedimentos, inclusive intervenções cirúrgicas.

2. Busca-se, portanto, a proteção judicial de interesses coletivos e difusos afetos àquela parcela da população infanto-juvenil que, em virtude de ação e omissão **do Estado de Santa Catarina, por sua Secretaria de Estado da Saúde e órgãos afetos a ela**, é credora dos benefícios preconizados na Carta Magna e no Estatuto da Criança e do Adolescente, estando com direitos violados ou na iminência de sê-los.

3. A legitimação do Ministério Público para a propositura da *actio* vem através do Art. 129, Inc. II e III, da Constituição Federal; Arts. 201, Inc. V e VIII e 210, Inc. I, da Lei n.º 8.069/90, de 13/10/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e Art. 25, da Lei n.º 8.625/93.

4. Exsurge irrefutável destes dispositivos a legitimação ativa do Ministério Público para propor a presente ação, cujo interesse de crianças e adolescentes justifica claramente a atuação ministerial como instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, e ao qual incumbe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (Art. 127, ECA).

5. A Constituição Federal, em seu art. 129, Inc. III, prevê como função institucional do Ministério Público a promoção de "inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos".

6. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90, em seu art. 201, Inc. V e VIII e § 2º, ratifica o dispositivo constitucional enquanto interesses difusos e coletivos e mesmo



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

individuais de crianças e adolescentes, e da mesma forma, o art. 210, Inc. I, do mesmo Estatuto, estipula a competência ativa pelo Ministério Público.

7. A Lei Federal n.º 7.347/85, em seu art. 1º, Inc. IV, já trazia previsão legal anterior à Carta Magna.

8. A Lei n.º 8.625/93, que instituiu a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, preconiza:

“Art. 25- Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público:

(...)

“IV- promover o inquérito civil e a ação civil pública, na forma da lei:

a) para a proteção, prevenção e reparação dos danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos:”

9. Não podemos deixar de enfatizar quão estreita é a ligação do Ministério Público com as normas de proteção à criança e ao adolescente, haja vista tratar-se de interesses sociais ou individuais indisponíveis.

10. Tanto a Lei n.º 7.347/85, como as leis posteriores, e a própria Constituição, ao disciplinarem a “ação civil pública”, não a restringiram à iniciativa do Ministério Público, mas a este incumbe, em regra, seu ajuizamento investido nas funções de Promotor da Infância e Juventude, quando das ações de que cuida o Estatuto da Criança e do Adolescente.

11. Quando a lei confere legitimidade de agir ao Ministério Público, presume-lhe o interesse de agir: no caso, o interesse está na própria norma que chama o Ministério Público ao processo (Carnelutti, Mettere il Pubblico Ministero ao suo posto, Rivista di Diritto



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Processuale, Pádua, CEDAM, 1953, p. 258, Satta, Direito Processual Civil, v. I, n. 45).

12. Quanto à defesa dos interesses difusos e coletivos, em geral, por parte do Ministério Público, é feita especialmente a partir da Lei da Ação Civil Pública (Lei n.º 7.347/85), que é de aplicação subsidiária para outras normas de proteção a interesses difusos e coletivos, como o Estatuto da Criança e do Adolescente.

13. Convalida-se, pois, a iniciativa do Ministério Público, todas as vezes que tomar conhecimento de ameaça ou lesão ao direito infanto-juvenil e, para esse fim, lhe são asseguradas todas as espécies de ações pertinentes.

II - DA COMPETÊNCIA DO JUÍZO

14. O Art. 148, Inc. IV, da Lei n.º 8.069/90 dispõe que:

“A Justiça da Infância e Juventude é competente para conhecer de ações civis fundadas em interesses individuais, difusos ou coletivos afetos à criança e ao adolescente, observado o disposto no Art. 209.”

15. Por sua vez, o Art. 209, da lei retro-citada, preconiza que:

“As ações previstas neste capítulo serão propostas no foro do local onde ocorreu ou deve ocorrer a ação ou omissão, cujo Juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas a competência da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores”.

16. Incontestável, portanto, a competência deste r. Juízo para processar e julgar a presente demanda.

III - DO DIREITO



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

17. A Constituição Federal outorga ao cidadão brasileiro uma gama de direitos e dentre esses direitos, chamados fundamentais, estão o da educação, vida, saúde, segurança e outros mais.

18. A criança e o adolescente são amparados pelo direito de cidadania e, principalmente, pelo princípio maior, insculpido no dispositivo 1º da Lei n.º 8.069/90, no qual floresce toda a estrutura da doutrina da proteção integral, concepção sustentadora do Estatuto da Criança e do Adolescente.

