

Afronta ao direito fundamental da criança à saúde pela deficiência de políticas públicas de saneamento básico

*Evangelina Castilho Duarte**

Resumo

O objetivo deste artigo é investigar a relação entre a deficiência ou a falta de serviços públicos de tratamento de água e esgoto e o adoecimento da população na faixa etária de 0 a 14 anos. Foi estudada a incidência de doenças relacionadas com a falta de saneamento básico, tratamento de água e de esgotos, que são, dentre outras, dengue, malária, ancilostomíase (amarelão), oxiúriase, taeníase, ascaridíase, amebíase, giardíase, gastroenterite, febres tifoide e paratifoide, hepatite infecciosa e cólera, esquistossomose, na população infantil do Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais. Adotou-se uma metodologia quantitativa de análise de dados extraídos de documentos e de bancos de dados (Datusus, Copasa, Funasa e IBGE). A Amostra foi composta por 80 municípios. Os resultados encontrados apontam para uma relação direta entre a ausência ou deficiência dos serviços públicos de saneamento básico e o adoecimento da população entre 0 e 14 anos. Em conclusão, conclui-se pela necessidade de se acionar as instituições públicas para garantirem o direito fundamental e humano da criança à saúde.

Introdução

O direito da criança à saúde é direito humano fundamental, individual, garantido pelo ordenamento jurídico, pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946), pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), pela Convenção sobre Direitos da Criança (1989), pela Constituição da República (1988), e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), e deve ser assegurado por serviços de água e esgoto tratados, sendo oportuna a análise do impacto da ausência de saneamento básico no processo de saúde. Este direito à saúde é garantido pelo Direito Internacional, na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), adotada pela Resolução n. L.44 (XLIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989, e ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990. Essa proteção decorre da sua condição de absoluta dependência, necessitando de cuidados e proteção peculiares, e também por ser a criança indivíduo em formação, portanto, mais vulnerável.

A definição de criança na legislação brasileira é recente, adotada a partir da Constituição da República (1988), e fortalecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), já que, antes e desde o Império, adotava-se o termo menor, com enfoque apenas na idade, e para fins de repressão, sem preocupação com a prevenção e preservação da vida do ser em formação.

A disseminação da vacinação em massa não é suficiente para garantir a saúde pública, em especial o direito da criança à saúde, porquanto é indispensável que se afastem as causas do adoecimento, com atenção especial ao saneamento básico, através do qual se pode erradicar essas determinantes.

Neste cenário de proteção desse público infantil, esta pesquisa investigou a morbimortalidade de crianças, nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, comparando os índices entre os municípios onde existem redes de água e esgoto e municípios que não dispõem desses serviços.

O Vale do Jequitinhonha é uma região em que há fornecimento de água e esgoto tratados pela Copasa, bem como por algumas Prefeituras. Entretanto, alguns municípios não dispõem de serviços de qualquer natureza, evidenciando a disparidade de acesso a serviços pelas populações, e a maior exposição aos riscos da saúde para alguns indivíduos.

O acesso à água potável, esgoto tratado e condições mínimas de higiene são fatores de prevenção de inúmeras doenças, dispensando-se o tratamento depois do surgimento da moléstia, em particular nas crianças. Portanto, tal exposição a tamanho risco configura um problema de saúde pública.

Segundo o sítio eletrônico do Banco Mundial, “mais de um bilhão dos habitantes da Terra não têm acesso a habitação segura e a serviços básicos, embora todo ser humano tenha direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza”. No Brasil, as doenças resultantes da falta ou de um inadequado sistema de saneamento, especialmente em áreas pobres, tem agravado o quadro epidemiológico.

* Desembargadora da 14ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

Direito fundamental à saúde

A Constituição da República (1988), em seu art. 6º, dispõe que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010).

O art. 227, da Constituição da República (1988) dispõe que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, dentre outros (redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010), promovendo programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

Tais delineamentos demonstram que a saúde da criança é direito humano e fundamental, garantido pela Constituição da República (1988). É direito de segunda geração, cujo cumprimento depende do poder público, através de uma prestação positiva, consistente no *facere*, que exigem atuação do Estado, dentre eles se incluindo o direito à saúde, por ser direito social, e que depende de políticas públicas para sua implementação e para sua execução.

O direito à saúde está classificado como direito de segunda geração, surgido após o reconhecimento dos direitos à liberdade, aos direitos políticos e civis, e, por se tratar de direito fundamental e social, deve ser garantido pelo Estado, mediante políticas públicas eficazes e eficientes.

Esses direitos de segunda geração, ou segunda dimensão, surgiram da constatação de que os direitos de primeira geração, garantidos pelas constituições dos diversos países, eram insuficientes para assegurar aos indivíduos proteção eficaz para as diversas afrontas suportadas.

Cunhou-se, então, a noção de direitos sociais, considerados de segunda geração, para assegurar proteção aos direitos econômicos, sociais e culturais, identificando-se com as liberdades positivas, reais ou concretas, acentuando o princípio da igualdade.

Justifica-se, pois, tratamento diferenciado a determinadas categorias de indivíduos, quer por não terem meios para defender seus direitos, quer por não os terem devidamente reconhecidos ou protegidos. Assim é com a criança, que é ser em formação, mais vulnerável em relação à sociedade como um todo, e em relação aos adultos, e mais frágil por não ter ainda sua estrutura física completamente formada.

Gargarella (1999) complementa que: *“grupos sobre los cuales se ciernen persistentes amenazas que, por alguna razón, el poder judicial se resiste a reconocer”* deveriam, pois, obter maior e mais efetiva proteção dos poderes públicos.

Essa proteção especial destinada às crianças tem o objetivo de dar-lhes a palavra, de modo que possam dar a conhecer e defender seus pontos de vista, assegurando-lhes uma efetiva integração à sociedade, e, ainda, reforçar seus direitos mais importantes, reduzindo sua vulnerabilidade. Gargarella (1999) frisa, ainda, que *“se pretende defender a través de muchas de estas políticas preferenciales no sólo no es constitucionalmente impermissible, sino que además parece ser un objetivo valioso y urgente desde el punto de vista constitucional: contribuir a que ningún grupo resulte arbitrariamente desaventajado”*.

A Declaração de Genebra (1924) determina a necessidade de proporcionar à criança uma proteção especial, reconhecendo sua fragilidade e vulnerabilidade. Neste mesmo caminho, a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas, de 1948, prevê o direito a cuidados e assistência especial à criança, também reconhecendo que ela própria não pode cuidar de si, e não tem meios de reclamar, pessoalmente, os cuidados dos quais depende. E a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) adota princípios de proteção integral à criança, para reconhecê-la como indivíduo em formação, com direito à igualdade de tratamento.

A Convenção Americana de Direitos Humanos, ou Pacto de San José (1969), prevê que todas as crianças têm direito às medidas de proteção que a condição de menor requer, por parte da família, da sociedade e do Estado.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), em seu art. 1º, define criança como *“todo ser humano menor de 18 anos de idade, salvo se, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes”*.

Para tanto, a Convenção estipula que os Estados-partes adotarão medidas para reduzir a mortalidade infantil, para assegurar prestação de assistência médica e cuidados sanitários necessários a todas as crianças, dando ênfase aos cuidados básicos de saúde, para combater doenças e desnutrição, para assegurar assistência adequada pré-natal e pós-natal.

Evidencia-se, assim a preocupação constitucional e internacional com a saúde da criança, como direito fundamental, constitucional e humano, que deve ser assegurado por meio de políticas públicas eficazes e eficientes, especialmente de saneamento básico, que engloba serviços essenciais e indispensáveis (tratamento de água e esgoto), para a preservação e manutenção da saúde.

