

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO**

RAFAEL PIAIA

**A DEFENSORIA PÚBLICA COMO GARANTIA DE ACESSO DE POLÍTICA
PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS
ADMINISTRATIVOS E JUDICIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID 19 NA
CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ**

SOBRAL - CE

2024

RAFAEL PIAIA

**A DEFENSORIA PÚBLICA COMO GARANTIA DE ACESSO DE POLÍTICA
PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS
ADMINISTRATIVOS E JUDICIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID 19 NA
CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

SOBRAL - CE

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P579d Piaia, Rafael.

A defensoria pública como garantia de acesso de política públicas na área de saúde : um estudo dos procedimentos administrativos e judiciais em tempos de pandemia de COVID 19 na cidade de Sobral do estado do Ceará / Rafael Piaia. - 2024.

107 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico, Criciúma, 2024.

Orientação: Reginaldo de Souza Vieira.

1. Políticas públicas de saúde - Sobral (CE). 2. Direito à saúde. 3. Direitos fundamentais. 4. Defensorias públicas. 5. Assistência judiciária. 6. Saúde - Efetivação. 7. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 23. ed. 362.1026

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

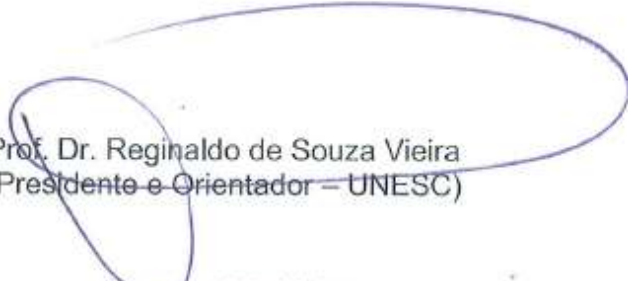
RAFAEL PIAIA

**A DEFENSORIA PÚBLICA COMO GARANTIA DE ACESSO DE POLÍTICA
PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS
ADMINISTRATIVOS E JUDICIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID 19 NA
CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico na área de Desenvolvimento Socioeconômico no Programa de Pós-Graduação em desenvolvimento socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 20 de maio de 2024.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
(Presidente e Orientador – UNESC)

 Documento assinado digitalmente
FRANCISCO PIZZETTE NUNES
Data: 12/07/2024 17:47:38-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Francisco Pizzette Nunes
(Membro – ESUCRI)


Prof. Dr. Dimas de Oliveira Estevam
(Coorientador – UNESC)


Prof. Dr. João Henrique Zanelatto
(Membro – UNESC)

 Assinado digitalmente por:
RAFAEL PIAIA
Sua autenticidade pode ser confirmada no endereço:
<<http://www.serpro.gov.br/assinador-digital>>

Rafael Piaia
(Discente)


Profa. Dra. Giovana Ilka Jacinto Salvaro
Coordenadora Adjunta do PPGDS – UNESC

Dedico à minha família e aos meus
professores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por guiar minha vida. Agradeço à minha mãe Marly Maria Barella e ao meu pai Gilberto Adolfo Piaia, por me ensinar desde os primeiros anos de vida sobre a importância do conhecimento e sempre me incentivar nos estudos e na busca da superação dos obstáculos enfrentados.

Agradeço aos meus pais pelo dom da vida e pela oportunidade de estudar.

Agradeço à minha irmã Camila Piaia, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos.

Agradeço às pessoas que, de alguma maneira, contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui.

Ao Centro Universitário Inta – UNINTA, por despertar em mim o desejo e a necessidade de buscar crescimento contínuo.

Agradeço também aos meus professores, que foram fundamentais na produção da pesquisa e na transmissão do conhecimento ao longo do processo de qualificação.

Agradeço, em especial, ao professor orientador, Drº. Reginaldo de Souza Vieira, pelo apoio e orientação ao longo da pesquisa.

RESUMO

O objeto de estudo dessa dissertação são as denominadas políticas públicas de saúde. Analisou-se, em especial, os seus significados, objetivos e história da conexão destas com o ordenamento jurídico brasileiro, destacando-se o Direito à Saúde como Direito Fundamental e Humano efetivado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob essa égide, a pesquisa investiga a evolução histórica das políticas públicas de saúde no ordenamento jurídico brasileiro, buscando traçar o seu surgimento e avanços no decorrer das décadas, com enfoque nos marcos legais e efetiva concretização das políticas públicas como instrumento de garantia do direito à saúde previsto no bojo da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como aborda a política pública de saúde pré-constituição de 1988. A análise foi executada levando em consideração o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios e a organização do Sistema Único de Saúde. A temática central investe uma análise na luta pela consolidação das Defensorias Públicas, problematizando o papel deste instituto jurídico. Destacou-se o surgimento e atribuições das Defensorias Públicas, bem como o Direito à Saúde como Direito Fundamental e Humano que vem a ser efetivado pelas ações da Defensoria Pública estadual. Sob essa análise, a presente pesquisa tem o objetivo de analisar a evolução histórica da luta pela consolidação das defensorias públicas e o papel na garantia às políticas públicas de saúde no ordenamento jurídico brasileiro, buscando traçar o seu surgimento e avanços no decorrer das décadas, com enfoque nos marcos legais, na história e evolução da assistência jurídica gratuita e o papel fundamental da Defensoria Pública na concretização das políticas públicas como instrumento de garantia do direito à saúde previsto no bojo da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88). Abordou-se a estrutura da Defensoria Pública no período anterior à constituição de 1988, a defensoria pública e as ondas renovatórias de acesso à justiça, a estrutura e o funcionamento das Defensorias Públicas e a função essencial exercida por esta na garantia de acesso às políticas públicas de saúde. Busca-se tal escopo por intermédio de uma pesquisa qualitativa, com abordagens exploratórias, com enfoque principal nos dispositivos normativos previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que dispõe sobre o direito à saúde, políticas públicas para efetivar tal direito e aborda os marcos legais e temporais da evolução histórica da luta pela consolidação das defensorias públicas no ordenamento jurídico brasileiro, em especial com análise da Lei Complementar 80, de 12 de janeiro de 1994, a qual Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados. Os resultados da pesquisa apontam para a relevância da temática, bem como da efetiva luta pela consolidação das defensorias públicas e o papel destas na garantia às políticas públicas de saúde, efetivando o Direito à Saúde previsto no texto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em especial para as pessoas economicamente e socialmente vulneráveis.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Direito Fundamental. Defensoria Pública. Assistência jurídica. Integral. Gratuita. Efetivação da saúde.

ABSTRACT

The object of study of this dissertation is the so-called public health policies. The research focused particularly on their meanings, objectives, and the history of their connection with Brazilian legal system, highlighting the Right to Health as a Fundamental and Human Right realized through the Unified Health System (SUS). Under this framework, the study investigates the historical evolution of public health policies in the Brazilian legal system, aiming to trace their emergence and advancements over the decades, with a focus on legal milestones and the effective implementation of these policies as instruments to guarantee the right to health as enshrined in the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988. The research also addresses the public health policy pre-constitution of 1988. The analysis took into account the establishment of the Unified Health System (SUS), its principles, and organization. The central theme involves an analysis of the struggle for the consolidation of Public Defender's Offices, questioning the role of this legal institution. It highlighted the emergence and responsibilities of Public Defender's Offices, as well as the Right to Health as a Fundamental and Human Right that is realized through actions of the state Public Defender's Office. In this context, the present research aims to analyze the historical evolution of the struggle for the consolidation of public defender's offices and their role in guaranteeing public health policies in the Brazilian legal system, aiming to trace their emergence and advancements over the decades, focusing on legal milestones, the history and evolution of free legal assistance, and the fundamental role of the Public Defender's Office in ensuring public policies as instruments to guarantee the right to health as provided in the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 (CRFB/88). The structure of the Public Defender's Office prior to the 1988 constitution, the public defender's office and the waves of renovating access to justice, the structure and functioning of Public Defender's Offices, and the essential role they play in ensuring access to public health policies were addressed. This scope is pursued through qualitative research with exploratory approaches, focusing primarily on the normative provisions in the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 concerning the right to health, public policies to enforce this right, and discussing the legal and temporal milestones of the historical evolution of the struggle for the consolidation of public defender's offices in the Brazilian legal system, especially with an analysis of Supplementary Law 80, of January 12, 1994, which organizes the Public Defender's Office of the Union, the Federal District, and Territories, and prescribes general rules for its organization in the States. The research findings highlight the relevance of the topic, as well as the effective struggle for the consolidation of public defender's offices and their role in guaranteeing public health policies, thereby enforcing the Right to Health as stipulated in the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988, especially for economically and socially vulnerable individuals.

Keywords: Public health policies. Fundamental Rights. Public defender's office. Legal assistance. Comprehensive. Free. Effectiveness of health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Gráfico com número de cargos divididos por entrância na defensoria do Ceará	66
Figura 02 - Número de cargos vagos na defensoria pública do Ceará	67
Figura 03 - Total de cargos, cargos ocupados e cargos vagos por entrância	68
Figura 04 - Mapa Capilarização da Defensoria Pública do Estado do Ceará dividido por cidades.....	69
Figura 05 - Mapa Cidades limítrofes que são atendidas no núcleo defensorial de Sobral.....	71
Figura 06 – Mapa em marrom as cidades abrangidas pelos hospitais de referência situados em Sobral	72
Figura 07 - Dados epidemiológico da Pandemia da COVID-19 em Sobral até 31 de dezembro de 2020	86
Figura 08: Gráfico com total de atendimentos gerais e de saúde no ano de 2019 ...	91
Figura 09: Gráfico com total de atendimentos gerais e de saúde no ano de 2020....	91
Figura 10 - Gráfico com total de atendimentos com soluções judiciais.....	92
Figura 11: Gráfico com o total de atendimentos com soluções extrajudiciais	93
Figura 12 - Gráfico com total de atendimentos de saúde por solução.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Total de atendimentos gerais de atendimentos de saúde	90
Tabela 02: – Total de atendimentos de saúde e a forma de solução apresentada ..	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA – Agência Nacional Vigilância Sanitária

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

CC – Código Civil

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil

CF – Constituição Federal

CP – Código Penal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB – Índice Desenvolvimento Escolar Brasileiro

IDH – Índice Desenvolvimento Humano

IPCE – Índice Pesquisa Econômica do Ceará

OEA – Organização dos Estados Americanos

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB – Produto Interno Bruto

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	O PROCESSO HISTÓRICO DE RECONHECIMENTO CONSTITUCIONAL DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
2.1	A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PRÉ-CONSTITUIÇÃO DE 1988	20
2.2	A SAÚDE PÚBLICA NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 E O NASCIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	26
2.3	OS PRINCÍPIOS E A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	33
2.4	SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO.....	40
<u>3</u>	A LUTA PELA CONSOLIDAÇÃO DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS E O PAPEL DESTAS NA GARANTIA DO ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	49
3.1	O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONSTITUCIONALIZAÇÃO, ORGANIZAÇÃO, GARANTIAS E FUNCIONAMENTO.....	49
3.2	A DEFENSORIA PÚBLICA E AS ONDAS RENOVATÓRIAS DE ACESSO À JUSTIÇA.....	54
3.3.	A ESTRUTURA E O FUNCIONAMENTO DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS.....	58
3.4.	DO ORGANOGRAMA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ.....	61
4	A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NA GARANTIA DE ACESSO A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA CIDADE DE SOBRAL.....	70

4.1.	O PERFIL SOCIOECONÔMICO DA CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ.....	70
4.2.	A PANDEMIA DA COVID-19 E OS REFLEXOS NA SAÚDE PÚBLICA DE SOBRAL, NO CEARÁ.	
4.3.	OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19, NA CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ, DE 17 DE MARÇO DE 2020 ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2020.....	74
4.4.	A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA NA GARANTIA DO ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID 19: UM ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E JUDICIAIS NA CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ.....	78
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS	91

1 INTRODUÇÃO

Como política pública de Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado o maior legado no âmbito dos direitos sociais e no processo de redemocratização do Brasil, depois do fim do período ditatorial (1964-1985).

Dada tal importância, essa pesquisa buscar analisar a política pública de saúde e a sua efetivação no ordenamento jurídico brasileiro, investigando a atuação da Defensoria Pública do Estado do Ceará.

No processo de construção histórica, percebeu-se a necessidade da efetiva garantia do direito à saúde (*latu sensu*), bem como da sua concretização no plano fático aos indivíduos destinatários do referido direito.

É nesse contexto, que os movimentos sociais e jurídicos se articulam em prol da garantia do direito à saúde, tanto no plano internacional, quanto no ordenamento jurídico interno do Brasil. Assim, no percurso de enfrentamento do direito à saúde, foram criados marcos jurídicos relevantes, em especial, no âmbito da legislação internacional, pode-se citar a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948), a qual assegura a todo ser humano e sua família um padrão de vida capaz de assegurar saúde.

Nesse sentido, considerando a expressa previsão do direito à saúde no texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948), este é considerado como um direito humano.

Todavia, apesar de o direito à saúde ter alcançado *status* de direito humano, a sua efetiva garantia e prestação no âmbito nacional não foi alcançada de forma imediata pelos que de fato necessitavam dos benefícios decorrentes do referido direito, isto é, não se tinha no ordenamento jurídico interno do Brasil efetivas políticas públicas de saúde, as quais podem ser entendidas como um conjunto de diretrizes e referenciais éticos e legais adotados pelo Estado para assegurar determinados direitos aos grupos sociais que deles necessitem.

No ano de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88), a “Constituição Cidadã”, a qual trata-se do mais importante diploma normativo do ordenamento jurídico do país, representando uma verdadeira vitória da nação brasileira, haja vista os anseios sociais que antecederam a sua elaboração, em especial, no que diz respeito aos direitos mínimos que garantem a dignidade da pessoa humana, dentre eles, o direito à saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988 (CRFB/88), abrigou expressamente em seu texto o direito à saúde (Art. 196, da CRFB/88), de modo que este passou a ser considerado além de um direito humano, um direito fundamental.

Seguindo o espírito da “Constituição Cidadã”, bem como os comandos constitucionais inerentes, o legislador ordinário tratou de editar a lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes ao direito à saúde.

Dentre as importantes medidas tratadas pela lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, merece especial destaque o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual trata-se de uma das políticas de saúde mais importantes de toda a história da saúde pública do Brasil.

Dado o exposto, o presente trabalho se estrutura a partir de uma abordagem metodológica qualitativa, com abordagens exploratórias dos diversos aspectos que envolvem a temática central dos estudos.

A temática fundamentou-se pela pesquisa em fontes bibliográficas com consulta em doutrinas de Direito Constitucional, Direitos Difusos e Coletivos e Direitos Humanos, elencando os aspectos técnicos e conceituações que envolvem as políticas públicas de saúde no Brasil, bem como a posição dos doutrinadores. Utilizou-se ainda, as legislações internas do Brasil e diplomas internacionais.

Inicialmente, analisando-se à realidade histórica do ordenamento jurídico brasileiro, insta destacar que a Defensoria Pública, como instrumento e expressão de regime democrático e como garantia fundamental ampla e irrestrita à assistência jurídica gratuita, nem sempre existiu nesses atuais termos.

Paralelamente, iniciaram-se movimentos sociais e jurídicos em prol da garantia de diversos direitos básicos a todo ser humano, com a consequente criação de espécies normativas próprias no bojo das próprias constituições brasileiras, bem como de normas esparsas.

Nesse sentido, considerando que grande parte dos beneficiários dos direitos que vinham sendo conquistados e previstos no ordenamento jurídico do país eram pessoas em estado de vulnerabilidade econômica, sentiu-se a necessidade da criação de mecanismos para a garantia das pessoas em estado de vulnerabilidade pela dificuldade no acesso dos seus respectivos direitos, em razão da

impossibilidade de custearam honorários de advogados e demais despesas processuais.

Inclusive, ante esta referida barreira que estava presente também no plano internacional, é que começam a surgir as teorias das denominadas “ondas renovatórias de acesso à justiça”.

A primeira Constituição a trabalhar a discutida temática foi a de 1934, segundo a qual “a União e os Estados concederão aos necessitados assistência judiciária, criando, para esse efeito, órgãos especiais assegurando, a isenção de emolumentos, custas, taxas e selos” (Brasil, 1934, art. 113, 32).

Por conseguinte, a Carta Política de 1937, outorgada no período ditatorial de Getúlio Vargas, não tratou de assegurar assistência judiciária ou jurídica, bem como a criação de órgão específico para tanto. Após o Estado novo, a Constituição de 1946 restabeleceu a assistência judiciária como direito constitucional dos cidadãos.

Noutro giro, no período da ditadura militar, o texto constitucional de 1967, manteve a previsão da assistência judiciária como direito, contudo, sem prever a quem caberia a garantia do referido direito.

A Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988 (CRFB/88), abrigou expressamente em seu texto a substituição da terminologia “assistência judiciária” por “assistência jurídica”, bem como a integralidade da assistência jurídico-estatal defensorial, conforme o texto do Art. 134, da CRFB/88, após a redação da Emenda Constitucional n. 80/2014.

Nesse sentido, nos exatos termos do Art. 134, da CRFB/88, 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.

Outro marco legal importante na criação das defensorias públicas, se trata da Lei Complementar Federal nº 80, de 12 de janeiro de 1994, a qual organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências.

Dentre os importantes direitos defendidos pelas Defensorias Públicas, em especial, pode-se citar o direito à saúde, desde à garantia da realização de

procedimentos cirúrgicos pelo poder público, até a atuação interdisciplinar do direito do consumidor e o direito à saúde na garantia da realização e cobertura de procedimentos médicos pelos planos de saúde e instituições privadas.

A referida atuação se dá, em especial, devido ao fato de que a Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988 (CRFB/88), abrigou expressamente em seu texto o direito à saúde (Brasil, 1988, Art. 196), de modo que este passou a ser considerado além de um direito humano, um direito fundamental.

Assim, a Defensoria Pública passou a ser uma das mais importantes instituições na garantia, e na própria criação, das políticas públicas de saúde no ordenamento jurídico interno do Brasil, na sua atuação extrajudicial junto às autoridades competentes, e na sua atuação judicial na defesa da efetivação das políticas públicas de saúde.

Dado o exposto, o presente trabalho tem como metodologia uma pesquisa qualitativa, com abordagens exploratórias dos diversos aspectos que envolvem a temática central dos estudos.

A temática foi aprofundada com a pesquisa bibliográfica em doutrinas de Direito Constitucional, Direitos Difusos e Coletivos, Direitos Humanos e Doutrina Institucional da Defensoria Pública, elencando os aspectos técnicos e conceituações que envolvem o surgimento e atuação das defensorias públicas, diretamente relacionado com as políticas públicas de saúde no Brasil, bem como a posição dos doutrinadores. Consultou-se ainda, as legislações internas do Brasil e diplomas internacionais.

Para o desenvolvimento da dissertação, foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental, bibliográfica e de análise de dados; e o método de pesquisa adotado será o dedutivo, com a análise bibliográfica e o levantamento de fontes secundárias consistentes em dados estatísticos junto à Defensoria Pública do Estado do Ceará, com abordagem interdisciplinar e a vinculação a outras áreas de conhecimento.

Analizou-se dados estatísticos como fonte secundária junto ao banco de dados da Defensoria Pública do Estado do Ceará e do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará acerca do número de atendimentos e ações judiciais promovidas pelos defensores públicos, na região de Sobral, durante o período de pandemia da Covid-19.

Para o desenvolvimento da pesquisa aqui apresentada, realizou-se um recorte temporal no período compreendido entre março de 2020 e dezembro de 2020, momento em que o Sistema Único de Saúde enfrentou os maiores desafios de controle do avanço da pandemia da Covid-19. Optou-se por limitar o levantamento de dados até dezembro de 2020, tendo em vista o início da vacinação no final do referido mês, diminuindo os atendimentos no Sistema Único de Saúde.

Para uma análise comparativa, foram levantados os dados do período de março de 2019 até dezembro de 2019, a fim de averiguar se houve um aumento dos atendimentos de saúde no período da Pandemia da Covid-19 em 2020 e qual a solução apresentada.

A pesquisa mostra aderência à linha de pesquisa específica, ao programa e grupo de pesquisa do Laboratório de Direito Sanitário de Saúde Coletiva, do Núcleo de Estudos de Estado e Direito (NUPED), e se enquadra no Núcleo de Pesquisa e Redes de Pesquisa do orientador, em especial à Rede de Estudo de Políticas Públicas e à Rede Iberoamericana de Direito Sanitário.

Assim, a proposta de pesquisa se encaixa no eixo de pesquisa proposto, com abordagem da política pública da saúde e a assistência jurídica integral e gratuita promovida pela Defensoria Pública.

O objetivo principal é analisar o papel da Defensoria Pública na garantia do acesso às políticas públicas de saúde, na Cidade de Sobral, no Estado do Ceará, em tempos de pandemia da Covid-19.

Os objetivos específicos são: estudar o processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental e o surgimento do SUS; compreender a construção histórica da Defensoria Pública e o papel desta na garantia ao acesso às políticas públicas de saúde; apresentar os dados epidemiológicos do período da Pandemia da COVID-19 no período de março de 2020 até dezembro de 2020, na Cidade de Sobral no Estado do Ceará e, por fim, investigar a garantia de acesso às políticas públicas de saúde, por meio da atuação da Defensoria Pública na Cidade de Sobral, no Estado do Ceará, em tempos de Pandemia da Covid -19.

A pesquisa foi dividida em três capítulos. O primeiro capítulo tem relação com o objetivo de estudar o processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil e o nascimento do SUS, seguindo para o enfrentamento da construção histórica da Defensoria Pública no sistema de justiça no segundo capítulo. Já no

terceiro capítulo buscou-se apresentar os dados estatísticos e investigar a garantia do acesso às políticas públicas de saúde em tempos de Pandemia da Covid-19, na cidade de Sobral/CE.

Assim investigou-se a efetividade da política pública de saúde no município de Sobral, por meio da atuação da Defensoria Pública do Estado do Ceará, no período compreendido de maior gravidade da COVID-19, de março de 2020, quando notificado o primeiro caso da doença em Sobral, até o dia 31/12/2020, quando foram iniciados os atos de vacinação.

Diante do exposto, a pesquisa se encaminhou no sentido de analisar os seguintes questionamentos: De que maneira foi implementado o direito subjetivo do acesso às políticas públicas de saúde na Cidade de Sobral, no Estado do Ceará, em tempos de pandemia da COVID-19? Qual foi o papel da Defensoria Pública na garantia do acesso à saúde neste intervalo de tempo?

O tema em questão foi pensado levando em conta a experiência do autor como defensor público do Estado do Ceará, com lotação no Núcleo de Petição Inicial de Sobral, na região norte do Estado. Buscou-se dar encaminhamento analítico ao seguinte problema de pesquisa: Qual o papel da Defensoria Pública na garantia do acesso às políticas públicas de saúde, na cidade de Sobral do Estado do Ceará, em tempos de pandemia da Covid-19?

2. O PROCESSO HISTÓRICO DE RECONHECIMENTO CONSTITUCIONAL DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PRÉ-CONSTITUIÇÃO DE 1988

Embora o conceito de saúde empregado pela Organização Mundial da Saúde - OMS seja largamente difundido, o referido é criticado desde que foi anunciado, pois o significado de “bem-estar” varia muito entre as pessoas, mesmo quando compartilham a mesma cultura. Há também objeções ao termo “completo”, tido como incoerente com o reconhecimento de que a saúde não é um estado absoluto (Narvai, 2022).

A política pública da saúde é assunto permanente nos entes públicos da República Federativa do Brasil. A saúde pública é a política pública que, ao lado da segurança e da educação, absorve a maior parte dos recursos financeiros do orçamento público, por conta da integralidade da cobertura e universalidade do atendimento.

Mas, nem sempre foi assim. O Estado de bem-estar social foi adotado a partir da Constituição Federal de 1988. Antes disso, o Sistema Único de Saúde era acessado por uma pequena parcela da população, e o direito ao atendimento estava atrelado ao exercício de contribuição previdenciária e/ou vínculo empregatício. Assim, leciona Vieira (2013, p. 283):

No que diz respeito à saúde, esta não era tratada como direito social e fundamental do ser humano e nem como patrimônio coletivo da Sociedade, mas como um bem que deveria ser adquirido como qualquer outra mercadoria dentro da estrutura de mercado capitalista. Assim, ao invés de concepção de seguridade social e direito à saúde, universal e não visto apenas na qualidade de prática curativa, a marca desse período norteou-se pela construção da concepção de saúde nos moldes de seguro social, vinculado a um modelo previdenciário e destinado apenas àqueles inclusos no sistema. Aos outros, o destino seria a caridade, na qualidade de indigentes.

Merece destaque o fato marcante desse período – e que refletirá na alteração da concepção de saúde e no reconhecimento da cidadania participativa como um dos alicerces do direito a ela – foi o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que, na qualidade de

manifestações da Sociedade, formularam juridicamente a saúde como direito humano fundamental e criaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde o Sistema Único de Saúde (SUS) (Vieira, 2013).

Até então, o atendimento público da saúde estava restrito a 30 milhões de brasileiros. Após 1988, mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde, conforme dados do Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS, 2016).

Neste período de pré-constituição cidadã, os objetivos do sistema público se resumiam na abordagem curativa, e poucas ou nenhuma política pública preventiva.

Assim dispõe Vieira E Ilíbio (2020, p. 14):

Observa-se que grande parte do percurso das políticas de saúde no país foi marcado pela exclusão de imensa parcela da população, tendo acesso aos serviços de saúde aqueles(as) que exerciam trabalho formal e podiam contribuir ou pagar por eles, restando aos(às) demais recorrer, quando possível, para a caridade ou, ainda, para as práticas alternativas. Em determinado período, tal modelo ficou conhecido por seguro social, constituindo-se em prática hegemônica por um longo tempo no país graças às elites governantes que concentraram o poder de decisão das políticas estatais.

Na sistemática anterior, o sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro, dependia da caridade e da filantropia. Além disso, era centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários, com assistência médico-hospitalar e o lema de que “saúde é ausência de doenças”.

Vieira e Ilíbio (2020, p. 13) ensinam que:

as maiores transformações nas políticas de saúde podem ser verificadas a partir de meados de 1970, em meio às práticas de resistência contra a ditadura militar (1964-1985). Nesse período, frente à ausência de uma política de saúde organizada e universal para a população, emerge o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, com ideias e propostas de construir os alicerces da implementação de um sistema de saúde público e único, que viesse atender a todos os níveis de atenção à saúde de forma universal e igualitária para o povo brasileiro.

A saúde pública brasileira sempre foi marcada por reorganizações administrativas e jurídicas. A partir da década de 1930, iniciaram-se diversas mudanças nas políticas de saúde no Brasil, merecendo destaque a criação da

Fundação Nacional de Saúde no ano de 1991. Nesse sentido, destaca FUNASA (2017):

No que concerne à saúde preventiva, ao longo de toda a existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas, também, principalmente, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania. Desde a década de 1960, ocorreu intensa publicação de normas para acompanhar o aumento da produção e consumo de bens e serviços, surgindo conceitos e concepções de controle. Regulamentou-se a iodação do sal, águas de consumo humano e serviços. Reformou-se o laboratório de análises, surgindo o Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS), que recebeu um grande estímulo pela implantação do Programa Nacional de Imunização, cuja execução requeria o controle sanitário de vacinas.