19. Como direito básico e fundamental, a Constituição Federal prevê:

“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Art. 6º, caput).

20. Já o Art. 227, *caput*, da Carta Magna, ao mencionar os direitos sociais da criança e adolescente disciplina taxativamente:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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”.

21. No título VIII, ao tratar da ordem social, a Carta Magna menciona, no Art. 194, que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

22. Na verdade, o comando dado pela Lei Maior



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

demonstra claramente que os interesses afetos à criança e ao adolescente não são interesses exclusivos da Administração Pública, mas direitos que transcendem os interesses individuais e os interesses públicos, sem a determinação de um titular.

23. A doutrina da proteção integral, base jurídica da Declaração Universal e da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, foi adotada pela Constituição Federal (Art. 227) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta proteção integral assegura que todos são sujeitos de direitos, independentemente de sua condição social.

24. Estabelece o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente:

“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.”

25. Para efetivar tais direitos o artigo 11 do mesmo diploma legal diz:

“É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.” (grifamos).

26. O artigo 208 do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece:

“Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referente ao não-oferecimento ou oferta irregular:

....

“VII – de acesso às ações e serviços de saúde;

....

“Parágrafo único – As hipóteses previstas neste



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

artigo não excluem da proteção judicial outros interesses individuais, difusos ou coletivos, próprios da infância e da adolescência, protegidos pela Constituição e pela Lei."

DA JURISPRUDÊNCIA

A Jurisprudência Catarinense é firme no sentido de assegurar o atendimento universalizado à saúde, especialmente no que diz respeito à criança e ao adolescente, senão vejamos:

"Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado. — uma vez configurado esse dilema — razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida (STF, Min. Celso Mello) (ACiv. 98.006659-0, Criciúma, Rel. Des. Pedro Manoel Abreu)"

"INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. NEGATIVA DA AUTORIDADE. POR EXAURIMENTO DE SUA COTA DE AUTORIZAÇÃO. SAÚDE COMO DIREITO DO POVO E DEVER DO ESTADO. EXEGESE DO ART. 196. DA CF. DIREITO PÚBLICO SUBJETIVO ACIONÁVEL. MANDADO DE SEGURANÇA DEFERIDO. REMESSA IMPROVIDA. (ACiv. Em MS 97.003319-2, Monduí, Rel. Juiz Cesar Abreu)"

"Tem, portanto, a Administração Pública legitimidade para expedir atos normativos, como a Portaria impugnada.

"Mas isto não significa, que o Poder Público pode obstaculizar o acesso de todos à saúde. Pode.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

regulamentar e fiscalizar, mas no uso legítimo dessa faculdade, não pode discriminar.

“E conclui:

“Ato normativo do Poder Público que alije, discrimine ou prejudique qualquer cidadão dos benefícios outorgados pelo SUS, fere de morte o sagrado e vital direito à saúde, garantido constitucionalmente. Consubstancia-se em ato antijurídico, odioso, por isso, irritado, nulo, ineficaz, sem efeito, por contrariar frontalmente à lei.

“Conseqüentemente, quando o Poder Público Estadual, na Portaria combatida, v.g. Instruções Gerais, item I, letra a (fls. 22) e nas Instruções Específicas, item II, letra c, fls. 25, nega peremptoriamente, com todas as letras, aos pacientes cobertos por convênios particulares o direito de terapias, autorizações e exames pelo SUS, obrigando que o nome do usuário conste da agenda da Central de Marcação de Consultas (fls. 26), mesmo quando atendidos em unidades públicas, privando a consulta particular, comete absurda ilegalidade.

“E justifica:

“É evidente que o Poder Público tem o exercício do direito-dever fiscalizador. Mas se obriga usar desse poder para criar condutas e mecanismos rápidos e eficazes para salvaguardar a saúde do povo, prevenindo e combatendo as doenças.

“Não é, nem eqüitativo, nem bom e nem lícito, dificultar, prejudicar, discriminar ou cercear o exercício deste direito de sobrevivência, universalmente assegurado. Se assim agir, o ente público estará cometendo ato contrário a sua finalidade protetiva, porque atentatório a direito fundamental e vital do homem e violador do princípio da igualdade. Dado que, independente da situação econômica, todo cidadão tem direito a um tratamento igual e condigno. O discrimine é tratado pela doutrina e jurisprudência pátria como ato odioso. A República Federativa do Brasil tem, no



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

tema em debate, como objetivo primordial veemente repulsa a qualquer forma de discriminação na defesa da universalidade da seguridade social e a garantia da saúde. (CF. art. 3-III-IV, 196).” (Agravo de Instrumento n. 97.012856-8, da Capital, Rel. Des. Pedro Manoel Abreu).