Em seu art. 4º, o Estatuto da Criança e do Adolescente, define como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, 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.

A criança tem, portanto, direito à proteção, liberdade, educação, saúde, e esta pode ser assegurada pelas políticas públicas de saneamento básico, como forma de se evitar o adoecimento.

O reconhecimento da criança como indivíduo dotado de direitos está situado na atualidade, depois da II Guerra Mundial, quando se iniciaram as discussões sobre direitos humanos e individuais.

Fernando Torres Londono (*apud* DEL PRIORI, 2012), frisa que “a partir do século XIX e começo do século XX a palavra menor aparecia frequentemente no vocabulário jurídico brasileiro”.

Vê-se que o Código de 1890, o Código de Menores (Lei 6.697/79), e a Lei 4.513/64, não tinham foco na prevenção, nem na proteção à criança, mas na repressão de condutas delitivas, com vistas à proteção da sociedade. O objetivo da legislação era a preservação do patrimônio material, sem atenção ao indivíduo em formação, à construção da sua personalidade e à sua segurança.

É Londono (*apud* DEL PRIORI, 2012) que considera que “depois da proclamação da Independência, os termos menor e menoridade foram utilizados pelos juristas na determinação da idade, como um dos critérios que definiam a responsabilidade penal do indivíduo por seus atos”. Ele frisa ainda pontos que interessam aos juristas: “as instituições existentes para reincluir e disciplinar as crianças infratoras e abandonadas e o estabelecimento e função dos tribunais da criança”.

Consta, ainda, do mesmo texto, que “esse interesse pela menoridade por parte dos juristas coincide também com a introdução da puericultura por parte dos médicos e com a importância que já desde o século XIX vinha cobrando a educação os jovens”.

A partir da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990, adotou-se a doutrina da proteção integral da criança, considerando-a como ser dotado dos mesmos direitos humanos, fundamentais, constitucionais e legais do adulto, e que merece proteção efetiva, pois não pode exercer, por si, seus direitos, quer por não compreendê-los, quer por não dispor de meios para agir de forma independente e autônoma.

Pereira, comentando a Convenção Internacional sobre Direitos da Criança, registra “a Convenção consagra a “Doutrina da Proteção Integral”, ou seja, que os direitos inerentes a todas as crianças e adolescentes possuem características específicas devido à peculiar condição de pessoas em via de desenvolvimento em que se encontram e que as políticas básicas voltadas para a juventude devem agir de forma integrada entre a família, a sociedade e o Estado”.

É, ainda, Pereira (1996), citando Antônio Fernando do Amaral e Silva, que pontua sobre a doutrina da proteção integral: “este direito especializado não deve se dirigir apenas a um tipo de jovem, mas, sim, a toda a juventude e a toda a infância, e suas medidas de caráter geral devem ser aplicáveis a todos. Como medida de proteção deve abranger os direitos essenciais que fundamentam a Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros documentos emanados das Nações Unidas”.

Saúde e saneamento básico

Para assegurar a saúde da criança, de forma integral, eficaz e eficiente, não bastam serviços curativos, de atenção depois da instalação da doença. Indispensáveis os cuidados preventivos visando à saúde, com medidas que garantam o desenvolvimento saudável, para criação de uma geração futura sadia.

Incumbe à família, à sociedade e ao Estado atender com prioridade à população infanto-juvenil em situações especiais de risco, nelas se inserindo a garantia à saúde.

Cabe indagar se haveria falha nas políticas públicas de saúde voltadas à criança, e como seria viável o aprimoramento desses mecanismos, tanto para prevenir o adoecimento, como para a cura depois da instalação da moléstia.

Ocupar-se com a infância é preocupar-se com as gerações futuras, com seu bem-estar, com a preservação da vida e com a construção de uma sociedade mais saudável, atendendo aos princípios do direito sanitário e do direito à saúde.

É indagação pertinente quais seriam as políticas públicas ligadas ao saneamento básico e, ao fim, ao direito sanitário que assegurariam esses direitos da criança à saúde.

Segundo Guimarães, Carvalho e Silva, “sanear quer dizer tornar são, sadio, saudável. Pode-se concluir, portanto, que saneamento equivale a saúde. Entretanto, a saúde que o saneamento proporciona difere daquela que se procura nos hospitais e nas chamadas casas de saúde. É que para esses estabelecimentos são encaminhadas as pessoas que já estão efetivamente doentes ou, no mínimo, presumem que estejam. Ao contrário, o saneamento promove a saúde pública preventiva, reduzindo a necessidade de procura aos hospitais e postos de saúde, porque elimina a chance de contágio por diversas moléstias. Isto significa dizer que, onde há saneamento, são maiores as possibilidades de uma vida mais saudável, e os índices de mortalidade - principalmente infantil - permanecem nos mais baixos patamares”.

Inserir-se nesse contexto o saneamento básico, como forma de prevenção da saúde, que consiste em tornar sadios a água e o esgoto, através de tratamento, cujo conhecimento já é dominado pela ciência da engenharia.

A preocupação com o saneamento básico é nova no Brasil, como se vê do Sistema de Informações Sobre Saneamento Básico (SEIS) Relatório de Pesquisa, Fundação João Pinheiro-MG, 2012.

O saneamento básico abrange redes de tratamento de água e esgoto, e pode ser considerado um meio de assegurar esse direito fundamental e individual, da criança à saúde, evitando seu adoecimento, preservando sua saúde, com vistas à vida integrada à sociedade.

Até 1960, Minas Gerais não possuía políticas públicas específicas na área de saneamento básico. As diretrizes de saneamento básico só foram adotadas como políticas públicas a partir de 1963. Nos anos 1960 a 1974, os serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário eram prestados pelos departamentos municipais, como o Departamento de Água e Esgoto (Demae) de Belo Horizonte e pela Companhia Mineira de Água e Esgoto (Comag), criada para definir e executar essas diretrizes no âmbito estadual.

Nesse contexto, a igualdade assegurada pela Constituição da República (1988) deve ser considerada como garantia de pleno acesso aos serviços de água e esgoto tratados, como forma de proteção à saúde, não se compreendendo a razão pela qual alguns municípios do Estado de Minas Gerais ainda não disponham dessas facilidades de forma completa.

Somente a partir dos anos 1970 é que políticas públicas de saneamento básico em Minas Gerais foram adotadas, após a criação do Plano Nacional de Saneamento Básico (Planasa). A partir daí, com a unificação do Demae/BH e da Comag, em 1974, foi criada a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa-MG), responsável pela prestação dos serviços na área de saneamento básico, para cumprimento das metas do Planasa.

Incumbe à Copasa o fornecimento de água tratada à população de Minas Gerais e o tratamento de esgotos nos municípios do Estado. Embora esteja presente na maioria das localidades, não abrange na totalidade, existindo prestação desses serviços ainda pela Funasa e pelas Prefeituras, o que resulta em deficiência no atendimento do direito básico do cidadão, e em discrepância entre as formas de prestação dos serviços, de metas e de políticas públicas.

É indispensável, pois, que a Copasa assuma a integralidade dos serviços de fornecimento de água e esgoto tratados à totalidade dos municípios do Estado de Minas Gerais, para unificação das políticas públicas e da forma de prestação desses serviços, para que sejam observados os princípios instituídos pela Lei nº 11.445/07, de universalidade e integralidade, respeitando-se, ainda, a igualdade de todos assegurada pela Constituição da República de 1988.

