



## O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O PAPEL PROMOCIONAL DO NÚCLEO DE DEFESA DA SAÚDE DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ

### THE RIGHT TO HEALTH OF PERSONS WITH DISABILITIES AND THE PROMOTIONAL ROLE OF THE HEALTHS PROTECTION CENTER OF THE PUBLIC DEFENDER'S OFFICE IN THE STATE OF CEARÁ

<sup>1</sup>Cecilia Barroso De Oliveira  
<sup>2</sup>Carolina Rocha Cipriano Castelo

#### RESUMO

O presente trabalho tem como foco o estudo da atuação do Núcleo de Defesa da Saúde da Defensoria Pública do Estado do Ceará nos anos de 2013 e 2014, notadamente quanto à tutela dos direitos das pessoas com deficiência. Trata-se de um polo de atendimento especializado nas demandas de saúde, cuja atuação vem se destacando na proteção do direito à saúde dos hipossuficientes. A judicialização das políticas públicas como instrumento de efetivação do direito fundamental à saúde é um tema amplamente discutido na academia que ganha cada vez mais importância prática, devido a sua repercussão na realidade e o envolvimento de diversos atores sociais, com diferentes concepções e interesses. Neste artigo, pretendeu-se discorrer sobre o direito à saúde das pessoas com deficiência, abordando os desafios a serem transpostos para sua efetivação e suscitando questionamentos sobre inclusão social. Para a compreensão do objeto de estudo, utilizou-se pesquisa bibliográfica e documental, com uso de referências teóricas, de documentos conservados em arquivos de instituição pública e de dados estatísticos elaborados por institutos especializados. A fim de obter informações detalhadas e relatos de experiência, realizou-se uma entrevista de natureza interativa e não-estruturada, com viés exploratório. Ao final, concluiu-se que a atuação do Núcleo de Defesa da Saúde tem se destacado desde a conscientização dos direitos até a solução dos pedidos por meio de prestações de saúde, seja judicial ou extrajudicialmente. Contudo, faz-se necessário que haja um maior diálogo entre o Poder Público, as instituições e a sociedade, a fim de fortalecer o exercício da cidadania pelas pessoas com deficiência.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Pessoa com deficiência, Núcleo de defesa da saúde, Defensoria pública, Ceará

<sup>1</sup> Mestre em Direito Constitucional pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Ceará (Brasil). Professora dos cursos de graduação e pós-graduação em Direito da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Ceará (Brasil). E-mail: [cecilia@unifor.br](mailto:cecilia@unifor.br)

<sup>2</sup> Mestranda em Direito Constitucional nas Relações Privadas na Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Ceará (Brasil). E-mail: [c.rccastelo@hotmail.com](mailto:c.rccastelo@hotmail.com)





## ABSTRACT

The article aims to analysis the performance of Healths Protection Center of the Public Defender's Office in the State of Ceará in the years 2013 and 2014, notably with regard to the protection of rights of persons with disabilities. This is a specialized service in the demands of health, whose performance has been excelling in the protection of the right to health of the hypossufficient. Judicialization of public policy as an instrument of implementation of the fundamental right to health is a topic widely discussed at the Academy who makes increasingly practical importance, due to its impact on reality and the involvement of various social actors, with different ideas and interests. This article intended to talk regarding the right to health of persons with disabilities, approaching the challenges to be overcome for their effectiveness and evoking questions about social inclusion. For the understanding of the object, the study used bibliographical research and documentary, with use of theoretical references of documents kept in files of public institution and statistical data elaborated by specialized institutes. In order to obtain detailed information and reports from experience, the study used too an interview with interactive and unstructured nature and exploratory bias. In the end, it was concluded that the performance of the Healths Protection Center has excelled in the awareness of the rights and in the solution of the request by means of health benefits, judicial or outside a court. However, it is necessary that there should be greater dialogue between public authorities, institutions and society, to empower the citizenship of persons with disabilities.

**Keywords:** Right to health, Person with disabilities, Health's protection center, Public defender's office, Ceará



## INTRODUÇÃO

No Brasil, atualmente há cerca de 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, seja visual, auditiva, motora, mental ou intelectual, nos mais diversos graus, o que representa 23,9% da população, segundo dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Logo, parcela significativa da população se encontra em vulnerabilidade social e merece especial proteção do Estado, com ações governamentais voltadas às suas necessidades, a fim de obstar que lhes seja dado tratamento formalmente igualitário, perpetuando a desigualdade própria de sua condição e a sujeitando a viver à margem da sociedade.

A problemática em torno do direito à saúde das pessoas com deficiência reside em sua efetivação, uma vez que, quase sempre, existe dissonância entre aquilo que preveem as normas jurídicas e a realidade por que passam aqueles que necessitam da implementação de políticas públicas de saúde. Sabe-se que a saúde constitui um direito prestacional, cuja realização depende de ação estatal por meio da formulação e implementação de políticas públicas. Quando o Estado se omite quanto ao dever de fornecer os serviços de saúde, é possível a atuação do Poder Judiciário, com o desiderato de exercer o controle sobre o cumprimento das normas constitucionais garantistas.

É preciso assegurar o atendimento à saúde com atenção às particularidades individuais das pessoas com deficiência, proporcionando-lhes uma existência digna. Nesse sentido, tem-se a importância do papel assistencial da Defensoria Pública, a quem cabe a defesa dos direitos individuais e coletivos dos hipossuficientes. O Estado do Ceará, acompanhando a taxa dos estados nordestinos (26,63%), apresenta índice superior à média nacional, com percentual de 27,69% de pessoas com deficiência.

Desse modo, verifica-se a relevância de expor e discutir as questões referentes à efetivação dos direitos das pessoas com deficiência, levando-as ao centro das preocupações acadêmicas. A escolha do tema justifica-se pela importância do assunto do ponto de vista político, social e jurídico. Num cenário em que há escassez de recursos, má gestão, ineficiência da rede pública, ampliação dos tratamentos médicos e uma grande população que depende de modo exclusivo da rede pública de saúde, o debate jurídico a respeito da garantia do direito à saúde releva significativa importância prática e traz consigo o ideal de justiça social. Assim, pretende-se analisar o tema da judicialização do direito fundamental à saúde, como forma de efetivar a prestação dos serviços



públicos de saúde voltados às pessoas com deficiência. Por tudo isso, tem-se como objetivo o estudo e a pesquisa sobre o direito à saúde das pessoas com deficiência, a fim de comentar sobre os direitos inclusivos e sobre as políticas públicas destinadas à realização do direito à saúde, bem como examinar o papel promocional do Núcleo de Defesa da Saúde da Defensoria Pública do Estado do Ceará.

Para a compreensão do tema referente ao direito à saúde das pessoas com deficiência, busca-se investigá-lo por meio de pesquisa bibliográfica e documental, com o uso de referências teóricas, de documentos conservados em arquivos de instituição pública e de dados estatísticos elaborados por institutos especializados. Com o desiderato de oferecer um olhar mais aproximado do objeto de estudo, favorecendo a obtenção de informações mais detalhadas, além de relatos de experiências, realizou-se uma entrevista de natureza interativa e não-estruturada com o Supervisor do Núcleo de Defesa da Saúde. Os quesitos foram elaborados com um viés exploratório, buscando-se, através de perguntas abertas, aprofundar os conhecimentos sobre a atuação do Núcleo e, assim, proporcionar uma melhor avaliação dos dados coletados.

Quanto à utilização dos resultados, a pesquisa é pura, por ter como finalidade precípua a ampliação dos conhecimentos sobre a temática. No tocante aos fins, a pesquisa classifica-se como descritiva e exploratória, por ter como propósito explicar e interpretar o problema exposto, além de aprimorar o conhecimento. Delineada como um estudo descritivo-analítico, a pesquisa tem abordagem qualitativa, enfatizando a compreensão e a interpretação do tema.

No primeiro tópico, apresenta-se a questão da judicialização das políticas públicas como instrumento de efetivação do direito fundamental à saúde. No segundo, analisa-se em específico o direito à saúde das pessoas com deficiência, desenvolvendo um breve estudo sobre as políticas públicas destinadas a elas. No terceiro tópico, aborda-se a importância da atuação da Defensoria Pública no acesso das pessoas com deficiência aos bens e serviços de saúde. São esses os pontos centrais a conduzir este trabalho, que tem como finalidade precípua expor a atuação do Núcleo de Defesa da Saúde da Defensoria Pública do Estado do Ceará na promoção da saúde das pessoas com deficiência.



## 1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O direito à saúde é instrumento de promoção da dignidade da pessoa humana em sua acepção mais elementar, por ser pressuposto ao exercício pleno dos direitos fundamentais, ligando-se, em relação de consequência, com o direito à vida. A Constituição Federal, em seu artigo 196, dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Alçado a direito social básico pelo artigo 6º da Constituição Federal, o direito à saúde impõe ao Poder Público a obrigação de fornecer os meios adequados e necessários ao seu exercício, segundo a diretriz da universalidade de cobertura e de atendimento, o que significa que todos os brasileiros, com justa igualdade, podem se utilizar integralmente dos serviços instituídos por políticas públicas de atenção à saúde que reduzam riscos e outros agravos. O sistema público de saúde opera-se através do Sistema Único de Saúde (SUS), definido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelo Poder Público, cujas diretrizes de organização e desenvolvimento obedecem aos princípios da universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência, consoante o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

No tocante à organização e gestão do Sistema Único de Saúde, tem-se como diretiva a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, conforme os artigos 198, inciso I, da Constituição Federal e 7º da Lei Orgânica da Saúde. A direção em nível federal é exercida pelo Ministério da Saúde e em âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios é desempenhada pela respectiva Secretaria de Saúde. Unificou-se o modelo de saúde e simultaneamente se oportunizou a participação estruturada e coordenada dos entes federativos.

A unicidade do sistema de saúde decorre do compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas de governo. Apesar de não haver hierarquia, mas sim repartição de competências, as obrigações relativas à promoção da saúde são mútuas e permanentes, com a fixação de responsabilidade comum e solidária (SERRANO; NUNES JÚNIOR, 2013, p. 264). A intenção é unificar o atendimento de saúde, com colaboração recíproca entre União, Estados e Municípios, associando recursos e fortalecendo o sistema público. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal já sacramentou o posicionamento de que a obrigação de promover a realização



do direito à saúde compete a todos os entes da Federação, em responsabilidade solidária, do que decorre a legitimidade *ad causam* de qualquer um deles (ou todos) para figurar no polo passivo das ações judiciais cuja causa de pedir seja a negativa de prestações de saúde.