Portanto, apesar de avanços notáveis, especialmente em termos de regulamentação e infraestrutura institucional, a eficácia das políticas de saúde preventiva no Brasil historicamente é comprometida por desafios estruturais e pela necessidade contínua de fortalecimento do sistema de saúde pública, visando uma abordagem mais integral e inclusiva para a promoção da saúde da população.

Como afirmam Vieira e Ilídio (2020, p. 14):

a história das políticas de saúde no Brasil modificou-se inúmeras vezes ao longo do tempo, moldando-se às circunstâncias políticas, econômicas e sociais de cada período. Relembrar algumas características nesse percurso histórico é um dos elementos indispensáveis para compreender a ligação intrínseca entre a participação comunitária e a constitucionalização do SUS.

Historiadores admitem que tenha surgido uma “nova escola sanitária” no período histórico que vai do fim do Estado Novo, em 1945, ao golpe de 1964, tendo por referência o projeto nacional-desenvolvimentista que buscava, por meio da industrialização do país, promover a elevação sustentada dos padrões de vida da população e, nesse mesmo contexto, consolidar a nacionalidade.

No contexto histórico supramencionado, a industrialização era a principal estratégia que, acreditava-se, levaria ao desenvolvimento. Ao “sanitarismo campanhista”, predominante na primeira metade do século XX, contrapunha-se agora uma tendência identificada como “sanitarismo desenvolvimentista”, que articulava ao “desenvolvimento do país” a possibilidade de alcançar melhores condições de saúde e, de certo modo, relativizava a eficácia de apenas alocar mais e mais recursos às campanhas sanitárias (Narvai, 2022).

Nessa esteira, podem ser destacados alguns marcos históricos da política de saúde no Brasil: A criação do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953); a lei nº 2.312, de 3/ 9/1954, estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde em seu Art.1º, prevendo que seria dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo; em 1970, reorganizou-se administrativamente o Ministério da Saúde, criando a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), subordinada à Secretaria de Saúde Pública e incorporando o DENERu, a CEM e a CEV – Decreto nº 66.623, de 22/5/1970 (FUNASA, 2017).

Em 1986 foi realizada a criação do personagem símbolo da erradicação da poliomielite, o “Zé Gotinha”, no ano de 1987 o Decreto nº 94.657, de 20/7/1987 dispôs sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) nos estados, ainda em 1987 ocorreu à ampliação da marca-símbolo da erradicação da poliomielite, o “Zé Gotinha”, para todo o PNI e publicação do documento “A marca: desenvolvimento e uso” (FUNASA, 2017).

A política de saúde pública também foi afetada de forma negativa no período da ditadura militar, de modo que no movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira também na área da saúde. Sanitaristas ocuparam cargos importantes na administração do Estado. A democratização na saúde foi endossada pelo movimento da Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (FUNASA, 2017).

Para Vieira e Elídio (2020, p. 30) “a luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surgiu em meados dos anos de 1970, junto a um processo de fortalecimento da sociedade civil organizada que, até então, encontrava-se afastada dos espaços da política nacional”.

A redemocratização do Brasil constituiu um dos principais marcos históricos do país. As origens do movimento que culminou na edição da EC 26/1985, e da correlata convocação da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988, remontam à transição do regime ditatorial de 1964, em direção à “abertura política”, iniciada ainda no Governo Ernesto Geisel e consolidada durante o Governo do General João Batista de Figueiredo, que contribuiu com a abertura do sistema partidário e promoveu a aprovação da Lei de Anistia, em um contexto social e

político marcado por um crescimento das reivindicações dos diversos setores da sociedade e uma articulação da sociedade civil, sob a direção de instituições representativas, tais como a OAB, a CNBB e as principais entidades sindicais da época (Sarlet, 2024).

Como afirma Ensina Aith (2019, p. 15):

A formação do Estado Democrático de Direito, tal qual hoje é conhecido, resulta de um amplo processo de evolução da forma como as sociedades foram se organizando ao longo dos séculos. As origens do Estado Democrático de Direito podem ser buscadas nos Gregos, que já nos séculos V a I a.C. pensavam sobre a melhor forma de organização da sociedade para o atendimento do interesse comum. Entretanto, foi somente no final do século XVIII que as grandes bases do Estado de Direito foram consolidadas.

De modo que, passou-se a ter um efetivo início de transição de um governo ditatorial para um governo democrático, com efetiva participação das diversas camadas da sociedade civil e a busca da garantia e efetivação dos direitos da pessoa humana. Neste sentido, é o que ensina Moraes (2023, p. 5):

O Estado Democrático de Direito, caracterizador do Estado Constitucional, significa que o Estado se rege por normas democráticas, com eleições livres, periódicas e pelo povo, bem como o respeito das autoridades públicas aos direitos e às garantias fundamentais que é proclamado, por exemplo, no caput do art. 1º da Constituição da República Federativa do Brasil, que adotou, igualmente, em seu parágrafo único, o denominado princípio democrático ao afirmar que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”, para mais adiante, em seu art. 14, proclamar que “a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante: I – plebiscito; II – referendo; III – iniciativa popular”.

Assim, a ideia de Estado democrático de direito, consagrada no art. 1º da Constituição Federal de 1988, é a síntese histórica de dois conceitos que são próximos, mas que não se confundem: os de constitucionalismo e de democracia. Constitucionalismo significa, em essência, limitação do poder e supremacia da lei (Estado de direito, *rule of law*, *Rechtsstaat*). Democracia, por sua vez, em aproximação sumária, traduz-se em soberania popular e governo da maioria (Barroso, 2024).

Desta forma, tem-se o denominado princípio democrático, o qual garante fundamentalmente a exigência da integral participação de todos e de cada uma das pessoas na vida política do país, a fim de garantir o respeito à soberania popular.

No âmbito de uma fase que se pode designar de preparatória da Assembleia Constituinte, o então Presidente da República José Sarney, criou e nomeou, sob a presidência de Afonso Arinos de Mello Franco, uma Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, denominada de “Comissão dos Notáveis”, formada por 50 (cinquenta) personalidades ilustres e ligadas às mais diversas áreas da vida econômica, social, política e cultural. Portanto, não integrada apenas por juristas, revelando um perfil inquestionavelmente plural e heterogêneo, inclusive em termos de orientação ideológica, com o intuito de elaborar um anteprojeto de Constituição (Sarlet, 2024).

A Assembleia Nacional Constituinte foi instalada no dia 1.º de fevereiro de 1987, na sede do Congresso Nacional, sob a presidência do Min. José Carlos Moreira Alves, que, na época, presidia o STF, tendo sido composta de 559 membros (487 deputados federais e 72 senadores, dos quais 23 eram ainda oriundos do quadro de senadores eleitos de modo indireto, em 1982, os assim chamados senadores “biônicos”, com mandato até 1990) (Sarlet, 2024).

O texto da Constituição da República Federativa do Brasil foi promulgado em 05 de outubro de 1988, com 245 artigos no corpo permanente, distribuídos em nove títulos: (a) princípios fundamentais; (b) direitos e garantias fundamentais; (c) organização do Estado; (d) organização dos poderes; (e) defesa do Estado e instituições democráticas; (f) tributação e orçamento; (g) ordem econômica e financeira; (h) ordem social; (i) disposições gerais.

No que diz respeito às suas principais características, além do seu perfil analítico e casuístico, já referido, a Constituição Federal de 1988 pode ser considerada como a mais democrática e avançada em nossa história constitucional, seja em virtude do seu processo de elaboração, seja em função da experiência acumulada em relação aos acontecimentos constitucionais pretéritos, tendo contribuído em muito para assegurar a estabilidade institucional que tem sido experimentada desde então no Brasil, de modo que pode-se ser considerado o principal marco da redemocratização do Brasil (Sarlet, 2024).

Nesse contexto, em 1986, na denominada VIII Conferência Nacional de Saúde, foram lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único, visando firmar a linha ideológica de que a saúde é vista como dever do Estado, a qual também foi importante para a construção da redemocratização do Brasil, em especial, o texto da CRFB/88.

Foram cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos traçados: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial” (Saúde, 2019).

O crescimento do movimento sanitário, organizado desde os anos 1970, foi de suma importância para o amplo debate dessas questões. Enquanto o país passava pelo processo de redemocratização, o movimento ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento, com a criação de órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 (Saúde, 2019).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi a primeira conferência que contou com a participação de usuários. Antes dela, os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. As conferências eram “intraministério”. O Ministério da Saúde convidava pessoas das secretarias e intelectuais, mas os eventos não tinham a dimensão atual. O relatório final apontou o consenso em relação à formação de um Sistema Único de Saúde, separado da previdência e coordenado, em nível federal, por um único ministério.

Também foram aprovadas as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município. O relatório apontou ainda a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema (Saúde, 2019).

Após a preparação do referido relatório, para que as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde pudessem se estruturar melhor e chegar à nova Constituição, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987. A mencionada foi responsável por dar a conotação política e a CNRS deu o arcabouço técnico. A CNRS era composta por representantes de segmentos importantes, inclusive do setor privado.

Como leciona Aith (2019, p.27):

O Brasil tem avançado muito nesse sentido, como teremos oportunidade de verificar mais adiante, mas a democracia sanitária ainda tem muito a evoluir. No caso do Direito à saúde, a sua plena realização depende diretamente da atuação do Estado, já que a promoção, proteção e recuperação da saúde dependem, sempre, de uma determinada ação a ser tomada pelos órgãos estatais, seja essa ação de cunho legislativo (elaboração de leis voltadas à proteção do Direito à saúde), executivo (execução de políticas públicas, como vigilância sanitária, atendimento clínico ou hospitalar, regulamentação e aplicação de alguma lei, fornecimento de medicamentos) ou judicial (exercício da jurisdição quando um cidadão se sentir lesado no seu Direito à saúde).

Compreende-se que, apesar de que no período pré-constituição de 1988 ocorreram diversos movimentos sociais e jurídicos em prol da garantia do direito e acesso à saúde, este ainda não era assegurado de forma satisfatória aos indivíduos, de modo que à luz dos anseios das diversas camadas da sociedade, no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde do ano de 1986, foram aprovadas resoluções que foram diretamente encaminhadas para a constituinte, que antecedeu a então CRFB/88 para endossar os debates relativos ao direito à saúde, bem como que tal temática está diretamente ligada com o processo de redemocratização do Brasil, que ultrapassou o período ditatorial estabelecendo-se um regime democrático com guarida na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

2.2. A SAÚDE PÚBLICA NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 E O NASCIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Conforme demonstrado anteriormente nesse estudo, a Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988 (CRFB/88), também denominada de “Constituição Cidadã”, trata-se do mais importante diploma normativo em vigor no ordenamento jurídico brasileiro. Tal documento representa uma verdadeira vitória da nação brasileira, considerando os anseios sociais que antecederam a sua elaboração, em especial, no que diz respeito aos direitos mínimos que garantem a dignidade da pessoa humana, dentre eles, o direito à saúde, bem como que até então, o atendimento público da saúde estava restrito a 30 milhões de brasileiros. Após 1988, mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde, segundo dados do Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS, 2016).

De acordo com dados fornecidos pela FUNASA (2017):

O movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa luta travada pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988, nova ordem jurídica, assentada na Constituição, define o Brasil um Estado Democrático de Direito, proclama a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social. Além do Sistema Único de Saúde, outros sujeitos de direito que requerem proteção específica também foram reconhecidos, assim como os povos indígenas, crianças e adolescentes, deficientes físicos, etc. Inegavelmente, a sociedade brasileira deu um passo significativo em direção à cidadania. É preciso, porém, reconhecer que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanentes.

Ao reconhecer grupos vulneráveis – como povos indígenas, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência – enquanto sujeitos de direito com necessidades específicas, a Constituição de 1988 demonstrou um compromisso com a inclusão social e a proteção dos mais necessitados. Esse avanço não deve ser subestimado, pois representou um passo significativo em direção à cidadania plena e à justiça social no país.

No entanto, o desafio persiste na implementação eficaz desses direitos e na garantia de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. A responsabilidade pública pela proteção e promoção da saúde exige não apenas recursos e políticas adequadas, mas também a participação ativa da sociedade civil na fiscalização e no monitoramento das políticas públicas de saúde.

Sobre essa temática, ensina Barroso (2020, p.386):

A Constituição de 1988 é o símbolo maior de uma história de sucesso: a transição de um Estado autoritário, intolerante e muitas vezes violento para um Estado democrático de direito. Sob sua vigência, realizaram-se inúmeras eleições presidenciais, por voto direto, secreto e universal, com debate público amplo, participação popular, alternância e partidos políticos no poder. Mais que tudo, a Constituição assegurou ao país três décadas de estabilidade institucional. E não foram tempos banais. Justamente ao contrário. Ao longo desse período, diversos episódios deflagraram crises que, em outras épocas, dificilmente teriam deixado de levar à ruptura da legalidade constitucional.

Leciona Aith (2019, p. 19):

A atual concepção de Estado modela-se no sentido de direcionar a estrutura estatal para a promoção e proteção dos Direitos Humanos (civis, políticos, sociais, econômicos, culturais, difusos e coletivos). Estes direitos, por sua vez, exigem, para sua promoção e proteção, um ambiente social dotado de regras de convivência que garantam a todos, sem exceção, o respeito à vida e à dignidade do ser humano. Essas regras devem atingir não só a figura dos governados, como também, e principalmente, a figura dos governantes. O exercício do poder deve sujeitar-se a regras preestabelecidas, voltadas à promoção, proteção e garantia dos Direitos

Humanos. A esse conjunto de regras, que define o âmbito do poder e o subordina aos direitos e atributos inerentes à dignidade.

Assim, resta evidente o perfil moderno da Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988, a qual pode ser considerada como a mais democrática e avançada na evolução constitucional, seja em razão do seu processo de elaboração, seja em função da experiência acumulada em relação aos acontecimentos constitucionais históricos, tendo contribuído em muito para assegurar a estabilidade institucional que tem sido experimentada desde então no Brasil (Sarlet, 2018).

Ensina Ilibio e Vieira (2020, p. 13):

Observa-se que grande parte do percurso das políticas de saúde no país foi marcado pela exclusão de imensa parcela da população, tendo acesso aos serviços de saúde aqueles(as) que exerciam trabalho formal e podiam contribuir ou pagar por eles, restando aos(às) demais recorrer, quando possível, para a caridade ou, ainda, para as práticas alternativas. Em determinado período, tal modelo ficou conhecido por seguro social, constituindo-se em prática hegemônica por um longo tempo no país graças às elites governantes que concentraram o poder de decisão das políticas estatais. As maiores transformações nas políticas de saúde podem ser verificadas a partir de meados de 1970, em meio às práticas de resistência contra a ditadura militar (1964-1985).

Leciona Narvai (2022, p.87):

É nesse sentido que se pode afirmar que democracia é SUS, pois sem o SUS faltaria um pedaço à nossa democracia. Em um contexto democrático com essas características, o SUS não poderia ser um mero ajuntamento de serviços fragmentados, simples produtores de procedimentos executados por profissionais alienados das consequências e sentidos do trabalho que realizam, mal pagos, insatisfeitos, desvalorizados economicamente e não reconhecidos socialmente pelo que fazem. Para que a democracia seja o SUS, nosso sistema universal de saúde precisa ser propriedade de todos, por meio do Estado, e seu uso público, assegurado universalmente, sem condicionalidades e restrições arbitrárias e administrado de modo republicano, com efetiva participação de toda a cidadania, em qualquer parte do território.

Não restam dúvidas de que a CRFB/1988 se consubstanciou em um divisor de águas no que concerne ao reconhecimento de direitos e à inclusão da cidadania participativa, ao lado da representativa, em um texto constitucional nacional. O período que antecedeu a essa formulação, que contou com a participação efetiva da sociedade, da CRFB/1988 é marcado, no campo da cidadania, pela ausência de

espaços participativos e a limitação, inclusive, para o exercício da democracia representativa (Vieira, 2013).

Sobre este tema, destaca Aith (2019, p. 27):

Encerrando essa parte introdutória, resta-nos salientar que, com o reconhecimento, pela Constituição Federal, da saúde como um Direito humano fundamental, o Brasil avançou de forma bastante significativa na regulação das ações e serviços de interesse à saúde, criando no Direito brasileiro um novo ramo jurídico: o Direito Sanitário.

Com o advento da carta magna brasileira de 1988, o tema (direito à saúde) recebeu assento no título oitavo da Ordem Social, com redação e balizas definidas a partir do art. 196 da CFRB/88:

Art. 196. 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.

Leciona VIEIRA (2013):

Na modernidade, o projeto político da constituição de um ser abstrato distinto da sociedade, denominado de Estado, representou uma nova configuração, diferente de todos os modelos sociais e políticos antecedentes, quer da antiguidade ou do período medieval. Por consequência, emergiu uma nova significação para o conceito de cidadania, havendo uma nítida separação entre o Estado e a sociedade civil, não existindo mais a participação direta do cidadão no processo político, substituindo-se a cidadania participativa pela cidadania representada.

Outra inovação importante, foi a possibilidade prestação do serviço de saúde por entidades privadas ou privadas conveniadas com o poder público, nos termos do que dispõe o art. 197 da CRFB/88:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A partir de então, o acesso ao serviço público foi ampliado, já que agora independe de contribuição ou contraprestação, garantindo a todos os brasileiros de forma integral e gratuita.

Antes, conforme já exposto, o modelo era discriminatório e não garantia proteção integral e gratuita, conforme ensina Vieira (2013):

“Dessa forma, o modelo individualista do Estado Liberal, com o advento da economia capitalista moderna do século XIX, foi alvo de críticas, diante da exploração perpetrada pelo capitalismo industrial sobre os trabalhadores assalariados, os quais não gozavam de nenhuma proteção do Estado mínimo Liberal, que se mantinha omissa, desconsiderando totalmente as condições de trabalho atentatórias à dignidade humana a que se sujeitava o operariado, incluindo-se nesta classe as mulheres e as crianças. Também em decorrência do processo de industrialização, o êxodo rural gerou uma série de problemas sociais no meio urbano, sobretudo no campo da saúde e da moradia (VIEIRA, 2013).

Ao atribuir um destaque especial aos direitos sociais, o modelo de Estado adotado pela CRFB/1988 visa ao ideal da justiça social. Nessa medida, prioriza o cidadão, dando ênfase aos postulados da igualdade, liberdade e fraternidade (Bonavides, 2001).

Antes de falar-se sobre o direito à saúde elencado na carta magna, é preciso ter uma compreensão mais detalhada sobre a positivação dos direitos fundamentais. Para isso, imprescindível entender sobre sua evolução histórica. Nessa perspectiva, os direitos fundamentais são consequência dos avanços da sociedade como um todo, onde, com seu desenvolvimento, observou-se uma inevitável exigência de proteção aos direitos pertencentes aos seres humanos.

Nas palavras de Ingo Wolfgang Sarlet (2006, p.84-85), a dignidade da pessoa humana, na condição de valor fundamental que “atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais”, exige e pressupõe o reconhecimento e proteção dos direitos fundamentais de todas as dimensões. Dessa maneira, sem que se reconheçam à pessoa humana os direitos fundamentais que lhe são inerentes, em verdade estar-se-á negando-lhe a própria dignidade.

Os direitos fundamentais criam e preservam as finalidades de uma vida fundada na liberdade e dignidade, validando aqueles direitos que o ordenamento jurídico considera como fundamentais, devendo então serem respeitados contra qualquer ato que cause sua violação. Dessa forma:

Direitos fundamentais são os considerados indispensáveis à pessoa humana, necessário para assegurar a todos uma existência digna, livre e igual. Não basta ao Estado reconhecê-los formalmente; deve buscar concretizá-los, incorporá-los no dia-a-dia dos cidadãos e de seus agentes. (Pinho, 2006, p.67)

Os mencionados direitos foram baseados a partir da ordem histórico cronológica dos acontecimentos vividos pela sociedade. A cada nova ascensão de direitos, sejam esses políticos, de liberdade, civis, econômicos ou coletivos, dentre muitos outros, era marcada ou dividida assim uma nova dimensão. Tavares (2008, p.454) afirma a respeito:

Ao longo da história, assistiu-se a consagração dos direitos civis, dos direitos políticos, dos direitos sociais básicos e econômicos, dos direitos coletivos e, mais moderadamente, dos direitos das minorias, do direito ao desarmamento etc. A existência de várias dimensões é perfeitamente compreensível, já que decorrem da própria natureza humana: as necessidades do Homem são infinitas, inesgotáveis, o que explica estarem em constante redefinição e recriação, o que, por sua vez, determina o surgimento de novas espécies de necessidades do ser humano. Daí por falar em diversas dimensões de projeção da tutela do Homem, o que só vem corroborar a tese de que não há um rol eterno e imutável de direitos inerentes à qualidade do ser humano, mais sim, ao contrário, apenas um permanente e incessante repensar de direitos.

Em apertada síntese, os direitos de 1ª dimensão são aqueles considerados individualistas, de liberdade, sendo estes os primeiros reconhecidos no constitucionalismo do ocidente. Assim, são inerentes ao cidadão de forma que o Estado não deve interferir, estando assim incluídos neles os direitos políticos e individuais (Sarlet, 2017).

Já nos direitos de 2ª dimensão (essenciais para acepção do tema abordado nesse estudo), encontram-se os direitos fundamentais sociais (direitos econômicos, culturais, sociais e coletivos). Merecendo destaque que tal dimensão ganhou maior notoriedade nas constituições do século XX. Isto posto, são aqueles que têm caráter positivo, ou seja, permitem que o cidadão exija do Estado prestações sociais (Sarlet, 2017).

Como destaca Aith (2019, p. 24):

O direito à saúde encaixa-se, exatamente, neste grupo de direitos sociais que necessitam de uma atuação ativa do Estado para a sua proteção. Para a proteção dos direitos sociais, em geral, é necessário que o Estado, através de suas instituições e órgãos, adote medidas regulatórias e econômicas ativas e intervencionistas que busquem promover os direitos sociais, em busca do ideal da equidade social. É preciso garantir um patamar mínimo de vida para todos os seres humanos da sociedade brasileira, cabendo ao Estado o dever de promover e proteger os direitos sociais, principalmente da parcela da população que não tem acesso a esses direitos.

Nadson Rocha Aguiar Júnior (2017, p. 26-26) faz a seguinte referência sobre o assunto:

Inicia-se, historicamente, a inspiração e o desenvolvimento desses direitos, a partir da Revolução Francesa, no século XIX, e no início do século XX, marcados pela fixação dos direitos sociais. Tem como finalidade precípua fornecer os meios materiais necessários à efetivação dos direitos individuais. Com a definição desses direitos no ordenamento jurídico constitucional, o Estado deixa de ser tido como um inimigo que necessita de limites e passa a ter a obrigação de satisfazer as necessidades da coletividade. São pretensões que a comunidade pode exigir do Poder Público.

Os direitos de 3ª dimensão, por sua vez, estão ligados à titularidade difusa, e são identificados como sendo direitos de solidariedade e fraternidade, ou seja, tem características universais. Vemos como exemplo o direito à paz, ao meio ambiente, o direito a utilização e conservação do patrimônio histórico e cultural. Dessa maneira, tutela o ser humano sem que haja uma determinação específica, revelando-se deste modo como direitos transindividuais.

Para Marmelstein (2019, p. 16), em primeiro lugar, os direitos fundamentais possuem um inegável conteúdo ético (aspecto material). Eles são os valores básicos para uma vida digna em sociedade. Nesse contexto, eles estão intimamente ligados à ideia de dignidade da pessoa humana e de limitação do poder. Afinal, em um ambiente de opressão não há espaço para vida digna.

Nesta lógica, após anos de um processo histórico de lutas da sociedade, a CRFB/88 trouxe em seu artigo 6º e artigo 196 e seguintes, o direito à saúde, sendo este reconhecido com um direito social. Logo, a saúde deixou de ser um direito que somente determinados indivíduos tinham acesso, passando a ser um direito de todos e dever do Estado, de modo que o direito à saúde é transdimensional. De acordo com Aith (2019, p.23):

Existem, portanto, no Estado de Direito brasileiro, a partir da Constituição de 1988, direitos fundamentais (pois positivados constitucionalmente) que devem ser promovidos e protegidos pela sociedade como um todo e, principalmente, pelos órgãos de Administração do Estado criados pela própria Constituição. De fato, todo Poder carece do aparelho administrativo para a execução de suas determinações. O Estado de Direito brasileiro representa o modelo modernamente adotado para a garantia dos “princípios axiológicos supremos” dos Direitos Humanos, quais sejam, a liberdade, a igualdade e a fraternidade (solidariedade).

Nesse sentido, Sarlet (2018, p. 675), destaca a importância da previsão do direito à proteção e promoção da saúde:

É no âmbito do direito à saúde 697 que se manifesta de forma mais contundente a vinculação do seu respectivo objeto (no caso da dimensão positiva, trata-se de prestações materiais na esfera da assistência médica, hospitalar etc.) com direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana. A despeito do reconhecimento de certos efeitos decorrentes da dignidade da pessoa humana mesmo após a sua morte, o fato é que a dignidade atribuída ao ser humano é essencialmente da pessoa humana viva. O direito à vida (e, no que se verifica a conexão, também o direito à saúde) assume, no âmbito desta perspectiva, a condição de verdadeiro direito a ter direitos, constituindo, além disso, pré-condição da própria dignidade da pessoa humana. 698 Para além da vinculação com o direito à vida, o direito à saúde (aqui considerado num sentido amplo) encontra-se umbilicalmente atrelado à proteção da integridade física (corporal e psíquica) do ser humano, igualmente posições jurídicas de fundamentalidade indiscutível.

Tendo em vista o fato de que o direito à saúde está ligado diretamente ao direito à vida e a dignidade da pessoa humana, constantemente o Poder Judiciário tem atuado no controle das políticas públicas de saúde, condenando o Estado em diversas situações a fornecer serviços de saúde as pessoas comprovadamente necessitadas dos referidos, conforme leciona Barroso (2020, p. 279 e 280):

Quanto a esse último aspecto – intervenção judicial no domínio das políticas públicas –, um exemplo que se tornou corriqueiro é a condenação do Estado ao fornecimento de medicamentos ou aparelhos terapêuticos, ainda quando não estejam incluídos nas listagens do Sistema Único de Saúde. O STF chegou a realizar uma audiência pública sobre o tema, em maio de 2009, na qual se confirmou a complexidade das questões técnicas envolvidas e as possíveis implicações sistêmicas das decisões tomadas em casos individuais. Em decisão de 2010, o STF confirmou a orientação dominante na jurisprudência, no sentido de se atribuir a todos os entes federativos a responsabilidade solidária pelo fornecimento de medicamentos e terapias de eficácia reconhecida no país. Foram excluídos apenas, em linha de princípio, os tratamentos em fase experimental. A Corte destacou, ainda, a possibilidade de que o exame acerca da utilização da terapia seja feito caso a caso, sem prejuízo de assinalar a tendência de se privilegiar o juízo dos profissionais de saúde sobre a necessidade/utilidade dos tratamentos prescritos.