Foi, ainda, sancionada a Lei Estadual nº 11.720, de 28 de dezembro de 1994, criando a política estadual de saneamento básico. E a Lei nº 11.445/07, estabeleceu as diretrizes nacionais para o saneamento básico, estipulando objetivos da política federal de saneamento básico.

Dentre os objetivos da política federal de saneamento básico, cumpre destacar, pelo seu relacionamento com o presente trabalho, a promoção do desenvolvimento institucional do saneamento básico, estabelecendo meios para a unidade e articulação das ações dos diferentes agentes, bem como do desenvolvimento de sua organização, capacidade técnica, gerencial, financeira e de recursos humanos, contempladas as especificidades locais, que permitirá às populações atendidas a melhoria nos serviços prestados e o incremento da proteção à saúde.

Foi instituído o Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico (Sinis), com o objetivo de coletar e sistematizar dados relativos às condições da prestação dos serviços públicos de saneamento básico, tornar disponíveis estatísticas relativas à demanda e à oferta de serviços públicos de saneamento básico e monitorar e avaliar a eficiência e eficácia da prestação dos serviços de saneamento básico.

Os dados dos serviços de água e esgotos são fornecidas ao Sinis por companhias estaduais, empresas e autarquias municipais, empresas privadas e, em muitos casos, pelas próprias Prefeituras.

As informações e indicadores do Sistema permitem identificar, com objetividade, aspectos da gestão dos serviços nos municípios brasileiros.

Consta que “O Diagnóstico 2012 apurou informações sobre abastecimento de água em 5.070 municípios, com população urbana de 160,4 milhões de habitantes, assegurando uma representatividade de 91,0% em relação ao total de municípios e de 98,0% em relação à população urbana do Brasil. Para esgotamento sanitário, a quantidade de municípios é de 3.648 e a população urbana de 149,0 milhões de habitantes, uma representatividade de 65,5% em relação ao total de municípios e de 91,0% em relação à população urbana do Brasil. A presente edição aponta índices de atendimento por redes de água bastante elevados nas áreas urbanas das cidades brasileiras, com uma média nacional de 93,2%, destaque para as regiões Sudeste e Sul, em que os índices médios são de 97,0% e 97,2%, respectivamente. O atendimento com redes coletoras de esgotos alcança um contingente de população urbana cujo índice médio no país é de 56,1%, destacando-se a região Sudeste, com média de 80,3%. Já a média do país para o tratamento dos esgotos gerados chega a 38,6% e dos esgotos coletados a 69,4%, em ambos os casos destacando-se a região Centro-Oeste, com 44,2% e 90,0%, respectivamente”.

Ainda que se constate, conforme Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos, do Ministério das Cidades, que há uma abrangência ampla de fornecimento de água tratada à população brasileira, o percentual de atendidos por esgotos tratados é baixo, e pode refletir de forma significativa para o adoecimento das crianças e da população como um todo.

A partir da Lei Federal nº 11.445/2007, foi criada, pela Lei Estadual nº 18.309/09, a Agência Reguladora dos Serviços de Abastecimento de Água e de Esgotamento Sanitário do Estado de Minas Gerais (ARSAE-MG), à qual estão subordinados os municípios mineiros cujos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário são prestados pela Copasa ou pela Copasa - Serviços de Saneamento Integrado do Norte e Nordeste de Minas Gerais S/A (Copanor).

Quando os serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário são realizados por órgão da própria municipalidade, seja órgão autônomo (SAAE) ou departamento da Prefeitura (Demae), o município poderá delegar, através de um convênio, a regulação e fiscalização dos serviços à Arsa-MG5, em atendimento ao disposto na Lei Estadual nº 18.309/09 (art. 5º, § 1º) e na Lei Federal nº 11.445/2007 (art. 23, § 1º).

O Decreto nº 7.217, em 22 de junho de 2010, que regulamenta a Lei nº 11.445/07, introduz matérias novas e obrigações importantes para a regularização dos serviços de saneamento básico no Brasil. Dentre elas, as definições sobre o titular, o prestador de serviço público, a gestão associada e a prestação regionalizada.

O titular dos serviços de saneamento deve elaborar os planos de saneamento básico; prestar diretamente os serviços ou autorizar a sua delegação; definir o ente responsável pela sua regulação e fiscalização e os procedimentos de sua atuação; adotar parâmetros para a garantia do atendimento essencial à saúde pública; fixar os direitos e os deveres dos usuários; estabelecer mecanismos de participação e controle social e estabelecer sistema de informações sobre os serviços articulado com o Sistema Nacional de Informações em Saneamento (Sinisa).

O espírito das leis que regem o saneamento básico é de integração dos poderes públicos e, também, dos cidadãos, quando determina a obrigatoriedade de ligação dos domicílios às redes públicas, responsabilizando o indivíduo pela preservação da sua própria saúde, sem afastar a responsabilidade do poder público, que elabora as leis e os planos de saneamento básico, dita as políticas públicas do setor, e deve garantir o acesso indiscriminado, universal e equitativo a todos os cidadãos a esses serviços.

A água é bem natural indispensável à saúde humana, sendo, porém, precíval e limitado, demandando conscientização no seu uso, para que não haja desperdício, para que haja reaproveitamento, quando necessário, e para que seja fornecida à população em quantidade e qualidade adequadas para garantia da saúde.

O saneamento básico constitui, pois, um dos mais importantes meios de prevenção de doenças, e deve ser inserido como política pública de estado para a saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saneamento como “o controle de todos os fatores do meio físico do homem que exercem ou podem exercer efeito deletério sobre o seu bem-estar físico, mental ou social”, tendo como objetivo maior a promoção da saúde, pois muitas doenças proliferaram devido à sua carência.

Alguns fatores são predisponentes para a proliferação de doenças, tais como ambiente poluído, inadequado destino do lixo, ausência de água de boa qualidade, e má deposição de dejetos.

O saneamento básico deve associar sistemas constituídos por uma infraestrutura física e uma estrutura educacional, legal e institucional, que abranja serviços de abastecimento de água em qualidade compatível para proteção à saúde e em quantidade suficiente para garantia de condições básicas de conforto; coleta, tratamento e disposição ambientalmente adequada e sanitariamente

segura de águas residuais, ou seja, esgotos sanitários, resíduos líquidos industriais e agrícolas; acondicionamento, coleta e transporte de resíduos sólidos; coleta de águas pluviais; controle de vetores de doenças transmissíveis, dentre outros.

Há uma dicotomia no estudo da saúde, do saneamento básico e do direito à saúde, compartimentando-se cada uma das áreas, responsabilizando-se os médicos pelo estudo da saúde, os engenheiros sanitários pelo estudo do saneamento básico, e os profissionais do direito pelo estudo do direito à saúde, sendo conveniente um planejamento com vistas à funcionalidade e à integralidade de atuação, para que haja uma integração das áreas envolvidas, com aprimoramento das políticas públicas.

Sem essa intersetorialidade, que deve permear o assunto, para que sejam as áreas integradas, e estudadas em conjunto, pois o saneamento é meio de prevenção da saúde e, ao fim, garantia do direito fundamental, humano e constitucional à saúde, haverá visão incompleta dos problemas, que devem ser solucionados como um todo.

É indispensável, pois, uma interdisciplinaridade no estudo do Direito da Saúde, que se caracteriza pela busca de elementos comuns que permitam a aproximação e a generalização de princípios aplicáveis tanto à saúde, como à engenharia, que trata tanto do saneamento, como da medicina, que age para evitar a doença e para curá-la. Essa interlocução entre a engenharia, a medicina e o direito permitirá ao Estado a adoção de medidas de saneamento básico que atendam ao direito humano, fundamental, constitucional e de saúde da criança, e enfim, de toda a sociedade.

