



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO CENTRO DE
CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E HUMANAS DEPARTAMENTO
DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS CURSO DE DIREITO

LEIBSON ISMAEL DE ALMEIDA

**UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA
JUDICIALIZAÇÃO EM CASOS DE CRIANÇAS DE ATÉ
DOZE ANOS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA EM CAMPO GRANDE-RN**

Mossoró-RN
2024

LEIBSON ISMAEL DE ALMEIDA

**UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA
JUDICIALIZAÇÃO EM CASOS DE CRIANÇAS DE ATÉ
DOZE ANOS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA EM CAMPO GRANDE-RN**

Artigo apresentado ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Direito, pela Universidade Federal Rural do Semiárido.
Orientador:

Orientador(a): Prof. Dr. José Albenes Bezerra Júnior

**Mossoró-RN
2024**

LEIBSON ISMAEL DE ALMEIDA

**UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA
JUDICIALIZAÇÃO EM CASOS DE CRIANÇAS DE ATÉ
DOZE ANOS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA EM CAMPO GRANDE-RN**

Artigo apresentado ao Centro de Ciências Sociais
Aplicadas e Humanas como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Bacharel em Direito, pela
Universidade Federal Rural do Semiárido.
Orientador:

Orientador(a): Prof. Dr. José Albenes Bezerra Júnior

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Albenes Bezerra Júnior
Presidente (Interno-Curso de Direito)

Prof. Esp. Adailson Pinho de Araújo
Primeiro Membro (Interno-Curso de Direito)

Prof. Esp. Matheus Fernandes da Silva
Segundo Membro (Interno-Curso de Direito)

**Mossoró-RN
2024**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha amada Vitória Monique Bezerra Batista, companheira sem igual, que me apoiou sempre e em tudo, à minha família, aos meus amigos de minha jornada de vida, e aos colegas que tive o prazer de conhecer e conviver ao longo desta jornada acadêmica. Um agradecimento especial aos amigos Antônio Miguel e ao seu pai, ao amigo Raisso Holanda, também a minha amiga Bruna Vitória, ao grande Railson Ramos. E sem sombra de dúvidas, um agradecimento muito especial ao meu querido e amado amigo Matheus Frota e esposa (pessoas fundamentais nesta jornada). Todas pessoas que guardo com muito carinho em meu coração.

A todos os mestres, por todo o conhecimento partilhado nesses anos de graduação e, especialmente, ao meu orientador, José Albenes Bezerra Júnior, por toda assistência prestada, por sua sensibilidade, dedicação e amor ao que faz.

E também a todos que contribuíram na produção deste trabalho, desde a equipe que compõe a Defensoria Pública de Campo Grande-RN, a Secretaria de Saúde da cidade, e também às mães maravilhosas e guerreiras que lutam pelos direitos dos seus filhos através da associação AMADA.

UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA JUDICIALIZAÇÃO EM CASOS DE CRIANÇAS DE ATÉ DOZE ANOS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM CAMPO GRANDE-RN

Resumo

Considerando a crescente demanda relacionada ao tema saúde de pessoas com deficiência que vem sendo levada à apreciação do Poder Judiciário na cidade de Campo Grande-RN, este artigo tem por objetivo analisar documentos emitidos pela Defensoria Pública da Comarca de Campo Grande-RN e pela Associação de Mães em Defesa das Pessoas Atípicas (AMADA), com o objetivo de analisar como as crianças de até doze anos de idade diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista conseguem alcançar o efetivo acesso à saúde, considerando as especificidades de suas condições. Além disto, busca observar aspectos relacionados ao oferecimento de apoio promovido pela AMADA e aspectos decorrentes da judicialização de pedidos relacionados a aquisição de terapias e de medicamentos necessários ao desenvolvimento destas crianças. Foi realizada pesquisa aplicada do tipo qualitativa empírica e também investigação bibliográfica, bem como análise documental de relatórios emitidos pelas instituições citadas. A pesquisa concluiu que a cidade conta com apenas uma política pública destinada a apoiar pessoas com autismo, e que apesar de haver previsão legal de garantias relacionadas ao direito à saúde com atenção à meios especializados de atendimento, bem como de sentenças judiciais favoráveis aos pedidos deste grupo, o Sistema de saúde de Campo Grande-RN não tem sido capaz de promover o tratamento solicitado e necessário ao desenvolvimento das crianças envolvidas na pesquisa.

Palavras-chaves: Acesso à Justiça; Direito à Saúde; Autismo; Judicialização da saúde; Políticas Públicas.

AN ANALYSIS OF PUBLIC POLICIES AND JUDICIALIZATION IN CASES OF CHILDREN UP TO TWELVE YEARS OLD DIAGNOSED WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN CAMPO GRANDE, RN

Abstract

Considering the growing demand related to the health of people with disabilities being brought to the attention of the Judiciary in Campo Grande, RN, this article aims to analyze documents issued by the Public Defender's Office and the Association of Mothers in Defense of Atypical People (AMADA). The goal is to examine how children up to twelve years old diagnosed with Autism Spectrum Disorder access healthcare effectively, considering their unique conditions. Additionally, it observes aspects related to AMADA's support and the consequences of judicializing requests for therapies and essential medications. The research employed qualitative empirical methods, bibliographical investigation, and document analysis of reports from cited institutions.

The study concludes that Campo Grande has only one public policy supporting people with autism. Despite legal guarantees for specialized care and favorable court rulings, the city's healthcare system fails to provide necessary treatment for the development of children involved in the research.