E a jurisprudência de outros Estados:

“DIREITO À SAÚDE. REMÉDIO. IMPORTAÇÃO. NECESSIDADE

“CONSTITUCIONAL DIREITO À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. FENILCETONURIA.

Indisputável a obrigação do Estado em socorrer pacientes pobres da Fenilcetonuria, eis que a saúde é dever constitucional que lhe cumpre bem administrar. A Constituição, por acaso Lei maior, é suficiente para constituir a obrigação. Em matéria tão relevante como a saúde descabem disputas menores sobre legislação, muito menos sobre verbas, questão de prioridade.” 9Ac. 1º G. de C.C. TJRS – MS n.º 592140180, de 03.09.1993 – Rel. Des. Milton dos Santos Martins”

IV - DOS FATOS

27. Ao longo dos últimos anos o Centro das Promotorias da Infância vinha sendo procurado cada vez mais amiúde por pais, avós, guardiões, responsáveis e pelos próprios Promotores de Justiça da Infância e Juventude das mais diversas comarcas buscando garantir às crianças e adolescentes o direito constitucional à saúde através de atendimento médico capaz de lhes proporcionar um desenvolvimento sadio e que lhes vinha sendo negado pelo Estado, através do não atendimento, recusa de agendamento de consultas, não oferta de exames e longas filas de espera de consultas e intervenções cirúrgicas o que resulta em oferta irregular ou inexistente de ações de saúde pelo Estado de Santa Catarina.

28. A comprovar tal afirmação estão os diversos depoimentos, declarações, encaminhamentos médicos, requisições,



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

solicitações de exames complementares que se encontram em um volume de documentos, por nós chamados de anexos ao procedimento investigatório instaurado pela Portaria n.º 04/2000.

29. Assim, no dia 23 de maio de 2.000 surge o caso do menino **ANDREI BATISTA DA SILVA**, 9 anos, o qual deflagrou o referido Procedimento Administrativo Investigatório, cuja mãe procurou, naquele dia o Centro das Promotorias da Infância na tentativa desesperada de conseguir um atendimento médico especializado de otorrino, em **caráter de urgência**, para seu filho, que **conforme orientação médica corria risco de morrer enquanto dormia**, em função de obstrução nasal e sistematicamente tal direito vinha sendo negado à criança, desde fevereiro/2.000.

30. O depoimento, colhido neste Centro, da Senhora Roselena Salete Barros da Silva, mãe do menino Andrei, corroborado pela cópia do ofício n.º 189/99 da Coordenação da Central de Marcação de Consultas Serviços e Exames da Secretaria de Estado da Saúde, dando conta de que *“a partir de 27.07.99 não será mais permitido incluir pacientes na Lista de Espera nas “Especialidades Estranguladas”, ou seja, nas especialidades com problemas de vagas”,* expedido aos Secretários Municipais, nos deu a dimensão exata da violação do direito das crianças e adolescentes que se viam impedidos de sequer terem seus nomes incluídos em lista de espera para receberem atendimento médico especializado.

31. Neste momento, cabe uma interrupção na narrativa dos fatos para explicar à Vossa Excelência a sistemática do Estado de Santa Catarina, por sua Secretaria de Estado da Saúde, quanto a marcação de consultas e cirurgias pediátricas.

32. O Estado de Santa Catarina como os diversos Estados da Federação integram o Sistema SUS, junto com a União e municípios.

33. Em Santa Catarina, o Estado está dividido em 18 Regionais de Saúde, sendo que a 18ª engloba os Municípios da Grande Florianópolis.

34. No Estado, existem 22 municípios em gestão plena de saúde, que deveriam atender, inclusive as consultas



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

especializadas, mas o que não vem ocorrendo segundo informes da Secretaria de Estado da Saúde.

35. Assim, quando o Município não tem a especialidade pediátrica, faz um encaminhamento, através de seu Setor competente, à Regional de Saúde, para Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

36. Se a Regional de Saúde não tem a especialidade, ela encaminha a documentação da criança ou adolescente ao Programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD que, através de equipe médica dá parecer deferindo ou não o pedido de inclusão para tratamento fora do domicílio.

37. Deferido o pedido, o paciente (criança ou adolescente no caso) tem seu nome encaminhado à Central de Marcação de Consultas.

38. A Central de Marcação de Consultas inclui o nome em lista de espera (os dados são digitados) – as listas de espera da Central de Marcação estão em apenso, páginas 414 a 626 do procedimento investigatório 04/2000.