Os serviços de atendimento à saúde são estruturados para atender a dois objetivos, a otimização da saúde da população por meio do conhecimento das causas das doenças, e a redução das diferenças de oportunidades entre os grupos populacionais quanto ao acesso aos serviços de saúde, cumprindo os princípios legais da universalidade e da integralidade.

Os programas estruturados para oferecer atenção básica à saúde da criança têm como metas principais a promoção à saúde, a prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. São metas adotadas pelos serviços de saúde como prioritárias, para garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social.

A puericultura, como área da pediatria voltada para os aspectos de prevenção e promoção da saúde, preocupa-se em manter a criança saudável para garantir seu desenvolvimento pleno, para que atinja a vida adulta sem deficiências, sem influências desfavoráveis, e sem problemas trazidos da infância.

Há estreita interligação, portanto, entre a puericultura e o saneamento básico, quando os serviços de engenharia sanitária fornecem tratamento adequado de água e esgoto, viabilizando medidas antecipatórias de agravos à saúde, objetivo buscado pela ciência médica.

A criança, ser em desenvolvimento, é um corpo inconcluso, em crescimento, e dotada de singularidades que são consideradas pela puericultura, e deve ser o foco do saneamento básico, para propiciar seu crescimento saudável e adequado, que levará a um adulto sadio, capaz e feliz, menos exposto a altas taxas de morbi-mortalidade.

A compreensão de saúde tem alto grau de subjetividade e determinação histórica - indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação.

Do Século XVII ao XX, a medicina social tentou criar e indicar as condições de salubridade adequadas à nova sociedade, e abrir espaço para que a prática médica individual viesse gradativamente a ocupar o lugar central nas práticas de saúde.

Porém, essas práticas não foram suficientes, enquanto adotadas de forma isolada, sendo indispensável a intersetorialidade para estudo do direito à saúde, relacionando-o com o saneamento básico, que é meio indispensável para garantir a saúde.

Essa intersetorialidade leva os estudiosos a forjar o termo 'determinantes sociais da saúde', os quais indicam os vários fatores que influenciam na sua manutenção e preservação.

As determinantes sociais da saúde abrangem a água e o esgoto, como fatores indispensáveis, ou seja, o saneamento básico.

Nessa dimensão ético-política, a atenção à saúde se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde nos países em desenvolvimento, e do Estado como responsável pelas políticas públicas para implementação dos serviços de preservação da saúde.

As determinantes da saúde podem ser entendidas como condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população relacionadas com sua situação de saúde.

Buss e colaboradores informam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) “adota uma definição mais curta, segunda a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”.

O estudo das determinantes sociais da saúde perpassa a análise das iniquidades em saúde, ou seja, as desigualdades de saúde entre grupos, sistemáticas e relevantes, evitáveis, injustas e desnecessárias, relacionadas com as desigualdades sociais.

Seu estudo permite identificar como e onde devem ser feitas as intervenções, para se reduzir essas iniquidades, ditando as políticas públicas em saúde.

O conceito de saúde entendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se restringe ao problema sanitário no âmbito das doenças. Além das ações de prevenção e assistência, considera-se cada vez mais importante atuar sobre os fatores determinantes da saúde. É este o propósito da promoção da saúde, que constitui o elemento principal das propostas da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

O direito à saúde tem natureza dúplici (individual e coletivo), e tríplice função constitucional (promocional, preventiva e curativa), abrangendo obrigações de caráter negativo para sua defesa e positivo para sua promoção.

Maia frisa: “conclui-se que a melhor tutela da saúde humana somente ocorrerá a partir de uma ação conjunta do direito à saúde, ao meio ambiente equilibrado, e à tutela do consumidor e do princípio guia da informação. Assim, unidos esses direitos fundamentais, formando um verdadeiro quarteto constitucional pró-dignidade, restará potencializada a tutela da vida humana digna, fundamento maior da República Federativa do Brasil”.

Importa, assim, indagar a razão para que não se estendam as redes de água e esgoto tratada indistintamente a toda a população do Estado de Minas Gerais, permitindo que algumas localidades não possuam qualquer serviço dessa natureza, e outros contem com a prestação pelas Prefeituras, sem observância dos princípios da integralidade e da universalidade que inspiram o Direito Sanitário.

No espaço geográfico das famílias é que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e se enraíze para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.

Indispensável, portanto, a interação dos diversos setores públicos, não só da engenharia, mas da medicina, através do SUS – Serviço Único de Saúde, e do direito, para que o direito fundamental da criança à saúde seja amplamente assegurado.

Questiona-se a deficiência da prestação dos serviços de saneamento básico, considerando-se que a Copasa já atende à maioria dos municípios de Minas Gerais, sem que forneça, de forma integral e universal, o tratamento de água e esgotos em todos eles. Especialmente, os serviços de esgoto tratado vem sendo negligenciado, pois, conforme dados do Sinis, apenas 37% da população brasileira dele dispõem.

Trata-se de percentual ínfimo, para a atualidade, pois a tecnologia do tratamento de água e esgotos já é disponível no Estado de Minas Gerais, e no Brasil, desde as décadas de 1960 e 1970.

Essa deficiência na prestação de serviços de saneamento básico afronta o direito à igualdade de todos os cidadãos, e, em especial, o direito das crianças, dada sua vulnerabilidade frente às iniquidades da saúde.

O direito à saúde não é apenas o direito de ser saudável, mas um meio de se obter liberdade e empoderamento, abrangendo um direito a um sistema de proteção à saúde que assegure igualdade de oportunidades para que a população possa alcançar o maior nível de saúde.

Como precondições à saúde incluem-se o direito aos alimentos, à água, ao saneamento, saúde no trabalho e meio ambiente saudável.

A despeito de ser direito de todos, esta prerrogativa ganha um recorte especial no tocante à saúde da criança, tendo em vista sua vulnerabilidade, dependência e condição de pessoa em desenvolvimento, assegurando pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que dispõe:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público, assegurar com absoluta prioridade, 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, tendo a criança e o adolescente direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas, que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990, artigos 4º, 5º e 7º).

O direito à saúde é meio de se assegurar a construção da cidadania, com atendimento às reivindicações dos segmentos mais desfavorecidos da população, especialmente as crianças, ser mais vulnerável, que não tem compreensão dos seus direitos, da extensão desses direitos, e não têm meios próprios para assegurar seus direitos. Cumpre à sociedade, através dos poderes públicos garantir os direitos de cidadania, e o direito à saúde, através da prestação dos serviços adequados, de boa qualidade, com eficácia e eficiência.

Intersetorialidade das políticas públicas de saneamento

Para garantir esse direito fundamental, incumbe ao Poder Público a implantação de políticas públicas adequadas e eficazes para evitar o adoecimento, preservar a saúde e o desenvolvimento da criança e do adolescente, e para a recuperação da saúde em casos de acometimento de moléstias. Por caracterizar-se como direito social, a saúde ainda exige a participação ativa do Estado em ações que objetivem reduzir a desigualdade e proporcionar melhor qualidade de vida a todos os cidadãos, concretizando assim o princípio da dignidade da pessoa humana - fundamento do ordenamento jurídico brasileiro, norteador de todas as normas de ordem constitucional. Impõe-se indagar a razão pela qual ainda não se estenderam as redes de água e esgoto tratados indistintamente a toda a população do Estado de Minas Gerais, em especial do Vale do Jequitinhonha, região mais carente e com clima mais inóspito, permitindo que algumas localidades não disponham de qualquer serviço dessa natureza, e outros contem com a prestação pelas Prefeituras, sem qualquer eficiência e eficácia, e sem observância do princípio da integralidade e da universalidade que inspira do Direito Sanitário.

