

**O DIREITO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE
NORMATIVA DO MÍNIMO EXISTENCIAL**

**THE DISABLED PERSON'S RIGHT TO HEALTH: A NORMATIVE ANALYSIS OF
THE EXISTENTIAL MINIMUM**

**EL DERECHO A LA SALUD DE LA PERSONA DISCAPACITADA: UN ANÁLISIS
NORMATIVO DEL MÍNIMO EXISTENCIAL**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2025.035-003>

Wilson Vieira Rayol Neto

Bacharel em Direito

Instituição: Universidade da Amazônia (UNAMA)

Raimundo Wilson Gama Raiol

Pós-doutor em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Hélio Luiz Fonseca Moreira

Pós-doutor em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

RESUMO

Este trabalho tem como principal objetivo analisar o acervo normativo que assegura o direito à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, sincronizando a conexão entre a Constituição Federal, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e os diplomas infraconstitucionais, evidenciando como esses instrumentos legais se entrelaçam para regular e demandar a efetivação do referido direito. O estudo demonstra, ainda, a inclusão do direito à saúde no mínimo existencial dessas pessoas, fundamental para a superação da vulnerabilidade e a promoção de sua plena inclusão social. Trata-se de uma pesquisa documental, cuja unidade de análise consubstancia-se nos textos legais.

Palavras-chave: Direito. Saúde. Pessoa com Deficiência. Mínimo Existencial.

ABSTRACT

The main objective of this work is to analyze the normative collection that ensures the right to health for people with disabilities in Brazil, synchronizing the connection between the Federal Constitution, the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and infra-constitutional diplomas, highlighting how these legal instruments intertwine to regulate and demand the effectiveness of said right. The study also demonstrates the inclusion of the right to health in the existential minimum of these individuals, which is fundamental for overcoming vulnerability and promoting their full social inclusion. This is a documentary research, whose unit of analysis is substantiated in legal texts.

Keywords: Right. Health. Person with Disability. Existential Minimum.

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es analizar el acervo normativo que garantiza el derecho a la salud de las personas con discapacidad en Brasil, sincronizando la conexión entre la Constitución Federal, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los diplomas infraconstitucionales, destacando cómo estos instrumentos jurídicos se entrelazan para regular y exigir la efectividad de dicho derecho. O estudo também demonstra a inclusão do direito à saúde no mínimo existencial destas pessoas, o que é fundamental para a superação da vulnerabilidade e a promoção da sua plena inclusão social. Se trata de una investigación documental, cuya unidad de análisis se sustancia en textos legales.

Palabras clave: Bien. Salud. Persona con Discapacidad. Mínimo Existencial.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda o direito à saúde das pessoas com deficiência, no Brasil. Apesar da existência de um robusto acervo normativo, que inclui diplomas internacionais e legislação nacional, a efetivação desse direito fundamental, sob a ótica do mínimo existencial, ainda enfrenta desafios significativos. Tais obstáculos decorrem tanto da aplicação prática das normas e da sua internalização pela sociedade quanto de uma compreensão fragmentada da interconexão entre os diversos instrumentos legais que regem a matéria. Consequentemente, as pessoas com deficiência frequentemente deparam-se com barreiras substanciais, que impedem o pleno exercício de seu direito à saúde e comprometem seu bem-estar físico e psíquico.

Nesse contexto, caracteriza-se a necessidade de políticas estatais sólidas e de uma estrutura institucional eficaz para a prestação de serviços de saúde inclusivos. O conceito de mínimo existencial é central, pois ele sublinha o imperativo constitucional de garantir a sobrevivência digna por meio do acesso à saúde para todos, incluindo as pessoas com deficiência. Isso abrange intervenções médicas, terapêuticas, preventivas, de saúde mental e odontológicas, assegurando que as provisões de saúde estejam diretamente correlacionadas às suas necessidades fundamentais e à sua dignidade.

Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise sincronizada da normatização internacional e da legislação nacional sobre o direito à saúde das pessoas com deficiência. Ao examinar o conteúdo específico e as inter-relações dos diplomas legais, busca-se fornecer um aporte para a demanda efetiva e a implementação desse direito pelas instâncias competentes, tanto públicas quanto privadas, em respeito à dignidade inerente a esse grupo social e ao seu direito ao mínimo existencial. As seções subsequentes aprofundarão esses aspectos normativos.