39. A partir daí os nomes são incluídos em lista de consultas agendadas junto ao Hospital Infantil Joana de Gusmão a marcação é de 15 dias enquanto a lista de espera para inclusão no agendamento de consultas chegava em junho há mais de 1 ano e meio em otorrinolaringologia.

40. Ao ser agendada a consulta é comunicado o município para que providencie o deslocamento da criança ou adolescente para o atendimento em Florianópolis, porém quando a especialidade existe no Município ou na Regional de Saúde o caso é devolvido pela TFD ao município, estando entendido que todos os casos agendados foram assumidos pelo Estado de Santa Catarina.

41. É de se destacar que a Central de Marcação de Consultas inclui na lista de espera todos os casos da 18ª Regional de Saúde (Grande Fpolis) e os casos de tratamento fora do domicílio – TFD.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

42. Neste momento, retorna-se a narrativa dos fatos, interrompida no item 30 para esclarecer a Vossa Excelência (destaque-se que os depoimentos tomados às fls. 22/25, 34/35 e 36, dos funcionários responsáveis pela sistemática, permite a compreensão do afirmado até aqui), a sistemática que leva a inclusão de crianças e adolescentes na interminável lista de espera.

43. Assim, diante do escandaloso ofício de fls. 08, do procedimento investigatório, pudemos constatar que, além da violação de direitos das crianças e adolescentes constantes das listas de fls. 414 a 626, foram violados direitos de centenas, talvez milhares de outras crianças e adolescentes, que a exemplo de Andrei, sequer puderam incluir seus nomes em listas de espera para posterior agendamento de consultas.

44. Custa-nos acreditar, Excelência, que estamos falando da saúde de crianças e adolescentes, com tamanha barbaridade, ou seja, visando uma queda artificial na lista de espera, suspende-se a inclusão de crianças no final da fila, suprimindo a chance de, finalmente chegar à fila de espera das consultas agendadas.

45. Assim, por falta de profissionais, equipamentos, e evidentemente vontade política, o Executivo catarinense há vários anos vem violando direitos de crianças e adolescentes (além de adultos – que não nos dizem respeito no momento).

46. A prova disto está no depoimento prestado pelo servidor da Secretaria de Saúde, responsável pela Central de Marcação de Consultas, JOCELINO JOÃO VIEIRA, no dia 30 de maio de 2.000 ao Coordenador do Centro das Promotorias da Infância, quando afirmou:

“No seu setor são acumulados todos os pedidos das 110 especialidades médicas autorizadas pelo SUS, bem como todos exames e serviços de acordo com a tabela SIA/SUS... Que especificamente à criança e adolescente todos os procedimentos são agendados pela Coordenação do declarante...Que tem uma lista de espera de otorrinopediatria de 1.961 crianças/adolescentes e a apresenta neste momento, solicitando que seja requisitada por escrito...Que reconhece como de sua lavra o ofício 189/99, cuja cópia xerox lhe foi apresentada no momento e que consta nos autos de investigação. Que esclarece que quando assumiram suas funções, encontraram 29.9823 pacientes



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

aguardando consultas médicas especializadas em geral. Que resolveram apurar se o número correspondia a realidade e fizeram levantamento junto aos Postos de Saúde. Que constataram que o número então caiu para 17.400 no dia 27 de maio de 1999, se não lhe falha a memória. Que os postos informaram que muitos pacientes não precisam mais de consulta, ou haviam morrido, ou tinham resolvido de outra maneira. Que após a venda do IPESC o número elevou-se para 24.035 em 27/09/99, conforme documento consultado pelo declarante neste momento. Que decidiram então bloquear a inclusão na lista de novos pacientes em lista de espera e dar atendimento ao que estavam na lista, o que estão fazendo até hoje.”(os grifos são nossos).

47. Diante da farta documentação em anexo, bem como deste depoimento, fica comprovado que o Estado de Santa Catarina, através de sua Secretaria de Estado da Saúde tinha consciência da enorme demanda reprimida para consultas e cirurgias pediátricas e que, deliberadamente resolveram suspender a lista de espera, o que permitiu a diminuição artificial da lista.

48. O mais grave é que se apurou que muitos nomes saíam da lista por morte do paciente (não se sabe se da doença ou por outro motivo) ou porque ele resolvia o problema de outra maneira, conforme depoimento do sr. Jocelino.

49. Temos um caso bem emblemático sobre isto, senão vejamos: Em dezembro de 1998 requisitamos consulta médica para o paciente Luan Alves, de Araranguá.