Embora já tenha sido elaborado o Plano Nacional de Saneamento Básico (Planasa), os municípios brasileiros devem elaborar planos municipais de saneamento básico, nos termos da Lei 11.445, de 5 de janeiro de 2007, que são instrumentos para implantação de política mais adequada e com visão de intersectorialidade para o saneamento integral e efetivo, por se tratar de questão que se relaciona com o Direito Sanitário.

Os planos municipais de saneamento básico são instrumentos indispensáveis da política pública na área e obrigatórios para a contratação ou concessão dos serviços, e situam a responsabilidade da sociedade pela discussão da política adequada.

Por meio dos planos municipais de saneamento básico, a sociedade e os gestores públicos deverão debater quais as políticas mais adequadas para cada município, constituindo mecanismo eficaz para que o cidadão tenha conhecimento das medidas que podem, e devem, ser adotadas, quais as dificuldades para sua implementação, e a quem devem responsabilizar, em caso de ineficácia dos serviços.

A política e o plano devem ser elaborados pelos municípios, e essa responsabilidade não pode ser delegada. A grande maioria dos municípios ainda precisa iniciar esse processo. A elaboração do plano municipal de saneamento básico é uma oportunidade para toda a sociedade conhecer e entender o que acontece com o saneamento da sua cidade, discutir as causas dos problemas e buscar soluções. Juntos, população e poder público estabelecerão metas para o acesso a serviços de boa qualidade e decidirão quando e como chegar à universalização dos serviços de saneamento básico.

No Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais, região estudada, constata-se que apenas quatro dos 80 municípios dispõem de plano diretor de abastecimento de água; apenas quatro dispõem de plano diretor integrado de saneamento básico; apenas dois possuem plano diretor de esgotamento sanitário; 13 não possuem rede coletora de esgotos; nove sem água tratada; e quatro com água parcialmente tratada.

As difíceis condições de acesso da criança aos serviços públicos, em especial ao saneamento básico, resultam em segregação social, prejuízo para sua situação atual e incerteza futura.

O conceito de saúde evoluiu através do tempo e a partir dos estudos científicos, partindo da consideração de que saúde é a total ausência de doença, passando pela dicotomia entre o normal e o patológico, tratada por Georges Canguilhem (2010), em *O normal e o patológico*, que salienta:

Se interpretarmos esses fatos do ponto de vista de Goldstein, veremos a doença como o comportamento catastrófico; se os interpretarmos do ponto de vista de Leriche, a veremos como a anomalia histológica determinada pela desordem fisiológica. Esses dois pontos de vista não se excluem; muito pelo contrário.

Inicialmente, segundo Canguilhem (2010), “a medicina egípcia provavelmente generalizou a experiência das afecções parasitárias, combinando-as com a ideia de doença-possessão. Expulsar os vermes é recuperar a saúde”.

E mais adiante, “a natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença”.

O mesmo autor ressalta: “A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura”.

E mais: “deve-se compreender que, na doença como na saúde, as leis dos fenômenos vitais são as mesmas”.

A saúde pode ser entendida “como uma condição de vida resultante da educação, lazer, trabalho, emprego, renda, habitação, alimentação, meio ambiente, liberdade e acesso a serviços de saúde, dentre outros” (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Seguindo o princípio da oferta pelo Estado de condições ideais à manutenção da qualidade de vida condizente com o bom estado de saúde, o Direito Sanitário, segundo Dallari (2010), envolve política pública de conservação da saúde pública ou individual, abrangendo a higiene, saneamento básico, tratamento de água, prevenção de doenças. Em contrapartida, o direito da saúde pode ser definido como o corpo normativo que assegura essa garantia ao direito fundamental. De acordo com a conceituação de Rocha (2011), é pertinente concluir que o direito sanitário é ramo autônomo do direito, que abarca normas de prevenção, precaução, manutenção, conservação e recuperação da saúde, envolvendo-se com outros ramos da ciência jurídica, especialmente com o Direito Ambiental, sendo mais abrangente do que Direito da Saúde e Direito à Saúde, pois envolve direitos e obrigações do Poder Público, do particular e da coletividade.

O saneamento básico é definido como “conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais”, de acordo com a Lei nº 11.445/2007 (BRASIL, 2007), e pode ser considerado um meio de assegurar o direito fundamental e individual da criança à saúde, evitando seu adoecimento, preservando sua saúde, com vistas a uma vida adulta produtiva e integrada à sociedade.

O saneamento básico está intimamente relacionado às condições de saúde da população e significa mais do que simplesmente garantir acesso aos serviços, instalações ou estruturas previsto em lei; envolve, também, medidas de educação da população em geral e conservação ambiental, e corresponde à intervenção no meio físico no qual o homem habita e convive, para criar condições de salubridade e proteção à vida e à saúde.

As políticas públicas de saneamento devem incorporar variáveis de saúde para nortear sua elaboração, de forma a integrar as ações de engenharia e de medicina.

Para Mendes (2011), a associação entre saneamento e saúde é clara:

Pesquisas recentes verificam que más condições de saneamento estão ligadas a: pior percepção do estado de saúde; a maior inatividade por doenças; a maiores chances de morrer entre meninos de 1 a 6 anos vivendo sem esgotamento sanitário; as mulheres grávidas têm uma probabilidade 30% maior de terem filhos nascidos mortos. Por outro lado, o incremento da oferta de abastecimento de água contribui para a diminuição da mortalidade infantil.

A falta ou a precariedade do acesso ao saneamento básico representa situação de risco que propicia, portanto, o aumento de doenças infecciosas e da prevalência de doenças crônicas, importando em descumprimento da Lei 8.080/90, que estipula a promoção integral e universal à saúde, sem distinção ou preconceitos de qualquer espécie.

A Funasa frisa que

a ausência de infraestrutura em saneamento básico, fato comum nas áreas de ocupação desordenada, se caracteriza como um dos elementos responsáveis pela degradação ambiental, que acarreta efeitos diretos sobre a saúde humana, com graves consequências para a qualidade de vida e para o desenvolvimento de uma região. Já na Idade Média, foram impostas à população práticas de saneamento e higiene com o intuito de conter as grandes epidemias. Sabe-se hoje que tais ações são as bases para a promoção da saúde de uma sociedade (BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2010, p. 24).

Após analisar a longa caminhada em saúde pública e políticas públicas voltadas para o saneamento básico, o relatório esclarece:

Todos esses acontecimentos giram em torno da solidificação do conceito de promoção da saúde e da implantação de suas ações. Essa nova visão da saúde pública tem como prioridade a implantação de medidas preventivas, ao invés de

curativas, tendo o intuito de promover a saúde a toda população, uma vez que a Organização Mundial de Saúde conceitua saúde como completo bem-estar físico, mental e social (Segre e Ferraz, 1997) (BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2010, p. 24).

Impõe-se, pois, a implantação de políticas públicas eficazes e eficientes, que alcancem a totalidade da população, para que haja implementação dos princípios da Lei 11.445/07, especialmente quanto à universalização e integralidade do saneamento básico, com vistas à garantia da saúde.

Segundo dados da Companhia de Saneamento de Minas Gerais, (COPASA, 2013), o Estado de Minas Gerais dispõe de 625 municípios com concessão de água, e 612 municípios com prestação de serviços de água tratada. Dispõe, ainda, de 279 municípios com concessão de serviços de esgotamento sanitário, e 210 municípios com prestação de serviços da mesma natureza. São 14.266.000 de habitantes atendidos por abastecimento de água, e 6.959.000 de habitantes atendidos por esgotamento sanitário.