2 DIREITO À SAÚDE E O MÍNIMO EXISTENCIAL

O direito à saúde é um dos direitos sociais fundamentais garantidos pela Constituição Federal brasileira de 1988, refletindo o compromisso do Estado com a promoção do bem-estar de todos os cidadãos. Em seu artigo 196, ela estabelece que *"a saúde é direito de todos e dever do Estado"* e **que deve** ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de **doenças** e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esse direito se insere em um contexto mais amplo de afirmação dos direitos fundamentais dirigidos à concretização de condições dignas de existência material para toda a população. A implementação do direito à saúde, contudo, envolve desafios complexos, especialmente diante **da exigência de vultosos recursos, em** face de demandas crescentes, **apesar de todos os notórios esforços para serem proporcionados aos destinatários daqueles direitos.**

É nesse contexto que emerge o conceito de mínimo existencial, relacionado ao conjunto de prestações materiais necessárias para assegurar às pessoas uma vida digna, compreendendo aspectos essenciais como saúde, alimentação, moradia, educação e, em certos casos, acesso a bens culturais e tecnológicos básicos. Trata-se, portanto, de um patamar mínimo de direitos e serviços sem os quais a dignidade humana não pode se realizar no plano da concreção.

No contexto da saúde, o mínimo existencial significa garantir não apenas o acesso a serviços médicos de urgência, mas também a medicamentos indispensáveis, vacinas, acompanhamento pré-natal, atendimento de doenças crônicas e ações preventivas, sempre com base na noção de dignidade da pessoa humana. Deste modo, o Estado tem o dever constitucional de **oferecer hospitais**, centros de saúde, vacinação básica e tratamentos essenciais, além de políticas públicas voltadas à promoção da saúde.

A ideia do mínimo existencial serve de parâmetro para o Poder Judiciário ao analisar demandas individuais ou coletivas voltadas à garantia de direitos sociais. Frequentemente, o Judiciário é provocado para garantir que determinadas políticas públicas sejam implementadas, especialmente quando não há **imediata possibilidade para o almejado atendimento estatal**. Nessas situações, o argumento do mínimo existencial fundamenta decisões que buscam assegurar prestações básicas em saúde, reconhecendo que certos direitos não podem ser condicionados à discricionariedade do Estado ou à simples limitação orçamentária.

Por outro lado, a aplicação irrestrita desse conceito pode gerar conflitos com o princípio da reserva do possível, que se refere às limitações financeiras e organizacionais do Estado para prover determinados direitos em sua máxima extensão. Assim, cabe aos Poderes Públicos e ao Judiciário encontrar um equilíbrio entre o dever de efetivar o mínimo existencial e a necessidade de gestão **distributiva** dos recursos públicos. Nesse contexto, o desafio central é garantir a efetividade desses direitos em uma sociedade atravessada por desigualdades sociais, econômicas e regionais, reafirmando o compromisso com a **justiça e a inclusão sociais**.

3 A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: O MÍNIMO EXISTENCIAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E NA CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nos seus recônditos, Constituição da República Federativa do Brasil - CRFB preceitua, no seu art. 196, o direito à saúde: “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”. Agregando a essa disposição atribuí, no art. 24, XIV, à União, aos Estados e ao Distrito Federal competência concorrente para legislar sobre “proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência”, e, no art. 23,

III, a competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência”.

Como se observa, o direito à saúde, **inclusive tendo como destinatárias as** referidas pessoas, está previsto na CRFB, promulgada em 05 de outubro de 1988, vigente há 36 anos e que, portanto, antecedeu, em aproximadamente 21 anos, ao Decreto Federal nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, de promulgação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – CPPD, originada na Organização das nações Unidas - ONU, instrumento normativo internacional que, em seu art. 25, contempla o direito à saúde em favor especialmente da parcela da sociedade com tal singularidade. Frisa-se que essa Convenção, por ser instrumento normativo de direitos humanos, no plano internacional, foi aprovada, no Brasil, com *status* de emenda constitucional, em virtude de ter merecido a votação de 3/5 dos membros da Câmara Federal e do Senado, em dois turnos, consoante o art. 5º, § 3º, da CRFB.

A consideração a respeito desses marcos temporais não serve apenas para ressaltar a duração do tratamento constitucional dispensado ao direito das pessoas com deficiência à saúde, mas para exortar a antecedência quanto à preocupação em torno do aludido direito das pessoas singularizadas pela aludida característica.