50. Como o caso não retornou achávamos que o problema fora solucionado, porém para nosso espanto, recebemos ligação do Hospital Infantil de que a cirurgia da criança fora agendada para a 1ª Terça-feira de junho/2.000 e, ao contatarmos o Conselho Tutelar de Araranguá, ficamos sabendo que a família resolveu o problema de outra maneira, para usar a expressão do servidor Jocelino, pois para preservar a vida e saúde do filho, vez que o Estado de Santa Catarina não cumpriu com seu dever, a família obteve recursos da ordem de R\$ 2.500,00 e efetuou a cirurgia de forma particular, conforme documentação às fls. 236 e seguintes do apenso aos volumes do procedimento.

51. Quanto ao depoimento tomado, para a instrução



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

do procedimento investigatório, obtivemos ainda a informação de que o ofício de suspensão de consultas teria sido remetido aos Secretários Municipais da Saúde da 18ª Regional que corresponde a 95% da demanda de consultas ofertadas pela Central.

52. Em um segundo momento compareceu a responsável pela Diretoria de Assuntos Ambulatoriais a qual se encontra subordinada a Central de Marcações. Referida Diretora confirmou as declarações de seu subordinado dizendo que tinha conhecimento do ofício e forneceu mais detalhes informando que: *“ao que se recorda no dia 30 de maio passado determinou a abertura de lista de espera para todas as especialidades, pelo menos um dia na semana (2ª feira).*

53. Frisou, ainda a Senhora Diretora, que a sua Diretoria *“apenas agenda as consultas conforme a oferta na rede pública que lhe é disponibilizada pela Direção da Unidade (Hospitalar, ambulatorial, etc.).*

54. Passada a fase de colhimento de depoimentos, aconteceu a fase de requisições de documentos que só veio corroborar as informações até então obtidas, pós juntados os documentos remetidos pela Secretaria Estadual da Saúde e Hospital Infantil Joana de Gusmão.

55. Em que pese a confusão na documentação remetida, constata-se claramente a violação dos direitos da infância-adolescência catarinense no acesso às ações de Saúde por ação e omissão do Estado de Santa Catarina, por sua Secretaria de Estado da Saúde e órgãos que lhe são afetos, havendo oferta irregular ou não oferta de consultas médicas e cirurgias pediátricas.

56. Apurou-se então:

56.1. Que o Estado de Santa Catarina possui, em seu Hospital Infantil Joana de Gusmão, 08 (oito) salas de cirurgia, sendo utilizadas apenas 03 (três), o que , sem dúvidas, aumenta o tempo de espera das crianças e adolescentes para serem operados, sendo que a alegação é falta de recursos materiais para equipamento e contratação de pessoal.

56.2. Que o Estado de Santa Catarina possui uma Central de Marcação de Consultas que permite a diminuição do número de



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

peessoas a serem consultadas, bastando o fechamento de suas listas, conforme ocorreu de setembro de 1.999 até junho de 2.000.

56.3. Que os médicos do Hospital Infantil Joana de Gusmão, servidores públicos lotados (104) ou credenciados (068) é que estabelecem o número de consultas diárias, independentemente do número da procura, prática esta que pode resultar num aumento considerável da demanda reprimida, sem qualquer controle do Estado que é empregador ou tomador do serviço.

56.4. Que no dia do depoimento do servidor Jocelino (30-05), havia uma longa lista de espera de 1.961 crianças e adolescentes esperando para serem marcadas consultas em otorrinolaringologia, além das demais especialidades cuja lista de espera, no início de junho de 2.000 era de 1.088, conforme documentos de fls.555 a 626 ou de 1.138 no dia 30 de maio de 2.000, se levarmos em conta os documentos de fls. 415 a 550. **Totalizando assim 3.033 ou 3.099 crianças em lista de espera para agendamento da consulta, sem contar as que não tiveram chance de aparecer na lista de espera, pois estava suspensa. Destaque-se que as listas repetem os nomes, portanto foram consideradas uma vez apenas, mas ambas juntadas, vez que encaminhadas pela demandada.**

56.5 Em relação as cirurgias pediátricas, a lista de espera totalizava 3.171 crianças, entre agendadas e em lista de espera para agendar, conforme os documentos de fls. 631 a 721, além das 427 que seriam atendidas até 17/07, conforme os documentos de fls. 89/334, sem contar as centenas de crianças e adolescentes que não tiveram chance de aparecer na lista de espera, que ficou suspensa por nove meses. Observa-se mais uma vez, 994, ou quase um terço das cirurgias como sendo de otorrinolaringologia, novamente. Aqui cabe destacar a forma desordenada e desorganizada dos documentos apresentados ao Ministério Público.