Para Aith (2019, p. 44):

O Direito à saúde pode ser também considerado como um Direito subjetivo público (faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado) na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação junto ao Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde.

Ainda nessa temática, cumpre destacar o caráter solidário da responsabilidade dos entes federativos pelo fornecimento de tratamento médico adequado.

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo que sua defesa deve ocorrer de forma universal (artigo 196, caput) e integral (artigo 198, II), por meio de um sistema "hierarquizado, organizado e único de saúde" (Brasil, 1988).

Sustenta Aith (2019, p. 24):

Com efeito, de nada adianta todos terem a igualdade formal garantida se as diferenças materiais, relacionadas às condições concretas de vida e oportunidade, forem capazes de anular e degenerar o sentido funcional da igualdade formal. Neste sentido, o terceiro elemento que compõe a tríade de princípios axiológicos supremos, dando a dimensão dos elementos essenciais do denominado Estado de Direito, é a fraternidade. A fraternidade, ou solidariedade, se expressa como o conjunto de regras voltadas a um escopo comum de progresso e melhoria da qualidade de vida de todos aqueles que compõe o grupo social, determinando que um dos grandes objetivos do ser humano é possuir uma sociedade que ofereça a todos os seus integrantes a igualdade material. Para tanto é que foram sendo positivados os direitos sociais como Direitos Humanos, destinados a garantir condições mínimas de existência a todos os seres humanos, em especial os mais fracos e os mais pobres. A igualdade material visa à promoção da equidade social.

A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25, afirma que a saúde é um ideal comum a ser atingido quando diz: "Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde" (DUDH, 1948).

Como explana Vieira (2013, p. 275):

A DUDH foi proclamada em 1948 pela ONU (sendo o Brasil seu signatário desde o ato de sua aprovação e proclamação), ainda sob os efeitos das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial. Mesmo sem poder vinculativo, estabelece um conjunto de princípios concernentes aos denominados direitos humanos. Deve-se registrar que a declaração não trata especificamente da saúde, mas estabelece fundamentos que indiretamente interagem com o conceito de saúde da OMS

Portanto, é uma expressão do direito de cidadania. Leciona Aith (2019, p. 26):

Os governos representativos devem, assim, executar políticas que busquem a promoção e proteção dos Direitos Humanos, sendo que qualquer política que não tenha essa finalidade torna-se, imediatamente, uma política

inconstitucional (ou ilegal), por ser contrária aos interesses dos seres humanos que compõem o Estado. Esses seres humanos, que habitam o Estado e formam o seu povo, são os titulares do Poder Estatal, e se fazem representar, transitoriamente, por um determinado Governo

Em alguns países, como Espanha e Portugal, existe, por escolha do próprio constituinte, uma distinção bem nítida entre os direitos de liberdade e os direitos sociais, sendo que apenas aos primeiros foi conferido um tratamento processual privilegiado. Daí por que para muitos juristas portugueses e espanhóis, os direitos sociais, previstos nas constituições dos respectivos países, não são considerados como direitos fundamentais (Marmelstein, 2019).

Essa linha de raciocínio jurídico, no entanto, não se aplica ao modelo brasileiro, uma vez que a Constituição Federal de 1988 não fez distinção, quanto ao regime de proteção jurídica, entre os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e culturais. No Brasil, tanto um quanto o outro podem ser considerados como legítimos direitos fundamentais e, em razão disso, todos os meios processuais disponíveis (mandado de segurança, ação civil pública, ação popular, mandado de injunção, arguição de descumprimento a preceito fundamental etc.) podem ser utilizados para protegê-los indistintamente. Essa foi uma escolha clara do constituinte brasileiro (Marmelstein, 2019).

Com isso, resta demonstrado que o direito à saúde ao estar dentro do rol de direitos fundamentais sociais, tem uma prestabilidade genuína (e imediata) que independe que sua concretização seja afetada pela vontade do legislador ordinário. Ensina Aith (2019, p. 31):

O Direito à saúde é reconhecido não só através da Constituição Federal como também por meio de Tratados e Declarações de Direito internacional. O Brasil possui um sistema de proteção dos Direitos Humanos que integra ao ordenamento jurídico nacional as proteções oferecidas pelas normas jurídicas de direito internacional.

Assim, se um indivíduo precisa de um tratamento médico adequado, seja a disponibilidade de uma caixa de medicamento ou até mesmo uma cirurgia de alto custo, o Estado deve providenciá-lo, conforme já destacado. Ensina Aith (2019, p. 44):

De outro lado, deve-se ter em vista que o Direito à saúde também se configura em um direito subjetivo público, ou seja, um direito oponível ao Estado por meio de ação judicial, pois permite que um cidadão ou uma

coletividade exijam do Estado o fornecimento de um medicamento específico ou de um tratamento cirúrgico. Assim, o Direito à saúde é, ao mesmo tempo, um direito social e um direito subjetivo, pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam que o Estado adote medidas específicas em benefício da sua saúde ou que o Estado se abstenha de adotar ações que possam causar prejuízos à saúde individual ou coletiva (ou seja, também exige abstenção do Estado, como por exemplo não poluir o ambiente).

Todavia, no plano prático, existem desníveis sociais que não efetivam tal garantia, deixando claro que, apesar de a saúde ser um direito fundamental social universal e integral que deve ser garantido, ainda existe uma falha na sua prestação administrativa, sem a intervenção de qualquer instituição.

Diferentemente da previdência social, o sistema público de saúde é para todos, isto é, independe de contribuição. Desde a gestação e por toda a vida, a atenção integral à saúde é um direito. Descentralizado, municipalizado e participativo, com 100 mil conselheiros de saúde. Promoção, proteção, recuperação e reabilitação são características do direito à saúde. Saúde é qualidade de vida. Estima-se que aproximadamente 152 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde, conforme dados do Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS, 2016).

A constituição cidadã, ao traçar as principais disposições quanto a este ponto, por sua vez, dispõe em seu Art. 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988)

O projeto de concepção de saúde pública, constituída pelo sistema único, de caráter universal e rompida com o modelo privatizante anteriormente experimentado, teve o seu nascedouro no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), na qualidade de aglutinador dos novos movimentos sociais, que veio a construir a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Ele se vinculou a uma construção engajada no processo de democratização do país, mas que não se restringiu ao paradigma

representativo, propondo a inserção da participação da Sociedade nesse novo modelo sanitário que era proposto (Vieira, 2013).

Para Sarlet (2024, p. 307), num segundo momento, a Constituição remete a regulamentação das ações e serviços de saúde ao legislador (art. 197), além de criar e fixar as diretrizes do sistema único de saúde (art. 198), oportunizando a participação (em nível complementar) da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde (art. 199), bem como estabelecendo, em caráter exemplificativo, as atribuições (nos termos da lei) que competem ao sistema único de saúde (art. 200).

Os serviços de atendimento hospitalar público, contam com mais de 6.528 hospitais credenciados (públicos, privados e filantrópicos) e 38 mil Unidades Básicas de Saúde. Os planos de saúde e atendimento privado, atendem 46,6 milhões de pessoas, mas é o SUS que realiza 75% dos procedimentos de alta complexidade no País, em conformidade com dados do Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS, 2016).

Assim, consagrado no art. 6.º de nossa Constituição, e no art. 196, o direito à saúde encontrou sua maior concretização em nível normativo-constitucional, para além de uma significativa e abrangente regulamentação normativa na esfera infraconstitucional, com destaque para as leis que dispõem sobre a organização e os benefícios do SUS e o fornecimento de medicamentos.

Mesmo assim, basta uma leitura superficial dos dispositivos pertinentes (arts. 196 a 200) para que se perceba que se encontra, em verdade, no que diz com a forma de positivação, tanto em face de uma norma definidora de direito (direito à saúde como direito subjetivo, de todos, portanto de titularidade universal), quanto diante de normas de cunho impositivo de deveres e tarefas, pois o art. 196 enuncia que a saúde é direito de todos e dever do Estado, além de impor aos poderes públicos uma série de atribuições nesta seara (como a de promover políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e prestações nesta esfera) (Sarlet, 2024).

Afirma Vieira (2013, p. 275):

Portanto, nessa linha, a saúde deve ser visualizada como um processo em construção, não como algo acabado. Ela é influenciada pelo meio no qual o sujeito humano convive e pelas relações políticas, econômicas e sociais.

Como sendo algo em construção/reconstrução, a abrangência de seu significado dependerá dos interesses e das forças sociais envolvidas no processo. Por conseguinte, o espaço saúde se caracteriza como um ambiente onde a cidadania pode e deve ser exercitada, onde as forças sociais que compõem a Sociedade devem atuar para que ela venha representar não apenas uma promessa, mas se concretize em um instrumento de resgate da dignidade do ser humano.

Com isso, resta demonstrado que o direito à saúde, ao estar dentro do rol de direitos fundamentais sociais, tem uma prestabilidade genuína (e imediata) que independe que sua concretização seja afetada pela vontade do legislador ordinário.

2.3. OS PRINCÍPIOS E A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As políticas públicas são ações governamentais (envolvendo Estado e governo) que produzem efeitos frente às demandas da coletividade, visando coordenar e executar direitos que estão previstos na Constituição Federal de 1988.

Nessa linha, ensina Dias e Matos (2012, p. 11):

Um primeiro passo para se discutir política pública é compreender o conceito de “público”. As esferas que são rotuladas como públicas são aquelas que estão em oposição a outras que envolvem a ideia de “privado”. O público compreende aquele domínio da atividade humana que é considerado necessário para a intervenção governamental ou para a ação comum. Fazem referência a esse âmbito comum muitos termos utilizados com frequência, tais como: interesse público; setor público; opinião pública; saúde pública entre outros. O conceito de política pública pressupõe que há uma área ou domínio da vida que não é privada ou somente individual, mas que existe em comum com outros. Essa dimensão comum é denominada propriedade pública, não pertence a ninguém em particular e é controlada pelo governo para propósitos públicos. A sua localização na esfera pública é a condição de tornar-se objeto de política pública. É nesse âmbito que as decisões são tomadas pelo público, para tratar de questões que afetam as pessoas em comunidades; todos os tipos de outras decisões são feitas em empresas, nas famílias e em outras organizações que não se consideram parte da esfera pública. A esfera pública pode ser pequena como uma vila ou do tamanho de um país. Qualquer que seja a escala, as políticas públicas remetem a problemas que são públicos, em oposição aos problemas privados

Isto é, são todas as tarefas que partem do Estado, bem como sua forma de execução, que se convertem em benefícios para a população, tudo isso pautado em objetivos reconhecidos como sendo fundamentais. São diretrizes do poder público.

Dito isso, vale ressaltar que as políticas públicas têm influência das pressões da coletividade – e grupos de poder, onde questões de reconhecimento e

avaliação de opções, por exemplo, também são analisadas, mostrando dessa maneira que diversas etapas podem ocorrer até que se chegue a sua implementação de fato.

As políticas regulatórias, por outro lado, envolvem discriminação no atendimento das demandas de grupos, distinguindo os beneficiados e prejudicados por essas políticas, estabelecendo controle, regulamento e padrões de comportamento de certas atividades políticas. Este tipo de política nasce do conflito entre coalizões políticas de interesses claros e opostos, uma vez que gera claramente uma distinção entre favorecidos e desfavorecidos (quem ganha e quem perde). Essas políticas determinam as regras para realização de determinadas atividades e materializam-se, por exemplo, nas regulamentações dos setores econômicos e de serviços, tais como as telecomunicações, regras de tráfego aéreo e códigos de trânsito, as leis ambientais, defesa do consumidor (Dias e Matos, 2012).

As políticas redistributivas, a seu turno, atingem maior número de destinatários e constituem, em geral, as políticas sociais universais, como a Previdência Social e o Sistema Único de Saúde. Assim, tem como objetivo redistribuir recursos financeiros, direitos ou outros benefícios entre os grupos sociais, intervindo na estrutura econômica social, através da criação de mecanismos que diminuam as desigualdades. Podem ser de forma direta, por intermédio de transferências de renda, ou indiretas, por influenciarem a longo prazo a redução das desigualdades sociais.

Caracterizam-se pelo jogo de soma zero, pela contraposição de interesses claramente antagônicos. Isto é, para que alguns ganhem, outros têm de perder. São exemplos, os programas de previdência, seguro-desemprego, cotas raciais para universidades, bolsa família, reforma agrária (Dias e Matos, 2012).

As políticas constitutivas, por fim, são políticas públicas que estabelecem regras sob as quais outras políticas públicas são selecionadas. De modo que podem ser compreendidas como aquelas políticas que definem as competências, jurisdições, regras da disputa da política e da elaboração de políticas públicas. Pode-se citar como exemplos as regras do sistema político-eleitoral, a distribuição de competências entre os poderes e esferas, regras das relações intergovernamentais, regras da participação da sociedade civil em decisões públicas (Dias e Matos, 2012).

Em um contexto de políticas públicas redistributivas no âmbito dos direitos sociais, o Título II da CRFB/88, que trata dos direitos e garantias fundamentais, traz em seu bojo o direito à saúde, onde tal reconhecimento firmou, de certa forma, o Direito Sanitário no Brasil.

No Brasil, vale destacar que, o setor público cumpre papel importante no desenvolvimento da nação, quer garantindo um ambiente estável e seguro para os investimentos, quer oferecendo políticas públicas que estimulem a eficiência da economia e a equidade na distribuição dos recursos.

As demandas sobre o setor público são de grande quantidade e complexas em nações que têm grandes dimensões e exibem elevadas desigualdades, como no caso do Brasil. O Brasil é o quinto maior país do mundo em extensão territorial, com mais de 8,5 milhões de quilômetros quadrados, superado apenas pela Rússia, Canadá, China e Estados Unidos. É também o quinto maior país em tamanho de população. Com seus mais de 200 milhões de habitantes, está abaixo de China, Índia, Estados Unidos e Indonésia, de modo que as políticas públicas assumem papel fundamental no desenvolvimento igualitário da população (Mendes e Silva, 2017).

Dessa maneira, o SUS – Sistema Único de Saúde foi criado como a política pública de Estado responsável pela execução ao direito à saúde no país, estando inserido no Título VIII, Capítulo II, da CRFB/88, relativo à Ordem Social e à Seguridade Social.

O SUS é um complexo organizado de serviços de saúde ofertado para toda a população (independente de raça, gênero, posição social, cor), com estabelecimentos/instituições públicas sob o amparo do poder público.

Afirma Aith (2019, p. 58):

Todas as instituições jurídicas acima mencionadas são orientadas pelos objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos pela Constituição Federal e pela legislação sanitária brasileira. São esses os elementos centrais que unem as diversas instituições do SUS, coordenando-os rumo aos objetivos específicos traçados pela Constituição e balizando a sua atuação através de um conjunto de diretrizes e princípios básicos que devem ser observados e seguidos por todos.

A lei maior, em seu art. 198, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as

seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (Brasil, 1988).

Nessa perspectiva, o SUS é uma política coletiva de estado, com caráter permanente. Ensina Aith (2019, p.50):

O SUS é uma instituição jurídica criada pela Constituição Federal de 1988. A nossa carta define o SUS (art. 198), estabelece as suas principais diretrizes (Art. 198, incisos I a III), expõe algumas de suas competências (art. 200), fixa parâmetros de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, parágrafos 1º a 3º) e orienta, de modo geral, a atuação dos agentes públicos estatais para a proteção do Direito à saúde (arts. 196,197 e 198, caput).

O SUS é constituído por uma série de serviços que possuem objetivos diferentes e complementares, contudo, sempre com foco na saúde e seguindo os princípios e diretrizes preconizados pela lei federal nº 8.080/90. Eles podem estar sob a gestão de qualquer uma das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Isso determinará a abrangência de suas ações: os serviços federais geralmente determinam regras e fluxos que são referências para os demais serviços nacionais (estaduais e municipais), e estes, por sua vez, são referências locais, responsáveis pelos seus estados e cidades (Solha, 2014).

Leciona Solha (2014, p. 21):

As equipes que prestam assistência direta à população devem conhecer esses conceitos, utilizando-os como norteadores de suas ações cotidianas, por exemplo, durante o acolhimento às pessoas e suas demandas de saúde, garantindo o acesso da população ao serviço e um tratamento de forma humanizada. É papel do gerente liderar as equipes para a prestação de cuidados qualificados e em consonância com os princípios do SUS.

Percebe-se a importância de equipes de saúde conhecerem e aplicarem conceitos fundamentais durante o atendimento à população, como o acolhimento humanizado e o acesso universal aos serviços de saúde. Embora seja ideal que as equipes de saúde atuem de acordo com os princípios do SUS, na prática, a realidade pode ser diferente. Muitos serviços de saúde enfrentam desafios estruturais, como falta de recursos financeiros e materiais, sobrecarga de trabalho e *déficit* de profissionais qualificados. Isso pode comprometer a qualidade e a humanização do atendimento, mesmo quando as equipes estão motivadas a seguir os princípios estabelecidos.

O gerenciamento eficaz também requer habilidades de liderança que nem sempre são desenvolvidas de forma adequada nos gestores de saúde. Outro ponto crítico refere-se à garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Apesar dos esforços do SUS, existem disparidades regionais e socioeconômicas significativas que impactam diretamente o acesso das pessoas aos cuidados de saúde. Isso pode resultar em uma prestação desigual de serviços, indo contra o princípio da equidade que o SUS visa promover.

Com efeito, Favaro (2017, p. 61) afirma:

São concebidas como programas e ações destinadas a atingir os propósitos e resultados esperados pelo governo, porquanto é por meio delas que os direitos sociais em sentido estrito (direitos a prestações positivas) são contemplados pelo Estado. Tal realidade se acentua no pertinente ao direito à saúde, na medida em que sua garantia depende de uma vasta e complexa estrutura de prestação de serviços públicos, cujas deficiências e limitações catalisam o fenômeno da judicialização no Brasil.

Em contrapartida, apesar de as políticas públicas serem uma pauta bastante valorada na nossa sociedade (seja por quem as elabora ou por quem irá utilizá-las), essas ações governamentais, no plano prático, ainda enfrentam dificuldades para sua implementação e efetivação, principalmente no que diz respeito a seara da saúde e, em especial, na realidade das pessoas enquadradas como hipervulneráveis.

Diante dessas informações, a vulnerabilidade é uma questão levantada que merece destaque, haja vista a situação de pandemia vivenciada não só no nosso país, mas em todo atual contexto mundial, que fez com que aqueles que tinham um acesso dificultoso às políticas públicas sociais, tivessem que enfrentar uma verdadeira barreira para utilizar os serviços públicos, de modo que restou prejudicado o caráter de acesso universal que o direito à saúde possui.

Justamente por isso, os impactos no campo da saúde foram demasiadamente grandes, deixando à margem populações já consideradas carentes. Assim, é indispensável que seja abordado de maneira mais profunda o assunto pandemia.

Durante a Pandemia COVID-19, restou mais evidente a importância e o caráter universal do SUS e do direito à saúde, haja vista que a exemplo dos planos de vacinação e dos tratamentos desnecessários em decorrência desse vírus, o SUS

buscou atender toda a população do país, independente de classe social, o que em contrapartida, também evidenciou a necessidade de aparelhamento e destinação de mais verbas para o referido sistema.

Assim, defende Sarlet (2018, p. 678):

Em primeiro plano, a garantia do direito à saúde para todos (universalidade) e em igualdade de condições (acesso igualitário) não se identifica com os benefícios no âmbito da assistência social (prestação completamente desvinculada de qualquer contraprestação específica por parte do beneficiário, nos termos expressos pela Constituição Federal). Além disso, o que a Constituição assegura é que todos tenham, em princípio, as mesmas condições de acessar o sistema público de saúde, mas não que qualquer pessoa, em qualquer circunstância, tenha um direito subjetivo definitivo a qualquer prestação oferecida pelo Estado ou mesmo a qualquer prestação que envolva a proteção de sua saúde.

Em atenção aos comandos do Poder Constituinte Originário, o legislador ordinário tratou de editar a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, em especial, no que diz respeito à organização do SUS.

Assim, dispõem os Arts. 1º a 3º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (Brasil, 1990)

Ao enfatizar o papel do Estado na formulação e execução de políticas que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, a legislação reconhece a

complexidade dos determinantes sociais e econômicos que influenciam os níveis de saúde da população. Além do dever estatal, a lei também destaca a responsabilidade compartilhada de indivíduos, famílias, empresas e sociedade em contribuir para o bem-estar físico, mental e social, refletindo um compromisso coletivo na construção de um sistema de saúde acessível, universal e igualitário em todo o território nacional.

Leciona Solha (2014, p. 11):

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências (BRASIL, 1990). Traz também princípios calcados em ética e solidariedade, para guiar o sistema: universalidade (todo cidadão brasileiro tem direito a usar os serviços do SUS); equidade (os serviços devem ser ofertados de acordo com a necessidade de cada cidadão/população, com justiça social); e integralidade (os serviços devem ter foco na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na cura e na reabilitação, atendendo às necessidades de saúde da população como um todo).

A lei Federal nº 8.080/90, em seu título III, dispõe que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como que estão incluídas no disposto do Art. 4º, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, e ainda que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (Brasil, 1990).

Relativamente a esse ponto do presente estudo, ensina Sarlet (2018, p. 676):

Consagrado no art. 6.º de nossa Constituição, é no art. 196 e ss. Que o direito à saúde encontrou sua maior concretização em nível normativo-constitucional, para além de uma significativa e abrangente regulamentação normativa na esfera infraconstitucional, com destaque para as leis que dispõem sobre a organização e os benefícios do SUS e o fornecimento de medicamentos.

Quando o SUS foi efetivado, os princípios e diretrizes foram pensados e discutidos para guiar e organizar o trabalho de todos os envolvidos na construção e

operacionalização do sistema. Pode-se dizer que esses princípios e diretrizes são a filosofia do SUS, preceitos éticos e organizacionais que devem pautar as decisões tomadas em todos os níveis de gestão e no trabalho cotidiano nos serviços de saúde, que devem guiar principalmente autoridades e trabalhadores, visando a efetivação do direito à saúde (Solha, 2014).

Dentre outras disposições previstas na referida legislação, o diploma normativo em comento, prevê expressamente os princípios do Sistema Único de Saúde, em seu Art. 7º, nos seguintes termos:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017) (Brasil, 1990)

Leciona Aith (2019, p. 59):

A Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, definindo-o no seu art. 198 como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde. Os grandes responsáveis pela organização e execução das ações e serviços públicos de saúde são os órgãos do Poder Executivo de cada ente federativo brasileiro. Para auxiliar o Administrador Público na sua importante tarefa, o legislador Constitucional optou por expressamente inserir no texto do Constitucional as linhas mestras que deveriam ser seguidas para que o SUS se concretizasse de maneira condizente com a dignidade da pessoa humana e com o pleno respeito aos Direitos Humanos.

Ao definir o SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, a Constituição estabelece claramente a responsabilidade dos órgãos do Poder Executivo em cada esfera federativa na organização e execução desses serviços. A inclusão de linhas mestras no texto constitucional visa orientar os gestores públicos na garantia da saúde como um direito fundamental, alinhado com a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos.

Contudo, é importante pensar nos desafios enfrentados na implementação desses princípios. Apesar das diretrizes constitucionais claras, a realidade do SUS muitas vezes é marcada por desigualdades regionais significativas, falta de infraestrutura adequada, escassez de recursos financeiros e humanos, além de gestão deficiente. Esses fatores podem comprometer a eficácia e a universalidade dos serviços de saúde oferecidos à população, impactando diretamente a qualidade de vida e o acesso equitativo aos cuidados de saúde, sobretudo quando se pensa sob o viés da regionalização.

Destaca Solha (2014, p. 41):

Outro importante resultado de processo de regionalização é a possibilidade de trabalhar a realidade local, com seus determinantes e características populacionais. Pense em uma cidade no interior do Ceará e outra em Santa Catarina: os determinantes de saúde são os mesmos? As potencialidades para resolver problemas são iguais? As pessoas reagem da mesma forma diante das dificuldades? A resposta mais provável para essas perguntas é: não! Por isso, é fundamental que a assistência à saúde seja pensada dentro dos municípios, que conhecem como ninguém sua realidade, pois o que pode dar certo no Ceará pode ser um grande erro em Santa Catarina e vice-versa. Tanto o SIA quanto o SIH são sistemas que dão suporte para o faturamento dos procedimentos realizados nos serviços de saúde do SUS.

Dentre os referidos princípios, merecem especial destaque os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, haja vista que tais princípios deixam evidente que o SUS beneficia a maior parte da população brasileira.

Por sua vez, no capítulo III da lei Federal nº 8.080/90, o legislador fez constar a Organização, Direção e Gestão do SUS. Destaca-se que as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (lei Federal nº 8.080/90, Art. 8º). (Brasil, 1990).

Afirma Aith (2019, p. 67):

Uma vez definido o círculo de competências do Sistema Único de Saúde, a Lei 8.080/90 delineia a sua organização e a forma de coordenação de esforços entre as diversas instituições jurídicas que o compõe. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (art. 8º). Compete aos entes federativos articularem-se para dotar o sistema de mecanismos de integração e somatória de esforços que tornem o SUS mais eficiente, eficaz, ágil e resolutivo.

Por conseguinte, o Art. 9º, e seus incisos de I a III, disciplinam que a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelo Ministério da Saúde no âmbito da União, no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (Brasil, 1990).

Destaca Aith (2019, p. 52-53):

O Ministério da Saúde representa, no âmbito Federal, a Direção Única do SUS de que trata o art. 198 da Constituição Federal. Significa dizer que o Ministro de Estado da Saúde é, no âmbito da União, a autoridade sanitária máxima. Compete, assim, ao Ministro de Estado da Saúde decidir em última instância sobre todas as questões relacionadas com a saúde no Brasil, notadamente se forem questões relacionadas com as competências do órgão federal no âmbito do SUS (na função normativa destaca-se a de estabelecer as normas gerais).

Destarte, resta demonstrada a importância da disciplina dos princípios e organização do SUS no bojo da lei Federal nº 8.080/90, os quais possuem o papel fundamental de orientar e comandar a execução do Sistema Único de Saúde.

2.4. SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO

Conforme evidenciado no presente estudo, o direito à saúde se trata de um direito fundamental e humano, estando diretamente relacionado ao direito à vida e a dignidade da pessoa humana, isto é, o direito à saúde se revela como expressão de outros direitos inerentes ao ser humano e ao estado de bem-estar social.

Atualmente, o Direito ao Desenvolvimento, está reconhecido, e trouxe consigo algumas reflexões controvertidas, estabelecidas em nível internacional, relacionadas à sua natureza, previsão normativa e eventual conflito com os demais direitos que já haviam sido reconhecidos pelo ordenamento jurídico. Considerado por alguns como um simples objeto das ciências econômicas, dirigido exclusivamente ao cumprimento de políticas públicas de ordem econômica voltadas ao avanço da sociedade, o Direito ao Desenvolvimento passou a ser largamente reconhecido como possuidor de uma natureza jurídica, e mais que isso, como sendo um direito protetor da dignidade da vida humana (Dias e Simões, 2013).