A CPPD se afigura de elevada significação para a visibilidade desse grupo social vulnerável, revelando-se o instrumento cabal na busca de efetividade de seus direitos, dentre os quais o da saúde, como viés primordial de inclusão social. O inverso dessa perspectiva é representado pela negação desse direito primordial a essas pessoas. Vale colacionar o entendimento de que “muitos dos casos mais extremos de violação dos direitos humanos, como (...) a ausência completa de cuidados médicos (...) podem muito bem ser discutidos dentro do formato de ‘exclusão’”, como afirmam Sen e Kliksberg (2010, p. 37).

A CPPD, em seu artigo 1, explicita que pessoas com deficiência “são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Essa designação de pessoas com deficiência está replicada integralmente no art. 2º da Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência), simplesmente denominada LBI. Interpreta-se daí que essas pessoas se ressentem de impedimentos de diversas naturezas.

A enumeração acerca desses impedimentos pode-se buscar em diversos diplomas infraconstitucionais. Para esse fim, com base no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, podem ser citadas, enumerativamente, a amputação de membros do corpo, paraplegia ou paraparesia (respectivamente, perda total ou parcial das funções motoras dos membros inferiores), hemiplegia ou hemiparesia (respectivamente, perda total ou parcial das funções motoras de hemisfério

direito ou esquerdo do corpo), paralisia cerebral (lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, disso ocorrendo alterações psicomotoras, causando ou não deficiência mental), ostomia, nanismo, deficiência mental (decorrente de funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas às áreas adaptativas de comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, lazer e trabalho), cegueira (acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho e melhor correção óptica, baixa visão (acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho e melhor correção óptica). Além desses impedimentos, deve-se mencionar os representados pela visão monocular, nos termos da Lei Federal nº 14.126, de 22 de março de 2021, e pela deficiência auditiva, que, a teor dos arts. 1º e 2º da Lei Federal nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023, se constitui na limitação da audição, unilateral total ou bilateral parcial ou total. Integra, também, o conjunto desses impedimentos o transtorno do espectro autista, definido no art. 1º, §1º, I e II, da Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana).

Esses impedimentos, porém, não bastam para a caracterização da deficiência, pois que devem estar envoltos em círculos de barreiras de diversas espécies, sem as quais não resulta completa a caracterização das singularidades dessas pessoas, pois dessas barreiras decorrem os embaraços para que tal segmento social usufrua de todos os direitos, inclusive o concernente à saúde, em plena igualdade, em face dos demais membros da sociedade. As cogitadas barreiras estão previstas na LBI, que as classifica como urbanísticas (ruas e espaços públicos), arquitetônicas (edifícios públicos ou particulares onde há afluência de público), nos transportes (veículos automotores, náuticos, rodoflúviais, aéreos, ferroviários etc.), nas comunicações e na informação (dificuldade ou impossibilidade de expressão ou recebimento de mensagens e informações pelos sistemas de comunicação e tecnologia da informação, por exemplo, alfabeto Braille ou língua de sinais ou Libras), atitudinais (comportamentos impeditivos ou prejudiciais à participação social em igualdade com outras pessoas) e tecnológicas (dificuldade ou impedimento de acesso a tecnologias).

As pessoas com deficiência, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE realizado em 2022, eram 14,4 milhões, o equivalente a 7,3% da população brasileira de 198,3 milhões, à época.

No fluxo redacional da CPPD, como enuncia essencialmente o seu art. 25, alíneas *a* a *f*, está o arcabouço dos direitos das pessoas com deficiência à saúde, declarando que são detentoras do “direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência”, vinculando os Estados signatários à obrigação ao reconhecimento desse direito e ao dever da adoção de todas as medidas necessárias a que tais seres humanos tenham garantido o acesso a serviços de saúde. Na execução desse mister, deverão esses Estados palmilhar suas condutas por meio de variadas providências, dentre as quais as de realizarem programas e conferirem atenção sem ônus aos seus