56.6. Então, Nobre Magistrado, o total de crianças e adolescentes em lista de espera era de mais de 6.000 crianças, sem contar as centenas ou milhares que não puderam escrever seus nomes nas listas de espera, cujos nomes faz-se integrar a presente ação, não transcrevendo-os, vez que já integram os autos em listagens do próprio demandado.

56.7. Em junho de 2.000 a Secretaria de Estado fez mutirões para diminuir em 500 (não computados nos 6.000), o número de crianças esperando, porém grande parte delas não compareceu, por razões



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

óbvias, a nosso ver, falta de intimação para a consulta e os outros meios apresentados pelo sr. Jocelino e já expostos anteriormente.

57. Finda a instrução do procedimento investigatório, o Centro das Promotorias da Infância, constatou que realmente esta-se violando, em Santa Catarina o direito à vida e à saúde.

58. Restou pois, comprovado, que a Secretaria de Estado da Saúde possui listas de espera para marcação de consultas pediátricas, bem como cirurgias, não possui no seu Hospital Infantil Joana de Gusmão todas suas salas cirúrgicas funcionando e ainda, artificialmente, diminui a lista de espera com a suspensão da inclusão de novos nomes.

59. Numa tentativa tímida de solucionar tão grave problema o Hospital Infantil Joana de Gusmão nos dias 20 e 27 do corrente mês (junho/2000) realizou um mutirão que previa a realização de mais de 500 consultas para cirurgia pediátrica e que em razão do longo período ocorrido entre o agendamento e a oferta do atendimento resultou num número de efetivo atendimento muito aquém do esperado, conforme já explicitado.

60. Outro fator relevante para ser considerado é o das salas cirúrgicas do Hospital Infantil Joana de Gusmão encontrarem-se desativados (desde a inauguração do Hospital, tendo aumentado a demanda com o tempo e nada sido feito) por falta de equipamento e pessoal, aumentando o tempo de espera para cirurgias pediátricas e especializadas.

61. Diante de tal quadro, o Ministério Público do Estado de Santa Catarina, cumprindo com sua prerrogativa de promover ações extrajudiciais capazes de assegurar direitos de crianças e adolescente, e procurando a composição com o demandado, elaborou um Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta contendo obrigações a serem cumpridas pela Secretaria de Estado da Saúde, em prazos razoáveis, submetendo-o à apreciação daquela Secretaria, pelo período de dez dias úteis, conforme se observa pelos documentos de fls. 65 e ss.

62. No dia do vencimento do prazo, sua Excelência, o Secretário de Estado da Saúde criou comissão para estudar o ajustamento de conduta e solicitou prorrogação do prazo, conforme documentos de fls. 61 e 62.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

63. Mesmo entendendo descabido, o prazo foi concedido por mais 20 dias – documentos de fls. 84, na esperança que a Secretaria apresentasse uma contraproposta.

64. Infelizmente, causou-nos profunda tristeza e decepção a resposta da Secretaria, que se limitava a remeter textos legais, que justificariam estar cumprindo metas físicas e financeiras, bem como uma justificativa da Comissão formada pelo sr. Secretario, que se preocupou com os considerandos do ajuste e, mais grave, **informando que o ajuste seria remetido para análise, sem data para a resposta** (o texto é omissivo) **para a Procuradoria-Geral do Estado.**

65. Infelizmente, em que pese todo o esforço dispendido e a disposição de nova composição, tal iniciativa não logrou êxito, numa demonstração clara de que a doutrina da proteção integral e o princípio da prioridade absoluta não estão vigorando na área da saúde, em Santa Catarina.

66. Assim, outra alternativa não nos foi deixada, senão o ajuizamento da presente ação, uma vez que estamos tratando de algo especial, a vida e a saúde do ser humano e, mais especial ainda, dos nossos filhos, dos filhos desta pátria amada e mãe gentil, BRASIL.

67. Desta forma Excelência, necessitamos da tutela judicial para ver assegurados os direitos à vida e a saúde de significativa parcela da infâncio-adolescência catarinense.

V- DA PRIORIDADE ABSOLUTA

68. É inquestionável que a postulação ora efetivada visa a atender à imperativa necessidade detectada no Estado.

69. Estabelece o Art. 227, *caput*, da Constituição Federal:

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

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". (Grifo nosso)

70. O Art. 4º, do Estatuto da Criança e do Adolescente, repete o dispositivo constitucional, também atribuindo ao Poder Público a responsabilidade de assegurar, **com absoluta prioridade**, aqueles direitos afetos à crianças e adolescentes.