É indispensável, assim, a integração das ações de saúde, entre as diversas áreas envolvidas, desde a Medicina, a Engenharia, o Direito, e os setores dos poderes públicos, com visão de intersetorialidade e de interdisciplinariedade, para se estabelecer políticas públicas de estado e para se alcançar os objetivos de universalidade e equidade, ditados pela legislação brasileira que trata do direito à saúde.

Contexto da pesquisa

Diante da falta de saneamento básico em vários municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), considera-se a hipótese de que tal falha possa ser a origem de diversos agravos à saúde infantil, o que caracterizaria uma privação do acesso ao direito à saúde por essa população.

“Apenas se poderá alcançar equilíbrio entre os direitos humanos e o poder político quando todas as partes estiverem submetidas a reais limitações, que, sem dúvida, serão estabelecidas pela autoridade política” (DALLARI, p. 52).

Acrescente-se que o poder público deve estar atento ao direito à saúde das crianças, por se tratar de direito humano, fundamental, constitucional, e legal, que vincula o administrador pública em suas ações governamentais.

Foram analisadas obras que definem direitos fundamentais, direitos da criança, direito à saúde, direito sanitário, saneamento básico e políticas públicas. Também foram objeto do estudo as leis pertinentes ao tema, especialmente a Lei 11.445/07 (BRASIL, 2007), a Lei Estadual 18.309/09 (MINAS GERAIS, 2009) e a Portaria Interministerial 571/13 (BRASIL, 2013), apurando-se onde já está implantado plano municipal de saneamento básico, ou outro instrumento legal, para se aferir a efetividade e eficiência das políticas públicas adotadas, e a efetiva proteção ao direito fundamental, constitucional e humano da criança.

Foram, ainda, analisados dados obtidos junto à Copasa; Banco Mundial; Fundação Nacional de Saúde; DATASUS; e IBGE.

Foram analisados dados sobre serviços de rede de água e esgoto tratados realizados pela Copasa, com recorte geográfico, avaliando disponibilidade de serviços no Vale do Jequitinhonha (MG), no período de 2011 a 2013. Não serão estudadas outras facetas do saneamento básico, tais como coleta, depósito e tratamento de lixo, optando-se por manter a visão mais tradicional de saneamento (limitada ao tratamento de água e esgoto).

A escolha do Vale do Jequitinhonha (MG), para esse recorte geográfico, deveu-se às suas peculiaridades.

A análise dos dados sobre internação e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no Vale do Jequitinhonha (MG), em comparação com a disponibilidade da rede de água e esgoto, possibilita aferir se a efetivação do serviço público contribui para a preservação da saúde infantil.

Foi feita uma comparação entre os dados obtidos e aqueles disponibilizados em “A Avaliação comparativa dos impactos à saúde das crianças nos bairros contemplados com as melhorias sanitárias domiciliares, Relatório Final, Ministério da Saúde, 2010”, no qual a Funasa esclarece: “com isso não se tem dúvidas de que a situação de saneamento de uma população afeta seu estado de saúde e, principalmente, na ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias”.

Essa análise defende a indispensabilidade do saneamento básico para a preservação da saúde, caracterizando-o como questão de saúde pública, e também como área de interesse para o Direito Sanitário, justificando e estimulando o aporte de recursos orçamentários pelo Estado.

Métodos

Trata-se de um estudo sobre 80 municípios do Vale do Jequitinhonha, no qual se objetivou correlacionar deficiências no sistema de tratamento, distribuição e coleta de água e esgoto às taxas de internação de jovens menores de 14 anos por doenças diretamente relacionadas ao saneamento básico.

O Vale do Jequitinhonha está situado no nordeste de Minas, banhado pelo Rio Jequitinhonha, com área de 79 mil km², e população aproximada de 940 mil habitantes. É composto por 80 municípios, dos quais 52 estão organizados nas microrregiões Alto, Médio e Baixo Jequitinhonha, e 23 estão integrados à antiga área mineira da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene).

Para se avaliar o efeito da estrutura e das políticas de planejamento e gestão de saneamento básico e tratamento de água no adoecimento de jovens, criou-se um escore de risco baseado nas informações da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) de 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o qual foram verificados os seguintes itens: manejo de resíduos sólidos, plano diretor de abastecimento de água, outros instrumentos legais reguladores do abastecimento de água, plano diretor integrado de saneamento básico, plano diretor de esgotamento sanitário, outros instrumentos legais reguladores do serviço de esgotamento sanitário, rede coletora de esgoto, água sem tratamento, água parcialmente tratada.

Foram pré-selecionadas as doenças relacionadas à qualidade da água que apresentaram pelo menos uma internação para o ano de 2008 – e seus códigos segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): Amebíase (A06), Cólera (A00), Diarreia Infecciosa (A09), Esquistossomose (B65), Febres Tifoide e Paratifoide (A01) e Outras Doenças Infecciosas Intestinais (A02, A04-A05 e A07-A08). Os dados referentes ao número de internações foram coletados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e confrontados com dados presentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para aquelas doenças que constam na lista de notificação compulsória. Os casos de internação por Cólera e Esquistossomose não foram confirmados pelo Sinan e apenas um caso foi confirmado pelo mesmo sistema para Febre Tifoide em Diamantina no ano de 2008. Assim, optou-se por excluir Cólera, Esquistossomose e Febre Tifoide, tendo sido avaliados o número de internações por Amebíase, Diarreia Infecciosa e Outras Doenças Infecciosas Intestinais, segundo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que totalizaram 1992 casos no ano de 2008.

Taxas de internações a cada 10 mil jovens foram calculadas para corrigirem-se as diferenças entre as populações dos diferentes municípios. Para tanto, utilizaram-se as populações de 0 a 14 anos segundo projeção intercensitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pra o ano de 2008.

Os cálculos das medidas de associação foram realizados através de qui-quadrado corrigido pelo método de continuidade de Yates. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o *software* SPSS Statistics 17.0 e considerando-se um nível de significância de 5%.

Para esse estudo, não foram realizados inquéritos diretos a nenhum indivíduo, limitando-se a dados disponíveis nos sistemas de notificação nacionais, de domínio público e acesso livre, disponíveis em www2.datasus.gov.br.

Resultados

Como todos os municípios da região avaliada possuem manejo de resíduos sólidos (PNSB 2008), esse indicador não foi considerado no escore de risco para as doenças selecionadas. Foram classificados como municípios de alto risco aqueles que falharam em apresentar pelo menos um dos itens das categorias I a III e que apresentaram qualquer item da categoria IV, segundo Tabela 1. Ou seja, aqueles que não possuem nenhum tipo de instrumento legal para gestão do abastecimento de água ou esgotamento sanitário ou que falham em apresentar rede coletora de esgoto ou mesmo aqueles que distribuem água sem tratamento ou apenas parcialmente tratada.

Segundo esse critério, dos 80 municípios do Vale do Jequitinhonha, 67 foram considerados como municípios com alto risco de exposição a doenças relacionadas à qualidade da água e esgotamento sanitário e 13 como municípios de baixo risco. As populações de 0 a 14 anos foram de 76.821 habitantes para os municípios de baixo risco e 248.446 habitantes para os municípios de alto risco de exposição, segundo projeção intercensitária do IBGE para o ano de 2008.