Nesses termos, cabe à Administração Pública formular e dirigir as políticas públicas de atendimento à saúde, elegendo as prioridades segundo as necessidades da população. Trata-se de comando decorrente do princípio da seletividade, insculpido no artigo 194, inciso III, da Constituição da República, segundo o qual os bens e serviços serão selecionados a partir do balanceamento entre os benefícios deles resultantes, as necessidades da população e as possibilidades econômico-financeiras, de modo a proporcionar as mais adequadas prestações de saúde. Portanto, em um juízo de conveniência e oportunidade, o administrador buscará escolher a opção que melhor atender aos interesses da coletividade.

Importante se faz discorrer sobre o conceito de saúde e, ainda que brevemente, sobre suas mais recentes e impactantes transformações. Inicialmente, o conceito de saúde carregava um sentido negativo, cujo significado equivalia a ausência de doença. Com o passar do tempo, a compreensão tornou-se mais ampla, trazendo a noção de qualidade de vida e de bem-estar. Assim, o enfoque conceitual de saúde se desliga paulatinamente da percepção de saúde física e mental, impregnada no reducionismo biomédico, para aliar-se à noção de boas condições de vida (SCHWARTZ 2001, p. 43). O conceito de saúde constante na Constituição da Organização Mundial da Saúde se distancia do modelo biomédico e adota uma dimensão biopsicossocial, definindo a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Nesse sentido, a saúde é concebida de modo dinâmico e compreende a prevenção, a cura e, ainda, a promoção da qualidade de vida.

O direito fundamental à saúde e, por conseguinte, o direito ao acesso aos serviços e tratamentos médicos necessários à sua promoção, proteção e recuperação apresentam-se como corolários do direito à vida digna. Isto posto, tem-se que a questão da saúde pública deve permear as discussões jurídicas e políticas, impulsionando o aprimoramento dos mecanismos de efetivação do direito à saúde, condição indispensável a fruição de uma vida digna. Não obstante o reconhecimento de que se trata de uma questão complexa, compreendendo múltiplas relações de interesse entre os setores sociais, é possível destacar a saúde pública como um problema de ordem política, na medida em que o direito à saúde é assegurado a todos pelo ordenamento jurídico,



no entanto o dever estatal de garanti-lo é reiteradamente transgredido, havendo acentuado descaso com as políticas públicas voltadas a sua efetivação.

Ocorre que os direitos sociais têm elevado custo econômico para o Estado e que foge às possibilidades orçamentárias de qualquer país prover todas as demandas relativas a tais direitos, sendo assim, a finitude dos recursos funciona como baliza à efetivação dos direitos. Precisamente, no que toca ao direito à saúde, é inexecutável um sistema público que proporcione a satisfação de todas as prestações de saúde disponíveis em uma cobertura universal. A Constituição não trata da existência de um direito subjetivo incondicionado de acesso universal a todo e qualquer bem e serviço de saúde. Logo, diante da escassez de recursos financeiros, deve-se sujeitar os direitos a uma análise econômica, para a obtenção do melhor aproveitamento dos recursos financeiros, acrescentando um novo ângulo à questão. É nesse contexto que se insere o debate envolvendo o mínimo existencial e a teoria da reserva do possível.

Em seu artigo 5º, §1º, a Constituição Federal estabelece que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”, conferindo-lhes maior proteção para que alcancem suas finalidades. Como se vê, não houve diferenciação “entre os direitos de liberdade e os direitos sociais, encontrando-se todas as categorias de direitos fundamentais sujeitas, em princípio, ao mesmo regime jurídico” (SARLET, 2007, p. 275). Dito de outro modo, significa que os direitos fundamentais, incluídos tanto aqueles que determinam um não-fazer estatal como aqueles que necessitam de sua atuação, possuem aplicabilidade direta e imediata. Corroborando com esse entendimento, Flávia Piovesan (2004, p. 46) aponta a exigibilidade dos direitos sociais, lecionando que:

Em face da indivisibilidade dos direitos humanos, há de ser definitivamente afastada a equivocada noção de que uma classe de direitos (a dos direitos civis e políticos) merece inteiro reconhecimento e respeito, enquanto outra classe de direitos (a dos direitos sociais, econômicos e culturais), ao revés, não merece qualquer observância. Sob a ótica normativa internacional, está definitivamente superada a concepção de que os direitos sociais, econômicos e culturais não são direitos legais. A ideia da não acionabilidade dos direitos é meramente ideológica e não científica. São eles autênticos e verdadeiros direitos fundamentais, acionáveis e exigíveis e demandam séria e responsável observância. Por isso, devem ser reivindicados como direitos e não como caridade, generosidade ou compaixão.

Sob essa perspectiva, a Constituição solidificou o reconhecimento da integração das categorias dos direitos humanos, considerando a relação de interdependência que os permeia, com maior repercussão sobre os direitos sociais. Logo, rechaça-se a noção de que as normas





relativas ao direito fundamental à saúde são meramente programáticas, com eficácia limitada e restritas a definição dos objetivos a serem projetados e realizados em programas de ação estatal, de acordo com as indicações sociais normativas. Assim, o direito à saúde se põe como um direito subjetivo do indivíduo e, portanto, oponível ao Estado, não necessitando da edição de lei infraconstitucional para o tornar concreto, mas sim de providências consubstanciadas na execução de políticas públicas de saúde, o que, entretanto, não torna sua aplicabilidade reduzida.

Ao Poder Público cabe formular e pôr em prática as políticas públicas ensejadoras do direito à saúde. Em virtude de descontentamentos da população quanto à efetivação de seus direitos, o Poder Judiciário diariamente é provocado a se manifestar, proferindo decisões que afetam diretamente a execução das políticas públicas, com reflexos no orçamento fazendário, muitas vezes amparado na alegativa da supremacia do direito à vida e à saúde perante interesses econômicos. Dúvidas, então, têm sido lançadas por estudiosos do tema quanto à legitimidade do controle jurisdicional sobre a atividade político-administrativa, perquirindo se há violação do princípio da separação dos poderes, sobretudo porque envolve a dimensão positiva dos direitos sociais.

A materialização dos direitos sociais, por consistir em uma obrigação positiva, condiciona-se às possibilidades orçamentárias do Estado, definidas anual e previamente em conformidade com as metas e prioridades constantes na lei de diretrizes orçamentárias. Assim, é preciso que haja disponibilidade de recursos financeiros para que seja possível a efetivação do direito, porque os medicamentos, os serviços médicos, a estrutura hospitalar, tudo tem inevitavelmente um custo. Diante da comprovação explícita de insuficiência econômico-financeira, não seria plausível exigir que o Estado dê satisfação ao direito. Trata-se da teoria da reserva do possível, que, impondo a graduação na implementação dos direitos sociais, econômicos e culturais, manifesta-se nos aspectos fático e jurídico. Pelo primeiro, tem-se a caracterização de um limite na capacidade de custeio, enquanto o segundo diz respeito à necessidade de anterior previsão orçamentária.

Ao prolatar decisões concessivas das prestações de saúde pleiteadas, a atuação do Judiciário, certamente, influi no percurso das políticas públicas, porém não tem pretensões de se fazer substituir pelo juízo de conveniência e de oportunidade do administrador público. Os esforços empreendidos visam à garantia da realização dos direitos acolhidos pelo ordenamento jurídico, remediando as distorções e minorando as deficiências constantes nas políticas públicas,





uma vez que a discricionariedade não se conforma de modo descuidado e inconsequente. A separação dos poderes não é um fim em si mesmo, mas uma estruturação política com o objetivo de conter o poder irrefreado.

Analisa-se a reserva do possível sob a ótica do mínimo existencial, admitindo a existência de limites erguidos pela inviabilidade econômico-financeira de se atender a todos os reclamos sociais. Contudo, se não é possível cumprir integralmente a obrigação de promover o bem-estar coletivo, o Estado deve fazê-lo em relação ao mínimo necessário a uma vida digna, estando, certamente, incluído o direito ao acesso a ações e serviços de saúde de qualidade. Intrínseco à dignidade da pessoa humana, o parâmetro do mínimo existencial deve ser objeto de atuação governamental prioritária, no empenho de aproximar a realidade fática dos valores consagrados constitucionalmente. Após alcançado o mínimo existencial, é que surgem as alternativas de investimento financeiro em interesses secundários.

Seguindo esse raciocínio, tem-se que o núcleo elementar do princípio da dignidade humana se consubstancia no mínimo existencial, definido como o conjunto de bens e utilidades básicas imprescindíveis ao alcance do bem-estar e ao exercício da liberdade. Não existe dignidade, tampouco autonomia, quando se está sob condições inferiores às mínimas existenciais (BARROSO, 2010, p. 337). Desse modo, enfatiza-se que o exercício da liberdade depende da garantia de condições existenciais mínimas, sem as quais fica prejudicada a autodeterminação do indivíduo. Nesta linha de entendimento, o mínimo existencial servirá como parâmetro à efetivação do direito fundamental à saúde, como forma de proteção à vida e de promoção da integridade física e mental.

## 2 A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

As pessoas com deficiência constituem um grupo social particularmente vulnerável às práticas discriminatórias e, em comparação às demais pessoas, têm menos acesso às políticas públicas pelas quais se concretizam os direitos inerentes à condição de cidadão. Como alicerce para as mudanças de paradigma, tem-se a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que potencializou a proteção constitucional a partir do reconhecimento da necessidade de inclusão e participação social, com a garantia de liberdade de escolha e de igualdade de oportunidades.



Constitui objetivo fundamental de um Estado Democrático a promoção da igualdade, com o repúdio às práticas discriminatórias. A diversidade não serve à supressão de direitos, assume a conotação de aviso, de um lado, da pluralidade de identidades humanas, de outro, da singularidade de cada uma delas. Assim, o princípio da igualdade, em sua acepção material, conduz ao reconhecimento do direito à diferença, surgindo o dever de tratamento conforme as particularidades de cada sujeito de direito (PIOVESAN, 2013, p. 34-37).