O Direito ao Desenvolvimento e o direito à saúde, como ideais de direitos fundamentais e direitos humanos devem ser interpretados conforme o critério da interpretação *pro persona* ou *pro homine*.

Assim, vale ressaltar que o critério da interpretação *pro persona* ou *pro homine* exige que a interpretação dos direitos humanos seja sempre aquela mais favorável ao indivíduo. A interpretação *pro homine* implica reconhecer a superioridade das normas de direitos humanos, e, em sua interpretação ao caso concreto, na exigência de adoção da interpretação que dê posição mais favorável ao indivíduo (Ramos, 2023).

A interpretação *pro persona*, todavia, sofre desgaste profundo pelo reconhecimento da existência da interdependência e colisão aparente entre os direitos, o que dificulta a adoção desse critério no ambiente do século XXI no qual há vários direitos (de titulares distintos) em colisão. Surgem indagações como: A) como adotar a interpretação *pro persona* em causas envolvendo direitos em colisão? B) qual indivíduo deve ser privilegiado e qual indivíduo deve ter seu direito comprimido? De modo que a referida interpretação deverá ser ponderada em caso concreto (Ramos, 2023).

Na mesma linha do critério *pro persona*, há o uso do princípio da prevalência ou primazia da norma mais favorável ao indivíduo, que defende a escolha, no caso de conflito de normas (quer nacionais ou internacionais) daquela

que seja mais benéfica ao indivíduo que pleiteia o seu direito. Por esse critério, não importa a origem (pode ser uma norma internacional ou nacional), mas sim o resultado: o benefício ao indivíduo. Assim, seria novamente cumprido o ideal *pro homine* das normas de direitos humanos (Ramos, 2023).

Embora existam problemáticas quanto a aplicação do critério *pro homine*, o Poder Judiciário, nesse processo hermenêutico que prestigia o critério da norma mais favorável (que tanto pode ser aquela prevista no tratado internacional como a que se acha positivada no próprio direito interno do Estado), deverá extrair a máxima eficácia das declarações internacionais e das proclamações constitucionais de direitos, como forma de viabilizar o acesso dos indivíduos e dos grupos sociais, especialmente os mais vulneráveis, a sistemas institucionalizados de proteção aos direitos fundamentais da pessoa humana, sob pena de a liberdade, a tolerância e o respeito à alteridade humana tornarem-se palavras vãs (Ramos, 2023).

Ensina, Ramos (2023, p. 62):

Apesar desse desgaste e inoperância, o critério da interpretação *pro persona* (*pro homine*) e o princípio da norma mais favorável ao indivíduo (ou à vítima) são encontrados em várias decisões judiciais, inclusive no Supremo Tribunal Federal. Para o Min. Celso de Mello, “os magistrados e Tribunais, no exercício de sua atividade interpretativa, especialmente no âmbito dos tratados internacionais de direitos humanos, devem observar um princípio hermenêutico básico (tal como aquele proclamado no art. 29 da Convenção Americana de Direitos Humanos), consistente em atribuir primazia à norma que se revele mais favorável à pessoa humana, em ordem a dispensar-lhe a mais ampla proteção jurídica.

Todavia, a despeito da sua positivação não estar capitulada numa seção própria da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, é identificada a presença do Direito ao Desenvolvimento em várias passagens do texto fundamental, ainda que de forma indireta, como no artigo 1º, III, da Constituição Federal, que ao dispor sobre os princípios fundamentais do Estado Democrático de Direito Brasileiro, define, como um dos seus pilares, o da dignidade da pessoa humana (Dias e Simões, 2013).

O desenvolvimento socioeconômico, pode ser entendido como a articulação de políticas públicas, o apoio e a implementação de iniciativas de geração de trabalho e renda, visando a inclusão produtiva, econômica e social, de forma a promover o incremento da renda familiar e a melhoria da qualidade de vida

da população, fomentando condições para um processo de desenvolvimento socioterritorial (Brasil, 2014).

Explica Nakabashi (2021):

Para o desenvolvimento econômico de um país, por exemplo, é fundamental o aumento da capacidade produtiva, ou seja, aumentar o PIB de uma região ou de um país, o que pode melhorar a condição de vida da população e consequentemente o bem-estar. “Quando temos um país com um PIB mais alto, as pessoas tendem a ter mais acesso à saúde, educação e segurança, elementos importantes para o bem-estar.” Já o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico, medido pelo Centro de Pesquisa em Economia Regional (Ceper), leva em conta, além da renda, variáveis como educação, tanto em relação às notas dos alunos quanto em relação à distorção idade/série, indicadores de saúde e longevidade, indicadores de saúde como números de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, por mil habitantes. Também algumas variáveis que normalmente não são utilizadas, relacionadas ao saneamento básico, como índice de esgoto tratado, de coleta e de abastecimento de água, e ainda crimes contra o patrimônio, como furtos de veículos e furtos e roubos, por mil habitantes. “Utilizamos os índices de saúde porque é um índice fundamental para o bem-estar das pessoas e o saneamento básico é fundamental para a saúde.”

Com efeito, a saúde, passou a desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento socioeconômico do Brasil, embora seja uma relação complexa, haja vista o envolvimento de diferentes interesses sociais políticos e econômicos.

Por sua vez, afirmam Nuske *et al* (2017, p. 2):

A saúde, cada vez mais, vem desempenhando um papel estratégico na agenda de desenvolvimento e a relação com este tem sido reconhecida. Esta relação, entre saúde e desenvolvimento, é complexa e remete ao campo da economia, dado que envolve diferentes interesses sociais políticos e econômicos. Dessa forma, a saúde tem um papel de propulsora de desenvolvimento na sua dimensão regional com a missão pautada pelo marcante corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais e assim constituindo-se como um campo de particular relevância para coesão social e econômica no território nacional.

Assim, resta evidente que a saúde como ideal de cidadania, é intrínseca da dimensão social do desenvolvimento, de modo que a saúde como área estratégica dentro do desenvolvimento nacional pode ser considerada, a partir das dimensões econômica e tecnológica, uma vez que alavanca aproximadamente 9% do PIB brasileiro propiciando a sistematização da geração e difusão da chamada tecnologia de futuro (Nuske *et al*, 2017).

Considerando as peculiaridades deste ponto, diversos fatores podem ser pensados para efetivar a correlação entre a saúde e o desenvolvimento

socioeconômico, tais como a geração de empregos e necessidade de formação de profissionais na área da saúde, bem como a própria produção de medicamentos e insumos a serem utilizados nesta área. Nuske *et al*, (2017, p. 6), sustentam que:

Analisada a real conexão entre saúde e o desenvolvimento, percebe-se uma dupla dimensão nessa relação, uma dimensão social e outra econômica. A primeira dimensão está atrelada à saúde como parte do sistema de proteção social, alicerçada em um direito de cidadania e garantido pela Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é direito de todos, garantido mediante políticas “sociais” e “econômicas” que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos. A base produtiva em saúde constitui um mercado de aproximadamente R\$ 160 bilhões por ano, sendo responsável por 14 milhões de empregos diretos e 5 milhões indiretos. Somando a isso, a participação da saúde na geração de demandas no sistema produtivo nacional representa aproximadamente 9% do PIB observado no consumo final de bens e serviços.

A importância do direito à saúde do desenvolvimento socioeconômico restou mais evidente por ocasião dos impactos da pandemia COVID-19, haja vista que as medidas de isolamento social concebidas para achatar a curva de contágio da COVID-19 resultaram em repercussões econômicas gravíssimas, dentre elas: (i) quedas bruscas de receita em todos os grandes setores da economia (exceto supermercados e farmácias), incluindo reduções entre 60 e 90% no turismo, no transporte aéreo, no comércio de vestuário, em bares e restaurantes e nas empresas de estacionamento (Scalzilli, Spinelli e Tellechea, 2023).

Ainda ocorreu: (ii) a diminuição de mais de 60% na renda de autônomos, empreendedores e trabalhadores informais; (iii) saída expressiva de capital estrangeiro do país rumo a mercados institucionalmente mais seguros, redundando em alta do dólar (aproximadamente 30% em abril) e queda da Bolsa de Valores (quase 50% do Ibovespa em março); (iv) previsão da OMC de maior redução do comércio internacional desde a II Guerra Mundial; (v) projeções de quedas históricas nos PIB de economias desenvolvidas (7,5% dos países da zona do euro, com destaque negativo para o Reino Unido com retração projetada de 13%, e 5,9% nos Estados Unidos); (vi) mais de 90 países pedindo auxílio financeiro ao FMI; (vii) contratos de petróleo sendo negociados a preços negativos pela primeira vez na História em função da falta de capacidade de armazenamento do óleo acumulado pela queda brusca de consumo; (viii) 60% da frota mundial de aeronaves no solo, causando um problema inédito de logística de onde estacionar e como fazer a

manutenção de mais de 14.000 aviões que deveriam estar no ar (Scalzilli, Spinelli e Tellechea, 2023).

Assim, com a própria evolução histórica das políticas públicas de saúde, tem-se evoluído a correlação entre a saúde e o desenvolvimento socioeconômico, considerando que, para construção do Índice de desenvolvimento socioeconômico de uma região, deve-se levar em consideração alguns fatores fundamentais, dentre eles a saúde, que fora fortemente abalada em razão da pandemia COVID-19, o que acarretou um grave impacto econômico mundial.

3. A LUTA PELA CONSOLIDAÇÃO DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS E O PAPEL DESTAS NA GARANTIA DO ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

3.1. O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS, CONSTITUCIONALIZAÇÃO, ORGANIZAÇÃO, GARANTIAS E FUNCIONAMENTO

Hodiernamente, a defensoria pública, em seus diferentes níveis de atuação, na seara estadual ou federal, constitui-se como uma das principais instituições na efetivação dos direitos fundamentais e humanos, seja de forma individual ou coletiva. Todavia, essa instituição, como instrumento e expressão do regime democrático, e como garantia fundamental ampla e irrestrita à assistência jurídica gratuita nem sempre existiu, nesses atuais termos.

A primeira Constituição do Brasil, a Constituição Imperial do ano de 1824, aproximadamente dois anos após a proclamação da independência do país em relação à Corte Portuguesa (07/09/1822), não trouxe previsão de assistência jurídica ou judiciária. Ensina Sarlet (2024, p. 106):

Foi apenas por ocasião do período regencial que a Constituição começou a se legitimar materialmente, como texto constitucional que concedia liberdades e limitava poderes, mais especificamente a partir da abdicação do Imperador, em 7 de abril de 1831, e da institucionalização da primeira reforma constitucional, levada a efeito pelo ato adicional veiculado pela Lei 16, de 12.08.1834. Tal reforma constitucional, impulsionada pela Câmara dos Deputados, designadamente a Câmara Baixa, representante do pensamento liberal da época, trouxe avanços significativos, como a extinção do Conselho de Estado, a institucionalização da Regência Una e a criação das Assembleias Legislativas Provinciais, consideravelmente autônomas para a conjuntura política da época.⁶³⁸ Nada obstante, com o advento da chamada “Lei de Interpretação”, de 12 de maio de 1840, o conteúdo liberal das reformas foi corrigido, retrocedendo em prol das forças reacionárias do Império, especialmente mediante a restrição significativa dos poderes das Câmaras Provinciais.

Por conseguinte, a Constituição Republicana do ano de 1891, foi promulgada dois anos após a Proclamação da República brasileira (15/11/1889) e três anos após a abolição da escravatura no país (1888), e um século antes da Constituição da República Federativa do Brasil de 05/10/1988.

A primeira Constituição a trabalhar a discutida temática foi a de 1934, segundo a qual “a União e os Estados concederão aos necessitados assistência

judiciária, criando, para esse efeito, órgãos especiais assegurando, a isenção de emolumentos, custas, taxas e selos” (art. 113, 32) (Brasil, 1934).

No texto da Constituição de 1934, foi registrada a expressão “assistência judiciária” e não “assistência jurídica”, apesar de o texto constitucional ter evidenciado sua preferência pelo modelo de assistência jurídica gratuita do *salaried staff* ao mencionar que “criando, para esse efeito, órgão especiais”, embora não tenha previsto o órgão defensorial, o que somente veio a ficar exposto no vigente texto constitucional.

Destaca-se que “Dando aplicabilidade ao referido dispositivo constitucional, o Estado de São Paulo criou o “Consultório Jurídico do Serviço Social” em 1935, sendo seguido pelo Ceará, Rio Grande do Sul e Minas Gerais”. Naquele momento histórico, entretanto, tudo não passou de um projeto, que logo acabou sendo consumido pela instabilidade institucional do país (Esteves, 2018).

O texto constitucional da Carta Magna de 1934 versava sobre dois institutos distintos: um primeiro de “isenção de emolumentos, custas, taxas e selos” e o segundo a criação imposta à União e aos Estados, de “órgãos especiais” para assistir aos necessitados. Todavia, as referidas disposições possuem características distintas que permanecem até hoje, uma relacionada a dispensa do pagamento das custas judiciais e outra a assistência jurídica gratuita (Moreira, 1992).

Posteriormente, sobreveio a Política de 1937 redigida por Francisco Campos e também conhecida como “A Polaca”, em virtude de ter sido inspirada fortemente na Constituição da Polônia, de 23.04.1935, a referida fortaleceu sobremaneira o Poder Executivo, atribuindo a este uma intervenção mais ampla na elaboração das leis, assegurando a possibilidade da expedição de decretos-leis em todas as matérias de competência da União, enquanto não fosse reunido o Congresso Nacional (Sarlet, 2024).

Por conseguinte, a Carta Política de 1937, outorgada no período ditatorial de Getúlio Vargas, não tratou de assegurar a assistência judiciária ou jurídica, bem como a criação de órgão específico para tanto. Nesse sentido, afirma Esteves (2018, p.55):

Em flagrante retrocesso, a Constituição Federal de 1937 não previu qualquer direito no que tange a assistência judiciária, voltando a matéria a ser regulada unicamente pela legislação infraconstitucional. Como observa o colega Rodrigo Azambuja Martins, por ter nítida inspiração fascista, sendo apelidada de polaca em razão de sua proximidade com a Constituição

polonesa imposta pelo Marechal Josef Pilsudski, não foi nenhuma surpresa ter a Constituição de 1937 deixado de consagrar o direito do necessitado à assistência judiciária. Afinal, “não era de se esperar de uma carta constitucional feita sob medida para servir a ditadura uma enunciação pródiga de direitos e garantias fundamentais”.

Após o Estado novo, a Constituição de 1946 restabeleceu a assistência judiciária como direito constitucional dos cidadãos. Inclusive, durante a vigência da Constituição de 1946, foi editada a Lei n. 1.060/1950, a qual estabelece normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados.

Ensina Esteves (2018, p.57):

Como podemos perceber, a Lei nº 1.060/1950 acabou contemplando um sistema misto de assistência judiciária. De forma prioritária, caberia ao Poder Público organizar e manter o serviço jurídico-assistencial, que deveria ser prestado pelo regime de *salaried staff* (arts. 1º). Subsidiariamente, não sendo estruturado o serviço estatal, caberia aos próprios advogados prestar a assistência judicial aos necessitados, em caráter pro bono (art. 5º, §§ 2º e 3º). [...] Outro salto evolutivo significativo no desenvolvimento da gratuidade de justiça e no fortalecimento da assistência judiciária foi dado em 1986 e 1989, quando foram realizadas importantes mudanças na Lei nº 1.060/1950. Inicialmente, com a edição da Lei nº 7.510/1986, restou instituído o sistema da presunção de hipossuficiência econômica, estabelecendo-se que a parte faria jus a gratuidade de justiça mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não possuiria condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família (art. 4º da Lei nº 1.060/1950). Desse modo, passou-se a dispensar a apresentação de atestado de pobreza e a descrição pormenorizada dos rendimentos e encargos do requerente, sendo considerado presumidamente pobre aquele que afirmasse esta condição na petição inicial (art. 4º, § 1º, da Lei nº 1.060/1950).

A constituição de 1946, diferentemente da Constituição de 1934, foi omissa quanto à criação de órgãos públicos especialmente destinados a assistência judiciária ou jurídica, retirando-se a preferência pelo *Salaried Staff Model*, também se afastando do modelo *Pro Bono*.

Nessa toada, afirma Silva (2016, p.2):

O preceito do Art. 141, § 35, da Constituição Federal de 1946, [...] levou muitos dos Estados brasileiros a editarem leis criando serviços públicos de assistência judiciária, onde ainda não existiam, ou adaptando aqueles já existentes às novas regras estabelecidas no âmbito federal. Em Minas Gerais isto ocorreu com o Decreto-lei 2131/47 e Decreto 2841/47; em São Paulo, com o Decreto-lei 17.330/47; na Cidade do Rio de Janeiro, antigo Distrito Federal, com a Lei 216/48; [...] tem especial importância pois foi pioneira no contexto da legislação brasileira no sentido de lançar as bases do que futuramente viria a ser a atual instituição da Defensoria Pública

Na seara estadual, a prestação da assistência judiciária foi inicialmente criada pelo Estado do Rio de Janeiro, na Lei nº 2.188 de 1954, que criou os primeiros cargos de Defensor Público na carreira do Ministério Público. Contudo, a desvinculação da assistência judiciária a carreira do Ministério Público somente seu deu com a Lei Complementar 06/1977 do Rio de Janeiro, que fez surgir a Defensoria Pública como órgão, separando suas atribuições do Ministério Público.

Já no período da ditadura militar, o texto constitucional de 1967, manteve a previsão da assistência judiciária como direito, contudo, sem prever a quem caberia a garantia do referido direito. Posteriormente, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988 (CRFB/88), a “Constituição Cidadã”, a qual se trata do mais importante diploma normativo do ordenamento jurídico do país, a qual representa uma verdadeira vitória da nação brasileira. Haja vista os anseios sociais que antecederam a sua elaboração, em especial, no que diz respeito aos direitos mínimos que garantem a dignidade da pessoa humana, dentre eles, o direito à saúde.

Assim, preceitua Esteves (2018, p. 67):

Visando evitar o arbítrio e o desrespeito aos direitos fundamentais do indivíduo, a Constituição Federal de 1988, seguindo a tradicional divisão de Poderes consagrada por Montesquieu, disciplinou criteriosamente a organização das funções do Estado (Título IV – “Da organização dos Poderes”), dividindo-as entre o Poder Legislativo (Capítulo I), o Poder Executivo (Capítulo II) e o Poder Judiciário (Capítulo III).

A Constituição de 1988 consolidou o denominada Estado democrático de Direito, que nas palavras de Moraes (2023, p.19) significa a “exigência de reger-se por normas democráticas, com eleições livres, periódicas e pelo povo, bem como o respeito das autoridades públicas aos direitos e garantias fundamentais”.

A Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988 (CRFB/88), abrigou expressamente em seu texto a substituição a terminologia “assistência judiciária” por “assistência jurídica”, bem como a integralidade da assistência jurídico-estatal defensorial, conforme o texto do Art. 134, da CRFB/88, após a redação da Emenda Constitucional n. 80/2014, senão vejamos:

Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-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. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014)

§ 1º Lei complementar organizará a Defensoria Pública da União e do Distrito Federal e dos Territórios e prescreverá normas gerais para sua organização nos Estados, em cargos de carreira, providos, na classe inicial, mediante concurso público de provas e títulos, assegurada a seus integrantes a garantia da inamovibilidade e vedado o exercício da advocacia fora das atribuições institucionais. (Renumerado do parágrafo único pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

§ 2º Às Defensorias Públicas Estaduais são asseguradas autonomia funcional e administrativa e a iniciativa de sua proposta orçamentária dentro dos limites estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias e subordinação ao disposto no art. 99, § 2º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

§ 3º Aplica-se o disposto no § 2º às Defensorias Públicas da União e do Distrito Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 74, de 2013)

§ 4º São princípios institucionais da Defensoria Pública a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional, aplicando-se também, no que couber, o disposto no art. 93 e no inciso II do art. 96 desta Constituição Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014) (Brasil, 2014)

Portanto, a Defensoria Pública não se encontra vinculada a nenhum dos poderes do Estado brasileiro, revelando-se errônea a afirmação de que a instituição estaria integrada ao Poder Executivo, ao Poder Legislativo ou ao Poder Judiciário. Em verdade, a Defensoria Pública caracteriza-se como uma instituição extra poder, não dependendo de nenhum dos Poderes do Estado e não podendo nenhum de seus membros receber instruções vinculantes de qualquer autoridade pública, isto é, não existe qualquer tipo de submissão da Defensoria Pública em relação aos referidos entes (Esteves, 2018).

Assim, ensina Esteves (2018, p.68):

Foi por essa razão que o legislador constituinte incluiu as funções essenciais à justiça em capítulo próprio (Capítulo IV), junto ao título dedicado aos Poderes do Estado. Se pretendesse vincular as funções essenciais à justiça a algum dos Poderes Estatais, o legislador constituinte as teria incluído em seção inserida dentro do capítulo destinado ao Poder Legislativo (Capítulo I), ao Poder Executivo (Capítulo II), ou ao Poder Judiciário (Capítulo III), e não em capítulo autônomo ao lado das funções executiva, legislativa e judiciária.

A colocação tópica e o conteúdo do capítulo destinado às “Funções Essenciais à Justiça”, revelam a renúncia por parte do constituinte em definir explicitamente a Defensoria Pública entre os Poderes do Estado, outorgando-lhe a necessária autonomia para que possa atuar de maneira ativa na defesa da ordem jurídica democrática do país, em prol dos necessitados (Esteves, 2018).

Outro marco legal importante na criação das defensorias públicas, trata-se da Lei Complementar Federal nº 80, de 12 de janeiro de 1994, a qual organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências.

Assim, dentre os importantes direitos defendidos pelas Defensorias Públicas, com o advento da CRFB/88, em especial, pode-se citar o direito à saúde, desde a garantia da realização de procedimentos cirúrgicos pelo poder público, até a atuação interdisciplinar do direito do consumidor e o direito à saúde na garantia da realização e cobertura de procedimentos médicos pelos planos de saúde e instituições privadas, conforme já mencionado.

3.2. A DEFENSORIA PÚBLICA E AS ONDAS RENOVATÓRIAS DE ACESSO À JUSTIÇA

Historicamente, alguns entraves dificultavam e dificultam à efetivação dos direitos fundamentais e dos direitos humanos, e por consequência, da própria justiça. Um dos principais se trata dos obstáculos existentes para determinada parcela da sociedade acessar à justiça, isto é, para se ter efetivado o direito de acesso à justiça e conseqüentemente ter seu pleito jurídico apreciado e solucionado. Oliveira (2023, p.1) sustenta que “o acesso à Justiça como direito humano fundamental está previsto expressamente não só na Carta Política brasileira (CF/88, artigo 5º, XXXV), mas em diversos diplomas normativos internacionais”.

Nessa esteira, ensina Branco e Mendes (2023, p. 360):

Os direitos a prestações encontraram uma receptividade sem precedentes no constitucionalismo pátrio, resultando, inclusive, na abertura de um capítulo especialmente dedicado aos direitos sociais no catálogo dos direitos e garantias fundamentais. Além disso, verifica-se outras partes do texto constitucional encontra-se uma variada gama de direitos a prestações. Nesse contexto, limitando-nos, aqui, aos direitos fundamentais, basta uma breve referência aos exemplos da Constituição Federal, contidos no art. 17, § 3º (direito dos partidos políticos a recursos do fundo partidário), bem como no art. 5º, XXXV e LXXIV (acesso à Justiça e assistência jurídica integral e gratuita).

Destaca-se que, a resolução nº 2.656, de 7/7/2011, da Organização dos Estados Americanos (OEA) preceitua que:

1. Afirmar que o acesso à justiça, como direito humano fundamental, é, ao mesmo tempo, o meio que possibilita que se restabeleça o exercício dos direitos que tenham sido ignorados ou violados.
3. Afirmar a importância fundamental do serviço de assistência jurídica gratuita para a promoção e a proteção do direito ao acesso à justiça de todas as pessoas, em especial daquelas que se encontram em situação especial de vulnerabilidade.
5. Incentivar os Estados membros que ainda não disponham da instituição da defensoria pública que considerem a possibilidade de criá-la em seus ordenamentos jurídicos (OEA, 2011)

No ordenamento jurídico interno do Brasil, a garantia de acesso à justiça está prevista expressamente no Art. 5º, XXXV, da CRFB/88, nos seguintes termos:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
[...]
XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito; (Brasil, 1998)

Dessa forma, resta evidente o caráter de direito fundamental e humano da garantia ao acesso à justiça.

Assim, afirma Oliveira (2023, p. 2):

No mencionado projeto, os autores analisaram os obstáculos que dificultam ou obstam o efetivo acesso à Justiça — segundo os autores, obstáculos econômicos, sociais e organizacionais — para, assim, alicerçar que existem marcos na efetivação do acesso à Justiça — ondas renovatórias. O exame das barreiras ao acesso à justiça revela um padrão: os obstáculos existentes nos sistemas jurídicos são mais pronunciados nas pequenas causas e para autores individuais, especialmente os pobres; ao mesmo tempo, as vantagens pertencem de modo especial aos litigantes organizacionais, adeptos do uso do sistema judicial para obterem seus próprios interesses.

Nesse sentido, a primeira onda diz respeito à assistência judiciária ou jurídica aos economicamente vulneráveis, visando a superação dos entraves financeiros àqueles que necessitam de acesso à Justiça. Ensina Oliveira (2023, p. 2):

Trata-se, realmente, do ponto de partida na busca da efetivação deste direito fundamental, tendo em vista que, como já supramencionado, os obstáculos existentes afetam mais os litigantes individuais e pobres, sujeitos vulneráveis por natureza (podendo ou não serem considerados minorias).

Destaque-se, que a atual conjectura da Defensoria Pública entabulada no Art. 134, da CRFB/88, dá efetividade à primeira onda renovatória de acesso à justiça.

A segunda onda, está relacionada com o obstáculo organizacional, de modo que se traduz pela busca da proteção de direitos metaindividuais (difusos e coletivos). Esta onda de acesso à Justiça, que se refere à proteção dos direitos metaindividuais (difusos ou coletivos) também possui aporte na atuação da Defensoria brasileira, embasada tanto na lei quanto na jurisprudência dos tribunais superiores (Oliveira, 2023).

Já a terceira onda de acesso à Justiça, trata de um novo paradigma, as denominadas técnicas processuais efetivas e meios alternativos de solução de conflitos, e ainda, o conceito contemporâneo de justiça multiportas. A Defensoria Pública também possui relevante papel em relação a esta onda renovatória, como explica Oliveira (2023, p. 3):

No que tange à terceira onda renovatória de acesso à Justiça — a busca de meios alternativos de solução de conflitos —, esta também é cumprida pela Defensoria Pública, inclusive com supedâneo legal. O inciso II do artigo 4º da Lei Complementar nº 80/94 dispõe que é função institucional da instituição promover, inclusive de forma prioritária, a solução extrajudicial dos litígios, visando à composição entre as pessoas em conflito de interesses, por meio de mediação, conciliação, arbitragem e demais técnicas de composição e administração de conflitos. Exemplo prático desta premissa é a execução de projetos que visam incentivar o público-alvo da Defensoria a conciliar seus conflitos.