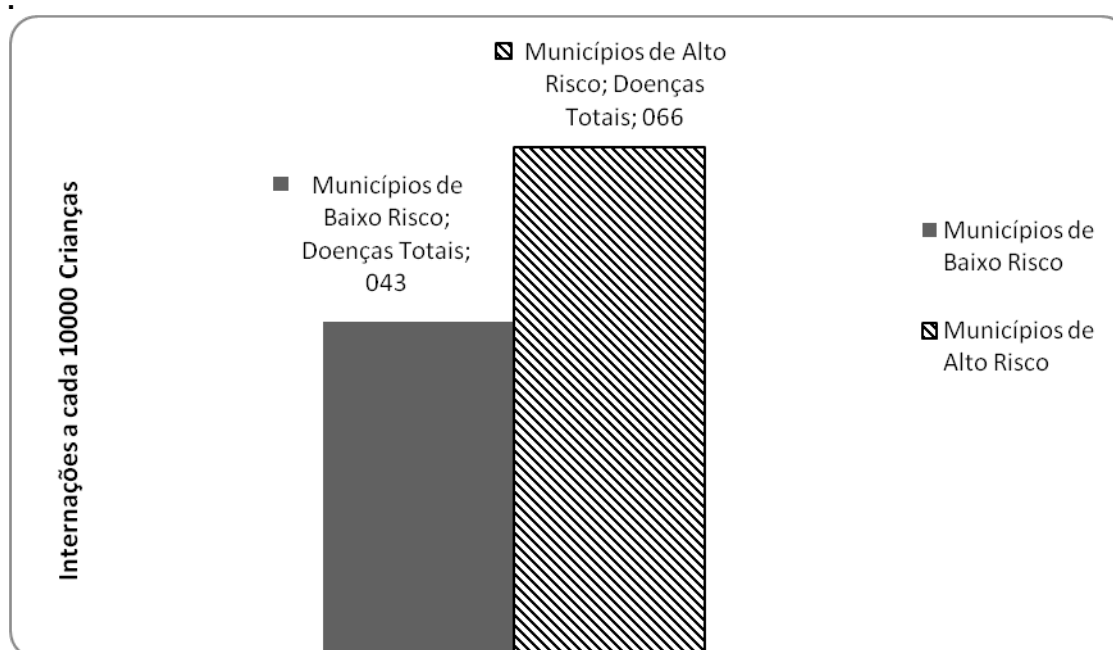
Tabela 1 - Critério de classificação de risco para doenças relacionadas à qualidade da água e ao saneamento básico

Categoria	Item 1	Item 2	Item 3	Critério de Risco
I - Gestão para Abastecimento de Água	Plano diretor de abastecimento de água	Outro instrumento legal regulador do serviço de abastecimento de água	Plano diretor integrado de saneamento básico	Município não apresenta nenhum instrumento de gestão de abastecimento de água.
II - Gestão Esgotamento Sanitário	Plano diretor de esgotamento sanitário	Outro Instrumento legal regulador do serviço de esgotamento sanitário	Plano diretor integrado de saneamento básico	Município não apresenta nenhum instrumento de gestão de esgotamento sanitário.
III - Estrutura de Esgotamento	Rede coletora de esgoto	-	-	Município sem rede coletora de esgoto
IV - Estrutura de tratamento de água	Água sem tratamento	Água parcialmente tratada	-	Há distribuição de água sem tratamento ou apenas parcialmente tratada no município

Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB). 2008.

Os municípios de alto risco de exposição acumularam 1.641 internações pelas doenças selecionadas, sendo 46 casos de amebíase, 1.186 casos de diarreia infecciosa e 409 de outras doenças intestinais que correspondem, somadas, a uma taxa de 66,05 internações a cada 10 mil jovens entre 0 e 14 anos. Para os municípios de baixo risco de exposição, observaram-se 334 internações totais, não ocorrendo nenhuma internação por amebíase, com 300 ocorrências de diarreia infecciosa e 34 casos de outras doenças intestinais que correspondem a 43,48 internações a cada 10 mil jovens em 2008 (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Internações de jovens entre 10 e 14 anos segundo doenças selecionadas totais e risco de exposição – 2008



Fontes: Ministério da Saúde. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB). 2008.

Quando calculadas as medidas de associação entre a exposição ao risco e o número de internações, tem-se que: crianças que vivem nos municípios de risco apresentam 1,5 vezes mais

chances de internação por uma das doenças selecionadas no ano de 2008 quando comparadas àquelas que habitam os municípios de baixo risco ($P < 0,001$, Tabela 2).

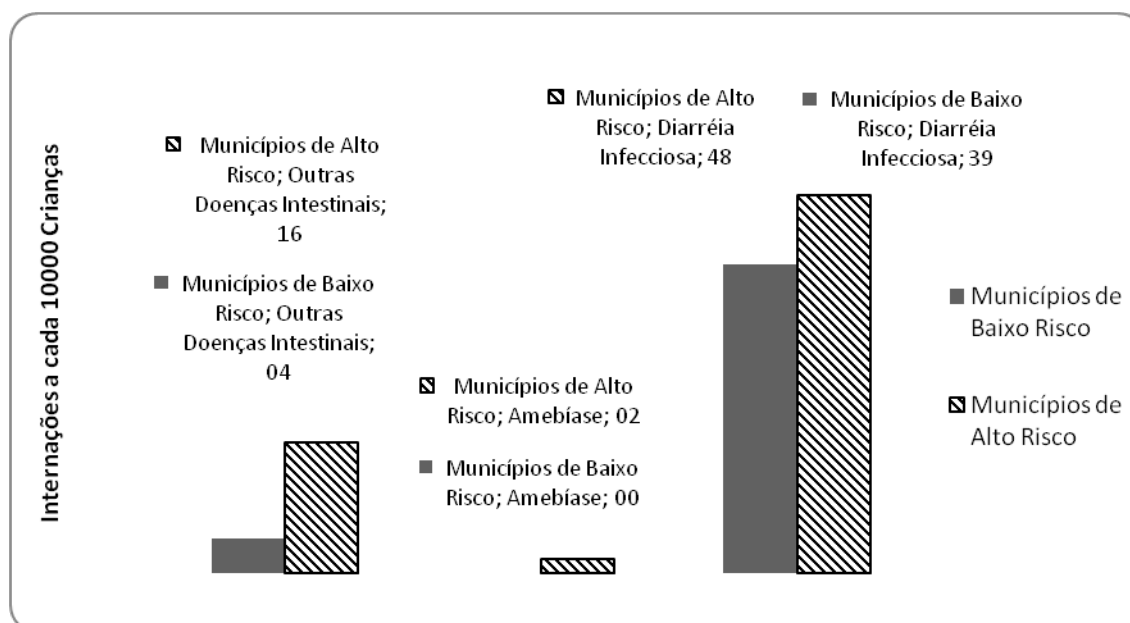
Tabela 2 - Razão de Chances (Odds Ratio) para internação por doenças totais relacionadas à qualidade da água e ao saneamento básico - 2008

Doença	Odds Ratio	IC 95%	χ^2	p
Amebíase	-	-	-	-
Diarreia Infecciosa	1,22	1,07 - 1,39	9,54	0,002
Outras Doenças Intestinais	3,72	2,62 - 5,28	61,62	< 0,001
Total	1,52	1,35 - 1,71	49,17	< 0,001

Fontes: Ministério da Saúde. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB). 2008.

Avaliadas de modo individual, nenhuma das doenças apresentou maior taxa de internações nos municípios de baixo risco quando comparadas aos municípios com alto risco de exposição (Gráfico 2). As chances relativas para internações de crianças nos municípios de risco quando comparadas aos municípios de baixo risco foram: 1,2 para diarreia infecciosa e 3,72 para outras doenças intestinais. Não foi possível calcular a razão de chances (*odds ratio*) para os casos de amebíase, uma vez que não houve internações nos municípios com baixo risco de exposição no ano de 2008 (Tabela 2). Assim, pode-se afirmar que as diferenças nas taxas de internações por doenças relacionadas à qualidade da água e ao saneamento básico não se devem ao acaso entre os municípios de alta e baixa exposição ao risco.