destinatários, vale dizer, gratuitamente ou, pelo menos, a custos acessíveis, sem prejuízo de variedade, qualidade de padrão de que se apresentam merecedoras todas as demais pessoas, o que envolve a saúde sexual e reprodutiva. No mirante dessas providências, cabem aos entes estatais ofertar diagnósticos e intervenções precoces, além de serviços capazes de reduzir ao máximo e prevenir a ocorrência de deficiências adicionais, até mesmo em benefício de crianças e idosos. Para permitir mais fácil acesso a esse elenco de serviços, devem instituí-los em locais às proximidades das comunidades onde habitam as pessoas com deficiência, especialmente em se tratado de área rural. Neste passo, por derivação interpretativa, pode-se aludir aos povos tradicionais, englobando os indígenas, os quilombolas e os ribeirinhos, na Amazônia. Em se invocando a contingência de acesso a esses serviços específicos, essa abstração se conecta a um princípio elencado no art. 3º, *f*, da CPPD, notadamente, o de acessibilidade, que, consoante o art. 9º, 1, letras *a* e *b*, e 2, *d* e *e*, do mesmo instrumento normativo, importa em que os Estados signatários, nos quais se insere o Brasil, devem estabelecer medidas que permitam às pessoas com deficiência o percurso mais adequado a “serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural”, como resultante da eliminação de obstáculos e barreiras em instalações médicas, viabilizando, desse modo, a utilização menos dificultosa ou sem obstáculos a edifícios, rodovias e meios de transporte em favor das pessoas com deficiência que busquem as benesses da saúde pública ou privada, inclusive em caráter emergencial, por estarem os precitados serviços de prestação de saúde alojados em edifícios ou locais abertos ao público. Nesse sentido, devem propiciar ajudas consistentes em “sinalização em braille e em formatos de fácil leitura e compreensão” ou ainda oportunizarem “formas de assistência humana ou animal e serviços de mediadores, incluindo guias, leitores e intérpretes profissionais da língua de sinais”, para atendimento eficaz às precitadas pessoas. Adiciona-se que essas pessoas fazem jus à habilitação e reabilitação, importantes processos para sua saúde previstos no art. 26, 1, *caput*, da CPPD

Todo esse aparato direcionado à efetivação do direito das pessoas em apreço à saúde deve refletir a inoccorrência de discriminação em face das condições que as tornam diferenciadas das demais, todavia, dotadas de igual dignidade, que, conforme o ensinamento de Sarlet (2002, p. 41), é uma qualidade intrínseca, irrenunciável e inalienável da pessoa humana e, por isso, reconhecida, respeitada, promovida e protegida, não se podendo cogitar de ser criada, concedida ou retirada da referida pessoa. A imprescindibilidade de assim serem tratadas, no contexto social, flui do princípio de não-discriminação, enumerado no artigo 5, *b*, da CPPD, reguladora dos direitos humanos do grupo vulnerável de que são integrantes aquelas pessoas, que, em decorrência dessa condição de vulnerabilidade, comumente correm o risco de violação de seus direitos, dentre os quais o da sua saúde. A propósito, afigura-se adequado lembrar a concepção de Alexy (2011, p. 512) de “um patamar mínimo de assistência médica” ser concernente “aos “direitos fundamentais sociais mínimos”, ao que se justapõe o entendimento de Barcellos (2002, p. 258) de “a saúde básica” ser componente do mínimo

existencial identificado mediante o exame sistemático da vigente Carta Magna brasileira. Nessa trilha, analisando as teorias de Rawls e os direitos fundamentais, Brito Filho (2014, p. 245) exemplifica que o básico para um indivíduo cumprir seu plano de vida não pode ser um “mínimo de saúde”, sinônimo de uma vida precária, porém, “saúde plena, no limite do que for possível, considerando o conhecimento disponível”. É o indispensável, minimamente!

A importância do direito à saúde repercute, conseqüentemente, como imprescindibilidade na vida das pessoas com deficiência.

4 O DIREITO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA À SAÚDE NAS DISPOSIÇÕES INFRACONSTITUCIONAIS

Após 1 (um) ano da promulgação da CRFB, fato corrido em 05 de outubro de 1988, houve a edição da Lei Federal nº 7.853, de 23 de outubro de 1989, que, no art. 2º, instituiu a obrigatoriedade de o Poder Público assegurar às pessoas com deficiência o pleno exercício do direito básico à saúde. Na desenvoltura desse seu papel, o Poder Público, como prescreve o art. 2º, parágrafo único, II, *a*, da predita lei infraconstitucional, deve promover em prol daquelas pessoas ações preventivas pertinentes e relacionadas “ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco”, assim também prevenção quanto “às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência”. Recorta-se, igualmente, da predita disposição legal que às pessoas com deficiência devem ser garantidos o acesso e o adequado tratamento, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados, nos ambientes dos estabelecimentos de saúde públicos e privados, além do atendimento domiciliar aos aludidos seres humanos, quando estiverem em situação grave e não internados nesses nosocômios, e o desenvolvimento de programas de saúde voltados àqueles específicos integrantes da sociedade e a participação desta. São medidas que visam à efetividade do direito dessas pessoas à saúde!