Já no ano de 2019, o professor Bryant Garth idealizou o *Global Access to Justice Project*, o qual ainda está em desenvolvimento, trazendo mais quatro novas ondas renovatórias à luz das realidades do atual século. A quarta onda, trata da ética nas profissões jurídicas e acesso dos advogados à justiça.

Já a quinta onda, busca refletir sobre o contemporâneo processo de internacionalização da proteção aos direitos humanos. Cumpre destacar a importância da Defensoria neste ponto. Primeiro, em razão da garantia de um defensor custeado pelo poder público como direito do cidadão, o que está previsto no Art. 8.2, e, do Pacto de São José da Costa Rica, que assevera ser direito irrenunciável do acusado ser assistido por um defensor proporcionado pelo Estado, se o acusado não se defender por si só nem nomear defensor no prazo legal. Noutro giro, pois a instituição pode peticionar perante entes internacionais, tais como a

Comissão Interamericana de Direitos Humanos, à luz do Art. 44 do Pacto de São José da Costa Rica:

Qualquer pessoa ou grupo de pessoas, ou entidade não governamental legalmente reconhecida em um ou mais Estados-Membros da Organização, pode apresentar à Comissão petições que contenham denúncias ou queixas de violação desta Convenção por um Estado-Parte (Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 1969)

A sexta onda renovatória de acesso à justiça, versa sobre iniciativas promissoras e novas tecnologias para aprimorar o acesso à Justiça. Tal ponto, restou em maior evidência durante o advento da pandemia COVID-19, considerando que os trabalhos relacionados com o acesso à justiça, passaram a ser realizados totalmente de forma remota.

Nesse sentido, Oliveira (2023, p. 5) afirma que “na Defensoria Pública brasileira, o atendimento on-line foi muito popularizado durante a época de pandemia da Covid-19, já que em 2020 realizou mais de 13 milhões de atendimentos”.

Ainda nessa esteira, segundo dados do Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais - CONDEGE (2021), 90,3% dos membros da Defensoria Pública prestavam atendimento ao público por via remota em 2020. Aplicativos de mensagens (78%), e-mail (68%) e aparelhos de telefonia celular (65,5%) foram os meios de comunicação apontados como os mais utilizados, superando a tradicional comunicação por telefone (49%), assim como os aplicativos que permitem a realização de videoconferência (40,9%).

No âmbito dos referidos dados, aduz Oliveira (2023, p. 5):

Outro exemplo prático de cumprimento da sexta onda renovatória de acesso à Justiça é o projeto Assistência Legal e Visita Virtual no Sistema Prisional, da Defensoria do estado do Maranhão, que possibilita aos reeducandos do sistema penitenciário o contato com familiares na forma de videoconferência, prestigiando a segurança, a dignidade humana e a comodidade aos serviços penitenciários

Por fim, a sétima onda renovatória do acesso à Justiça, versa sobre às desigualdades de gênero e raça nos sistemas de Justiça. Destaque-se que o enfoque da referida onda é a proteção de grupos sociais vulneráveis ou culturalmente vulnerabilizados (Oliveira, 2023).

Nessa linha, o artigo 4º, inciso X, da LC 80/94, diz ser função institucional da Defensoria Pública:

Art. 4º São funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras:

[...]

X – Promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos necessitados, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela. (Brasil, 1994)

Cabe mencionar que, existem núcleos especializados de proteção à mulher vítima de violência doméstica, nos termos do artigo 5º, da Lei 11.340/2006, no âmbito das Defensorias Públicas estaduais.

Assim, no presente estudo restou evidente o importante papel e atuação das Defensorias Públicas na efetivação das ondas renovatórias de acesso à justiça, considerando que dentro do campo de atuação de suas atribuições e funções, podem ser encontradas soluções para os entraves existentes no ordenamento jurídico brasileiro, no que diz respeito ao acesso à justiça, especialmente das pessoas vulneráveis. De modo que, a estruturação, manutenção e expansão das defensorias públicas podem contribuir diretamente com a resolução das problemáticas identificadas nas ondas renovatórias de acesso à justiça.

3.3. A ESTRUTURA E O FUNCIONAMENTO DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS

Conforme já mencionado, a Constituição da República Federativa do Brasil, do ano de 1988 (CRFB/88), abrigou expressamente em seu texto a substituição a terminologia “assistência judiciária” por “assistência jurídica”, bem como a integralidade da assistência jurídico-estatal defensorial, conforme o texto do Art. 134, da CRFB/88, após a redação da Emenda Constitucional n. 80/2014.

Por conseguinte, no que diz respeito à natureza jurídica da Defensoria Pública, Esteves (2018, p. 338), afirma:

Como estrutura originária diretamente da Constituição Federal e representativa da função de provedoria de justiça, a Defensoria Pública possui natureza jurídica de Instituição Constitucional ou Instituição Primária do Estado Democrático de Direito contemporâneo.

A Lei Complementar nº 80/1994 organiza a Defensoria Pública no âmbito da União e Territórios, bem como do Distrito Federal, por força da anterioridade à

Emenda Constitucional nº 69/2012, além de dispor sobre as diretrizes gerais para a organização das Defensorias Públicas dos Estados.

Ao organizar a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios, a Lei Complementar nº 80/1994 traz um rol exaustivo, cuidando detalhadamente de sua estrutura, carreira, atribuições, direitos e responsabilidades (Título II – “Da organização da Defensoria Pública da União” e Título III – “Da Organização da Defensoria Pública do Distrito Federal e dos Territórios”).

No que diz respeito às Defensorias Públicas Estaduais, a Lei Complementar nº 80/1994 prevê tão somente normas gerais sobre a matéria, sendo de competência dos Estados-membros a devida especificação de estrutura e funcionamento das defensorias públicas, sem, contudo, desrespeitar os parâmetros estabelecidos na Lei Orgânica Nacional (Título IV – “Das normas gerais para a organização da Defensoria Pública dos Estados”), em respeito à competência concorrente não cumulativa ou vertical prevista no art. 24, XIII, da CRFB/88 (Brasil, 1994).

Nesse sentido, ensina Esteves (2018, p.139):

Importante lembrar, nesse ponto, que a redistribuição da competência para legislar sobre a Defensoria Pública do Distrito Federal, realizada recentemente pela Emenda Constitucional nº 69/2012, deverá provocar a modificação da Lei Complementar nº 80/1994. Isso porque não se encontra mais inserida na esfera de competência da União a organização plena da Defensoria Pública do Distrito Federal (art. 22, XVII, da CRFB); com a modificação operacionalizada pela EC nº 69/2012, deve a União estabelecer apenas as normas gerais (art. 24, § 1º, da CRFB), cabendo ao Distrito Federal normatizar os aspectos específicos de sua Defensoria Pública (art. 24, § 2º, da CRFB). Com efeito, deverão ser suprimidas do Título III da Lei Complementar nº 80/1994 todas as normas que extrapolem a competência genérica da União e avancem sobre aspectos específicos da organização da Defensoria Pública do Distrito Federal (art. 3º da EC nº 69/2012).

De acordo com o art. 97 da LC nº 80/1994, cada um dos Estados-membros deveria realizar a edição de sua própria lei estadual, versando sobre as questões organizacionais da Defensoria Pública de sua unidade federada. Todavia, por se tratar de competência suplementar, o legislativo estadual resta tolhido aos parâmetros genéricos estabelecidos pela União Federal (art. 24, §§ 1º e 2º, da CRFB), não podendo ignorar as diretrizes gerais traçadas pela Lei Complementar nº 80/1994, a qual pode ser considerada como parâmetro legislativo sobre a referida matéria (Esteves, 2018).

A composição nacional da Defensoria Pública compreende: I - a Defensoria Pública da União; II - a Defensoria Pública do Distrito Federal e dos Territórios e III - as Defensorias Públicas dos Estados, nos termos do Art. 2º, da LC 80/94.

De acordo com o art. 14 da LC nº 80/1994, constitui atribuição da Defensoria Pública da União atuar “junto às Justiças Federal, do Trabalho, Eleitoral, Militar, Tribunais Superiores e instâncias administrativas da União”, deste modo, via de regra, seria de competência das Defensorias Públicas estaduais, do Distrito Federal e dos Territórios à atuação junto às causas de competência da justiça estadual. Nesse sentido, ressalta Esteves (2018, p.908):

No entanto, a Defensoria Pública da União ainda não dispõe de aparelhamento suficiente para garantir a atuação eficaz em todas as áreas inseridas em sua esfera legal de atribuição. Justamente por isso, o art. 14, § 1º da LC nº 80/1994 determina que “a Defensoria Pública da União deverá firmar convênios com as Defensorias Públicas dos Estados e do Distrito Federal, para que estas, em seu nome, atuem junto aos órgãos de primeiro e segundo grau de jurisdição referidos no caput, no desempenho das funções que lhe são cometidas”.

Por fim, destaca-se que o desempenho do cargo de Defensor Público é indelegável e privativo de membro da Carreira, nos termos do § 10 do art. 4º da LC nº 80/1994, cujo ingresso deverá observar o regramento legal, em especial, a necessidade de concurso público. Conclui-se, portanto, que nenhum outro profissional pode desempenhar as funções conferidas aos membros da Defensoria Pública ou identificar-se como integrante da carreira (Esteves, 2018).

Portanto, no âmbito do direito brasileiro a Lei Complementar nº 80/1994 e a Constituição Federal de 1998 são os principais diplomas normativos no que diz respeito às previsões de estrutura e o funcionamento das defensorias públicas, especialmente no que concerne a repartição de competências e a forma de ingresso e regime de seus membros.

3.4. DO ORGANOGRAMA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ

O marco histórico de estruturação da Defensoria Pública do Estado do Ceará remonta ao ano de 1997, quando foi publicada a Lei Orgânica da Carreira, sob o número 06. Até então o direito fundamental de assistência integral e gratuita era fornecido muitas vezes dentro do poder público municipal, em departamento

criado especialmente para o atendimento aos vulneráveis, ou vinculados aos órgãos de proteção social, como os órgãos da assistência social.

Diante da seletividade desse atendimento, percebeu-se a necessidade de formalizar a criação das defensorias públicas. Com o advento da supracitada Lei, foram criados os cargos e os núcleos defensorias, que foram sendo preenchidos por meio de nomeações de aprovados em certames públicos.

No sítio eletrônico da Defensoria Pública do Estado do Ceará - DPCE (2020) consta que:

A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado à qual incumbe a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos dos necessitados e agrupamentos sociais em condição de vulnerabilidade. Foi criada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada, em sede infraconstitucional, pela Lei Complementar Federal nº 80/94, que define o perfil da instituição e estabelece normas gerais a serem complementadas pela legislação estadual. No âmbito do Estado do Ceará, a Defensoria foi criada e regulamentada pela Lei Complementar Estadual nº 06/97. Nascida para prestar assistência jurídica gratuita aos mais vulneráveis, a Defensoria possui atualmente um grande leque de atribuições, sendo cada vez mais relevante o seu papel social. A criação e o fortalecimento de uma Instituição de Estado com missão de promover o acesso à justiça, assumindo que para assegurar aos cidadãos direitos e garantias fundamentais proclamados constitucionalmente, sobretudo aqueles inerentes à cidadania plena, à dignidade da pessoa humana e à primazia dos direitos humanos, é necessária uma gama de atuações.

Denota-se, assim, que as atribuições da defensoria pública do Estado do Ceará decorrem das previsões da Lei Federal n. 80/94, espelhadas na Lei Orgânica Estadual (Brasil, 2024). No organograma da instituição¹ tem previsão da divisão da instituição por órgãos: Órgãos de Administração Superior, Órgãos de Gerência Superior, Órgãos de Assessoramento, Órgãos Auxiliares, Órgãos de Execução Programática, Órgãos de Apoio Administrativo e Órgãos de Atuação.

A função fim da instituição de prestação de orientação jurídica integral e gratuita é realizada por meio dos órgãos de atuação, os quais são definidos por meio de lei estadual, a qual define os parâmetros de número de defensores e comarcas atendidas pelos serviços defensoriais.

A carreira da Defensoria Pública do Estado do Ceará é constituída pelos cargos de Defensor Público de Entrância Inicial, Defensor Público de Entrância

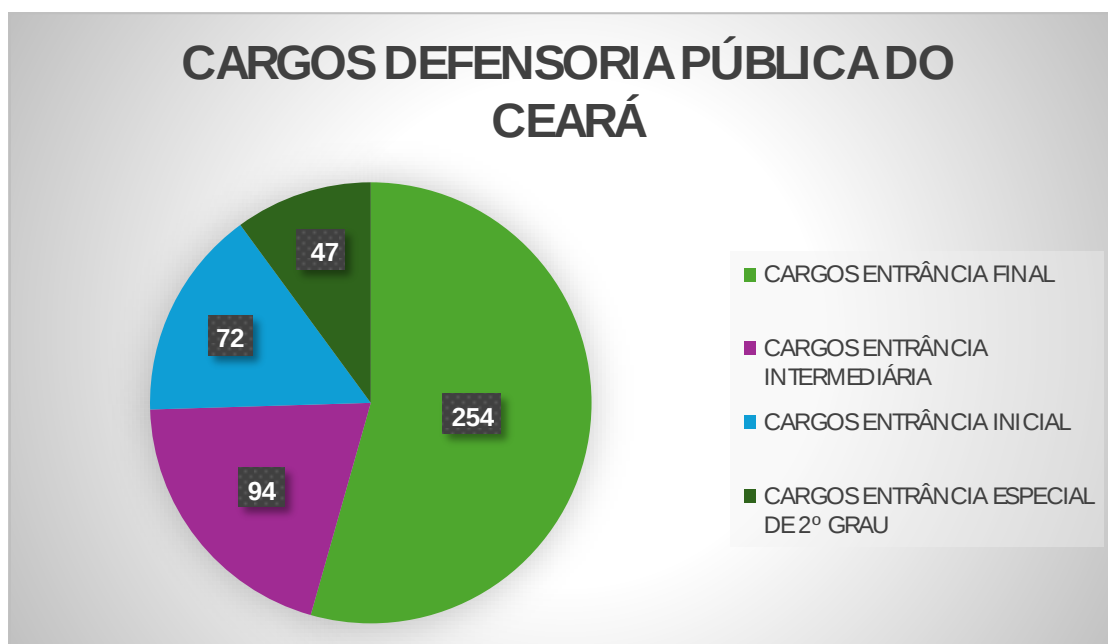
¹ Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/wp-content/uploads/2023/07/organograma-8.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2024.

Intermediária, Defensor Público de Entrância Final e Defensor Público de 2º Grau. Os ocupantes desses cargos são chamados de membros da Defensoria Pública do Estado do Ceará e ingressam na instituição por concurso público de provas e títulos, iniciando suas atividades no cargo de Defensor Público de Entrância Inicial.

Os membros da Defensoria Pública possuem prerrogativas para atuar em favor de seus assistidos de maneira isenta e sem temer ingerências políticas indevidas, tais como: a independência funcional no desempenho de suas atribuições, a inamovibilidade e a irredutibilidade de vencimentos.²

A carreira do defensor público é dividida por entrância, com base nos cargos vagos e ocupados. A carreira acumula 467 (quatrocentos e sessenta e sete) cargos, divididos em 4 (quatro) entrâncias: 47 (quarenta e sete) na especial de 2º grau, 254 (duzentos e cinquenta e quatro) na inicial, 94 (noventa e quatro) na intermediária e 72 (setenta e dois) de entrância inicial.³

Figura 01 – Gráfico com número de cargos divididos por entrância na defensoria do Ceará



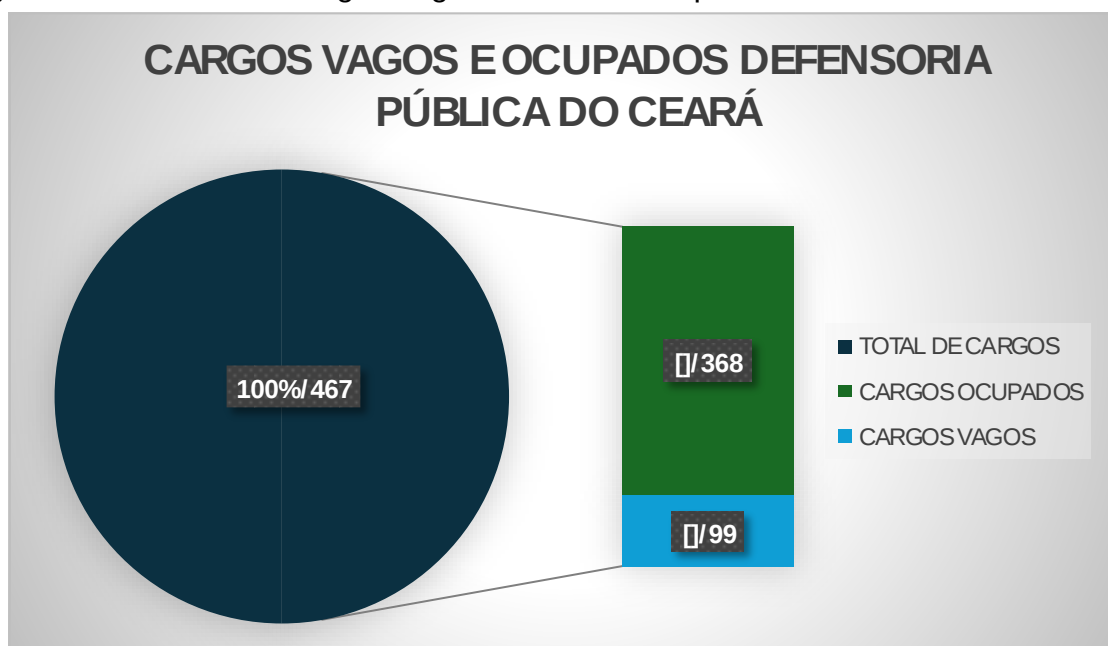
Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024)

² Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/institucional/defensores-publicos/>. Acesso em 17 de março de 2024.

³ Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/institucional/defensores-publicos/>. Acesso em 17 de março de 2024.

Deste total de 467 (quatrocentos e sessenta e sete) cargos, 99 (noventa e nove) deles estão vagos, ou seja, sem atuação do defensor público, o que resulta em 368 (trezentos e sessenta e oito reais) cargos ocupados.⁴

Figura 02 - Número de cargos vagos na defensoria pública do Ceará

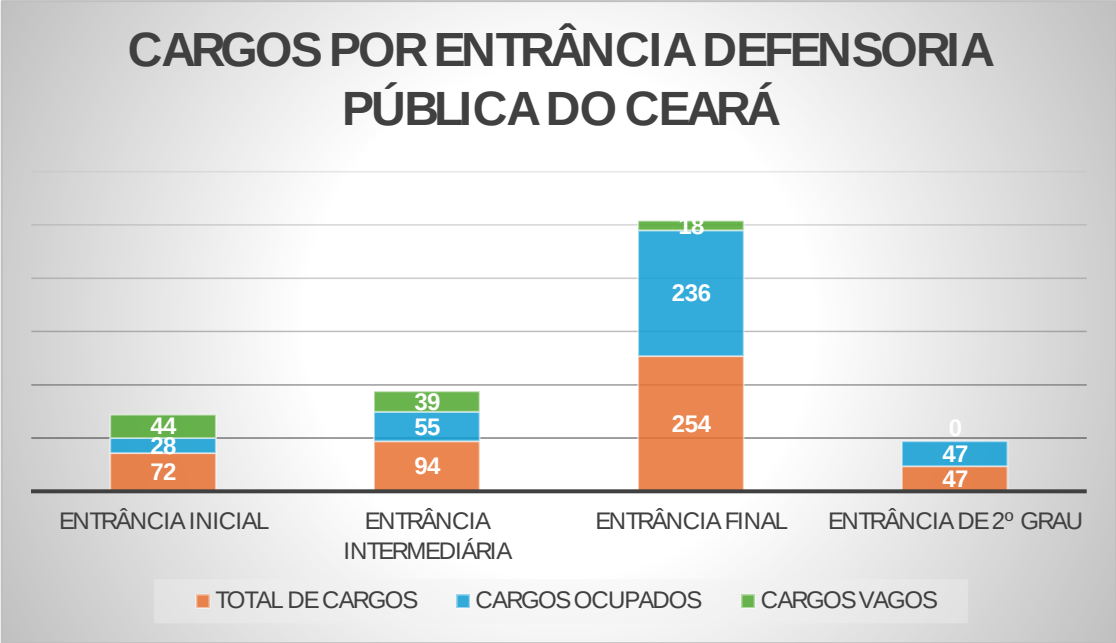


Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024)

No que tange aos cargos vagos e ocupados, em todas as entrâncias, percebe-se predomínio de cargos vagos na entrância final:

⁴ Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/institucional/defensores-publicos/>. Acesso em 17 de março de 2024.

Figura 03 - Total de cargos, cargos ocupados e cargos vagos por entrância



Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024)

O Núcleo da Defensoria Pública do Estado do Ceará no município de Sobral conta com 12 (doze) defensores públicos ocupando os respectivos cargos, e no Núcleo de Atendimento de Petição Inicial, o qual realiza os atendimentos na área da saúde, as atuações são realizadas por três defensores públicos.⁵

O Estado do Ceará, possui atualmente aproximadamente 105 (cento e cinco) comarcas-sede e 79 (setenta e nove) comarcas agregadas/vinculadas, segundo dados do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará⁶.

Por sua vez, a Defensoria Pública estadual não abrange todas as comarcas, e está presente em 51 (cinquenta e uma) comarcas-sede e 26 (vinte e seis) comarcas agregadas/vinculadas, segundo dados da própria instituição⁷, o que totaliza a atuação em 77 (setenta e sete) comarcas no Estado (CEARÁ, 2024).

Ante os dados apresentados pelos entes, resta evidente que a Defensoria do Estado do Ceará abrange aproximadamente 41,84% (quarenta e um vírgula oitenta e quatro por cento) das comarcas existentes no Estado, de modo que a instituição ainda necessita ser expandida e aparelhada para atender o maior número

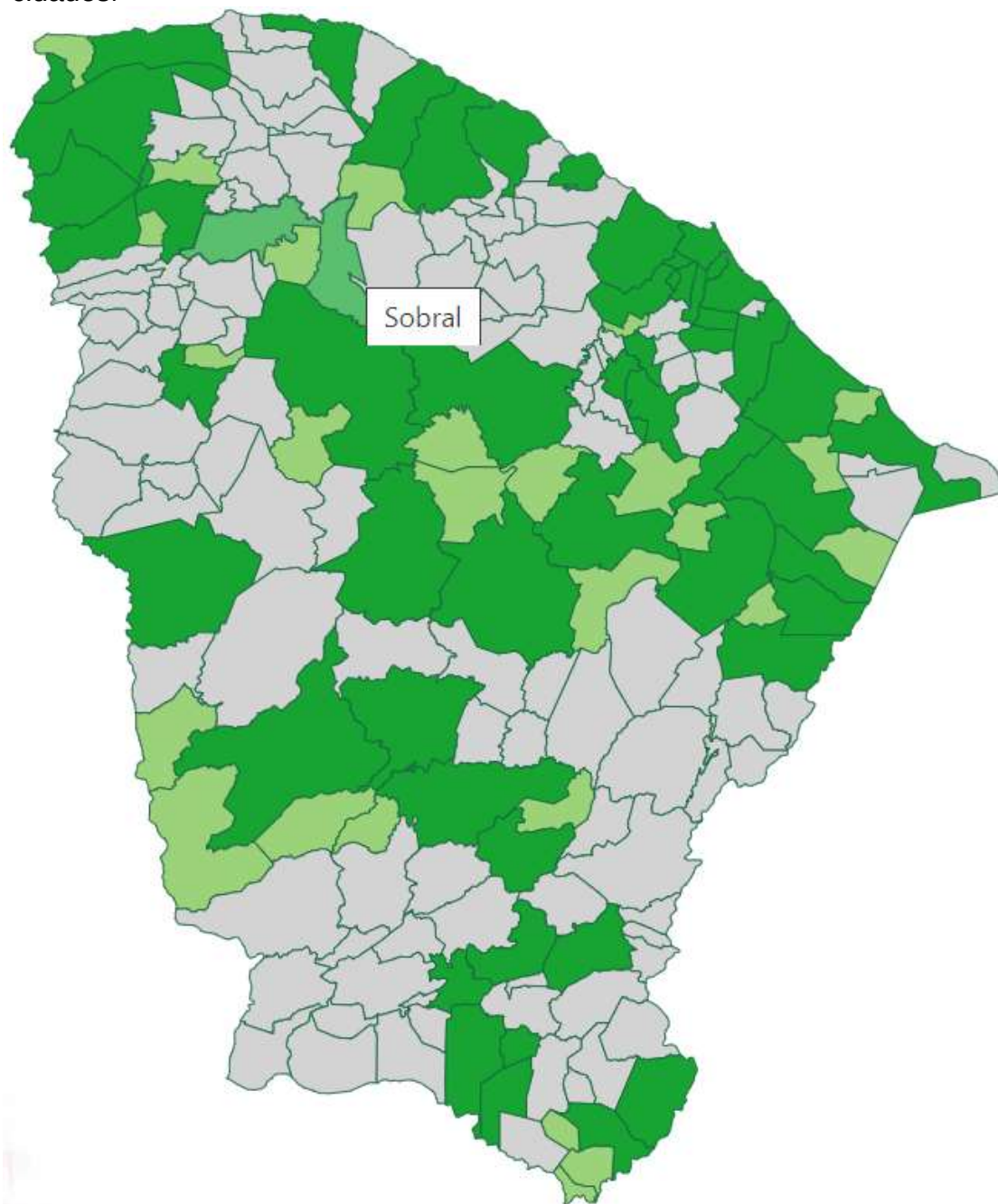
⁵ Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/institucional/defensores-publicos/>. Acesso em 17 de março de 2024.

⁶ Disponível em: <https://portal.tjce.jus.br/uploads/2024/02/Mapa-2022-Divisao-Comarcas-1.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2024.

⁷ Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/comarcas/>. Acesso em 02 de maio de 2024.

possível de cidadãos abrangidos pela sua competência de atuação. Segue abaixo das regiões em que foram providos cargos de defensor público, seja na entrância inicial, final e especial, no sítio eletrônico da Defensoria Pública do Estado do Ceará:⁸

Figura 04 - Mapa Capilarização da Defensoria Pública do Estado do Ceará dividido por cidades.



Fonte: Defensoria Pública do Estado do Ceará (2024).

⁸ Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/comarcas/>. Acesso em 14 de maio de 2024.

As cidades em verde claro e escuro apresentam atuação defensorial, com o provimento do cargo efetivado. Já as regiões em cinza, são regiões e cidades ainda não abrangidas pelo serviço defensorial.

Nos locais não abrangidos pela atuação da defensoria pública, a assistência judiciária fica a cargo das procuradorias do município e de nomeações realizados pelo juiz, em processos judiciais em andamento.