Para fomentar uma igualdade que reconheça as diferenças, em 2006, foi pactuado no âmbito da Organização das Nações Unidas a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, da qual o Brasil foi signatário. A Convenção foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status constitucional, a partir de sua aprovação pelo Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, com a observância do rito especial exigido pelo artigo 5º, §3º, da Constituição Federal.

A Convenção Internacional não acrescentou novidades ao sistema de direitos humanos, porém sua confecção soma importância no esforço de assegurar o pleno gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência (FONSECA, 2013, p. 20-21). Busca-se, primordialmente, minorar a repercussão, na participação social das pessoas com deficiência, dos obstáculos físicos e sociais e da própria limitação causada por sua condição, possibilitando o exercício dos direitos em igualdade de oportunidades.

A Convenção define as pessoas com deficiência como “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”<sup>1</sup>. Vê-se que a atual definição de deficiência não mais se firma em critérios biomédicos, mas passa a centrar-se na dificuldade de participação social, resultado da interação multifacetada entre as pessoas com deficiência e os obstáculos devidos às atitudes e ao meio ambiente. Assim, não se demarca a deficiência a partir de uma análise imediata e individualizada do indivíduo, é preciso examiná-la dentro de um contexto social. Na proporção em que as barreiras estabelecidas pelo meio social forem maiores, mais acentuada será a deficiência, dificultando a fruição dos direitos humanos básicos.

<sup>1</sup> A adoção do termo *pessoas com deficiência* possibilita uma qualificação neutra e procura repelir o uso de expressões que externem preconceitos, ao mesmo tempo em que realça a qualidade de pessoa. O vocábulo *deficiência* tem como sinônimos *falta*, *incapacidade* e *deformidade*. Com a nova terminologia deseja-se assentar a ideia de que a falha não está na pessoa, mas em seu relacionamento com a sociedade. Desatrela-se o aspecto médico, não relacionando a deficiência a uma enfermidade e evitando, com isso, o estabelecimento de um modelo baseado em elementos biológicos e médicos que define a deficiência a partir do exame daquilo que se considera “normal”.



Em verdade, há a introdução de um novo paradigma que conduz a uma percepção social e amplificada da deficiência. Desse modo, o ambiente é fator decisivo na composição das adversidades e dos obstáculos físicos que serão diariamente enfrentados, na medida em que a deficiência se revela na dificuldade de inclusão social. Em resumo, são as barreiras sociais que obstam o pleno exercício dos direitos pelas pessoas com deficiência, apontando o dever de atuação do Estado na implementação de medidas que promovam a inclusão.

Como a realidade se mostra em descompasso com os avanços na aquisição de direitos, a Convenção tem expressiva importância na promoção dos direitos das pessoas com deficiência, inovando o enfoque político ao se afastar das pretensões meramente assistencialistas que constantemente resultam em políticas públicas insuficientes e redutoras da autonomia e da independência individual das pessoas com deficiência. Nesse sentido, conferir efetividade aos direitos assegurados às pessoas com deficiência significa, acima de tudo, inclusão social, com o desfrute por todos das mesmas oportunidades, para que a deficiência não reduza, ou até impeça, as possibilidades de vivenciar sonhos, projetos e experiências sociais. Como bem consignou Claudia Werneck (2003, p. 10):

Praticar a inclusão é adotar uma nova ética, inspirada na certeza de que a humanidade encontra infinitas formas de se manifestar, sobre as quais é impossível atribuir um valor mais ou menos humano. Apropriar-se desta ética da diversidade significa abandonar o equivocado hábito de hierarquizar condições humanas definindo quais delas tem ou não tem direito, dos mais simples aos mais complexos. O velho hábito será substituído por inusitadas reflexões e atos que garantam a cada recém-nascido o direito de nunca ter o seu valor humano questionado, sob qualquer alegação, não importa o que lhe aconteça, de que forma ande, pense, leia, enxergue ou se expresse.

Dá se chegar à conclusão de que o desafio reside na efetivação dos direitos, sobretudo, no que tange à inclusão social. Evidentemente, não se impulsiona o exercício de direitos tão somente através de uma alteração no paradigma normativo, é preciso que o grupo social incorpore as novas diretrizes e se comprometa à promoção de uma sociedade mais justa e equitativa, capaz de acolher o diferente (LEITE, 2013).

No que tange às políticas públicas de atenção à saúde, as diretrizes do Sistema Único de Saúde traçam a orientação universal de que toda a população tem o direito ao acesso às ações e serviços de saúde, com assistência integral desde a prevenção até a sua recuperação, havendo empenho na promoção da igualdade de atendimento, sem discriminações ou privilégios, segundo. Ainda assim, é necessário melhor proteger os grupos sociais mais vulneráveis, como crianças,



idosos e pessoas com deficiência, formulando políticas públicas especificamente destinadas a eles, para então ser possível conferir-lhes plena igualdade. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu artigo 25, firma os critérios a serem obedecidos pelos Estados Partes para a garantia de acessibilidade aos serviços de saúde, o que foi reforçado pela Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Primeiro, parte do reconhecimento às pessoas com deficiência do “direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência”. O direito à saúde não comporta a pretensão de estar sempre saudável, mas determina a existência de programas de atenção à saúde que possibilitem a todos o alcance do mais alto nível de saúde possível.

São repudiadas quaisquer diferenciações ou restrições por motivo de deficiência, em todas as suas formas de expressão, inclusive pela recusa de adaptação razoável, devendo ser disponibilizados às pessoas com deficiência serviços de saúde com a mesma variedade, qualidade e padrão, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (art. 2º c/c art. 25, alínea a). Aí incluem-se também ações de saúde sexual e reprodutiva, numa inserção, alicerçada na diversidade, que favorece a desconstrução de estereótipos que associam os impedimentos físicos, mentais, cognitivos ou sensoriais à incapacidade, como se a deficiência guardasse equivalência com uma vida sexual reprimida. Para além disso, a Convenção, no artigo 26, estabelece a adoção de medidas apropriadas à conquista e conservação da capacidade física, mental e social das pessoas com deficiência, com realce nos programas de habilitação e reabilitação.

Com efeito, a Constituição Federal contempla expressamente, na redação do inciso IV do artigo 203, o direito à habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência, inserido no campo de assistência social, em claro reconhecimento da importância de promover sua completa integração à vida comunitária, como forma de inclusão social e proteção à saúde. Nesse sentido, os Estados Partes comprometeram-se a proporcionar às pessoas com deficiência serviços de saúde específicos a sua condição, abrangendo diagnóstico e intervenção precoces, assim como tratamentos capazes de reduzir ao máximo as limitações existentes e de prevenir complicações adicionais (art. 25, alínea b).

Para honrar os compromissos firmados no âmbito da Convenção Internacional, o Brasil criou, através do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, também denominado Plano Viver sem Limite. Coordenado pela Secretaria



de Direitos Humanos da Presidência da República e executado pela União em colaboração com Estados, Distrito Federal, Municípios e contando com a participação da sociedade, o Plano possui o objetivo principal de “promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência”. Atua, para tanto, em quatro eixos temáticos: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade (art. 1º c/c art. 4º incisos I a IV). Assim, as ações são planejadas de modo a guardarem correlação e dependência entre si, formando uma teia de serviços que, pensada para as necessidades das pessoas com deficiência, converge na garantia de efetividade de seus direitos.

A finalidade do Plano Nacional é impulsionar a participação da pessoa com deficiência na sociedade, favorecendo sua independência na medida em que paulatinamente suprime as barreiras, em um processo contínuo instituído a partir da implementação de políticas públicas sólidas e estruturadas. A inclusão socioeconômica e cultural das pessoas com deficiência traz consigo ganhos para toda a população, porque contribui para a conquista de uma sociedade mais plural, justa e solidária<sup>2</sup>. Com a consagração do direito fundamental à saúde pela Constituição Federal de 1998, houve a edição de diversos outros instrumentos legais e regulamentadores do direito à saúde das pessoas com deficiência, amparando-se no compromisso firmado pelo Estado brasileiro em proteger-lhes a dignidade e promover a igualdade social<sup>3</sup>. As pessoas com deficiência participaram ativamente dos avanços sociais conquistados nacional e internacionalmente em relação tanto à implantação de políticas públicas inclusivas como propriamente aos seus direitos e garantias fundamentais. As reivindicações sociopolíticas das pessoas com deficiência, consistentes primordialmente na equiparação de oportunidades, foram acrescentadas à pauta política, compelindo o Poder Público a formular políticas públicas capazes de assegurar-lhes o acesso aos bens e serviços necessários ao pleno exercício de seus direitos, como membros iguais da sociedade (BRASIL, 2012, p. 21).

<sup>2</sup> Interessante a menção à Portaria nº 199 do Ministério da Saúde, de 30 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabeleceu incentivos financeiros de custeio. São assim consideradas por acometerem até 65 pessoas em cada grupo de 100 mil (art. 3º) e, a despeito de serem incomuns e atingirem pequena parcela da população brasileira, devem receber atenção especializada com a dispensação de tratamento adequado, porque as escolhas administrativas que recaem sobre os bens e serviços de saúde não podem desconsiderar e desprezar as necessidades de saúde e bem-estar dessas pessoas.

<sup>3</sup> Destaca-se a Lei nº 7.853/89, sobre o apoio às pessoas com deficiência e a tutela jurisdicional de seus interesses difusos e coletivos; a Lei nº 8.080/90, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade; a Lei nº 10.048/00, instituindo prioridades de atendimento; a Lei nº 10.098/00, estabelecendo critérios para a promoção da acessibilidade; Lei nº 12.715/12, instituindo o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência com o propósito de captar e canalizar recursos às ações de prevenção e reabilitação, mediante incentivo fiscal; o Decreto nº 3.298/99, sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; e o Decreto nº 3.956/01, promulgando a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, bem como as Portarias nº 1060/02, aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, criada com o objetivo de proporcionar a reabilitação e a proteção da saúde e de prevenir os agravos que determinam a deficiência; e nº 793/2012, instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, organizada em três núcleos: atenção básica, atenção especializada em reabilitação e atenção hospitalar e de urgência e emergência.