Nesse caminhar, adveio a regulamentação dessa primeira lei infraconstitucional, ao ser publicado o Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que, reafirmando aquelas premissas do diploma a que se vincula, portanto, sem os prejudicar, alicerça parâmetros indispensáveis a que as pessoas com deficiência se tornem beneficiárias da política de saúde encetada pelo Poder Público, compreendendo a Administração Pública Federal direta e indireta, respectivamente, ministérios, autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista (participação estatal) e, também, pela sociedade. Dentre esses parâmetros, assentados no art. 16 da prefalada lei, merecem destaque: a) “criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação”; b) “o desenvolvimento de programas de saúde voltados para a pessoa portadora de deficiência,

desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a inclusão social”; c) “o papel estratégico da atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade”. Pressente-se, deveras, que são delineamentos possibilitadores de oferta de tratamento da saúde a serem buscados pelas pessoas com deficiência, significando esse horizonte a viabilidade de inclusão dessas pessoas na sociedade, acolhendo-as, não apenas lhes disponibilizando a chance de normalidade sanitária.

Ao lado disso, à moda de interseção de círculos representados pela saúde e reabilitação e do entrosamento dessas matrizes necessárias à boa vivência, potencializa-se que decorrem para as pessoas com deficiência consequências favoráveis a demandarem educação, preparação laboral e inserção no mercado de trabalho, como aporte de subsistência, sendo-lhes propiciado o mínimo existencial. É o que se desenha com base na alusão aos direitos à saúde e à reabilitação, no âmbito do mencionado decreto, que, em seu art. 17, *caput* e 2º, torna-as beneficiárias do processo de reabilitação, em “qualquer que seja sua natureza, agente causal ou grau de severidade” da deficiência, considerando, nesse passo, como “reabilitação o processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo”, podendo também compreender medidas capazes de “compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais”. O § 3º do aludido dispositivo particulariza que a pessoa que apresente redução funcional, assim diagnosticada por equipe multiprofissional faz jus aos “processos de reabilitação necessários para corrigir ou modificar seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constitua obstáculo para sua integração educativa, laboral e social”.

Em complementariedade, nos moldes consorciados dos arts. 18 e 19 do decreto sob análise, é elemento basilar da assistência integral à saúde e reabilitação a concessão em benefício das referidas pessoas das ajudas técnicas materializadas em “próteses auditivas, visuais e físicas”, bem assim “órteses que favoreçam a adequação funcional”, além de “bolsas coletoras para os portadores de ostomia”, grifando tais disposições que essas tecnologias permitem àquelas destinatárias compensarem “uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais”, havendo, nesse contexto, o objetivo de superação das barreiras da comunicação e da mobilidade e possibilitar plena inclusão social das mencionadas pessoas.

Mais do que isso, no art. 20, o predito decreto engloba, no âmago do processo reabilitador, “o provimento de medicamentos que favoreçam a estabilidade clínica e funcional e auxiliem na limitação da incapacidade, na reeducação funcional e no controle das lesões que geram incapacidades”. No art. 21, o decreto agrega ao processo ora discernido o tratamento e a orientação psicológica, “desde a comprovação da deficiência ou do início de um processo patológico que possa originá-la”, para que aquelas pessoas atinjam o mais pleno desenvolvimento de suas personalidades e, também, a assistência em saúde mental, com a finalidade de permitir que desenvolvam ao máximo suas capacidades.