71. A garantia da absoluta prioridade importa, conforme o parágrafo único daquele dispositivo, em:

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

72. Com cívica indignação escreve Antônio Carlos Gomes da Costa, renomado professor e ex-presidente da extinta Fundação CBIA:

"O maior patrimônio de uma nação é o seu povo. O maior patrimônio de um povo são suas crianças e os seus jovens. O modelo econômico, político e social vigente no Brasil nas últimas décadas ignorou, de forma sistemática, esta verdade elementar. (in *Infância, Juventude e Política Social no Brasil*. Brasil-Criança Urgente, Ed. Columbus Cultural, SP, 1990, pág. 74).

73. Em síntese, a **PRIORIDADE ABSOLUTA PARA A INFÂNCIA**, prevista no Art. 227 da Carta Magna, significa os administradores da coisa pública dedicarem à criança e ao adolescente a maior parte do seu tempo, significa despender a parte das verbas públicas que forem necessárias, significa cuidar adequadamente dos que precisam



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

de determinados programas e/ou serviços.

VI - DA NECESSIDADE DE CONCESSÃO DE LIMINAR

74. Na hipótese dos autos, encontram-se presentes os requisitos para a concessão da medida liminar, sem justificação prévia, na forma prevista no Art. 12, da Lei na 7.347/85 e Art. 213, § 1º, do ECA, haja vista a presença do *fumus boni juris*, frente ao manifesto prejuízo das crianças e adolescentes catarinenses que esperam há meses, mais de ano, nas intermináveis listas da Secretária de Estado da Saúde, para terem atendidos os seus direitos sagrados à vida e a saúde, violado por ato do Estado de Santa Catarina, através de sua Secretaria de Estado da Saúde.

75. Presente, também, o *periculum in mora*, posto que a situação atual é insustentável, com diversas crianças e adolescentes sem o atendimento médico necessário, pois muitas poderão vir a sucumbir ou a ficar com lesões irreversíveis em razão da demora do Estado em atender as crianças e adolescentes catarinenses em lista de espera para a marcação de consultas e cirurgias, bastando uma leitura nos documentos do anexo (fls. 02 a 96 do volume intitulado anexo), que bem demonstram os casos que foram requisitados, pois os responsáveis acabaram achando um caminho alternativo, o que não está ocorrendo com as milhares de crianças e adolescentes em listas de espera ou que não puderam ser colocadas em lista, em razão da proibição de inclusão, citamos um caso apenas para exemplificação: Tuane Nobre Araújo – atraso na cirurgia acarretaria cegueira – doc. Fls. 85/92;

76. Com relação à liminar, temos:

"O Juiz, quando concede a liminar, apenas se preocupa com a relevância do pedido e com o fato de que o direito do impetrante, quando reconhecido, possa cair no vazio" (in O Estatuto da Criança e do Adolescente, Wilson D. Liberati, pág. 145).

77. O parágrafo primeiro do artigo 213 do ECA estabelece que:

" - Sendo relevante o fundamento da demanda e



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, citando o réu."

78. Assim, imperativo que se conceda medida liminar, sob pena de danos de difícil reparação e graves prejuízos às crianças e adolescentes.

VII- DOS REQUERIMENTOS

79. Não podemos nos furtar a lição de uma doce velhinha da periferia de Curitiba que assistia a uma palestra do dr. Olympio Sotto Mayor Neto, então Procurador-Geral de Justiça do Paraná, sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, que levantou e assim se manifestou: **"Entendi a sua palestra, o Estatuto é a lei que diz para a gente que devemos querer para o filho dos outros aquilo que queremos para os nossos."**

80. Assim, Excelência, diante de tal verdade, insofismável, só resta o Ministério Público aduzir seus pedidos.

81. Ante todo o exposto, restando evidente a violação aos direitos e interesses da infância e adolescência do Estado de Santa Catarina, por atos e omissões do requerido em deixar crianças e adolescentes amargando intermináveis listas de espera para os procedimentos médicos a que têm direito, requer

1- A concessão de medida liminar, sem justificação prévia e *inaudita altera pars*, para compelir o Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde, a iniciar o atendimento de crianças e adolescentes da seguinte forma:

A. Atender, no prazo de 60 dias a contar da concessão da liminar ou no prazo que Vossa Excelência julgar conveniente, todas as crianças e adolescentes com consultas médicas agendadas ou em listas de espera do Hospital Infantil Joana de Gusmão ou da Central de Marcação de Consultas ou das demais Unidades de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, que totalizavam 3.300, sendo que as listas atualizadas deverão ser depositadas em juízo no prazo de 10 dias da intimação da



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

liminar, comprovando, quinzenalmente, o atendimento por área especializada, a esse r. juízo, depositando a lista com nome e endereço das crianças, por ordem de município e de atendimento, bem como comprovando documentalmente a intimação do paciente nos casos de abstenção à consulta.