Não há, nesses locais, a atuação preventiva e extrajudicial, e sim geralmente em processos existentes e em demandas que não sejam direcionadas contra o município. Isso porque pode haver confusão entre o autor e o réu, já que a procuradoria exigiria obrigação do próprio ente federativo. Por isso, nestes casos, geralmente a atuação das procuradorias municipais se restringe às causas mais simples, em processo já ajuizados, e que não tenha o município como parte passiva.

Por isso dentre os modelos de garantia de assistência jurídica integral e gratuita, o modelo público, adotado pelo Brasil, é o único que oferece o atendimento preventivo e extrajudicial. Em outras palavras, a defensoria atua não somente na solução judicial do problema, mas também e como função prioritária, a solução extrajudicial do conflito a aqui a implementação do direito social da saúde.

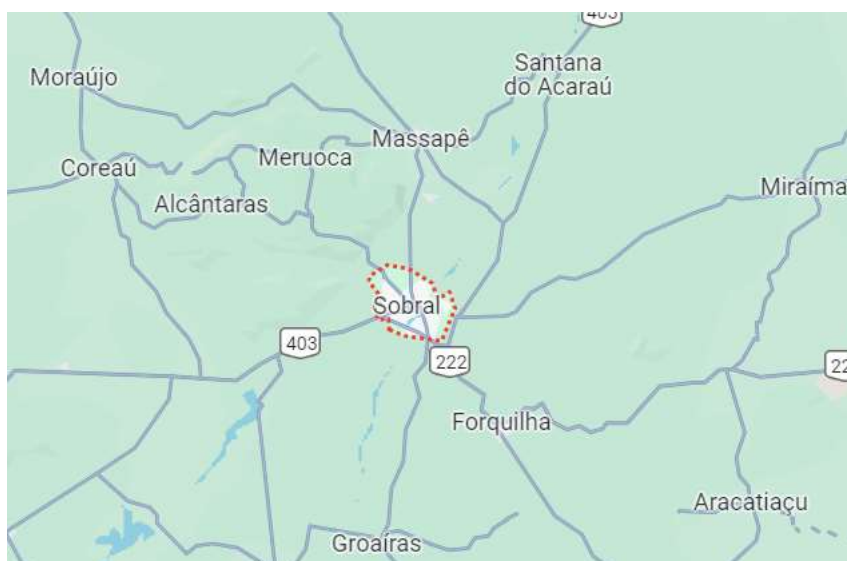
Por isso é que tem a tendência de que nos locais não abrangidos pela defensoria pública as políticas públicas de saúde têm menos abrangência, diante da inexistência de instituição capaz de exigir aquele tratamento indicado pelo médico e que foi negado pelo poder público.

Além do fato de os municípios não abrangidos pela defensoria prestarem uma espécie de assistência judiciária no âmbito das procuradorias municipais, há a possibilidade da seleção e da captação específica de assistidos, a fim de atender interesses eleitoreiros. Portanto, a instituição vocacionada e legitimada pelo constituinte para a prestação da assistência jurídica integral e gratuita é a Defensoria Pública.

A cidade de Sobral está situada na região noroeste do Estado, denominada sertão norte, e a defensoria pública de Sobral abrange municípios limítrofes, como Forquilha, Meruoca, Alcântara e Groaíras, conforme foto extraída do aplicativo *Google Maps*”:⁹

⁹ Disponível em: <https://www.google.com/maps/place/Sobral+-+CE/@-3.8562748,-40.9416062,9z/data=!3m1!4b1!4m6!3m5!1s0x7eab52fd754b217:0x77c79d16f4c3261a!8m2!3d-3.6844057!4d-40.3561823!16zL20vMDhwMF9m?entry=ttu>. Acesso em 30 de março de 2024.

Figura 05: Mapa Cidades limítrofes que são atendidas no núcleo defensorial de Sobral.



Fonte: Google Maps (2024)

Importante frisar, também, que na cidade de Sobral foram instalados os hospitais de referência da Região Norte, como Santa Casa de Misericórdia de Sobral e o Hospital Regional Norte, os quais são compostos por outros municípios, o que faz com que o núcleo defensorial fique responsável pelas demandas que ocorram em decorrência desses atendimentos.¹⁰

As Superintendências estão distribuídas em cinco regiões: Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe. Todas são responsáveis por implementar as políticas de saúde do Estado, organizando processos e articulando atores-chaves em um modelo de governança compartilhada. Além disso, também é função de cada uma implantar as diretrizes do Plano Regional de Saúde (PRS), conforme a Lei Estadual 17.006/2019; coordenar e monitorar a gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de recursos humanos necessários ao funcionamento da região sob sua competência. As Superintendências podem representar a Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) em assembleias dos Consórcios Públicos de Saúde. (CEARÁ, 2024)

Na Região Norte, os hospitais de referência encontram-se na cidade de Sobral, e atendem a outros 23 municípios da região, totalizando 24 cidades atendidas pelos hospitais de referência instalados em Sobral.¹¹

¹⁰ Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em 30 de março de 2024.

¹¹ Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/lista_sr_ads_20220203-1.pdf . Acesso em 14 de maio de 2024.

município de Sobral, o que demonstra que a atuação da defensoria de Sobral beneficia munícipes de cidades não abrangidas pelo Núcleo de Sobral, capilarizando assistidos em cidades e regiões ainda não atendidas pela Defensoria Pública. Em situações assim, a Defensoria propõe as demandas contra a Fazenda Pública no município de Sobral.

Pode-se citar os exemplos das cidades de Varjota, Hidrolândia, Irauçuba, dentre outras, as quais não tem atuação defensorial, e que os pacientes que estão internados nos hospitais de referência poderão ser beneficiados com a atuação da Defensoria do Núcleo de Sobral.

Resta comprovada, assim, a legitimação da defensoria pública como instituição escolhida pelo legislador para a implementação dos direitos individuais e coletivos, notadamente nos direitos humanos relacionados com a vida e a saúde humana. Demonstra-se assim sua vocação legal e constitucional para a tutela dos direitos individuais e coletivos, daqueles que dela necessitarem, isento de custas, despesas e honorários advocatícios.

4. A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NA GARANTIA DE ACESSO A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA CIDADE DE SOBRAL

4.1. O PERFIL SOCIOECONÔMICO DA CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ

Historicamente, com a evolução dos Estados, o Nordeste foi favoravelmente impactado pela associação de evidente crescimento econômico e de melhoria significativa nas condições sociais. Todavia, ainda apresenta características que são entraves ao alcance de maiores índices de desenvolvimento socioeconômico e que são agravadas pela desigualdade dentro da própria Região. Prova dessa última afirmação é o fato de que os melhores indicadores do Nordeste ainda estão concentrados nos estados da Bahia, Pernambuco e Ceará (Bezerra, 2015).

O Ceará possui um território de 148,9 mil km² (cento e quarenta e oito mil quilômetros quadrados), o que representa 9,6% (nove vírgula seis por cento) da Região Nordeste (1.554,3 mil km²). Entre os Estados nordestinos, é o quarto maior em extensão, sendo menor apenas que Bahia, Maranhão e Piauí. Em relação ao Brasil, corresponde a 1,7% (um vírgula sete por cento) da área do país (8.515,8 mil km²). Faz fronteira ao sul com Pernambuco, ao leste com o Rio Grande do Norte e Paraíba, a oeste com o Piauí e ao norte com o Oceano Atlântico (Bezerra, 2015).

Utilizando critérios de similaridade de aspectos geográficos e socioeconômicos, o IBGE regionalizou os 184 (cento e oitenta e quatro) municípios cearenses em 33 (trinta e três) microrregiões, que por sua vez foram agrupados em sete mesorregiões.

Destaca Bezerra (2015, p.13):

Noroeste Cearense conta com sete microrregiões e 47 municípios em um território de 34,6 mil km² (23,2% do Estado). Sobral é o principal polo dinâmico dessa mesorregião, sendo também a cidade mais desenvolvida do interior cearense. O Norte Cearense contempla oito microrregiões e 36 municípios em 21,1 mil km² (14,1% do Estado). É nessa mesorregião que se encontra o Porto do Pecém, no município de São Gonçalo do Amarante. Os Sertões Cearenses estendem-se por uma área de 46,2 mil km² (31,1% do Estado), sendo a maior mesorregião do Estado. É formado por quatro microrregiões e 30 municípios. Os principais municípios são Quixadá, Quixeramobim e Crateús.

O Sul Cearense possui ao todo 25 municípios agrupados em cinco microrregiões em um território de 14,9 mil km² (10,0% do Estado). O principal polo dinâmico dessa região surgiu da conturbação dos municípios de Juazeiro do Norte (terceira maior população do Estado), Crato e Barbalha, formando a Região Metropolitana do Cariri.

Segundo dados do IBGE, no ano de 2022, a população do Estado do Ceará era de 8.794.957 (oito milhões setecentos e noventa e quatro mil novecentos e cinquenta e sete) habitantes e a densidade demográfica era de 59,07 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros estados, ficava nas posições 8 (oito) e 11 (onze) de 27 (vinte e sete). Já o total de veículos era no ano de 2022 de 3.625.994 (três milhões seiscentos e vinte e cinco mil novecentos e noventa e quatro) veículos o que o colocava na posição 9 (nove) entre os 27 (vinte e sete) estados (IBGE, 2022).

Ainda segundo o IBGE, em 2021, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 6,1 (seis vírgula um) e para os anos finais, de 5,3 (cinco vírgula três). Na comparação com outros estados, ficava nas posições 2 (dois) e 1 (um) de 27 (vinte e sete). Já o número de matrículas no ensino fundamental em 2021 era de 1.161.434 (um milhão cento e sessenta e um mil quatrocentos e trinta e quatro) matrículas, e de matrículas no ensino médio, de 367.574 matrículas (trezentos e sessenta e sete mil quinhentos e setenta e quatro). Na comparação com outros estados, ficava nas posições 9 (nove) e 7 (sete) de 27 (vinte e sete) (IBGE, 2022).

Por conseguinte, no ano de 2021, o IDH era de 0,734 (zero vírgula setecentos e trinta e quatro), ficando na posição 12 (doze) entre os 27 (vinte e sete) estados. Já o valor das receitas orçamentárias em 2017 foi de R\$ 28.420.222,47 (x1000), e o valor das despesas orçamentárias empenhadas foi de R\$ 24.608.352,18 (x1000), ficando nas posições 10 (dez) e 9 (nove) entre os 27 (vinte e sete) estados (IBGE, 2022).

No ano de 2022, a proporção de pessoas de 14 (quatorze) anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência em trabalhos formais era de 44,3% (quarenta e quatro vírgula três), ficando na posição 21 (vinte e um) entre os 27 (vinte e sete) estados. No mencionado ano, o rendimento médio real habitual do trabalho principal das pessoas de 14 (quatorze) anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência em trabalhos formais era de R\$ 2.407,00 (dois mil quatrocentos e

sete), ficando na posição 22 (vinte e dois) entre os 27 (vinte e sete) estados (IBGE, 2022).

Já no ano de 2021, a quantidade de pessoas ocupadas na administração pública, defesa e seguridade social era de 329.668 (trezentos e vinte e nove mil seiscentos e sessenta e oito) pessoas, ficando na posição 8 entre os 27 (vinte e sete) estados (IBGE, 2022).

Outro estudo realizado para traçar o perfil dos municípios é denominado “perfil municipal”, o qual trata-se de um estudo elaborado pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), com o intuito de apresentar uma visão panorâmica dos municípios que compõem o Estado do Ceará. Sua estrutura é composta por cinco temas: caracterização geográfica, aspectos demográficos e sociais, infraestrutura, economia e finanças, e por fim, política.

As informações contidas no Perfil Municipal, na forma de tabelas e gráficos, envolvem as principais características geográficas e socioeconômicas para cada um dos 184 (cento e oitenta e quatro) municípios do Estado do Ceará.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), no ano de 2022, existem 203.023 (duzentos e três mil e vinte e três) pessoas cadastradas no município e a densidade demográfica era de 98,15 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2022).

A cidade de Sobral ocupa a posição de número 150 (cento e cinquenta) de um total de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta) municípios reconhecidos no Brasil. No estado do Ceará ocupa a quinta posição em número de pessoas. Na pirâmide etária, a cidade de Sobral apresenta o maior número de pessoas na faixa etária entre 20 (vinte) e 40 (quarenta anos), portanto, relativamente jovem, apesar dos 250 (duzentos e cinquenta) anos de existência (IBGE, 2022).

No ano de 2021, o salário médio mensal era de 2 (dois) salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação a população total, era de 24.5% (vinte e quatro vírgula cinco por cento). Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 11 (onze) de 184 (cento e oitenta e quatro) e 8 (oito) de 184 (cento e oitenta e quatro), respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2.168 (dois mil cento e sessenta e oito) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta) e 908 (novecentos e oito) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta), respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 44.2% (quarenta e quatro

vírgula dois por cento) da população nessas condições, o que o colocava na posição 172 (cento e setenta e dois) de 184 (cento e oitenta e quatro) dentre as cidades do estado e na posição 2.237 (dois mil duzentos e trinta e sete) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta) dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2022).

No ano de 2022, a área do município era de 2.068,474 km², o que o coloca na posição 14 (quatorze) de 184 (cento e oitenta e quatro) entre os municípios do estado e 728 (setecentos e vinte e oito) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta) entre todos os municípios (IBGE, 2022).

No que tange à educação, apresenta taxa de escolarização de 6 (seis) a 14 (quatorze) anos de idade em torno de 97,9% (noventa e sete vírgula nove por cento). Sobre o PIB, apresenta o nono maior do Estado do Ceará, o primeiro na sua região e o 2.627 (dois mil seiscentos e vinte e sete) do país (IBGE, 2022).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10.62 (dez ponto sessenta e dois) para 1.000 (um mil) nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.3 (um ponto três) para cada 1.000 (um mil) habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 92 (noventa e dois) de 184 (cento e oitenta e quatro) e 69 (sessenta e nove) de 184 (cento e oitenta e quatro), respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2.623 (dois mil seiscentos e vinte e três) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta) e 2.059 (dois mil e cinquenta e nove) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta), respectivamente (IBGE, 2022).

Apresenta 75.6% (setenta e cinco vírgula seis por cento) de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 92.2% (noventa e dois vírgula dois por cento) de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 11.9% (onze vírgula nove por cento) de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 2 (dois) de 184 (cento e oitenta e quatro), 78 (setenta e oito) de 184 (cento e oitenta e quatro) e 19 (dezenove) de 184 (cento e oitenta e quatro), respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1.134 (um mil cento e trinta e quatro) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta), 1.268 (um mil duzentos e sessenta e oito) de 5.570 (cinco mil

quinhentos e setenta) e 2.591 (dois mil quinhentos e noventa e um) de 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta), respectivamente¹³ (IBGE, 2022).

Assim, resta evidente que a cidade de Sobral, no Ceará, se trata de um dos principais municípios em termos socioeconômicos no Nordeste brasileiro, diante da sua localização geográfica e dos índices de desenvolvimento humano gerados na cidade.

4.2. A PANDEMIA DA COVID-19 E OS REFLEXOS NA SAÚDE PÚBLICA DE SOBRAL, NO CEARÁ

Historicamente, à luz dos estudos científicos específicos, os seres humanos enfrentaram uma série de ondas de vírus que abalaram as mais remotas civilizações de forma considerável, chegando a abalar significativamente a saúde dos seres humanos e levando várias camadas populacionais à morte.

Neste cenário epidemiológico, surgiram uma série de epidemias e pandemias. Cumpre destacar a diferenciação existente entre esses institutos. Uma enfermidade passa a ser considerada pandemia quando atinge níveis mundiais, isto é, quando determinado agente se dissemina em diversos países ou continentes, usualmente afetando grande número de pessoas (Butantan, 2020).

O órgão que define quando uma doença se torna esse tipo de ameaça global é a Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma pandemia pode começar como um surto ou epidemia; ou seja, surtos, pandemias e epidemias têm a mesma origem - o que muda é a escala da disseminação da doença (Butantan, 2020).

Nesse sentido, podem ser citadas as seguintes pandemias enfrentadas pela humanidade: Peste bubônica, causada pela bactéria *Yersinia pestis* e pode se disseminar pelo contato com pulgas e roedores infectados; Varíola, causada pelo vírus *Orthopoxvirus variolae*; Cólera, causada pela bactéria *Vibrio cholerae* a qual sofreu diversas mutações; Gripe espanhola, causada por um subtipo de vírus influenza; Gripe suína, causada pelo vírus H1N1. Por fim, a pandemia COVID-19, a que foi analisada no presente estudo.

¹³ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>. Acesso em 17/09/2023).

A pandemia do Coronavírus foi um marco histórico mundial (negativo) em que o planeta Terra foi assolado por um vírus capaz de levar as pessoas ao óbito, de fácil propagação e de danos imensuráveis à saúde da população mundial.

Em 31 de dezembro de 2019, a China reportou, à Organização Mundial de Saúde (OMS), casos de uma grave pneumonia de origem desconhecida em Wuhan, na província de Hubei. A suspeita, inicialmente, era de uma doença de origem zoonótica, já que os primeiros casos confirmados eram de frequentadores e trabalhadores do Mercado Atacadista de Frutos do Mar da região, que também vendia animais vivos. Em 07 de janeiro de 2020, um novo coronavírus foi identificado, também na China, como a causa dessa “pneumonia”. O vírus foi temporariamente nomeado de “2019-nCoV” (Sá, 2020).

Por conseguinte, aos 9 de janeiro, ocorreu na China a primeira morte decorrente da nova doença. Em 20 de janeiro, autoridades sanitárias chinesas anunciaram que o novo vírus poderia ser transmitido entre humanos; dia em que o país também registrou um brusco aumento de novos casos. Em 23 de janeiro, a cidade de Wuhan foi colocada em quarentena. Ainda em janeiro, o mundo recebia da OMS o alerta sobre o risco de um surto mais amplo, fora do epicentro inicial, e cientistas chineses disponibilizaram a sequência genética do novo coronavírus. Casos crescentes da nova doença eram registrados fora da China, em outros países não só na Ásia, mas também na Europa e na América do Norte (Sá, 2020).

Em fevereiro de 2020, a OMS passou a utilizar oficialmente o termo Covid-19 para a síndrome respiratória aguda grave causada pelo novo vírus, que também ganhou sua nomenclatura definitiva: Sars-CoV-2 (Sá, 2020).

Nas palavras de Ramos (2022, p. 92):

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde – OMS foi alertada pela República Popular da China de que na Cidade de Wuhan, Província de Hubei, estava se alastrando alguma forma de contaminação viral responsável por inúmeros casos de insuficiência respiratória. Não tardou para que as autoridades sanitárias chinesas identificassem o agente viral: tratava-se de um novo coronavírus, que logo foi denominado de Sars-Cov-2, sendo que o coronavírus Sars-Cov é conhecido por causar síndrome respiratória aguda grave, sendo, frequentemente, letal. Na sequência (30 de janeiro de 2020), a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional”, conceituada pelo Regulamento Sanitário Internacional como “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças” e que “potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”. Finalmente, no dia 11 de março de 2020, a OMSaúde atribuiu status de

pandemia à doença provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), que passou a ser conhecida pelo epíteto de Covid-19.

Na primeira semana de fevereiro de 2020, o número de mortes pelo novo coronavírus ultrapassou 800 pessoas, e superou a Sars, doença causada pelo Sars-CoV-1 e que matou 774 pessoas em todo o mundo entre 2002 e 2003. (Sá, 2020).

Em meados de abril, já eram dois milhões de casos, em panorama altamente delicado, dadas as enormes diferenças de testagem e notificação entre os países. Neste mesmo mês, a OMS indicaria a testagem em massa nos estados nacionais para mapear a real extensão da COVID-19 no mundo. Por conseguinte, em maio de 2020, a COVID-19 tornou-se a maior *causa mortis* no Brasil (Sá, 2020).

No âmbito do estado do Ceará, o Governo Estadual publicou o Decreto nº 33.510, de 16 de março de 2020, adotando significativas medidas de contingenciamento da pandemia. Assim, nas palavras de Ramos (2022, p. 14), a pandemia aguçou o debate sobre o dever do Estado em proteger o direito à saúde e à vida. O dever é uma sujeição imputada a um indivíduo (dever individual), agrupamento de indivíduos ou ao Estado (deveres coletivos), para satisfação de interesses alheios.

Segundo Dias (2020), no dia 08/12/2020, considerado o “Dia V” (de vacinação e de vitória), o Reino Unido iniciou a vacinação de sua população, com uma vacina inédita a base de RNA mensageiro (mRNA), a BNT162b2, a primeira vacina aprovada para uso emergencial com esta tecnologia.

Note-se que o período de estudo da pesquisa a ser desenvolvida a partir desta proposta de projeto coincide com o marco temporal da Organização Mundial de Saúde, que atribuiu status de pandemia à doença provocada pelo novo coronavírus, em 11 de março de 2020. O período limite de estudo leva em consideração a evolução da vacinação contra o coronavírus SARS-COV-2 e o abrandamento das medidas de prevenção sanitárias.

Como demonstra Ramos (2022, p. 95):

O tocante às restrições de ordem sanitária, o entendimento do STF no sentido da proporcionalidade e razoabilidade em nível abstrato das medidas previstas na legislação de base, sem embargo do exame pelo juízo competente dos atos administrativos, normativos e não normativos, de aplicação, restou evidenciado quando, ao ensejo do julgamento (de mérito) da ADI n.º 6.586/DF, teve a Suprema Corte a oportunidade de se manifestar no sentido da legitimidade da vacinação compulsória, prevista no artigo 3.º, inciso III, letra d, da Lei n.º 13.979.

Eis a tese de julgamento, então proclamada pelo Plenário do STF (Brasil, 2020):

(I) A vacinação compulsória não significa vacinação forçada, porquanto facultada sempre a recusa do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes, (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes, (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas, (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade e (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; e (II) tais medidas, com as limitações acima expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência.

Portanto, necessária a ampla e maciça abrangência da vacinação, situações que acabaram sendo levadas ao crivo do judiciário, diante da capacidade de contaminação e de letalidade do vírus. Nesse sentido leciona Ramos (2022, p. 92):

Em razão da elevada capacidade de contaminação do novo coronavírus e da expressiva letalidade associada à Covid-19, especialmente em idosos e portadores de outras moléstias que agravam a doença (comorbidades), logo se percebeu que os instrumentos legais à disposição das autoridades sanitárias não seriam suficientes para o enfrentamento da pandemia, que rapidamente atingia todas as partes do mundo. Com efeito, as medidas de polícia sanitária presentes na legislação da maior parte dos Países não se mostravam à altura dos desafios de uma pandemia devastadora, responsável pela morte de mais de 5,79 milhões de pessoas em todo o mundo até meados de fevereiro de 2022.

Verifica-se, portanto, os graves impactos da pandemia do coronavírus e a manutenção e ampliação dos atendimentos dos casos de saúde pública, diante do aumento da demanda nos hospitais e entidades de saúde do poder público. Nessa esteira, assim como em todas as cidades espalhadas pelo mundo, a saúde pública do município de Sobral, no Estado do Ceará, foi diretamente afetada pela pandemia COVID-19.

A Secretaria Municipal da Saúde de Sobral, apresentou o Plano de Contingência diante da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) da Secretaria da Saúde de Sobral, em meados do ano de 2020, considerando a

situação de pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 e a declaração do Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pelo Brasil.

O Plano de Contingência foi construído de forma intersetorial por intermédio de reuniões realizadas na Secretaria Municipal da Saúde a partir de fevereiro de 2020 e contou com a participação de representantes das coordenadorias da Secretaria da Saúde de Sobral, da Superintendência da Região Norte, de profissionais dos estabelecimentos que integram a rede SUS de Sobral e representantes do setor da Saúde Suplementar (Sobral, 2020).

Dentre as estratégias adotadas, destaca-se a criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública de Sobral (COESP-S) e o Comitê de Crise, por meio da Portarias nº 009/2020 e nº 009-A/2020 do Município de Sobral.

Em Sobral, diante da responsabilidade municipal no enfrentamento ao Novo Coronavírus, a Prefeitura Municipal decretou em 13 de março de 2020 (Decreto nº 2.369/2020) estado de perigo público na rede hospitalar do município de Sobral e, em 16 de março de 2020, estado de Emergência municipal, conforme Decreto nº 2.371 (Sobral, 2020a; Sobral, 2020b). A partir de então, foram sistematizadas normativas e ações setoriais da saúde e intersetoriais com as demais secretarias para o enfrentamento da COVID-19 (Sobral, 2020).

Tais medidas também foram adotadas considerando que, a vigilância epidemiológica consiste no conjunto de ações que proporcionam o (i) conhecimento, a (ii) detecção ou (iii) prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a (iv) finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Lei Orgânica da Saúde; Lei n. 8.080/90, art. 5º, § 2º) (Ramos, 2022).

A Secretaria de Saúde de Sobral desenvolveu um informe epidemiológico diário dos casos confirmados, descartados, aguardando resultados e óbito. Os Boletins Epidemiológicos foram divulgados com periodicidade semanal para atualização da situação epidemiológica do município.

Ademais, conforme dados disponibilizados no sítio eletrônico do município de Sobral, até meados do mês de fevereiro de 2024 o município totaliza 675.283 (seiscentos e setenta e cinco mil duzentos e oitenta e três) doses aplicadas de vacinas contra a COVID-19.

Assim, resta evidente que a pandemia da COVID-19 abalou significativamente a saúde mundial e, de forma específica, atingiu a saúde do município de Sobral, considerando que o referido necessitou adotar uma série de medidas de prevenção e combate ao vírus em comento.

Com o aumento considerável das demandas de saúde no período compreendido na pesquisa, fruto da Pandemia da COVID-19, foi necessário que o Poder Público Municipal organizasse o seu sistema único para a demanda que iria enfrentar. Ocorre que, assim como na grande maioria das cidades brasileiras, isso não foi suficiente, pois milhares de pessoas foram a óbito, fruto da falta ou demora no atendimento público gratuito.

Assim, a pandemia do COVID-19, deixou claro que o direito à saúde é direito autônomo e fundamental, que exige proteção específica por parte do Estado. Tal direito assegura a promoção do bem-estar físico, mental e social de um indivíduo, impondo ao Estado a oferta de serviços públicos a todos para prevenir ou eliminar doenças e outros gravames. Possui caráter individual, mas também um caráter difuso, haja vista que há o direito difuso de todos de viver em um ambiente sadio, sem o risco de epidemias ou outros malefícios à saúde (Ramos, 2022).

Por sua vez, além dos impactos diretos na vida e saúde da população, a Pandemia da COVID-19 acarretou crises no sistema econômico mundial, embora a lista de repercussões socioeconômicas da pandemia não seja exaustiva, nem possui um padrão científico qualquer. São fatos e dados amplamente noticiados e encontráveis em qualquer meio de comunicação. Mas, enquanto os números de infectados e desempregados ainda estavam sendo contabilizados, parecia inquestionável que se estava e está diante de uma ruptura. Quando o padrão de comparação dos efeitos da crise sanitária e econômica mundial deixa de ser os anos imediatamente anteriores e passa a alcançar episódios extremos da história da humanidade, como a Peste Negra, a Gripe Espanhola, a Grande Depressão de 1929 e as Guerras Mundiais, é prova suficiente da excepcionalidade do momento (Scalzilli, Spinelli e Tellechea, 2023).