Ao seu tempo, a LBI, que se inspira e encontra fecundo alicerce na CPPD, embora tendo surgido após àquela primeira lei e seu regulamento, ao fixar os direitos das pessoas com deficiência à saúde, proclama, no seu art. 18, que elas devem receber atenção integral para a preservação desse bem, em todos os níveis de complexidade, mediante acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde – SUS. O § 4º desse dispositivo elenca um conjunto de ações e serviços com a finalidade obrigatória de propiciar às aludidas pessoas o exercício de seu direito à saúde, tais como “diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar”, “serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida”, “atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação”, “campanhas de vacinação”, “atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais”, “respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência”, “atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida”, “informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde”, “serviços projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais” e “oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde”. São diretrizes aplicáveis tanto às instituições públicas quanto às instituições privadas participantes de maneira complementar do SUS ou mantidas pelos recursos públicos. O enfoque sobre essas ações e serviços enseja vislumbrar que há um feixe de previsões normativas que objetivam, na retaguarda da saúde das pessoas com deficiência, a disponibilização e realização de diagnóstico, intervenção precoce, atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial, internação, atenção sexual e reprodutiva, fertilização assistida, informações sobre as condições de saúde e prevenção quanto à ocorrência e desenvolvimento de deficiências e seus agravamentos, concessão de ajudas técnicas ou tecnologias assistidas, tais como órteses, meios auxiliares de locomoção (andador, cadeiras de rodas, bengalas etc.), medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais.

Nota-se proximidade entre aquelas previsões da Lei Federal nº 7.853/1989 e seu decreto regulamentador e as destacadas da Lei Federal 13.146/2015 – LBI, conquanto guardadas as devidas proporções ou detalhamentos. Reflete essa percepção o perfil evolutivo das normas relacionadas ao trato das questões cruciais e atinentes à busca de concretização dos direitos das pessoas com deficiência, no âmbito da saúde, porque, apesar de seus impedimentos de natureza física, sensorial, intelectual ou mental, são merecedores de atenção integral a que levem vida livre de doenças ou que superem os efeitos ou sequelas que as enfermidades lhes possam causar. Fazer um retrospecto histórico dessas normas não deve ser considerado despiciendo, porque demonstra a jornada intensamente encetada para que as pessoas com deficiência tenham chegado ao patamar do seu direito à saúde ser tratado em um horizonte amplo.

Ademais, a preocupação que permeia a LBI a respeito da “prevenção de deficiências por causas evitáveis”, meritoriamente, portanto, mediante o esforço de preservação da saúde das pessoas com deficiência, encontra respaldo para que se concretize mediante ações cominadas no art. 19 do referido estatuto, embora indiretamente pelos cuidados médicos recomendados durante a gestação e consistentes no “acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro”, “identificação e controle da gestante de alto risco”, o que favorece ao nascituro, afastando-o do perigo de afetação da saúde, ainda no ventre materno, salvo melhor entendimento, e até mesmo de sofrer consequências de violência obstétrica, respeitadas as opiniões em contrário. Nessa linha de prevenção, o referido dispositivo legal designa outras ações preventivas e protetivas da saúde da mãe e seus filhos ou filhas: “promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição da mulher e da criança” e “aprimoramento e expansão dos programas de imunização e de triagem neonatal”. Maior destaque dá-se à seguinte ação, por seu teor preventivo de elevada importância, para que sequelas graves não intercorram na vida de um ser humano, tarefa exitosa sustentada na tecnologia contemporânea, inclusive da telemedicina: “aprimoramento do atendimento neonatal, com a oferta de ações e serviços de prevenção de danos cerebrais e sequelas neurológicas em recém-nascidos, inclusive por telessaúde”.

Diversas outras previsões das normas sobre o direito das pessoas com deficiência convêm ser expostas, demonstrando a interação do acervo legislativo acerca dessa questão específica. É o que se passa a desbravar.

No Estatuto da Criança e do Adolescente, instituído pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o art. 11, §§ 1º e 2º, há a determinação de que pelo Sistema Único de Saúde – SUS, a criança e o adolescente na situação de pessoa com deficiência serão atendidos, sem sofrerem discriminação ou segregação, “em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação”, e a atribuição ao Poder Público de fornecer-lhes gratuitamente, de acordo com suas necessidades, medicamentos, ajudas técnicas ou tecnologias assistivas com especificidades de órteses e próteses, exemplificativamente.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, com suporte na Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, autoriza, na forma do seu art. 4º-A, que o “aluno de educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado” tenha atendimento educacional, no decorrer do período de internação. Significa essa deferência a conciliação entre a aprendizagem e o direito à saúde, elidindo-se desgastes para esses interesses dos discentes em tal conjuntura.