Como se observou, no Brasil, os direitos fundamentais das pessoas com deficiência foram objetos de normatização, inclusive a nível constitucional, sendo contemplados na elaboração e execução de políticas públicas especificamente a elas destinadas. Contudo, os avanços têm ocorrido mais rapidamente em termos legislativos do que reais. O caráter assistencialista ainda permeia a condução do tema, embora seja possível confirmar os esforços para aplacar as dificuldades de participação social e imprimir autonomia e independência às pessoas com deficiência. Nesse sentido, faz-se oportuno analisar os dados coletados no censo demográfico de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A importância de se mapear a incidência e a forma de manifestação das deficiências está em favorecer e otimizar a formulação de políticas públicas eficazes que contemplem a promoção dos direitos da pessoa com deficiência<sup>4</sup>.

Apurou-se, em 2010, que 45.606.048 brasileiros possuem pelo menos uma das deficiências examinadas, perfazendo 23,9% da população residente no País. A deficiência visual é a mais frequente delas, com 18,6%. Em menores proporções, está a deficiência motora, com 7%, seguida da deficiência auditiva, com 5,1%. A deficiência mental ou intelectual tem menor incidência, afetando 1,4%<sup>5</sup> da população brasileira. O principal desafio se concentra na atenção às pessoas com deficiência severa, intensidade que se manifesta em 8,3% da população total. Os dados coletados refletem a percepção dos próprios entrevistados sobre suas potencialidades, pois, no questionário, as perguntas foram formuladas de modo pessoal, na intenção de definir a dimensão de suas dificuldades (BRASIL, 2012, p. 5-7).

A deficiência torna-se mais recorrente com o envelhecimento da população, indicando a perda progressiva de funcionalidades. O percentual de idosos (faixa etária a partir dos 65 anos) com pelo menos uma das deficiências investigadas atinge a marca de 67,73%. É de notar que os idosos constituem um segmento social duplamente vulnerável e, por isso, têm preferência na formulação de políticas públicas específicas que beneficiem os cuidados com sua saúde, objetivando reduzir os agravos e os danos associados à idade avançada.

---

<sup>4</sup> Com a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, tornou-se obrigatória a inclusão de questões concernentes às pessoas com deficiência nos censos demográficos realizados no País (art. 17). Mais recentemente, o dever de coletar e catalogar dados estatísticos encontrou previsão na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 31.

<sup>5</sup> O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considerou deficiência mental como retardo no desenvolvimento intelectual, caracterizado pela dificuldade permanente da pessoa em se comunicar, em tomar conta de si, em realizar atividades domésticas e laborais, em aprender, dentre outras. Distúrbios como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose foram desconsiderados na coleta de dados (BRASIL, 2012, p. 29).





A deficiência resulta do impacto do meio social sobre as restrições físicas, sensitivas ou intelectuais. Antes de analisar a distribuição das pessoas com deficiência nas regiões e Estados brasileiros, é preciso sedimentar que as condições de vida, sobretudo no que concerne à acessibilidade e à inclusão social, repercutem na percepção das pessoas sobre suas funcionalidades. Assim, alerta-se para o fato de que uma maior ou menor incidência em determinada área reproduz, em parte, a qualidade de vida da população (BRASIL, 2012, p. 11). Ademais, há uma forte correlação entre deficiência e pobreza, com encadeamentos recíprocos. Significa que a pobreza produz deficiência pela falta de cuidados médicos, pela fome e pela exposição a riscos, enfim, pela ausência do indispensável. A deficiência, por sua vez, pode resultar em pobreza, na proporção em que a desigualdade e a exclusão social e econômica se manifestam.

Feitas essas colocações, aponta-se que, entre as regiões brasileiras, o Nordeste tem maior percentual de pessoas com pelo menos uma das deficiências, exatamente 26,3% de sua população. As regiões Sul e Centro-Oeste estão no outro extremo, com as menores incidências, respectivamente 22,50% e 22,51%. O Estado do Ceará, acompanhando a taxa dos estados nordestinos, apresenta índice superior à média nacional, com percentual de 27,69% de pessoas com deficiência. Nos Estados, as maiores taxas são do Rio Grande do Norte e Paraíba, com 27,86% e 27,76% (BRASIL, 2012, p. 12).

No País, as desigualdades entre as regiões reproduzem disparidades entre seus indicadores sociais. No que toca às pessoas com deficiência, não é de outro modo. A concretização de seus direitos também se dá de forma heterogênea, apresentando desconformidades e reforçando a conexão da deficiência com as condições de vida e o meio ambiente (BRASIL, 2012, p. 25).

### **3 O PAPEL PROMOCIONAL DO NÚCLEO DE DEFESA DA SAÚDE DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ**

Ainda que considerados os relevantes progressos alcançados nas últimas décadas, como as ações afirmativas de inclusão no mercado de trabalho e de reserva de percentual dos cargos e empregos públicos, as pessoas com deficiência estão em significativa desvantagem social, com menos acesso e menor fruição dos direitos humanos mais básicos, como autonomia, saúde e educação. Cuida-se de um grupo social vulnerável, porque mais atingido por uma associação de fatores que determinam a desigualdade, como a pobreza e a discriminação.





A implementação dos direitos das pessoas com deficiência dá-se, principalmente, mediante a execução de planos governamentais específicos formulados para elevar-lhes a autonomia e a acessibilidade. Nesse sentido, no campo judicial, a Defensoria Pública se coloca como instituição que contribui para a concretização dos direitos e para o resgate da cidadania quando o Estado falha no desempenho de seu papel.

O fenômeno da judicialização da saúde teve início a partir de demandas por medicamentos antirretrovirais, que, não obstante os avanços médicos, eram incorporados muito lentamente na lista do Sistema Único de Saúde. Com o propósito de conter a progressão do vírus HIV, os pacientes com AIDS pleiteavam judicialmente o fornecimento gratuito dos medicamentos necessários a continuidade do tratamento, tornando comuns as concessões de medidas antecipatórias da tutela jurisdicional (JUDICIALIZAÇÃO..., 2014, *online*).

Como resposta ao crescimento das demandas por novos medicamentos e à expressiva quantidade de ganhos judiciais, com a formação de uma sólida jurisprudência, editou-se a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, dispondo sobre a distribuição gratuita aos portadores de HIV de toda medicação necessária ao seu tratamento. Nela, foi estabelecido que o Ministério da Saúde padronizasse as terapias de acordo com o estágio evolutivo da doença, de modo a conduzir a aquisição dos remédios pelos gestores públicos, e, periodicamente, procedesse a reformulações com o intuito de adequar o tratamento oferecido aos conhecimentos científicos atuais e aos novos medicamentos disponíveis no mercado.

É importante observar que a tramitação do dispositivo legal se deu em caráter de urgência, contando com uma aprovação célere e uníssona pelo Congresso Nacional em apenas 90 (noventa) dias, resultado da composição de uma aliança entre o Executivo, o Legislativo e os movimentos sociais organizados em torno da síndrome, propiciando uma resposta governamental às pressões nacionais e internacionais (BAPTISTA, 2003, p. 85-86). O arranjo político e social foi determinante para a adoção de uma política pública mais comprometida com a integralidade da assistência médica aos portadores do vírus HIV, o que se concebeu numa conjuntura em que a AIDS estava em evidência, em virtude de ampla divulgação midiática, do engajamento dos profissionais de saúde e do envolvimento de diferentes segmentos sociais, notadamente através da participação de organizações não-governamentais.



Destaca-se, assim, que o cenário de visibilidade pública da síndrome favoreceu a formação de uma opinião pública simpatizante com a edição da lei, pois movida pelo sentimento comum de medo e aflição com a infectividade. Para tanto, a mídia contribuiu significativamente por ter exibido casos e histórias de doentes de AIDS, bem como realizado coberturas jornalísticas sobre o falecimento de artistas e de pessoas famosas, numa época em que ser soropositivo soava como um anúncio de morte. Aos poucos, evidenciava-se que a epidemia não se restringia a grupos marginalizados, como homossexuais e prostitutas, mas afetava vários segmentos da sociedade, o que intensificou a comoção pública (AZEVEDO, 2010, p. 26-27). Tatiana Wargas de Faria Baptista (2003, p. 218) bem assinala que:

A política da AIDS tem um forte apelo social (atinge a todas as classes e grupos sociais), conta com um movimento social de base articulado nacional (tendo no Conselho Nacional de Saúde um ator de grande expressão) e internacionalmente, encontrando na situação brasileira um Executivo disposto a garantir o direito integral à saúde para esse grupo. Não que esse mesmo Executivo não esteja disposto a garantir para os demais, no entanto, as prioridades parecem ter se definido pela capacidade de barganha e pressão dos grupos associado a mecanismos de captação dos recursos, que no caso se implementaram via convênio com o Banco Mundial.

A política de enfrentamento da doença baseou-se na atenção universal, igualitária e integral à saúde, em consonância com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, mas que se mostrou ousada diante dos desafios políticos, orçamentários e gerenciais. Os novos tratamentos medicamentosos permitiram maior sobrevida e melhores condições de saúde aos pacientes, revelando-se uma estratégia eficiente para o combate à progressão da doença, reduzindo de modo significativo os custos financeiros em contraposição ao atendimento hospitalar convencional. Ao passo em que eram dispendidos vultosos valores para a compra dos medicamentos, diminuía-se sensivelmente a ocupação dos leitos e a necessidade por assistência médica hospitalar (BAPTISTA, 2003, p. 197). Nesse sentido, vê-se que o êxito na concretização dos direitos sociais está intimamente relacionado com a participação e mobilização da sociedade civil, que, ao convergir para uma finalidade comum, ganha força e capacidade de impulsionar transformações sociais. A sucinta exposição acerca da lei de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais serve à compreensão sobre o processo decisório que deságua no estabelecimento de preferências e prioridades políticas. Diante da insuficiência dos meios necessários à efetivação dos direitos, os movimentos sociais afiguram-se como instrumentos capazes de influenciar e induzir a formulação de políticas específicas.



Na apreciação judicial das questões de saúde, evidencia-se o escopo de assegurar o mínimo existencial no que concerne a garantia do direito à saúde quando as políticas públicas e outras ações governamentais não forem suficientes para efetivar a dignidade da pessoa humana. Nesse contexto, exsurge a importância do fortalecimento da Defensoria Pública enquanto instituição que dá voz às demandas sociais, especialmente em defesa dos direitos e interesses dos mais pobres, que, costumeiramente, recorrem ao Judiciário por não disporem de outra alternativa para proteção de sua saúde e dignidade. É que há uma forte correlação entre a carência de recursos financeiros e a inefetividade dos direitos mais essenciais.