B. Atender, no prazo de 40 dias a contar da concessão da liminar ou no prazo que Vossa Excelência julgar conveniente, todas as crianças e adolescentes com cirurgias agendadas ou em listas de espera do Hospital Infantil Joana de Gusmão ou da Central de Marcação de Consultas ou das demais Unidades de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, que totalizavam mais de 3.000 crianças e adolescentes comprovando, quinzenalmente, o atendimento por área especializada, a esse r. juízo, depositando a lista com nome e endereço das crianças, por ordem de município e de atendimento, bem como comprovando documentalmente a intimação do paciente nos casos de abstenção à cirurgia.

C. Atender, no prazo máximo de 15 dias, a contar da ~~data das consultas a que se refere o item A~~ dos presentes pedidos, todos os casos com indicação cirúrgica, com as comprovações acima.

D. Manter o agendamento das consultas e listas de espera, oficiando aos Secretários Municipais de Saúde e às Regionais de Saúde sobre a abertura das listagens durante todos os dias da semana, não suspendendo a marcação sob qualquer hipótese.

E. Atender aos novos pedidos de marcação de consultas (listas de espera) efetuadas desde a concessão da liminar, no prazo máximo de 60 dias a contar da concessão da liminar.

F. A partir do dia 30 de outubro de 2.000 as consultas em lista de espera ou agendadas deverão demorar no máximo 07 dias para serem realizadas.

G. A partir do dia 30 de outubro de 2.000 as cirurgias pediátricas ou de especializadas fora das situações de urgência e emergência deverão ocorrer num prazo máximo de 10 dias.

H. Para realizar os procedimentos médicos de



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

consulta, cirurgias e exames necessários às consultas e cirurgias o Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde deverá utilizar sua rede de atendimento próprio ou conveniado ou contratará serviços particulares visando resolver a situação emergencial em que se encontra.

I. O Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde equipará e disponibilizará no prazo máximo de 30 dias, uma sala cirúrgica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, duas salas até o início do 1º semestre de 2001 e as outras duas salas até o início do 2º semestre de 2001.

2- A cominação à requerida, em liminar, de multa diária equivalente a 1.000 (hum mil) salários mínimos, para o caso de descumprimento de alguma das obrigações no prazo fixado em liminar e também após a decisão definitiva (Art. 213, § 2º, do ECA), revertendo os valores cobrados sob este título ao Fundo Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (Art. 214, ECA);

3- A citação do requerido, na pessoa de seu representante legal, para contestar, querendo, a presente *actio*, no prazo que lhe faculta a lei, cientificando-lhe que a ausência de defesa implicará em revelia e em reputar-se como verdadeiros os fatos articulados nesta inicial;

4- A intimação pessoal dos signatários de todos os atos processuais, na forma do Art. 236, § 2º, do Diploma Adjetivo Civil;

5- Provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, mormente a documental, vistorias, perícias, testemunhal, cujo rol será depositado em Cartório no prazo facultado pelo Art. 407, do CPC., depoimento pessoal do representante legal da requerida, além daquelas produzidas pela ré;

6- Após a produção da mais ampla prova, seja julgada procedente a presente ação, obrigando-se o ESTADO DE SANTA CATARINA, por sua Secretaria de Estado da Saúde e órgãos subordinados a não mais atrasar o atendimento médico e cirúrgico e não deixar em listas de espera, crianças e adolescentes para atendimento médico e cirurgico, bem como o funcionamento definitivo das salas cirúrgicas do Hospital Infantil Joana de Gusmão, nos termos desta lei e da liminar, tornando definitivos os prazos dos pedidos F e G;



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

7- A condenação do requerido ao pagamento das despesas processuais, das quais os requerentes devem ser isentados por força de Lei, e demais cominações legais.

VIII- DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa, para efeitos meramente fiscais, o valor de R\$ 1.000,00 (Hum mil reais).

Nestes Termos
Pedem Deferimento.
Florianópolis, 10 de agosto de 2000.

GERCINO GERSON GOMES NETO
Promotor de Justiça
Coordenador do Centro das
Promotorias da Infância

CID JOSÉ GOULART JÚNIOR
Promotor de Justiça
da Infância e da Juventude
da Capital

Documentos que instruem a inicial:

Procedimento Investigatório 04/2000 contendo 08 volumes, bem como um volume intitulado anexo único, com os casos requisitados anteriormente aos fatos, sendo que o 8 volume foi anexado ao final do 1, recebendo a numeração 86^A1 a 86^A155 para facilitar a análise dos documentos, vez que trata da resposta à proposta de ajustamento de conduta..