A Lei Antimanicomial, subsidiada na Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, se direciona a garantir à pessoa com transtorno mental os seus direitos à saúde, enumerando-os no art. 2º, parágrafo

único, com destaque aos de “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”; “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”; “ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária”; “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”. Maior destaque deve ser dado ao direito dessa pessoa “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”, o que, dito de modo diferente, significa que deve ser poupada de internação em estabelecimento hospitalar psiquiátrico, tanto assim que, como preceituam os arts. 4º e 6º do diploma legal em apreço, a internação, em suas modalidades voluntária (consentimento do paciente), involuntária (sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros) ou compulsória (por ordem judicial), conquanto apoiada em laudo médico circunstanciado, somente será admitida nas situações de insuficiência de recursos extra-hospitalares. Tal estipulação legal denota a prática preferencial de tratamentos ambulatoriais, embora em estabelecimentos de saúde mental, sob a assistência e responsabilidade de profissional da medicina especializado. Intui-se, conseqüentemente, que a internação deve ser a alternativa excepcional, quando comprovadamente necessária, todavia, em estabelecimento que ofereça assistência integral calcada em serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, além de assistência social e propiciação de lazer, como recomenda o art. 4º, §§ 1º e 2º, da lei sob exame, ressaltando que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Essa reinserção não deve ser negligenciada em caso de tratamento extra-hospitalar, de vez que, no rol de direitos do padecente de transtorno mental, está o de viabilização de “sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. Nessa direção, acentua-se que, vinculada ao Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender a pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alberga os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os quais, mediante assistência multiprofissional e cuidado terapêutico, se destinam a atender às referidas pessoas, para cumprimento da finalidade de assistência em saúde mental, nos níveis federal, estadual e municipal

Outro diploma importante, o Estatuto da Pessoa Idosa, consubstanciado na Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, declara, conforme o seu art. 15, §§ 2º e 4º, que integrantes desse segmento social singularizados por deficiência ou limitação incapacitante terão atendimento especializado, incumbindo ao Poder Público proporcionar-lhes, “gratuitamente, medicamentos, em especial os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.

A Lei Berenice Piana, vale dizer, a Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, no seu art. 2º, III, aponta como diretriz da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista a atenção integral às necessidades de saúde dos sujeitos nessa condição, o que se desdobra, consoante o seu 3º, III, em acesso a ações e serviços abrangendo “o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo”, “o atendimento multiprofissional”, “a nutrição adequada e a terapia nutricional”, “os medicamentos” e “informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento”.

Por seu turno, o Decreto Federal nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, Regulamento da Lei Federal nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, considerada a língua oficial, sendo a segunda a língua portuguesa, das pessoas com deficiência auditiva, prevê que estas tenham garantida, prioritariamente, a atenção integral à saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, desde que satisfaçam ao requisito de serem alunos matriculados nas redes de ensino da educação básica, quer sejam ou não usuários da primeira língua. É o que estabelece o art. 25 do decreto, incumbindo de efetivar esse desiderato o SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde. Visando ao cumprimento dessa finalidade, o decreto alinha medidas a serem executadas, tais como: “ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva”; “tratamento clínico e atendimento especializado, respeitando as especificidades de cada caso”; “realização de diagnóstico, atendimento precoce e do encaminhamento para a área de educação”; “seleção, adaptação e fornecimento de prótese auditiva ou aparelho de amplificação sonora, quando indicado”; “acompanhamento médico e fonoaudiológico e terapia fonoaudiológica”; “atendimento em reabilitação por equipe multiprofissional”; e “atendimento fonoaudiológico às crianças, adolescentes e jovens matriculados na educação básica, por meio de ações integradas com a área da educação, de acordo com as necessidades terapêuticas do aluno”. Pode-se, portanto, vislumbrar o amplo dimensionamento dessas medidas, que colimam a atenção integral à saúde na perspectiva das pessoas com deficiência auditiva, englobando prevenção, diagnóstico, atendimento precoce, propiciação de ajudas técnicas (próteses auditivas e aparelhos de amplificação sonora), acompanhamento médico clínico e especializado, acompanhamento fonoaudiológico, inclusive a crianças, adolescentes e jovens, e respectiva terapia.

Importante é realçar que o Decreto Federal nº 11.793, de 23 de novembro de 2023, nos formatos dos seus arts. 1º, 2º e 3º, instituiu o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Novo Viver sem Limite, permeado da finalidade de, com base na interação e articulação de políticas, programas e ações, guiar-se pelo escopo de viabilizar o exercício pleno e equitativo dos direitos do referido grupo social, para tanto, devendo ser executado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em parceria, na senda do que deve adotar como diretrizes a prevenção das causas e a identificação tempestiva da deficiência e a promoção do direito à saúde, sendo os seus eixos, para essa

promoção, a acessibilidade e a tecnologia assistiva, embasamentos indispensáveis à efetivação desse direito.