Desvelando um olhar sobre as desigualdades socioeconômicas brasileiras, a atuação institucional da Defensoria Pública, dedicada ao atendimento da parcela mais vulnerável da população, norteia-se pela necessidade de assegurar a concreta aplicação da ampla legislação garantista, servindo à promoção dos direitos humanos. As atividades desempenhadas pela Defensoria Pública na persecução dos direitos do hipossuficiente têm um importante reflexo na garantia do direito à cidadania, pois assegura a eles mecanismos para concretização de seus direitos. Na qualidade de instituição integrante do sistema judiciário, a Defensoria Pública consiste em instrumento que viabiliza o acesso à justiça<sup>6</sup>, mediante prestação de assistência jurídica integral e gratuita, nos termos do artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal<sup>7</sup>.

O acesso à justiça não compreende apenas a noção de ingresso igualitário no sistema jurídico, no qual as pessoas obtêm soluções às suas pretensões, mas também o acesso à proteção jurídica e a um resultado justo. Em verdade, a justiça deve se fazer chegar ao cidadão, em uma acepção de acesso à justiça que não se reduz à acessibilidade do cidadão à Justiça, mas se aproxima da equidade social (MELO, 2013, p. 287). Nesse duplo viés se insere a Defensoria Pública que, para além da assistência judiciária, tem como atribuição promover e defender os direitos humanos. O acesso à justiça por ela oportunizado acaba por favorecer a inclusão social e integração do assistido ao espaço público.

<sup>6</sup> O acesso à justiça constitui-se em garantia fundamental, cujos pilares são a inafastabilidade da jurisdição diante de lesão ou ameaça a direito, a punição de qualquer discriminação atentatória aos direitos e liberdades fundamentais e a prerrogativa do exercício do contraditório e da ampla defesa, com respaldo no artigo 5º, incisos XXXV, XLI e LV, da Constituição Federal.

<sup>7</sup> Com a Emenda Constitucional nº 80, de 04 de junho de 2014, modificou-se a redação do artigo 134, dedicado à regulamentação da Defensoria Pública, porém sem, nesse ponto, implicar inovações jurídicas, passando a dispor que “a Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal”.



A promoção do bem de todos, sem preconceitos ou discriminações, revela a necessidade de proteger os direitos de todas as pessoas, com e sem deficiência, o que se faz indissociável do acesso aos meios e recursos pelos quais elas podem exigí-los. Ocorre que, no tocante às pessoas com deficiência<sup>8</sup>, os entraves e dificuldades de acesso à justiça são ainda mais significativos em comparação às demais pessoas, seja pelas inadequações estruturais ou ausência de suportes técnicos que promovam a acessibilidade ao meio físico, seja propriamente pela insuficiência de adaptações processuais capazes de possibilitar a plenitude de sua participação, direta ou indireta, em todos os procedimentos jurídicos, incluindo os atos processuais e também aqueles que os antecedem, mediante o exercício do direito de ação, do contraditório e da ampla defesa.

Busca-se um modelo em que as instalações e os serviços judiciários possuam desenho universal, assim considerado quando sua utilização se destina, na maior medida possível, a todas as pessoas, eliminando a necessidade de realizar adaptações, embora não se exclua a possibilidade de ajudas técnicas com assistência e apoio adicional a grupos específicos de pessoas com deficiência, em consonância com o artigo 2º da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Refletindo sobre os aspectos processuais, Luiz Gustavo Simões Valença de Melo (2013, p. 296), ao comentar sobre o artigo 151 do Código de Processo Civil, afirma que o direito processual brasileiro “cuida de normatizar a questão relativa a como alguém com deficiência pode colaborar com o ente estatal na produção de prova que interesse ao processo, sem haver qualquer menção aos meios com os quais o Estado proverá àquele suas faculdades e direitos processuais”. Contudo, cada vez mais são envidados esforços para garantir às pessoas com deficiência amplo e efetivo acesso à justiça<sup>9</sup>. Como relevante exemplo disso, tem-se a norma contida no artigo 80 do Estatuto da Pessoa com Deficiência que dispõe sobre o dever de oferecer os “recursos de tecnologia assistiva disponíveis para que a pessoa com deficiência tenha garantido o acesso à justiça, sempre que figure em um dos polos da ação ou atue como testemunha, participe, advogado, defensor público, magistrado ou membro do Ministério Público”.

---

<sup>8</sup> Vale mencionar que uma das funções institucionais da Defensoria Pública é a “defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa *portadora de necessidades especiais*, da mulher vítima de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado”, consoante a dicção do artigo 4º, inciso XI, da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que dispõe sobre as normas gerais da Defensoria Pública.



Há o reconhecimento de que a atuação do Poder Público tem o condão de impulsionar o exercício dos direitos e de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva, do que decorre o dever do Estado de estimular e implementar medidas que proporcionem completa acessibilidade às pessoas com deficiência, mediante a criação de um espaço público projetado para todos e atento à multiplicidade de características humanas.

Em sendo assim, o direito de acesso à justiça das pessoas com deficiência firma-se como dever estatal e, conseqüentemente, redonda na obrigação atribuída à Defensoria Pública de promover seus direitos. Nesse sentido, importa mencionar o conceito de acessibilidade adotado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, delineado como “direito que garante à pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social (art. 53, *caput*). Sabe-se que no País cresce vertiginosamente a quantidade de ações judiciais cujas pretensões envolvem o direito à saúde. A população, cada vez mais ciente de seus direitos, busca o Judiciário para assegurá-los, já que nem sempre esses direitos são garantidos pelo Poder Executivo. Tais demandas são predominantemente individuais e têm como objetivo a obtenção das mais diversas prestações de saúde, como medicamentos, procedimentos cirúrgicos, fraldas, alimentação enteral e internações em leito de unidade de terapia intensiva. Diante da ineficiência das políticas públicas, o Judiciário passa a desempenhar um importante papel na concretização dos direitos sociais. Assim, “as demandas judiciais, quando da obstaculização por parte das políticas deficitárias, passam a ser, aparentemente, um dos caminhos mais eficientes à concretização do direito à saúde” (CARVALHO; CARVALHO, 2008, p. 236).

Certamente, reconhece-se o imenso desafio que é proporcionar a todos o acesso com qualidade às ações e prestações de saúde. Apesar de o Sistema Único de Saúde constituir-se em uma rede ampla e expressiva de serviços de saúde, suas falhas, deficiências e carências são evidenciadas diariamente nos postos de saúde e nos hospitais, repercutindo mais gravemente nas pessoas mais vulneráveis, seja pela ausência de recursos financeiros, seja pela desassistência estatal, ou ainda por sua própria condição pessoal.

---

<sup>9</sup> A propósito, a Convenção traz dispositivo contemplando o acesso à justiça das pessoas com deficiência, estabelecendo no artigo 13 que “1. Os Estados Partes assegurarão o efetivo acesso das pessoas com deficiência à justiça, em igualdade de condições com as demais pessoas, inclusive mediante a provisão de adaptações processuais adequadas à idade, a fim de facilitar o efetivo papel das pessoas com deficiência como participantes diretos ou indiretos, inclusive como testemunhas, em todos os procedimentos jurídicos, tais como investigações e outras etapas preliminares. 2. A fim de assegurar às pessoas com deficiência o efetivo acesso à justiça, os Estados Partes promoverão a capacitação apropriada daqueles que trabalham na área de administração da justiça, inclusive a polícia e os funcionários do sistema penitenciário”.



Observa-se que tais falhas provocam a multiplicação das demandas judiciais, juntamente com fatores como o alto custos dos bens e serviços de saúde e o grande percentual de pessoas que dependem exclusivamente do sistema público, o que assinala a necessidade de especialização para melhor atender às demandas de saúde. A partir desse cenário, a Defensoria Pública do Estado do Ceará criou, em fevereiro de 2013, mais um polo de atuação especializada em Fortaleza, o Núcleo de Defesa da Saúde, cuja atuação vem se destacando na proteção do direito à saúde dos hipossuficientes.

Inicialmente, cumpre mencionar que o Núcleo atende as questões que envolvem tanto a saúde pública como privada, especialmente quando a demanda consiste em reverter a negativa do plano de saúde em autorizar tratamento prescrito pelo médico, estando excluídas de sua abrangência as discussões meramente contratuais, que ficam a cargo do Núcleo do Consumidor. Conforme a Tabela I, verifica-se que, no período compreendido entre os meses de fevereiro a dezembro de 2013, o Núcleo, apesar de pouco conhecido pela população, foi responsável por 1.239 atendimentos e propôs 564 ações judiciais.

<b>Tabela I: Em 2013, de fevereiro a dezembro<sup>10</sup></b>
<b>1.239 atendimentos realizados</b>
<b>564 ações ajuizadas</b>

No decorrer do ano de 2014, o Núcleo foi divulgado na mídia local e beneficiou-se da propaganda “boca a boca”, tornando-se mais conhecido e lembrado pela população. Assim, considerados os meses de janeiro a novembro, o Núcleo teve atuação expressiva comparada ao ano anterior, duplicando o número de atendimentos e triplicando as ações ajuizadas, como se vê na Tabela II.

<b>Tabela II: Em 2014, de janeiro a novembro</b>
<b>2.324 atendimentos realizados</b>
<b>1.580 ações ajuizadas</b>

Com o desiderato de oferecer um olhar mais aproximado do objeto de estudo, possibilitando a elucidação de dúvidas e favorecendo a obtenção de informações mais detalhadas,



além de relatos de experiências, realizou-se uma entrevista de natureza interativa e não- estruturada com o Supervisor do Núcleo de Defesa da Saúde e Defensor Público Dani Esdras Cavalcante Feitosa, cujos resultados serão trabalhados de forma fragmentada no decorrer deste trabalho. Os quesitos foram elaborados com um viés exploratório, buscando-se, através de perguntas abertas, aprofundar os conhecimentos sobre a atuação do Núcleo e, assim, proporcionar uma melhor avaliação dos dados coletados (BASTOS, 2007, p. 49-50).