Ante esse cenário, destaca-se o papel de atuação e importância das defensorias públicas no processo de efetivação dos direitos fundamentais de segunda geração, como o de saúde, objeto do estudo, pois a referida instituição teve um papel fundamental, dentre outros, na criação dos mecanismos de combate a COVID 19, bem como na garantia ao acesso ao direito à saúde por intermédio de

atuações judiciais e extrajudiciais em prol daqueles que necessitavam da atuação defensorial.

4.3. OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19, NA CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ, DE 17 DE MARÇO DE 2020 ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2020

A pandemia do Coronavírus foi um marco histórico negativo mundial em que o planeta terra foi assolado por um vírus capaz de levar as pessoas ao óbito, de fácil propagação e de danos imensuráveis à saúde da população mundial, conforme amplamente demonstrado nesse estudo.

No âmbito do estado do Ceará, o Governo Estadual publicou o Decreto nº 33.510, de 16 de março de 2020, adotando significativas medidas de contingenciamento da pandemia (Sobral, 2024).

Nesse sentido, a Secretaria Municipal da Saúde de Sobral, Ceará apresentou um Plano de Contingência diante da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) da Secretaria da Saúde de Sobral, considerando a situação de pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 e a declaração do Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pelo Brasil (Sobral, 2024).

O objetivo deste Plano foi organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com seus equipamentos e profissionais da saúde, para o enfrentamento da situação de pandemia da COVID-19. Deste modo, buscando-se a partir da sistematização deste documento, o planejamento de ações para o momento de resposta para cada fase da pandemia (Sobral, 2024)

Em uma das ações do referido plano, a Secretaria de Saúde de Sobral desenvolveu um informe epidemiológico diário dos casos confirmados, descartados, aguardando resultados e óbito. Os Boletins Epidemiológicos foram divulgados com periodicidade semanal para atualização da situação epidemiológica do município, isto é, de acordo com os dados colhidos no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Sobral, foram publicados boletins diários acerca dos índices de COVID-19 no Município.

O primeiro caso registrado em Sobral e que deu início ao boletim informativo aconteceu em 17 de março de 2020. O boletim da Secretaria da Saúde

de Sobral, divulgado no fim da tarde do mencionado dia, informou que o município tinha 1 (um) caso confirmado de Covid-19. Na mesma data, o município já tinha notificado 8 (oito) casos, dos quais 2 (dois) foram descartados, 1 (um) confirmado e 5 (cinco) estavam aguardando resultado dos exames laboratoriais (Sobral, 2024).

Por conseguinte, na data de 19 de abril de 2020, o boletim contabilizou os 2 (dois) primeiros óbitos em razão da COVID-19, e contabilizou 74 (setenta e quatro) casos confirmados (Sobral, 2024).

Nesse sentido, na data de 03 de junho de 2020, o boletim contabilizou a primeira centena de óbitos, sendo 106 (cento e seis) óbitos em razão da COVID-19, e contabilizando 2.824 (dois mil oitocentos e vinte e quatro) casos confirmados (Sobral, 2024).

Já na data de 07 de julho de 2020, o boletim contabilizou 250 (duzentos e cinquenta) óbitos em razão da COVID-19, e contabilizando 7.962 (sete mil novecentos e sessenta e dois) casos confirmados, 7,4% da população testada e 6.366 (seis mil trezentos e sessenta e seis) pessoas recuperadas (SOBRAL, 2024).

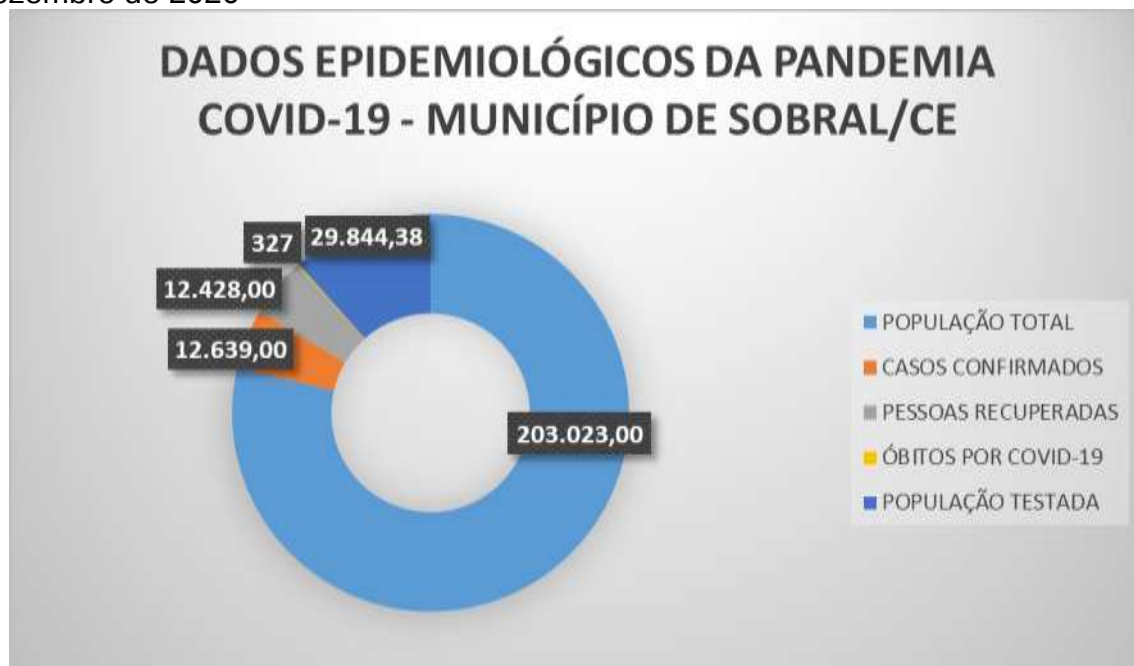
Em 31 de dezembro de 2020, eram 327 (trezentos e vinte e sete) óbitos em razão da COVID-19, 12.639 (doze mil seiscentos e trinta e nove) casos confirmados, 14,7% da população testada e 12.428 (doze mil quatrocentos e vinte e oito) pessoas recuperadas (Sobral, 2024).

Por conseguinte, na data de 31 de janeiro de 2021 já eram contabilizados 331 (trezentos e trinta e um óbitos) em razão da COVID-19, 13.417 (treze mil quatrocentos e dezessete) casos confirmados, 15,5% da população testada e 13.090 (treze mil e noventa) pessoas recuperadas (SOBRAL, 2024).

Em 30 de junho de 2021, eram 715 (setecentos e quinze) óbitos em razão da COVID-19 e 26.720 (vinte e seis mil setecentos e vinte) casos confirmados. Ainda nesse sentido, os dados da Secretaria de Saúde de Sobral, evidenciam que em 31 de dezembro de 2021 eram 745 (setecentos e quarenta e cinco) óbitos em razão da COVID-19 e 27.802 (vinte e sete mil oitocentos e dois) casos confirmados (Sobral, 2024).

Os dados mencionados foram obtidos junto ao sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Sobral, os quais demonstram o aumento da demanda de atendimentos dos casos de saúde no período compreendido na pesquisa, em virtude do avanço célere da Pandemia da COVID-19 (Sobral, 2024).

Figura 07 - Dados epidemiológico da Pandemia da COVID-19 em Sobral até 31 de dezembro de 2020



Fonte: Prefeitura Municipal de Sobral (2020).

Verifica-se, portanto, que analisando os dados apurados até aqui, pode-se concluir que houve um incremento na exigência do serviço público de saúde, na cidade de Sobral, em decorrência do período da Pandemia da COVID-19 e suas complicações já conhecidas.

Diante desse contexto de aumento de demanda, houve também a necessidade de maiores intervenções dos órgãos de efetivação desse direito, notadamente aqueles pertencentes ao sistema de justiça.

Isso porque com o aumento da demanda fruto do período pandêmico, o município não conseguiu acompanhar a rápida disseminação do vírus, e iniciou-se período de superlotação hospitalar, com registro de óbitos de pacientes em espera de atendimento.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Essa decisão aprimora a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. A ESPII é considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e

imediate”. É a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é declarada.¹⁴

A partir de então, diante da negativa ou a suspensão de diversos serviços públicos de saúde à população em geral, as instituições do sistema de justiça passaram a intervir, no sentido do reestabelecimento do serviço público essencial.

Portanto, no período compreendido na pesquisa que vai da decretação oficial do início da Pandemia da COVID-19 até 31 de dezembro de 2020, foram 327 (trezentos e vinte e sete) óbitos em razão da COVID-19, 12.639 (doze mil seiscentos e trinta e nove) casos confirmados, 14,7% da população testada e 12.428 (doze mil quatrocentos e vinte e oito) pessoas recuperadas (Sobral, 2024).

Essas atividades listadas no parágrafo anterior foram prestadas na sua grande maioria por hospitais de campanha criados ao longo do período pandêmico.

Não bastasse, ainda diversos serviços rotineiros foram suspensos e/ou interrompidos, diante do acréscimo rápido e em pouco tempo dos casos de transmissão da COVID-19, como por exemplo os atendimentos que não eram de urgência e que exigiam contato pessoal entre o profissional e o paciente.

Os serviços permanentes de fisioterapia e recuperação de pacientes passaram por períodos de instabilidade, além do fornecimento de medicamentos, pois com o aumento das internações nos hospitais e nas entidades de saúde, maior foi a distribuição de medicamentos.

Assim, diante de uma crise emergente, crescente e imensurável das demandas de saúde, com pessoas morrendo nas filas dos hospitais por falta de insumos e de tubos de oxigênio, urge a necessidade de implementar o direito fundamental, nos casos em que a garantia da vida e da saúde são confrontadas por meio da dignidade da pessoa humana, situação na qual deverá prevalecer a norma mais favorável ao indivíduo.

4.4. A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA NA GARANTIA DO ACESSO À POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID 19: UM ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E JUDICIAIS NA CIDADE DE SOBRAL DO ESTADO DO CEARÁ

¹⁴ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 15 de maio de 2024.

De acordo com as disposições da Lei Federal que Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências (80/94), o inciso dois do artigo quarto preconiza que “promover, prioritariamente, a solução extrajudicial dos litígios, visando à composição entre as pessoas em conflito de interesses, por meio de mediação, conciliação, arbitragem e demais técnicas de composição e administração de conflitos”. (Brasil, 2024)

Verifica-se que a atuação do defensor público deve ser pautada na solução extrajudicial dos conflitos, de maneira que ocorra a composição entre as partes em conflito de interesses, por meio de técnicas específicas de abordagem. Nos casos envolvendo o direito fundamental da saúde, a atuação do defensor público também segue a regra da tentativa de solução extrajudicial, por meio de contatos com os órgãos de saúde, nos âmbitos federal, estadual e municipal, por meio de secretarias e ministérios.

No caso de não ter sido resolvida a demanda de forma administrativa, resta ao defensor a implementação forçada daquele direito fundamental, por meio de uma análise técnico-jurídica da demanda a ser proposta.

Isso encontra amparo na Lei Federal Orgânica 80/94, que dispõe que são funções da instituição “promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos necessitados, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela” (Brasil, 2024).

Em que pese o direito à saúde tenha caráter universal e integral, ele não é obrigado a suportar, por exemplo, tratamentos experimentais e sem estudos científicos seguros acerca dos resultados. Assim leciona o art. 196 da Constituição Federal brasileira:

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 (Brasil, 2024).

De acordo com o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF, 2024), “O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais”. Essa tese foi fixada no plenário virtual da Corte de Justiça, no Recurso

Extraordinário 657718/MG, de relatoria do Ministro Roberto Barroso, julgado em 22/5/2019, em sede de repercussão geral¹⁵. Também não são exigíveis os medicamentos e procedimentos que não estejam registrados na lista de substâncias na Agência Nacional de Saúde (STF, 2024).

Esse entendimento foi confirmado a partir da interpretação constitucional dado pelo Supremo Tribunal Federal, nos autos do julgamento do Recurso Extraordinário n. 657718/MG, de relatoria original do Ministro Marco Aurélio, e após redistribuído para o Ministro Roberto Barroso, julgado em 22/5/2019, em sede de repercussão geral:

A ausência de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: a) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); b) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e c) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.”¹⁶ STF. Plenário. RE 657718/MG, rel. orig. Min. Marco Aurélio, red. p/ o ac. Min. Roberto Barroso, julgado em 22/5/2019 (repercussão geral) (STF, 2024).

Por conta dessas barreiras jurídicas criadas pelo legislador e pelas cortes de justiça no Brasil, é que se faz necessária a análise técnica e jurídica do tratamento indicado pelo médico assistente, a fim de aferir e avaliar a viabilidade da propositura de ação judicial de obrigação de fazer.

Isso porque nem todos os males estão cobertos pela saúde pública, ferindo os princípios da universalidade e integralidade. Os limites e as barreiras para a efetivação forçada do direito encontram os limites nas decisões da Suprema Corte Brasileira.

O Estado não tem recurso para todos os males e para todos os doentes. E por meio da interpretação de diversos princípios constitucionais, para que o maior número de pessoas possa ser abrangido pelo Sistema Único de Saúde, se faz necessário selecionar as prioridades a serem implementadas.

¹⁵ Disponível em: BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Consulta processual pública. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em 05/5/24.

¹⁶ BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Consulta processual pública. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em 05/5/24.

Diante do choque entre princípios como da dignidade da pessoa humana, da vida, da saúde, da universalidade e da integralidade do sistema único, não resta dúvida acerca de que deverá prevalecer a interpretação mais favorável ao indivíduo, lançando mão do uso da ponderação de valores.

Diante desse percurso, fica comprovado que a ação judicial, movida por meio da intervenção defensorial, é considerada como a última medida, depois de todas as tentativas de solução extrajudicial da demanda.

A atuação da defensoria na implementação do direito público da saúde será apresentada por meio do banco de dados existentes na Defensoria Pública, compreendendo os atendimentos do Núcleo de Petição Inicial de Sobral.

Pode-se, portanto, dividir a pesquisa e a análise de dados em quatro módulos: o número de atendimentos realizados na totalidade - ART (sem individualizar a matéria), o número de atendimentos realizados de saúde - ARS, quais as intervenções de saúde foram resolvidas de forma administrativa (RFA) e as intervenções de saúde resolvidas de forma judicial (RFA).

Os dados foram obtidos em análise ao relatório de produtividade da defensoria pública de Sobral, no Sistema Informatizado de Relatórios da Defensoria Pública (SIRDP)¹⁷.

Tabela 01 – Total de atendimentos gerais de atendimentos de saúde

PERÍODO	TIPO DE ATENDIMENTO	
	Total de Atendimentos - ATR	Atendimentos de Saúde
16/03/2019 – 31/12/2019	4458	93
16/03/2020 – 31/12/2020	2837	143
TOTAIS	7295	236

Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024)

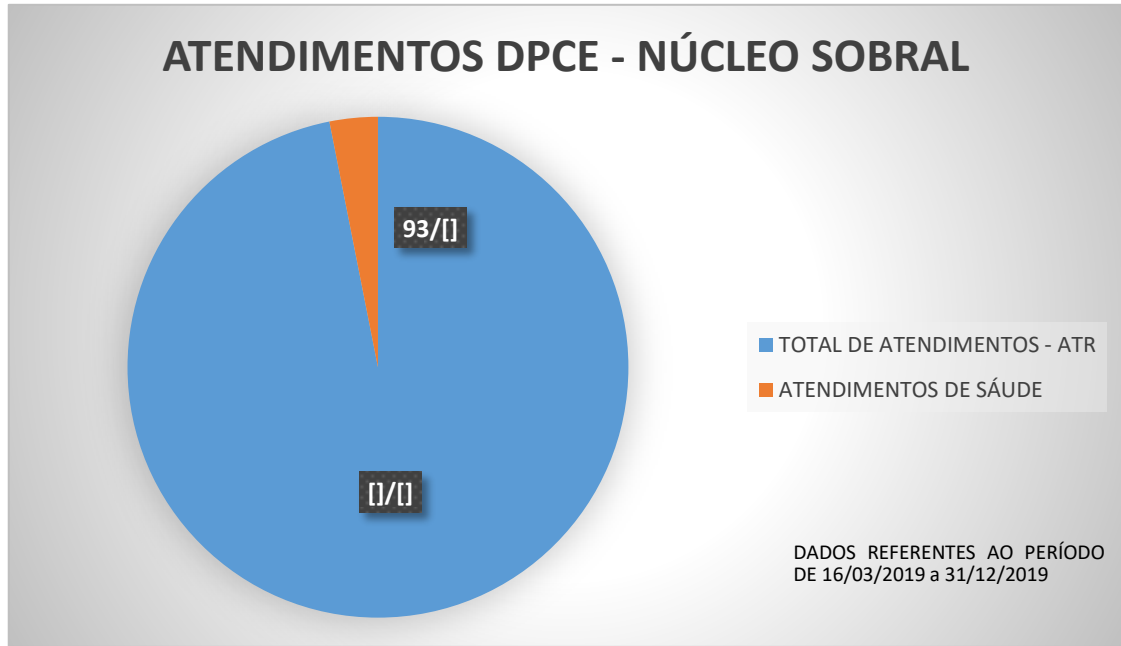
Em análise aos dados, percebe-se um aumento dos atendimentos de saúde no período da Pandemia da COVID-19 em comparação com o mesmo período, do ano anterior.

Enquanto em 2019 foram realizados 93 atendimentos de saúde; em 2020, no período pandêmico da COVID-19, foram realizados 143 atendimentos, o que representa um aumento de 50 (cinquenta) casos, provocando um aumento de 22% (vinte e dois por cento) do número de atendimentos (Defensoria, 2024).

¹⁷ Disponível em: <https://sirdp.defensoria.ce.def.br/login>. Acesso em: 01 de maio de 2024.

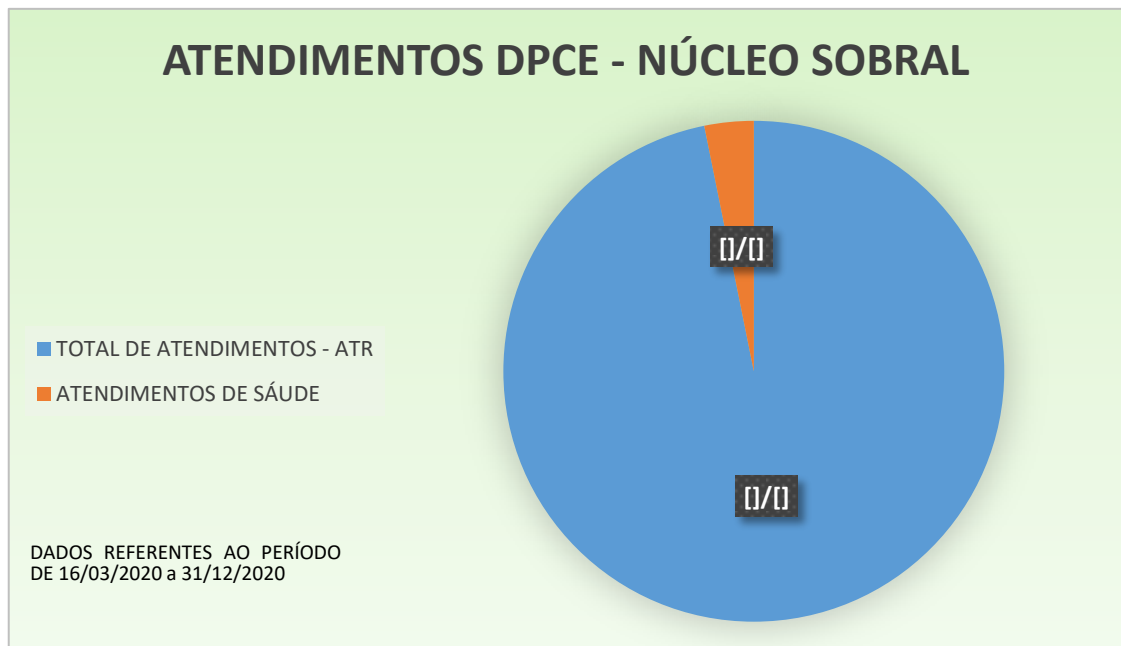
Percebeu-se que foi a necessária intervenção nos casos de saúde, tendo em vista o aumento da demanda no período pesquisado, fruto do período da COVID-19. No que tange ao comparativo do número de atendimentos totais realizados e o número de atendimentos realizados na área da saúde, conclui-se que os atendimentos de saúde representaram 3% (três por cento) dos atendimentos totais no ano de 2019, e 5% (cinco por cento) no ano de 2020.

Figura 08: Gráfico com total de atendimentos gerais e de saúde no ano de 2019.



Fonte: Defensoria do Estado do Ceará (2024)

Figura 09: Gráfico com total de atendimentos gerais e de saúde no ano de 2020



Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024).

Em análise aos dados, enquanto em 2019 foram realizados 93 atendimentos de saúde, em 2020, no período pandêmico da COVID-19, foram realizados 143 atendimentos, o que representa um aumento de 50 (cinquenta) casos, provocando um aumento de 22% (vinte e dois por cento) do número de atendimentos (Defensoria, 2024).

Nos casos em que não houve a solução extrajudicial, o núcleo defensorial de Sobral ajuizou 85 (oitenta e cinco) ações judiciais de obrigações de fazer, para implementação de tratamentos, procedimentos e cirurgias na área da saúde, conforme tabela:

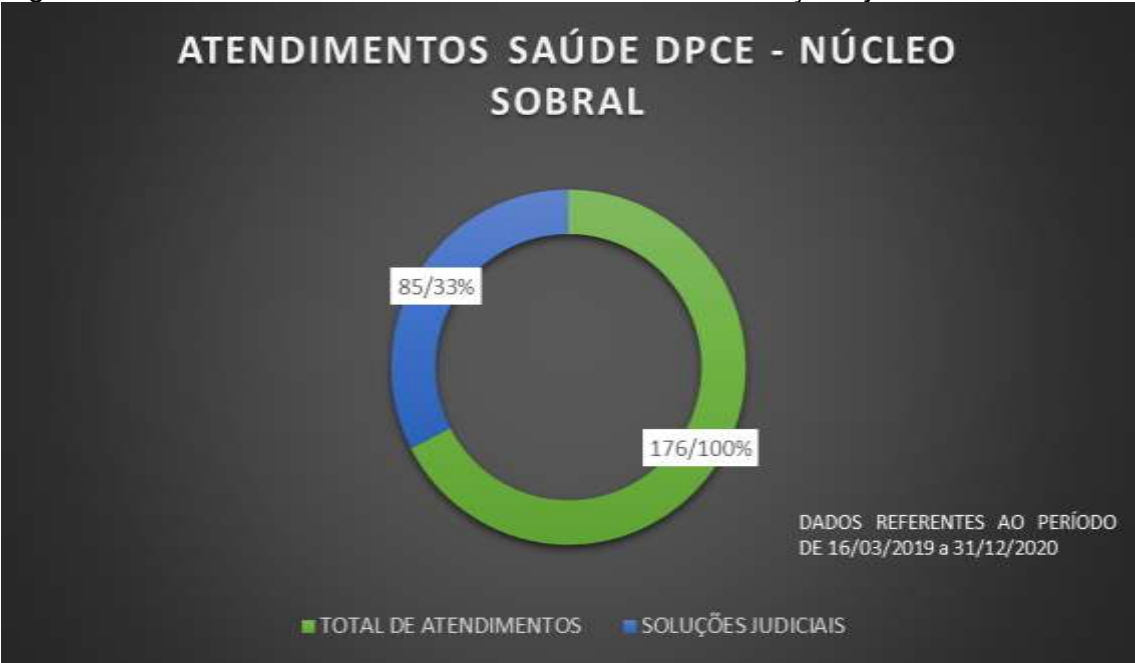
Tabela 02: – Total de atendimentos de saúde e a forma de solução apresentada.

PERÍODO	ATENDIMENTOS DE SAÚDE		
	TOTAL DE ATENDIMENTOS	RFA	RFJ
16/03/2019 – 31/12/2019	93	83	60
16/03/2020 – 31/12/2020	143	68	25
TOTAIS	176	91	85

Fonte : Defensoria Pública do Ceará (2024)

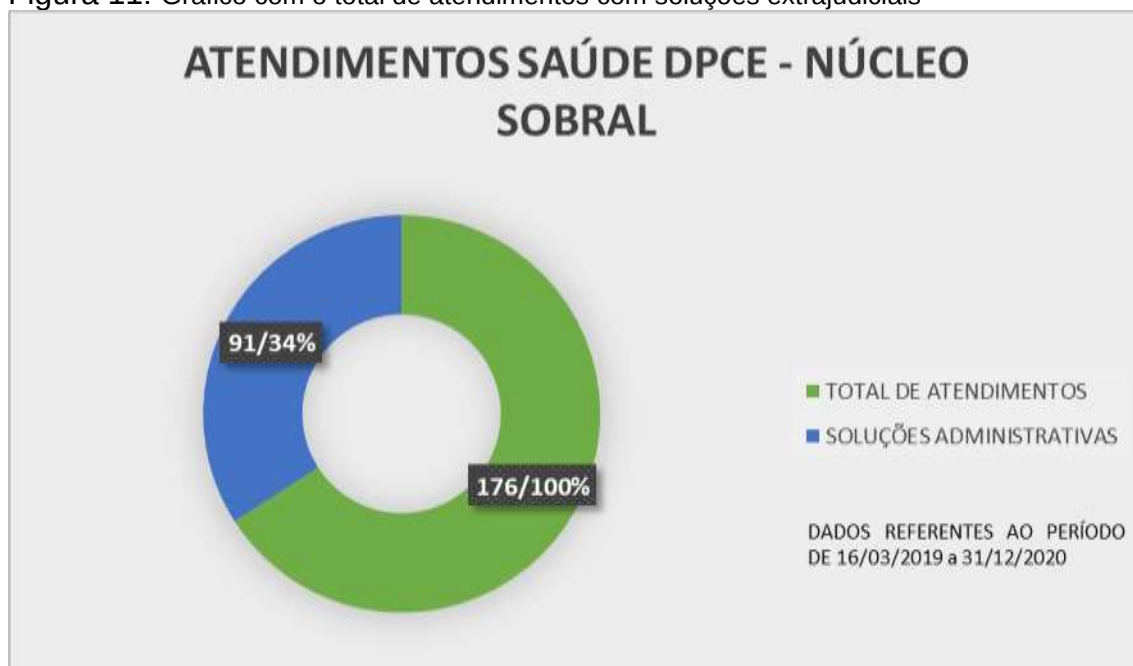
A análise dos dados leva em conta dois períodos de análise: de 16 de março de 2019 até 31 de dezembro de 2019 e de 16 de março de 2020 até 31 de dezembro de 2020.

Figura 10 - Gráfico com total de atendimentos com soluções judiciais.



Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024)

Figura 11: Gráfico com o total de atendimentos com soluções extrajudiciais



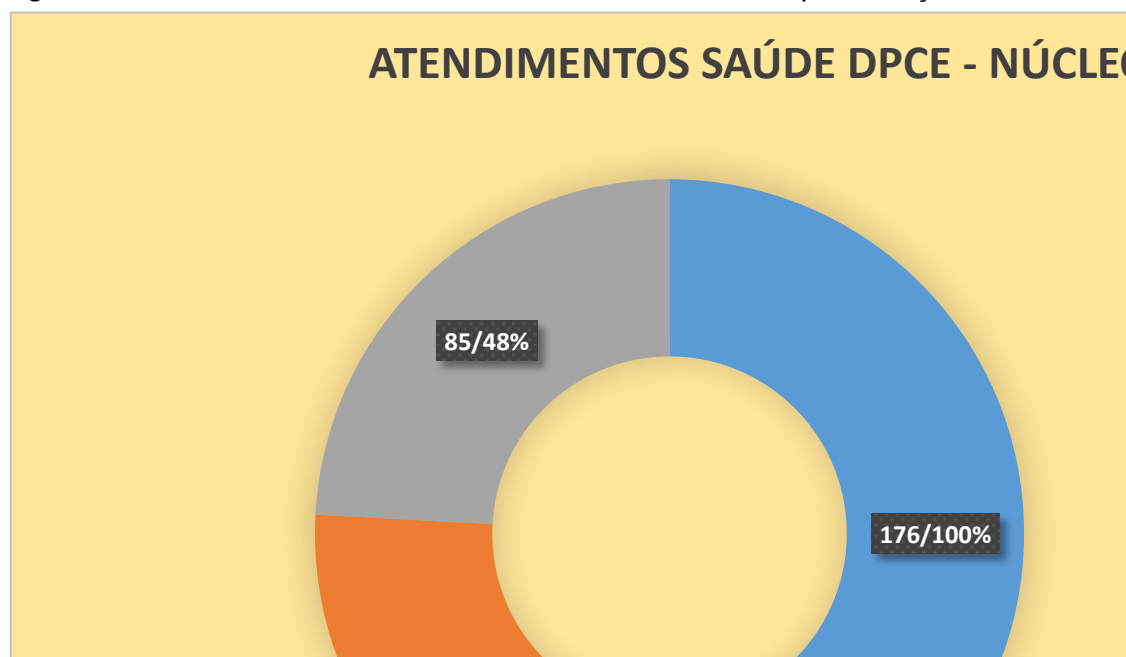
Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024).

Os dados apresentados levam em conta dois períodos, sendo o primeiro na fase pré-pandemia da COVID-19, compreendendo o primeiro caso de COVID-19, no dia dezessete de março de dois mil e vinte até o dia trinta e um de dezembro de dois mil e vinte, em comparação com os dados apresentados no período anterior, de dezessete de março de dois mil e dezenove até o dia trinta e um de dezembro de dois mil e dezenove.

Das demandas de saúde que chegaram ao núcleo defensorial de Sobral, no ano de 2019 e 2020 foram realizadas 91 (noventa e uma) intervenções de natureza administrativa (34%) e 85 (oitenta e cinco) intervenções que demandaram a propositura de ações judiciais (66%) (Defensoria, 2024).

Portanto, da totalidade dos atendimentos realizados de saúde no período proposto, a maior parte das intervenções ocorreram de forma administrativa, com representação de dois por cento acima das soluções judiciais.

Figura 12 - Gráfico com total de atendimentos de saúde por solução.



Fonte: Defensoria Pública do Ceará (2024)

No período pesquisado, restou apurado no Relatório de Estatísticas da Defensoria Pública do Estado do Ceará - SIRDPA que a defensoria pública propôs 85 (oitenta e cinco) ações de Obrigação de Fazer, a fim de efetivar a política pública de Saúde, diante da negativa de prestação do serviço público à população (Defensoria, 2024).

Diante da análise dos dados apresentados, pode-se concluir que a atuação da Defensoria Pública cumpriu o seu papel constitucional, conforme estabelecido na Lei Complementar Orgânica da Defensoria.

Assim, dispõe o art. 194 da CRFB:

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 (Brasil, 2024)

Além disso, por meio da intervenção da Defensoria Pública, foram solucionados outros 91 casos de negativa de prestação do direito fundamental à saúde, o que atende também ao que preceitua a Lei Complementar 80/94, que regulamenta e organiza as defensorias públicas dos Estados e da União:

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, assim considerados na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal (Brasil, 2024).

Assim, pode-se concluir que o papel da defensoria pública no campo da saúde é executado pela implementação do direito público subjetivo, por meio de uma análise técnica-jurídica, que envolve uma divisão de competências por município e órgãos de atuação.

Assim, leciona o art. 196 da Constituição Federal brasileira:

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 (Brasil, 1988)

Portanto, diante do caráter de universalidade e igualdade nos serviços que regem a política assistencial da saúde, a legitimação deste direito passa pela atuação da Defensoria Pública, cumprindo a função constitucional e legal de promover o acesso universal e igualitário.

A Constituição Federal Brasileira, no art. 5, inc. LXXIV, dispõe como “direito fundamental dos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil a assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos” (Brasil, 1988).

Portanto, a defensoria pública tem a função constitucional de prestação de assistência jurídica integral e gratuita (art. 5, inc. LXXIV e art. 134, ambos da CF). O SUS, com caráter assistencial, tem a função de prestar o atendimento público de saúde de forma integral e gratuita (Brasil, 1988, art. 196).

A junção entre o caráter de direito subjetivo dado à saúde e a existência da instituição capaz de efetivar o direito violado (defensoria), mantendo a gratuidade do serviço jurídico prestado, destaca o papel da instituição na atuação em prol dos direitos sociais.

A questão central da pesquisa teve por base analisar o papel da Defensoria Pública na implementação da política pública da saúde, e a análise foi

realizada com base nos atendimentos e procedimentos defensorias no âmbito de aplicação da pesquisa.

Com base nos atendimentos, procedimentos, ações administrativas e judiciais, foram levantados dados estatísticos, que trouxeram os elementos que comprovam a importância da Defensoria Pública na busca da justiça social.

A justiça social tem por foco o bem-estar coletivo ante às normas de controle e fiscalização. Coloca-se o ser-humano como protagonista dos direitos civis, políticos, sociais, culturais e econômicos, e aqui nesta pesquisa o direito de viver e de viver com saúde. Em nome da justiça social, o Estado é obrigado a garantir a vida com saúde.

Quando o direito público subjetivo da saúde não é efetivado, resta uma violação da justiça social, ou seja, do protagonismo do ser-humano frente às barreiras de implementação. E então chega-se ao ponto central da pesquisa: com a análise dos procedimentos e atendimentos, qual foi o papel da Defensoria Pública?

Assim leciona Heloisa Helena Barboza:

Após duas décadas de vigência da Constituição da República de 1988, a cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana, considerada como valor máximo do ordenamento jurídico, continua a desafiar o intérprete em virtude de situações que afrontam a dignidade humana. Na ampla gama dessas situações merecem destaque as que expõem ou exacerbam a vulnerabilidade do ser humano, que se constata mais acentuada em alguns indivíduos. A aplicação da tutela constitucional de forma in- diferenciada acaba por não proteger adequadamente determinadas pessoas, exatamente por se encontrarem mais vulneráveis que outras. A percepção da vulnerabilidade é ampla, como se constata de diversos estudos sobre o tema. Contudo, muitas pessoas permanecem à margem, sem reconhecimento de sua situação, o que enseja sua discriminação e tratamento desigual. Vulnerabilidade e igualdade são conceitos que se imbricam e cuja compreensão é de todo indispensável para a preservação da dignidade das pessoas vulneráveis. Necessário, portanto, que se analise a vulnerabilidade humana à luz dos princípios constitucionais e se busquem instrumentos aptos à adequada tutela da dignidade das pessoas vulneráveis e vulneradas.

Nesse contexto de vulnerabilidades, seja em decorrência da debilidade à saúde ou/e à vida, ou no campo da vulnerabilidade econômica e organizacional, o que se pode concluir por meio da pesquisa é que na ausência ou da má prestação do serviço público, surge a necessidade da intervenção da instituição, na implementação do direito público subjetivo.

Então passou-se a análise dos dados durante o período pesquisado, com os limites fixados no núcleo defensorial de Sobral, durante o período da COVID-19, de março a dezembro de 2020. Na busca da questão central da pesquisa, que

consiste na análise do papel da Defensoria Pública para a efetivação ao direito Pa saúde, pode-se analisar o número de atendimentos e procedimentos realizados, e concluiu-se que a pandemia provocou um aumento da demanda nos atendimentos de saúde, no entanto, a Defensoria Pública implementou o direito antes, durante e depois do período de pandemia da COVID-19.

Isso porque, foram comparados dados estatísticos do ano anterior à pandemia da COVID-19, e percebeu-se que a Defensoria Pública efetivou o direito público subjetivo à saúde em período anterior ao da Pandemia.

Extrai-se que a instituição Defensoria Pública, por meio da atuação no campo da saúde, efetiva a justiça social ao efetivar o direito à vida e à saúde. A defensoria busca colocar o indivíduo como protagonista dos direitos, deixando à margem e distantes as normas e os procedimentos burocráticos para efetivação da saúde.

Restou comprovado que houve um aumento dos atendimentos no Sistema Único de Saúde no período da Pandemia da Covid-19, isso ficou demonstrado por meio da análise dos boletins epidemiológicos produzidos pela Secretaria de Saúde de Sobral.

No âmbito defensorial, enquanto em 2019 foram realizados 93 atendimentos de saúde; em 2020, no período pandêmico da COVID-19 foram realizados 143 atendimentos, o que representa um aumento de 50 (cinquenta) casos, provocando um aumento de 22% (vinte e dois por cento) do número de atendimentos (Defensoria, 2024).

Em conclusão dos dados aqui apresentados, restou comprovado o papel da Defensoria Pública como instituição legitimada pela Constituição Federal e garantidora da efetivação do direito, por meio das atribuições que lhe foram dadas pela Lei Complementar Federal e pela Constituição Federal.

A justiça social promovida pela Defensoria Pública restou comprovada, inclusive em período pretérito à Pandemia da Covid-19, pois ao analisar os dados do ano anterior, percebeu-se a atuação defensorial na implementação do direito público subjetivo, situação que permanece nos dias atuais nos núcleos defensoriais.

5. CONCLUSÃO

Ante o exposto, conclui-se que, restou demonstrada a relevância da temática, bem como do processo de construção das políticas públicas de saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

Por conseguinte, também ficou evidente a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia do Direito à Saúde previsto no texto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em especial para as pessoas economicamente e socialmente vulneráveis. Além disso, a edição da lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi um marco legal regulamentar do Direito à Saúde.

Observou-se a necessidade de fomento das políticas públicas de saúde já existentes e a importância destas durante o período da Pandemia COVID-19. Outro aspecto a ser destacado, trata-se do controle judicial das políticas públicas de saúde, de modo a buscar dar máxima efetividade ao direito à saúde a que faz jus todo ser humano no Brasil. Todavia, também resta evidente as dificuldades de acesso a este controle pelas pessoas economicamente e socialmente vulneráveis, o que está diretamente ligado à necessidade de aparelhamento e fomento das Defensorias Públicas Estaduais e da Defensoria Pública da União.

Ademais, a evolução histórica das políticas públicas de saúde no ordenamento jurídico brasileiro evidencia com clareza o especial papel destas políticas na garantia do direito à saúde e à vida.

Por fim, também resta clara a correlação existente entre o desenvolvimento socioeconômico e as políticas públicas de saúde, na sua dimensão social e econômica, identificando-se essa dupla dimensão, que está diretamente ligada à efetiva garantia do direito à saúde, bem como em relação à economia do país com geração de emprego e renda.

Ante o exposto, conclui-se que, restou demonstrada a relevância da temática, bem como da efetiva luta pela consolidação das Defensorias Públicas e o papel na garantia às políticas públicas de saúde.

Por conseguinte, também restou evidente a importância da evolução da assistência jurídica gratuita no ordenamento jurídico brasileiro, a qual veio a ser significativamente prevista no Art. 134 da Constituição da República Federativa do Brasil, dispondo 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.

Outro fato relevante, trata-se do controle judicial das políticas públicas de saúde, de modo a buscar dar máxima efetividade ao direito à saúde a que faz jus todos ser humano no Brasil, e em especial, a atuação da Defensoria Pública na garantia da aplicação efetiva das políticas públicas de saúde aos vulneráveis.

Também resta clara a correlação existente entre as ondas renovatórias do acesso à justiça e a atuação da Defensoria Pública, inclusive relativamente à sua estrutura e funcionamento.

Ao longo do estudo demonstrou-se o processo de construção histórica da política pública de saúde sob a perspectiva da integralidade e da universalidade. Em contrapartida, apurou-se os limites fixados pelo legislador e pelas cortes de justiça, os quais tem a função de estabelecer as balizas e os limites da integralidade e da universalidade do acesso.

Foi possível perceber ainda, o conflito de princípios ora existentes, como da universalidade e integralidade pois, se o estado deve fornecer todo e qualquer tipo de tratamento a todo indivíduo em território nacional, tratamentos que demandam alto custo ou que não tenha a sua existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior, poderia colocar em risco o próprio sistema. Isso porque, poderia comprometer o tratamento de outros indivíduos que aguardam na fila. Além disso, a ponderação dos princípios da segurança jurídica, da dignidade da pessoa humana, da vida e da saúde é fundamental.

Ficou, portanto, comprovado a complexidade da sistemática de divisão de atribuições quando se fala na integralidade e na universalidade. E a partir do momento em que o direito não é implementado, cabe a análise técnico-jurídica da entidade que foi escolhida para a efetivação do direito. Por meio da análise da construção histórica das Defensorias Públicas, pode-se apresentar a consolidação a partir da constituinte de 1988, juntamente com o direito público subjetivo à saúde.

Houve, portanto, a criação do direito subjetivo e da garantia desse direito, por meio da atuação das instituições, destacando-se na pesquisa proposta a

atuação da Defensoria Pública do Estado do Ceará, por meio do seu núcleo de atendimento inicial de Sobral.

Notou-se também um aumento da procura dos serviços públicos de saúde no período da decretação da COVID-19, diante do estado de calamidade pública decretado no Estado do Ceará, a partir do dia 16 de março 2020. Nos atendimentos realizados no núcleo defensorial, pode-se concluir que por uma pequena margem de diferença, as soluções administrativas foram superiores às judiciais.

O objetivo principal da pesquisa foi analisar o papel da Defensoria Pública na garantia do acesso às políticas públicas de saúde na Cidade de Sobral, no Estado do Ceará, em tempos de pandemia da Covid-19, no período de 16 de março de 2020 até 31 de dezembro de 2020, o que restou demonstrado por meio da análise de dados de atendimentos da instituição.

Os objetivos específicos foram estudar o processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental e o nascimento do SUS; compreender a construção histórica da defensoria pública e o papel na garantia do acesso às políticas públicas de saúde. Por fim, apresentar os dados epidemiológicos do período da Pandemia da COVID-19 no período de março de 2020 até dezembro de 2020, na Cidade de Sobral no Estado do Ceará e por fim investigar a garantia de acesso às políticas públicas de saúde, por meio da atuação da defensoria pública.

Investigou-se a efetividade da política pública de saúde no município de Sobral, por meio da atuação da Defensoria Pública do Estado do Ceará, no período compreendido de maior gravidade da COVID-19, de março de 2020, quando notificado o primeiro caso da doença em Sobral, até o dia 30/12/2020, quando foi iniciada a política de vacinação contra o vírus da COVID-19.

Viu-se que por meio da atuação da Defensoria Pública de Sobral, durante o período proposto, foram implementadas inúmeras políticas públicas na área da saúde. As atuações consistiram em abordagens de natureza extrajudicial e, quando não implementando o direito, a análise acerca da possibilidade propositura das ações judiciais em face dos entes públicos respectivos.

Pode-se perceber, portanto, o papel da Defensoria Pública na efetivação do direito fundamental à saúde. Esse cenário decorre da garantia criada pelo próprio constituinte de implementação e efetivação dos direitos fundamentais.

Notadamente, quando se fala dos necessitados, não se pensa noutra instituição que tenha tamanha importância para a implementação do direito, mantendo o assistido livre do custeio do tratamento indicado pelo médico e a assistência jurídica integral e gratuita prestada pela Defensoria Pública.

Denotou-se que diante do público vulnerável, a Defensoria Pública se apresenta como instituição que tem o papel de efetivação da política pública de saúde quando esse direito é passível de exigência compulsória em face do poder público.

Além do mais, a atuação não se interrompe no ajuizamento da ação ou na solução extrajudicial do conflito, pois é comum novos descumprimentos por parte do Estado no fornecimento do medicamento, procedimento ou tratamento, o que demanda novas intervenções da Defensoria Pública, assim como a instituição deverá prosseguir na defesa dos interesses do assistido no processo judicial em curso.

A partir da análise empírica dos dados levantados no núcleo de atendimento inicial de Sobral, pode-se concluir acerca do papel da defensoria pública na implementação da política pública de saúde, o qual consiste na implementação do direito e na efetivação da política pública por meio da solução pacífica de resoluções de conflitos e, em última análise, por meio do uso da força, com a coerção da sentença ou decisão judiciais.

Portanto, restou comprovada a missão constitucional e legal, prevista na Lei Complementar n. 80/94, de promover o acesso à justiça incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático 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, por meio da atuação defensorial na implementação da política pública de saúde na cidade de Sobral, em tempos de pandemia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JÚNIOR, Nadson Rocha. **Mínimo Existencial como forma de limitação do princípio da reserva do possível**. Fortaleza: Premium Gráfica e Editora, 2017. 112p.

ALTH, Fernando Musa Abujamra. **Manual de Direito sanitário com enfoque em saúde**. Brasília: CONASEMS, 2019.

BARROSO, Luís R. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. São Paulo: Saraiva, 2024. E-book. ISBN 9788553621132. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553621132/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

BEZERRA, Francisco José Araújo. **Perfil socioeconômico do Ceará**. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 2015.

BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 19. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

BONAVIDES, P. **Do Estado liberal ao Estado social**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

BONAVIDES, P. **Teoria constitucional da democracia participativa**: Por um direito constitucional de luta e resistência; por uma nova hermenêutica; por uma repolitização da legitimidade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRANCO, Paulo Gustavo G.; MENDES, Gilmar. **Curso de direito constitucional**. (Série IDP). São Paulo: Saraiva, 2024. E-book. ISBN 9786553629417. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553629417/>. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 09 de maio de 2023.

BRASIL. **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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 26 de julho de 2023.

BRASIL. **Lei Complementar 80**, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp80.htm. Acesso em: 31 de agosto de 2023.

BRASIL, Ministério das Cidades. **Portaria Nº 21**, De 22 De Janeiro De 2014: Aprova o Manual de Instruções do Trabalho Social no Programas e Ações do Ministério das Cidades. 2014. Disponível em: https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/Portarias/2014/portaria_21_2014_trabalho_social.pdf Acesso em 23 abr. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Consulta processual pública**. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em 05/5/24.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **ADI 6586/DF**. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=457366&tip=UN#:~:text=Na%20ADI%206586%2C%20o%20Partido,adotadas%2C%20amparadas%20em%20evid%C3%A2ncias%20cient%C3%ADficas%2C>. Acesso em 10 de maio de 2024.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**. Casa Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em 30 de abril de 2024.

BUTANTAN, Portal do. **Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia**. 2020. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia> acesso em 04 de fevereiro de 2024.

CCMS, Centro Cultural do Ministério da Saúde. **SUS a saúde do Brasil**. 2016. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/antes-depois.php> Acesso em: 22 de abril de 2024.

CEARÁ, Defensoria Pública do Estado do. **Sobre a Defensoria Pública**. 2020. Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/institucional/sobre-a-defensoria-publica/>. Acesso em 30 de janeiro de 2024.

CEARÁ, Tribunal de Justiça do. **Divisão das Comarcas por Entrância**. 2024. Disponível em: <https://portal.tjce.jus.br/uploads/2024/02/Mapa-2022-Divisao-Comarcas-1.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2024.

CEARÁ, Defensoria Pública do Estado do Ceará. **Saúde**. Disponível em: <https://www.defensoria.ce.def.br/informacoes-ao-cidadao/quais-sao-as-areas-de-atuacao/saude/>. Acesso em: 31 de agosto de 2023.

CEARÁ, **Regionalização**. Secretaria Estadual de Saúde: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em 14 de maio de 2024.

CEARÁ. **Sistema Informatizado de Relatórios da Defensoria Pública**. Disponível em: <https://sirdp.defensoria.ce.def.br/login>. Acesso em: 4 de maio de 2024.

CONDEGE. **Pesquisa Nacional da Defensoria Pública (2021): 7. RECURSOS TECNOLÓGICOS: 7.1. ATENDIMENTO POR VIA REMOTA.** 2021. Disponível em: <https://pesquisanacionaldefensoria.com.br/pesquisa-nacional-2020/analise-nacional/>. Acesso em: 31 de agosto de 2023.

DE SÁ, Dominichi Miranda. **Especial Covid-19: Os historiadores e a pandemia.** 2020, disponível em: <https://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1853-especial-covid-19-os-historiadores-e-a-pandemia.html> Acesso em: 04 de fevereiro de 2024.

DIAS, Luis Carlos. **Momento Histórico:** Tem início a vacinação contra a Covid-19 pelo mundo. 2020. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/artigos/luiz-carlos-dias/momento-historico-tem-inicio-vacinacao-contr-covid-19-pelo-mundo> acesso em: 04 de fevereiro de 2024.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda Costa de. **Políticas públicas:** princípios, propósitos e processos. São Paulo: Grupo GEN, 2012. E-book. ISBN 9788522484478. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522484478/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

DIAS, Jean C.; SIMÕES, Sandro Alex de S. **Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento.** São Paulo: Grupo GEN, 2013. E-book. ISBN 978-85-309-4981-5. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-4981-5/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

ESTEVES, Diogo; SILVA, Franklyn Roger Alves. **Princípios Institucionais da Defensoria Pública.** 3. ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2018.

FAVARO, Bruno de Farias. **A tutela coletiva do direito à saúde:** um estudo de caso sobre a ação civil pública das insulinas na justiça federal de Criciúma. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2019. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/6992/1/Bruno%20de%20Faria%20Favaro.pdf>. Acesso em: 11 junho. 2023.

FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 26 de julho de 2023.

GOOGLE, **maps.** Disponível em: <https://www.google.com.br/maps>. Acesso em 10 de maio de 2024.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>. Acesso em 17 de setembro de 2023.

ILÍBIO, Michel Belmiro; VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A participação social em saúde** [recurso eletrônico]: uma leitura a partir da democracia radical. Criciúma: UNESC, 2020.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. 8ª edição. São Paulo: Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788597021097. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597021097/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

MENDES, Gilmar F.; SILVA, Raphael Carvalho da; FILHO, João Trindade C. **Políticas Públicas no Brasil: uma abordagem institucional**. São Paulo: Editora Saraiva, 2017. E-book. ISBN 9788547218515. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788547218515/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 36. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. São Paulo: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559774944. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559774944/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

MOREIRA, José Carlos Barbosa. O Direito à Assistência Jurídica: Evolução no ordenamento brasileiro de nosso tempo. **Revista da Academia Brasileira de Letras Jurídicas**, n.3, ano VI, Rio de Janeiro: Renovar, 1992, p. 197.

NAKABASHI, Luciano. **Para bom índice de desenvolvimento socioeconômico, é necessário levar em conta saúde, educação e segurança**. USP, 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/para-bom-indice-de-desenvolvimento-socioeconomico-e-necessario-levar-em-conta-saude-educacao-e-seguranca/> Acesso em: 23 abr. 2024.

NARVAI, Paulo C. **SUS: uma reforma revolucionária. Para defender a vida**. (Coleção ensaios). São Paulo: Grupo Autêntica, 2022. E-book. ISBN 9786559281442. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559281442/>. Acesso em: 27 mai. 2024.

NUSKE, Mauro Alberto *et al.* **A saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar crítico acerca da contribuição da saúde nas múltiplas escalas do desenvolvimento regional**. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiEuqOhjLCAAxU5r5UCHQ7tDY8QFnoECCoQAQ&url=https%3A%2F%2Fonline.unisc.br%2Facadnet%2Fanais%2Findex.php%2Fsidr%2Farticle%2Fdownload%2F16510%2F4437&usg=AOvVaw3DEAwMIJrvn9zFYAiHCpWR&opi=89978449>. Acesso em 26 de julho de 2023.

OEA. **Resolución 2656/OEA**, de 07.07.2011. Disponível em: http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2656_XLI-O-11_esp.pdf. Acesso em: 31 agosto de 2023.

OEA. **Convenção Americana de Direitos Humanos**. 1969. Disponível em https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 31 de agosto de 2023.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 15 de maio de 2024.

PINHO, Rodrigo César Rebello. **Teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2006. 202p.

SOBRAL. **Boletim COVID-19**. Disponível em: <https://www.sobral.ce.gov.br/informes/principais/boletim-covid-19-em-sobral>. Acesso em 17 de setembro de 2023.

RAMOS, André de C. **Direitos humanos na pandemia**: desafios e proteção efetiva. São Paulo: Editora Saraiva, 2022. E-book. ISBN 9786553622890. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#!/books/9786553622890/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

RAMOS, André de C. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: SRV Editora LTDA, 2023. E-book. ISBN 9786553626409. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#!/books/9786553626409/>. Acesso em: 03 jun. 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 4.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2006. 158p.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 7. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

SARLET, Ingo; MARINONI, Luiz G.; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Editora Saraiva, 2024. E-book. ISBN 9788553621163. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#!/books/9788553621163/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SILVA, Franklyn Roger Alves. A Lei 1.060/1950 ainda tem utilidade no ordenamento jurídico? **CONJUR**. 22 de novembro de 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-nov-22/tribuna-defensoria-lei-10601950-ainda-utilidadeordenamento-juridico>. Acesso em: 31 de agosto de 2023.

SCALZILLI, João P.; SPINELLI, Luis F.; TELLECHEA, Rodrigo. **Pandemia, Crise Econômica e Lei de Insolvência**. São Paulo: Grupo Almedina, 2023. E-book. ISBN 9786556277943. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#!/books/9786556277943/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Cap. 2. p. 65-86.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. **Plano de contingência diante da infecção humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) da Secretaria da Saúde de Sobral** – 3. ed. rev. – Sobral: Secretaria da Saúde, 2020. 209 p.

SOBRAL, Prefeitura de. **Vacinômetro COVID19**. 2024. Disponível em: <http://transparencia.sobral.ce.gov.br/vacinometroCovid> acesso em 04 de fevereiro de 2024.

SOLHA, Raphaela Karla de T. **Sistema Único de Saúde** - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas. São Paulo: SRV Editora LTDA, 2014. E-book. ISBN 9788536513232. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513232/>. Acesso em: 27 mai. 2024.

SUS, **a Saúde do Brasil**. Brasília, Centro Cultural do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/antes-depois.php#>. Acesso em: 09 de maio de 2023.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. 1279p.

VIEIRA, R. S. **A cidadania na república participativa: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde**, 2013. 527 f. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na República Participativa: Pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde**. Florianópolis, SC, 2013. 1 v.; 540p.