A preservação do direito à saúde, vanguarda existencial e do bem-estar das pessoas com deficiência ocasiona a inspiração do legislador que, em duas disposições da Lei Brasileira de Inclusão, arts. 20 e 23, determina a obrigação das operadoras de planos e seguros privados de saúde garantirem às pessoas com deficiência o mínimo de todos os serviços e produtos disponibilizados a todos os seus demais usuários, além de vedar a cobrança de valores diferenciados relacionados a esses planos e seguros, por motivo das limitações orgânicas de que aquelas padeçam. Vedação semelhante consta do art. 5º da Lei Berenice Piana. A Lei Federal nº 7.853/1989, art. 8º, § 3º, comina a pena de 2 (dois) a 5 (cinco) anos de reclusão a quem “impede ou dificulta o ingresso de pessoa com deficiência em planos privados de assistência à saúde, inclusive com cobrança de valores diferenciados”, ou seja, o que significa *ultima ratio*, pelo viés do Direito Penal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas ao longo deste estudo permitiram evidenciar a existência de um sólido conjunto de normas que regulamentam o direito à saúde das pessoas com deficiência, abrangendo desde dispositivos constitucionais até diplomas internacionais, notadamente, a Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com *status* de emenda constitucional, bem como relevantes leis e decretos federais. O domínio desses instrumentos normativos revela-se imprescindível para a efetivação prática do direito à saúde, em razão da dignidade intrínseca que caracteriza as pessoas com deficiência.

Destaca-se, nesse contexto, que o levantamento normativo apresentado tem o intuito de subsidiar futuras demandas no âmbito do direito à saúde voltadas à proteção desse grupo, contribuindo para a fundamentação de reivindicações jurídicas e administrativas essenciais à promoção de seus direitos fundamentais. Nas lides judiciais que objetivam assegurar a concretização do direito à saúde, o arcabouço normativo delineado configura-se como aporte essencial, reforçando a necessidade de permanente conhecimento, debate, interpretação e aplicação desses diplomas legais sob a perspectiva da dignidade da pessoa humana.

Por fim, ressalta-se a necessidade de que essas normas e eventuais diplomas futuros sejam efetivamente implementadas **mediante recursos proporcionados por todas as forças econômicas e suportes estruturais**, de modo a **garantir-se** às pessoas com deficiência tratamento igualitário e pleno acesso aos direitos que lhes são constitucionalmente assegurados, superando obstáculos e vulnerabilidades historicamente impostos a esse segmento da população. **Nesse âmbito, a participação de toda a sociedade será sempre bem-vinda e merecedora de enaltecimentos. Enfim,**



havendo a efetividade dessas benesses, em prol da mencionada parcela da população, o Direito agradece!

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. Teoria dos direitos fundamentais. Trad.: Virgílio Afonso da Silva. 2ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Disponível: www.planalto.gov.br. Acesso em: 14 mai. 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 24 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 23 mai. 2025.

BRASIL. Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 30 mai. 2025.

BRASIL. Decreto Federal nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 30 mai. 2025.

BRASIL. Decreto Federal nº 11.793, de 23 de novembro de 2023. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 30 mai. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022: Brasil tem 14,4 milhões de pessoas com deficiência. Atualização: 23 mai. 2025. Disponível em: www.google.com.br. Acesso em 04 jun. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 7.853, de 23 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.01

BRASIL. Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto da pessoa idosa e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a política nacional dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista, e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.



BRASIL. Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (estatuto da pessoa com deficiência). Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 14.126, de 22 de março de 2021. Classifica a visão monocular como deficiência sensorial, do tipo visual. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023. Define deficiência auditiva e estabelece valor referencial da limitação auditiva. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 26 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de atenção psicossocial (RAPS). Disponível em: www.google.com.br. Acesso em 04 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de atenção psicossocial (CAPS). Disponível em: www.google.com.br. Acesso em 04 jun. 2025.

BARCELLOS, Ana Paula de. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. A justiça como equidade, de John Rawls, como uma teoria suficiente para justificar a concessão adequada dos direitos fundamentais sociais. In: Dias, Jean Carlos; Gomes, Marcus Alan de Melo (Coords.). Direito e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da Pessoa Humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 2. ed. Porto Alegre, Livraria do Advogado. 2002.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. Trad.: de Bernardo Ajzenberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.