Dando início à entrevista, perguntou-se sobre como se deu o surgimento do Núcleo de Defesa da Saúde, a fim de traçar as motivações que determinaram sua criação.

**1) Como surgiu o Núcleo de Defesa da Saúde?** Inicialmente, a idealização do Núcleo de Saúde partiu da Defensora Pública Geral, que fez uma visita à Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul e ficou encantada com o funcionamento do núcleo especializado em saúde. Observou que lá as demandas eram tratadas como urgentes e prioritárias, com defensores com amplo conhecimento das questões de saúde. Então iniciou um projeto para adotar o modelo, criando um núcleo especializado nos mesmos moldes. Antigamente, as demandas de saúde eram atendidas pelos defensores da chamada “petição inicial”, e a Dra. Andrea entendeu que deveria ser criado um núcleo com atribuição exclusiva, devido à importância social e ao crescimento das demandas envolvendo saúde. Posteriormente, já com o Núcleo implantado, fui ao Rio Grande do Sul acompanhado do Supervisor do Núcleo de Ações Coletivas e Direitos Humanos para uma visita técnica, para trocarmos conhecimentos e experiências, principalmente em relação à resolução de conflitos por meio extrajudicial.

Em seguida, buscou-se apreender a importância e o impacto social da criação do Núcleo especializado em saúde para o atendimento da população hipossuficiente em Fortaleza.

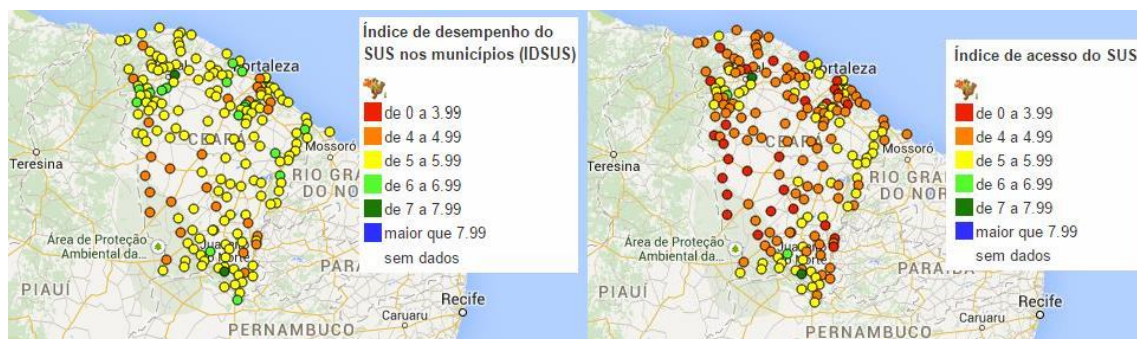
**2) Qual a importância do Núcleo de Defesa da Saúde?** O Núcleo foi criado em fevereiro de 2013 e desde então vem ganhando cada vez mais importância no atendimento da população hipossuficiente. Apenas no primeiro semestre deste ano foram propostas 1.961 ações judiciais, superando os números do ano passado, quando foram realizadas 1.929 atividades. O trabalho de assistência jurídica judicial e extrajudicial nos casos de saúde já era prestado de modo disperso pela Defensoria antes da criação do Núcleo, mas agora há centralização das demandas, permitindo um atendimento mais especializado. Com um núcleo dedicado à saúde, é possível nos tornarmos profissionais mais capacitados para lidar com o tema, com maior *know-how*, além de darmos maior celeridade ao atendimento da população. Assim, quanto mais especializado o núcleo e seus profissionais, as ações serão mais bem propostas, com uma visão mais aprofundada do regramento do Sistema Único de Saúde e dos aspectos que circundam a justiciabilidade da saúde.

---

<sup>10</sup> Tabelas I e II foram elaboradas pela autora a partir de dados operacionalizados no painel gerencial do portal da Defensoria Pública (ressalva-se que os números abrangem a atuação dos dois defensores alocados no Núcleo de Defesa da Saúde, sem considerar atendimentos excepcionais por outros defensores).



No Estado do Ceará, os índices de acesso ao Sistema Único de Saúde e de desempenho e eficiência são baixos, com apenas poucos municípios apresentando índices bons ou ótimos, consoante os gráficos representativos elaborados com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e compilados pela ferramenta IDSUS. A importância dessa constatação reside em evidenciar a precariedade das políticas públicas de saúde e a dificuldade de acesso aos bens e serviços de saúde, imprescindíveis a uma existência com dignidade.



Buscou-se também conhecer quais as demandas de saúde mais comuns das pessoas com deficiência, a fim de identificar as suas reais necessidades e, assim, aferir quais as políticas públicas a elas destinadas são efetivamente acessíveis.

**3) Quais são as demandas de saúde mais comuns das pessoas com deficiência?** As demandas mais recorrentes das pessoas com deficiência são pedidos de alimentação enteral, fraldas, cadeira de rodas, cadeira higiênica, materiais para limpeza do paciente e administração da alimentação. Há ainda uma quantidade considerável de pedidos de órteses e de próteses, mais comumente físicas. Em face de planos de saúde, são também frequentes os pedidos de fisioterapia.

A pessoa com deficiência deve obter gratuitamente as órteses e próteses necessárias ao seu processo de reabilitação, através de programas governamentais, pois integram o tratamento de saúde, elevando as possibilidades de autonomia. Segundo dados estimados do IBGE, em 2014, a população do Estado do Ceará alcança a soma de 8.842.791 pessoas, com um percentual de 27,69% delas apresentando pelo menos uma deficiência, seja física, mental, auditiva ou visual. Em consonância com as proporções manifestadas em nível nacional, no Ceará a deficiência visual é a mais recorrente, seguida da deficiência motora e depois da auditiva, sendo a deficiência mental a menos frequente.



Como exemplo de atuação do Núcleo de Defesa da Saúde em promoção dos direitos das pessoas com deficiência, tem-se a sua participação no *Grupo de Trabalho sobre as Pessoas com Transtornos Mentais e o Sistema Carcerário*, instituído através da Portaria nº 1.112/2013 e composto por defensores públicos das áreas de saúde, direitos humanos, penal e execução penal, que reuniram esforços para apurar as denúncias sobre a permanência de pessoas com deficiência mental no sistema penitenciário, em virtude da inexistência de estabelecimentos apropriados ou de vagas em residências terapêuticas. Faz-se oportuno trazer à colação trecho do relatório de conclusão dos trabalhos, em que o Defensor Público Dani Esdras Cavalcante Feitosa, do Núcleo de Defesa da Saúde, cita o espantoso caso de Juvenal Raimundo da Silva.

A primeira denúncia ganhou repercussão nacional pelo fato de o Estado do Ceará ter mantido sob custódia uma pessoa pelo mais longo período de cárcere em todo nosso sistema penitenciário nacional [...]. Narra o Relatório Jurídico constante no prontuário de Juvenal Raimundo da Silva [...] que este foi recolhido no Instituto Psiquiátrico Stênio Gomes, em Itaitinga, no ano de 1968 pelo cometimento de homicídio qualificado [embora nunca tenha ido a julgamento]. Em novembro de 1989, foi declarada extinta a sua punibilidade [devido à prescrição] e expedido o seu Alvará de Soltura. Por diversas vezes, o Hospital de Custódia em conjunto com a Defensoria Pública tentou infrutiferamente localizar seus familiares para que o recebessem, sem êxito. [...] Em dezembro de 2002, a direção do instituto solicitou ao juiz da vara de execuções criminais providências para a transferência de Juvenal para uma instituição de abrigo para pessoas idosas, expediente que foi reiterado pela Defensora Pública em 2010, todos sem sucesso. Até que bons ventos do CNJ<sup>11</sup> fizeram com que, em agosto do ano passado, Juvenal, cadeirante e contando com aproximadamente 80 anos, fosse encaminhado a uma das três Residências Terapêuticas de Fortaleza.

Assim, o grupo de trabalho firmou-se com o principal desiderato de “inspecionar os locais onde são cumpridas as medidas de segurança e internações provisórias; solicitar junto aos órgãos responsáveis vagas em residências e comunidades terapêuticas, nos casos em que tais providência se tornem necessárias; e, por fim, propor ações judiciais”. Após a finalização dos trabalhos, editou-se a Recomendação nº 01/2014 ao Governo do Estado do Ceará para que seja criado um hospital de custódia ou uma unidade psiquiátrica destinada ao público feminino, diante da constatação de que não há local específico para o tratamento psiquiátrico de mulheres, que hoje ficam recolhidas no sistema penitenciário comum. Ao Município de Fortaleza foi expedida a Recomendação nº 02/2014, propondo a ampliação do número de residências terapêuticas, que



servem como alternativa de moradia também aos egressos do sistema penitenciário com deficiência mental e sem suporte adequado na comunidade.

Convém destacar, também, que, procurando produzir uma relevante repercussão coletiva, o Núcleo de Defesa da Saúde propôs, em julho de 2014, ação civil pública, com pedido de antecipação dos efeitos da tutela, a fim de compelir o Estado do Ceará a fornecer aparelhos de amplificação sonora individual aos – até então - 939 (novecentos e trinta e nove) inscritos pelo

Centro Auditivo do Hospital Geral de Fortaleza em fila de espera do Sistema Único de Saúde<sup>12</sup>. Constatou-se uma notória discrepância entre a quantidade mensal de próteses auditivas concedidas pelo Poder Público – 35 (trinta e cinco) aparelhos e 04 (quatro) implantes cocleares - e a demanda atual, o que resulta em desamparo àqueles que necessitam do aparelho auditivo para superar as barreiras da comunicação e promover inclusão social. Além disso, as inscrições no programa de prótese auditiva são limitadas à 22 (vinte e duas) ao mês, o que demonstra que a quantidade de pessoas à espera na fila poderia ser ainda mais expressiva. No que toca ao atendimento prioritário, o fornecimento de próteses auditivas dá-se primeiramente aos idosos, às crianças e aos adolescentes, de acordo com a primazia que lhes confere a legislação. Ainda assim, considerou-se necessário que a ordem de atendimento fosse aperfeiçoada, para que o critério cronológico seja conjugado com o nível de deficiência auditiva, de modo que os pacientes com deficiência mais grave tenham preferência no fornecimento do aparelho auditivo, facilitando o acesso àqueles que mais necessitam.