Figura 2 - Internações de jovens entre 10 e 14 anos segundo doenças selecionadas e risco de exposição – 2008



Fontes: Ministério da Saúde. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB). 2008.

Discussão

Sendo o direito à saúde direito fundamental, humano e garantido pela Constituição da República, por tratados internacionais e por leis ordinárias, a deficiência dos serviços de saneamento

básico importa em afronta ao direito da criança à vida digna e saudável, para que possa atingir a idade adulta em plenitude.

Editadas as Leis 11.445/07 (federal) e 18.309/09 (estadual), que tratam dos planos nacional e estadual de saneamento básico, é dever do Estado a implementação das políticas públicas adotadas, para que o direito da criança à saúde seja preservado e garantido, sem intercorrências que conduzam à desigualdade entre cidadãos de um mesmo estado membro. Os planos estaduais de saneamento básico são instrumentos legais e políticos para implementação desses serviços essenciais à garantia da saúde da população, em especial na faixa etária de 0 a 14 anos.

Embora o poder público, no desenvolvimento de sua atividade, esteja amparado pelo princípio da oportunidade, que lhe dá o poder de decisão do momento adequado para realização de obras e implementação de políticas públicas, no caso do saneamento básico, como meio de se assegurar a saúde da criança, ser de valor inestimável, não é possível postergar-se a prestação de serviços de tratamento de água e esgotos, para viabilizar a proteção integral à saúde, e para se evitar agravos ao seu desenvolvimento integral.

O direito sanitário, como o complexo de normas jurídicas dirigidas à realização de um fim público da saúde, seja disciplinando a conduta de profissionais ou de organizações investidas de funções especiais no ordenamento para o mesmo fim, deve assegurar aos cidadãos, em especial aos jovens entre 0 e 14 anos, o amplo acesso ao saneamento básico, para garantir-lhes a saúde plena, o desenvolvimento saudável, e o alcance da idade adulta.

O saneamento básico consiste, pois, em serviços de tratamento de água, esgoto e resíduos sólidos, para assegurar meio ambiente saudável, de forma a garantir a vida no planeta, vida digna, plena e produtiva. Não se tratou, aqui, de tratamento de resíduos sólidos, por ter-se constatado que, em todos os municípios do Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais, esse serviço é prestado, não se relacionando, ao menos de forma direta, com a morbi-mortalidade da população entre 0 e 14 anos.

O Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais, é região pobre, sem riquezas naturais consistentes e consideráveis, dependendo de um único manancial de água, que é o Rio Jequitinhonha, e, por isso, não tem merecido a atenção adequada das políticas públicas, em especial, de obras de saneamento básico, restando violado o direito da criança à saúde, dada a deficiência desses serviços.

Conclusões

Analisando-se os dados em conjunto, pode-se concluir que a falta, ou deficiência, de serviços de tratamento de água e esgotos apresenta-se como causa determinante para agravos à saúde da criança no Vale do Jequitinhonha (MG), pois a falta de saneamento básico é fator constatado, assim como o número de internações nos municípios de alto risco.

Os dados analisados comprovaram que há deficiência na implementação das redes de água e esgoto tratados, assim como na aplicação dos planos municipais de saneamento básico, instrumento legal obrigatório, para se assegurar a saúde plena da população entre 0 e 14 anos.

Embora o poder público, valendo-se do princípio da oportunidade, possa optar pelo momento que considera adequado para realização de obras de qualquer natureza, no caso do saneamento básico, que constitui meio de assegurar a saúde da população, em especial na faixa etária de 0 a 14 anos, é impositivo que as obras sejam realizadas, sob pena de se perpetuar a desigualdade regional existente no Estado de Minas Gerais, prejudicando, ainda mais, os moradores do Vale do Jequitinhonha.

É indispensável que o poder público seja conscientizado, e acionado pelos meios adequados, para que disponibilize obras de saneamento básico (tratamento de água e esgotos) para a população de todos os municípios do Vale do Jequitinhonha, como instrumento de garantia da igualdade preconizada pela Constituição da República (1988), e assegure a saúde daqueles na faixa etária de 0 a 14 anos, para lhes permitir o desenvolvimento e amadurecimento saudável.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico. Lei nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Avaliação comparativa dos impactos à saúde das crianças nos bairros contemplados com as melhorias sanitárias domiciliares. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2010.

BRASIL. IBGE. Diagnóstico Ambiental da Bacia do Rio Jequitinhonha. Supervisor de Projeto: Ronaldo Nascimento Gonçalves. Salvador. 1997. Disponível em: www.ibge.gov.br. Consulta em 25 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saneamento Básico FUNASA. Avaliação Comparativa dos Impactos à Saúde das Crianças nos Bairros Contemplados com Melhorias Sanitárias Domiciliares. Relatório Final. 2010. Disponível em <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em 20.05.2014. http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/avalCompaSaudeCrianças.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família Uma estratégia para reformulação do modelo assistencial. Brasília. 1997. Disponível em: pt.slideshare.net/carlos.policarpo/manual.esf.psf-ministerio-da-saude.gov.br. Consulta em 25 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Consulta em 14/11/2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB)*. 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/PNSB_2008.pdf.

BRASIL. Plano Nacional de Saneamento Básico. Portaria Interministerial 571 de 06 de dezembro de 2013. Brasília, DF, 2013. Disponível em: www.planalto.gov.br. Consulta em 30 de agosto de 2014.

BRASIL. Sistema Estadual de Informações sobre Saneamento – SEIS. Fundação João Pinheiro. 2012. Disponível em www.fundaçãojoãozinho.gov.br. Consulta em 29 de agosto de 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental em Recurso Extraordinário 271.286-RS. Município de Porto Alegre versus Diná Rosa Vieira. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, acórdão de 12 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.umcpes.com.br/centraldoaluno/arquivos/15_04_2012_152, Acesso em 20 de maio de 2014.

BUSS, Paulo Marchioni; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, nº 1, p. 77-93, 2007.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS - COPASA. 2013. Belo Horizonte. Dados e Indicadores. Disponível em: <http://www.copasa.com.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=23>. Acesso em 11 de março de 2014.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS. *Declaração e Programa de Ação de Viena (1993)*. São Paulo: Procuradoria Geral do Estado de São Paulo – Centro de Estudos, 1997 (Instrumentos Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos).

CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS. *Pacto de San José da Costa Rica (1969)*. São Paulo: Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, 1997 (Instrumentos Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos).

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. Saúde e direito, um diálogo possível. In: AITH, Fernando; SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana (Orgs.) *Direito Sanitário: fundamentos, teoria e efetivação*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010.

GARGARELLA, Roberto. *Derecho y grupos desaventajados*. Barcelona: Gedisa editorial, 1999.

GUIMARÃES, Carvalho e Silva. *Saúde e saneamento em países em desenvolvimento*. Disponível em: <http://www.ufrj.br.institutos/it/deng>. Acesso em: 10/06.2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Normas relativas aos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, Lei estadual 18.309 de 3 de agosto de 2009. Belo Horizonte, MG, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948). São Paulo: Procuradoria Geral do Estado de São Paulo – Centro de Estudos, 1997 (Instrumentos Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos).

PEREIRA, Tânia da Silva. *Direito da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Renova, 1996.

PRIORE, Mary (Org.). *A história da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2012.

ROCHA, Júlio César de Sá da. *Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.