---

<sup>11</sup> “O IPGSG [Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes] tem a custódia de portadores de transtornos mentais acusados de cometer crimes, o que não é o caso de Juvenal, que já teve sua pena extinta pela Justiça. "O relatório final do mutirão carcerário trará a recomendação de transferência deste senhor, e também de outros cinco pacientes que tiveram sua punibilidade extinta, para um hospital ou outra unidade fora do sistema prisional. O caso deles é exclusivamente de saúde, não mais de Direito Penal", afirmou o representante do CNJ, observando que, como essas pessoas não contam com o apoio de familiares, o governo estadual já deveria ter providenciado uma unidade adequada para abrigá-los”. (CNJ..., 2014, *online*).

<sup>12</sup> A narrativa que se desenvolve sobre a ação civil pública foi extraída da petição inicial elaborada pela autora, na condição de estagiária do Núcleo de Defesa da Saúde.



As pessoas com deficiência auditiva são vulneráveis e comumente têm menos acesso à cidadania. A saúde do deficiente é mais fragilizada; o seu rendimento escolar é inferior; sua participação social tem menor expressão; muitas vezes, sofre isolamento social, pela dificuldade de se comunicar; é economicamente menos ativo, com dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Facilmente se constata que a ausência ou a precariedade na audição repercute de forma significativa na qualidade de vida. Dessa forma, buscou-se reconhecer a importância de conferir aos deficientes auditivos independência e autonomia na condução de suas vidas, com liberdade para eleger suas preferências e para efetuar suas próprias escolhas.

A ação civil pública amparou-se na certeza de que o fornecimento de aparelhos auditivos tem a capacidade de transformar as vidas das pessoas com deficiência. O fato de a problemática versar sobre a saúde já releva sua importância, mas, igualmente, trata-se de promover a dignidade de cada um dos 939 inscritos à espera da prótese auditiva. Assim, pugnou-se pelo fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual a todos aqueles inseridos em lista de espera do Sistema Único de Saúde em programa gerenciado pelo Hospital Geral de Fortaleza, sanando todas as irregularidades apontadas no prazo de 12 (doze) meses.

A iniciativa de ajuizar uma ação civil pública, no entanto, não se repetiu, sendo esta a única proposta pelo Núcleo. Diante disso, perguntou-se sobre a razão da preferência pela propositura de demandas individuais.

**5) Desde a criação do núcleo especializado, em 2013, foi proposta apenas uma ação civil pública. A opção por ações individuais se dá por quais motivos?** A Ação Civil Pública é a última alternativa de escolha, porque precisa ser muito bem instruída e afeta um número indeterminado de pessoas. Assim, é preciso ter cuidado ao usar desse instrumento processual para não prejudicar outras pessoas. A ação individual é mais rápida que a ação coletiva e, portanto, melhor instrumento processual para garantir a prestação de saúde ao assistido. Os juízes do Estado do Ceará não profereem tão rapidamente uma decisão em ações civis públicas, diferentemente de quando se trata de ações individuais<sup>13</sup>. Normalmente, trabalhamos com questões de urgência ou de extrema necessidade de tratamento.

A propósito, Ana Paula de Barcellos (2008, p. 136) defende que o direito à saúde deve ser exercido através de tutela processual coletiva, especialmente porque sua apreciação pelo magistrado permite descortinar outros dramas e possibilita uma perspectiva mais global da questão da saúde pública, argumentando que:



Nesse contexto, as impressões psicológicas e sociais do magistrado, a quem cabe afinal aplicar a Constituição, não podem ser desconsideradas. Um doente com rosto, identidade, presença física e história pessoal, solicitando ao Juízo uma prestação de saúde, é percebido de forma inteiramente diversa da abstração etérea do orçamento e das necessidades do restante da população, que não são visíveis naquele momento e têm sua percepção distorcida pela incredulidade do magistrado, ou ao menos pela fundada dúvida de que os recursos públicos estejam sendo efetivamente utilizados na promoção da saúde básica.

Indubitavelmente, as ações individuais possibilitam uma maior aproximação do magistrado, além de a concessão da prestação que o autor pleiteia tem menor impacto nas contas públicas, por ser analisada de modo isolado das demais necessidades da população. No entanto, o direito à saúde consiste em direito fundamental subjetivo, o que o faz ser individual, tutelando a saúde e o bem-estar de seu titular. Interessante notar a perspectiva em que se molda o entendimento de Tiago Fensterseifer (2008, p. 419), com fundamento no princípio da igualdade.

Nesse caminhar, há ainda quem sustente que o princípio da igualdade serviria como argumento contrário ao reconhecimento da perspectiva subjetiva dos direitos sociais e à sua “judicialização”, na medida em que supostamente o acesso a tais direitos fundamentais obtidos pela via judicial “privilegiaria” alguns indivíduos em detrimento do conjunto da sociedade. No entanto, o critério adotado pelo Poder Judiciário para o acolhimento de tais pleitos reside justamente na condição socioeconômica do postulante, bem como na essencialidade do direito em causa à própria dignidade do indivíduo. Assim, o princípio da igualdade, alinhado com o ideal da justiça distributiva, deve ser interpretado justamente no sentido inverso, uma vez que objetiva criar condições de acesso a tais direitos para indivíduos que de outra maneira, ou seja, na rede privada, não teriam a menor chance de serem atendidos, já que não dispõem de recursos para custear, por exemplo, o tratamento médico [...].

---

<sup>13</sup> Em relação à ação civil pública aqui retratada, sua propositura se deu em 18 de julho de 2014, com a contestação datando de 07 de outubro. Após a réplica, o último ato processual, realizado em junho de 2015, foi um despacho solicitando a oitiva do Ministério Público, demonstrando que a ação civil pública, embora a princípio mais adequada à natureza das demandas de saúde, tem tramitação mais lenta em comparação com as ações individuais.



Seguindo com a entrevista, indagou-se sobre quais as documentações são acostadas à peça exordial para embasar o pedido de prestações de saúde em demandas individuais.

**4) Quais as documentações são normalmente anexas à petição inicial? O que se pretende comprovar através delas?** O laudo médico é documento imprescindível à propositura da ação judicial. Nós não somos profissionais habilitados. Quem deve determinar o procedimento, medicação ou insumo é o médico. Exames também são usados para reforçar o pedido. É importante que o médico indique a doença ou diagnóstico com um breve relato do histórico e do quadro clínico do paciente, além de informar sobre os benefícios do tratamento e das consequências advindas em razão de sua ausência. O laudo médico serve para embasar o pedido de tutela antecipada, através da comprovação da necessidade e da urgência do tratamento. Como quando o médico adverte que, se o paciente não fizer a cirurgia naquele momento, há risco de falecimento. Procuramos demonstrar ao juiz que o paciente não pode aguardar na fila. No atendimento, solicitamos que o assistido traga laudo médico que especifique qual o tipo de prótese necessária ao tratamento. Em alguns casos, a prótese fornecida pelo SUS não é suficiente para restabelecer o movimento ou saúde do paciente, devendo o médico justificar essa circunstância.

Os laudos médicos constituem provas da necessidade do tratamento, do remédio ou do produto receitado. Exatamente por isso, os médicos são partes importantes na garantia das prestações de saúde pleiteadas judicialmente. Embora o exercício da medicina se revista de autonomia, os médicos devem se ater à prescrição dos bens e serviços de saúde fornecidos pela rede pública, em detrimento daqueles disponíveis no mercado, prestigiando, assim, as políticas públicas existentes e a gestão do orçamento público. Contudo, as medicações e os procedimentos eleitos para compor o sistema público de saúde, certamente, não atenderão às necessidades de tratamento de toda a população.

Frente à inadequação do paciente às prestações disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde, em virtude de insensibilidade, intolerância ou mesmo da singularidade da doença que o acomete, legitima-se a possibilidade de indicação de outro tratamento médico, ainda que não contemplado pelas escolhas administrativas. No que toca aos medicamentos, a jurisprudência brasileira posiciona-se no sentido de que “o não preenchimento de mera formalidade – no caso, inclusão de medicamento em lista prévia – não pode, por si só, obstaculizar o fornecimento gratuito de medicação a portador de moléstia gravíssima”, quando comprovada a necessidade do tratamento específico receitado por médico capacitado (BRASIL, 2005).

Assim, tomando como fundamento o direito à saúde e as diretrizes de universalidade e de integralidade, o Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento de que o Estado deve ofertar





os medicamentos necessários aos portadores de moléstias graves que não dispõem de recursos para custear o tratamento, mesmo quando não previstos nas relações de medicamentos publicadas periodicamente pelo Ministério da Saúde, desde que não possam ser substituídos por outro despendido pelo Sistema Único de Saúde, de igual princípio ativo ou com a produção de efeitos similares (BRASIL, 2009).

Na entrevista, buscou-se informações sobre as estratégias extrajudiciais eleitas pelo Núcleo para solucionar de modo célere as demandas, evitando a propositura de ações judiciais.

**6) Quais as estratégias extrajudiciais adotadas para lidar com as demandas de saúde? Foram firmadas parcerias? Qual o grau de êxito na resolução por meio extrajudicial?** De longe, o melhor seria resolver as demandas de saúde extrajudicialmente. O grande problema que nós temos é que não há abertura com as Secretarias de Saúde. Inclusive, funcionários de órgãos administrativos, muitas vezes, recomendam que as pessoas demandem judicialmente, com o argumento de ser mais fácil obter a prestação de saúde, porque conseguem, através de uma decisão judicial, a dispensa de licitação para a compra do medicamento ou insumo. Ainda assim, nós temos alguns projetos e soluções extrajudiciais. Hoje contamos com uma parceria com a Secretaria Municipal de Fortaleza, pela qual pedidos de exames e consultas são resolvidos através de comunicação por ofício, evitando a propositura de ações judiciais. Basta enviarmos um ofício e, na grande maioria das vezes, conseguimos êxito<sup>14</sup>. Há também outra parceria quanto às internações de usuários de drogas e álcool. Aquelas pessoas que querem o tratamento não necessitam entrar na Justiça para conseguir uma vaga. Basta o encaminhamento da Defensoria Pública à Secretaria de Saúde, na área de atenção mental. Quando há uma abertura por parte dos órgãos públicos, o êxito é maior.

Em novembro de 2014, o Núcleo adotou mais uma estratégia para solucionar as demandas de saúde por meio extrajudicial. Agora, os pleitos por medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde são encaminhados por ofício à Secretaria de Saúde do Estado para que sejam então providenciados. Cabe esclarecer que a mera inclusão do medicamento em lista previamente determinada, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), não importa em sua verdadeira disponibilidade nos polos de atendimento. Com essa iniciativa, somente serão propostas ações judiciais em relação aos medicamentos não constantes nas listagens e, eventualmente, quando a tentativa de fornecimento extrajudicial restar infrutífera.

<sup>14</sup> As respostas negativas aos pedidos de exames médicos são pouco comuns e decorrem da ausência de recursos técnicos para sua realização ou da falta de cobertura pelo Sistema Único de Saúde. O exame de *ressonância magnética de sela túrcica* foi negado com a justificativa de que não há oferta para a realização do procedimento em pacientes menores de 12 (doze) anos. Quanto ao *estudo dinâmico da bexiga* e à *ultrassonografia de articulação*, não há oferta para a realização. A *aortografia abdominal* e a *arteriografia de membro inferior* não possuem oferta inicial no sistema Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados. Por fim, o exame de *eletroneuromiografia de MMI* teve sua realização negada por não possuir cobertura assistencial pelo SUS e não haver dotação orçamentária. (Informações coletadas de ofícios enviados pela Secretaria de Saúde do Município à Defensoria Pública).





No que se refere à recomendação para a propositura de ações judiciais, é interessante realçar que não partem apenas de servidores de órgãos administrativos, mas também de profissionais da área de saúde, que habitualmente orientam os pacientes a buscarem o patrocínio da Defensoria Pública a fim de obterem o tratamento, o insumo, a medicação ou qualquer das demais prestações de saúde de que necessitem. Tal constatação expressa as falhas no sistema público de saúde e a insuficiência de soluções administrativas.

Muitas vezes, a multiplicação de ações judiciais decorre do despreparo da administração pública em lidar com as demandas de saúde. Como exemplo, destaca-se um caso, julgado em 2010 pelo Superior Tribunal de Justiça, em que o impetrante pleiteava um medicamento previsto na listagem padronizada do SUS e indicado como imprescindível por médico qualificado, mas que lhe foi negado o fornecimento em razão de o protocolo terapêutico destiná-lo ao tratamento de outra enfermidade (BRASIL, 2010).

Em face do que se expôs, vê-se que o Núcleo de Defesa da Saúde tem atuação concentrada no atendimento às pessoas hipossuficientes que residem em Fortaleza, porém sua atuação ganha cada vez mais importância social diante de uma população mais consciente de seus direitos, sendo louvável a iniciativa da Defensoria Pública do Estado do Ceará em especializar o atendimento para a saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cotidiano forense, tem se tornado comum a propositura de ações judiciais em que se reivindica o direito à saúde em face do Estado, com pedido, por exemplo, de leito em unidade de terapia intensiva, medicamentos e alimentação enteral. O elevado e crescente número de ações judiciais demonstra os erros na condução dos serviços públicos de saúde. Claramente, a demanda social não está sendo atendida de modo satisfatório à preservação da vida e à promoção da dignidade. Diante disso, surgem argumentos jurídicos e objeções formais à judicialização das políticas públicas de atendimento à saúde, dentre os quais se destaca a cláusula da reserva do possível.

Em um País com pulsante desigualdade social, o resguardo pelo Estado daquilo que é “possível”, com a definição objetiva e precisa de seu conteúdo, deve necessariamente perpassar por



uma apreciação social comprometida com a efetividade do direito. O agir do Judiciário legitima-se à medida que a ação governamental se direciona de modo alheio às prioridades erigidas na Constituição, no intento de fazer cumprir as políticas sociais e econômicas capazes de efetivar o direito à saúde. Diante disso, os Tribunais Superiores passaram, aos poucos, a adotar posições mais progressistas, pois é inócua a consagração de direitos sociais se não houver meios próprios de exigí-los.

Nos últimos anos, o Brasil tem progredido significativamente na proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência mediante o desenvolvimento legislativo e a consequente formulação e implementação de políticas públicas que fomentam a igualdade de oportunidades, porém os indicadores sociais mostram que persistem as diferenças entre as pessoas com e sem deficiência no que concerne ao exercício dos mais básicos direitos, como saúde, educação, trabalho, transporte e acessibilidade, evidenciando a vulnerabilidade desse segmento social. Foi a participação ativa da sociedade civil que levou a uma atuação governamental mais comprometida com os direitos das pessoas com deficiência, contribuindo para romper com o modelo assistencialista que faz com que a deficiência física, mental, intelectual ou sensorial signifique incapacidade perante o Estado e a comunidade.

Desse modo, embora vigore um moderno e avançado sistema jurídico de proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência, a realidade ainda apresenta facetas excludentes e discriminatórias. O desafio de transpor as barreiras que obstam a plena participação das pessoas com deficiência como membros iguais da sociedade - com o reconhecimento de que os impedimentos físico, mental, intelectual ou sensorial compõem a diversidade humana e, assim, de que a coletividade pressupõe a existência de diferenças e de pluralidades – perpassa necessariamente pelo incentivo à acessibilidade, que compreende o exercício dos direitos de cidadania e de participação social.

A efetivação do direito à saúde da pessoa com deficiência dá-se através da execução dos planos governamentais orientados a lhe prover, principalmente, a autonomia e a acessibilidade, para que possa ser, de fato, integrada à sociedade. Entretanto, diante da ineficiência das políticas públicas, exsurge o papel promocional da Defensoria Pública na garantia dos meios necessários e suficientes à integral concretização do direito à saúde, com o acesso aos tratamentos médicos que promovam a sua dignidade. A Defensoria Pública dedica-se ao atendimento dos grupos sociais



que mais são afligidos pela inefetividade dos direitos, concorrendo para o fortalecimento da cidadania.

O Núcleo de Defesa da Saúde surgiu com a necessidade de especializar o atendimento à população, diante do crescimento das demandas judiciais que envolvem o direito à saúde. Sua atuação tem se destacado desde a conscientização dos direitos até a solução dos pedidos por prestações de saúde, seja judicial ou extrajudicialmente. Apesar disso, faz-se necessário que haja um maior diálogo entre o Poder Público, as instituições e a sociedade, para melhor atender aos interesses daqueles que mais necessitam.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Maria Gabriela da Silva Lopes e Carrevilla. **Acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais**: contribuição do Legislativo para a política de combate à AIDS no Brasil. Brasília, CEFOR, 2010. 50 p. Monografia (Especialização em Legislativo e Políticas Públicas). Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Câmara dos Deputados, 2010.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no pós-constituente**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil. Rio de Janeiro, UERJ, 2003. 346 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

BARCELLOS, Ana Paula de. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. **Revista da Defensoria Pública**, Edição especial temática sobre direito à saúde, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 133-160, jul./dez. 2008.

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e Aplicação da Constituição**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BASTOS, Núbia Maria Garcia. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 4. ed. Fortaleza: Nacional, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 jul. 2008.



\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.612, de 07 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/idsus/graficobolhas.php?uf=CE>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência**. Brasília, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015. Texto por Luiza Maria Borges Oliveira.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 684.646/RS. Rel. Min. Luiz Fux. **Diário da Justiça Eletrônico**. Brasília, 30 maio 2005.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 28.338/MG. Rel. Min. Eliana Calmon. **Diário da Justiça Eletrônico**. Brasília, 17 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 30.723/MG. Rel. Min. Castro Meira. **Diário da Justiça Eletrônico**. Brasília, 01 dez. 2010.

CARVALHO, Leonardo Arquimimo de; CARVALHO, Luciana Jordão da Motta Armiliato de. Riscos da superlitigação no direito à saúde: custos sociais e soluções cooperativas. **Revista da Defensoria Pública**, Edição especial temática sobre direito à saúde, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 235-253, jul./dez. 2008.

CNJ vai recomendar transferência de idoso detido irregularmente no Ceará. **Conselho Nacional de Justiça**. Brasília, 04 set. 2013. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/26182:cnj-vai-recomendar-transferencia-de-idoso-detido-irregularmente-no-ceara>>. Acesso em: 05 jul. 2014



FENSTERSEIFCARVER, Tiago. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, ação civil pública e controle judicial de políticas públicas. **Revista da Defensoria Pública**, Edição especial temática sobre direito à saúde, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 411-441, jul./dez. 2008.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. O novo conceito constitucional de pessoa com deficiência: um ato de coragem. In: FERRAZ, Carolina Valença et al (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo, Saraiva, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico de 2010: Recenseamento Geral do Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

JUDICIALIZAÇÃO da saúde coloca ao STJ o desafio de ponderar demandas individuais e coletivas. **Superior Tribunal de Justiça**. Brasília, 04 abril 2010. Disponível em: <[http://stj.jus.br/portal\\_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=96562](http://stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=96562)>. Acesso em: 02 jul. 2015.

LEITE, George Salomão. A dignidade humana e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência. In: FERRAZ, Carolina Valença et al (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo, Saraiva, 2013.

LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção da) saúde. Edição especial temática sobre direito à saúde. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v.1, n. 1, jul./dez. 2008.

MELO, Luiz Gustavo Simões Valença de. O acesso à justiça da pessoa com deficiência: processo civil e aspectos procedimentais. In: FERRAZ, Carolina Valença et al (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo, Saraiva, 2013.

NAÇÕES UNIDAS. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova Iorque, 22 jul. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em 14 jul. 2015.

PIOVESAN, Flávia. Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência: inovações, alcance e impacto. In: FERRAZ, Carolina Valença et al (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo, Saraiva, 2013.

\_\_\_\_\_. A Proteção Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. In: JUNIOR LIMA, Jayme Benvenuto (Org.). **Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais**. Recife, Plataforma Interamericana de Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento, p. 43-62, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.





SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. O Sistema de Saúde no Brasil e as Pessoas com Deficiência. In: FERRAZ, Carolina Valença et al (Org.) **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo, Saraiva, 2013.

WERNECK, Claudia. **Você é gente?** O direito de nunca ser questionado sobre o seu valor humano. Rio de Janeiro: WVA, 2003.