Keywords: Access to Justice, Right to Health, Autism, Health Judicialization, Public Policies.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabelece moldes em torno do tema saúde no sentido de sua preservação, além de determinar mecanismos que possam salvaguardar este direito. Poder proporcionar a concretização deste direito não apenas de maneira genérica, indo além, transformando a vida de pessoas que eventualmente estejam enfrentando dificuldades além das demais, pessoas que enfrentam uma jornada frente a uma realidade muitas vezes desigual, rechaçada por problemas econômicos, sociais e culturais, é garantir o acesso à justiça ao povo. É também estabelecer as bases de uma sociedade cada vez mais longe da desigualdade, principalmente no que tange aos enfrentamentos que pessoas com deficiência acabam enfrentando no dia a dia.

Através da legislação brasileira, bem como de marcos históricos nacionais e internacionais, busca-se delinear como as pessoas diagnosticadas com Transtorno de Espectro Autista (TEA) tiveram no decorrer da história do país seus direitos preservados, além de pontuar a responsabilidade do Estado e da sociedade civil numa progressiva jornada em busca de igualdade das pessoas, independentemente de quais sejam as especificidades de sua condição.

Após observar alguns casos na cidade de Campo Grande-RN onde foi possível ver as dificuldades enfrentadas pelas crianças que possuem diagnóstico de TEA, dificuldades em manter seus aspectos de saúde e desenvolvimento, crianças estas de lares de famílias carentes que não possuem condições financeiras de promover tratamento especializado e particular para seus filhos. Surgiu então a necessidade de observação e análise de como este público consegue alcançar o atendimento necessário através dos serviços prestados pelo sistema de saúde pública ofertados pela cidade, e se há alguma outra forma de serviço de assistência sendo realizado que tem o objetivo de oferecer apoio às famílias de pessoas com deficiência, como por exemplo uma política pública. Através desta observação foi possível perceber que houve uma crescente busca pelo Poder Judiciário com o objetivo de garantir meios de acesso a terapias e medicamentos relacionados ao tratamento destas crianças.

Solicitou-se relatório à Defensoria Pública Estadual da comarca de Campo Grande sobre as demandas judiciais de um grupo de mães de crianças com TEA que buscaram o judiciário para promover pedidos, que em geral se tratavam de terapias e medicamentos. Estas mesmas mães participam da Associação de Mães em Defesa das Pessoas Atípicas (AMADA), um grupo sem fins lucrativos que atuam no sentido de prestar apoio,

promover momentos de fortalecimento de vínculos entre seus filhos e a comunidade e promover momentos de capacitação e terapias, de onde também será solicitado relatório sobre a quantidade de crianças diagnosticadas com TEA, idades e outros diagnósticos. Além disto, foi realizada entrevista com a direção da Secretaria de Saúde da cidade para compreender como o município se posiciona sobre o atendimento de pessoas com deficiência. Também foi realizada pesquisa bibliográfica e uma análise qualitativa empírica dos dados alcançados nos relatórios emitidos pelas instituições.

Esta pesquisa está dividida em quatro sessões, em um primeiro momento é possível observar a importância de estabelecer ferramentas que proporcionem acesso à justiça. Em seguida observa-se o histórico do tema direito à saúde no decorrer das constituições brasileiras e as garantias previstas destinadas as pessoas com deficiência. Num terceiro momento analisa-se a Lei 13,146 de 2015 e o autismo e seus aspectos legais. A quarta sessão traz um resumo da atuação da AMADA, detalhes sobre os serviços prestados, tempo de atuação e objetivos, e também traz uma análise sobre as demandas judiciais realizadas dentro do período estabelecido entre outubro de 2022 e junho de 2023, que foi o período em que as mães promoveram suas ações judiciais, traz também detalhes sobre o conteúdo dos pedidos, se as sentenças alcançadas concederam o que foi pedido e se o município é capaz de ofertar as demandas que atendem todas as necessidades apresentadas, concretizando o acesso à justiça, a saúde e o pleno gozo de todos os direitos consagrados pela legislação destinados as pessoas com deficiência.

1 ASPECTOS DO ACESSO À JUSTIÇA E A IMPORTÂNCIA DE PRODUZIR MEIOS DE CONCRETIZÁ-LO

A condução da vida em sociedade moderna exige que haja regras que possam disciplinar as relações sociais bem como determinar meios que sirvam para dirimir conflitos que possam vir a tomar forma. Para Cavaliere (2006) o direito veio como meio regulador das relações sociais dos indivíduos nas esferas interpessoais e também nas coletivas capaz de ajudar a alcançar o bem comum, estas regras codificaram os códigos que regeram cada grupo social no decorrer da história.

Atualmente o documento de maior relevância que há e rege a comunidade brasileira é a Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988 traz em seu conteúdo mandamentos que regem temas significativos, como exemplo temos os direitos econômicos e sociais, como constam nos artigos 5 e 6, ocasião na qual legisla sobre livre iniciativa das atividades econômicas, direitos relacionados à saúde, ao trabalho, educação, lazer, segurança, entre outros, temas estes que estão intimamente relacionados com a dinâmica da sociedade, da forma como os indivíduos podem prosperar em suas vidas. (Brasil,1988)

Além dos direitos citados acima, consta na constituição de 1988 a previsão do direito ao acesso à justiça, que pode ser compreendido a partir do art. 5º e inciso XXXV, onde menciona que a lei não irá excluir da apreciação do poder judiciário, lesão ou ameaça ao direito (Brasil,1988, cap. I, art. 5). Tal direito representa papel importante em um sistema que busca concretizar o acesso aos demais direitos.

. Cappelletti e Garth sugerem qual a finalidade do acesso à justiça:

Mas serve para determinar duas finalidades básicas do ordenamento jurídico – o sistema pelo qual as pessoas podem reivindicar seus direitos e/ou resolver seus litígios sob os auspícios do Estado. Primeiro, o sistema deve ser igualmente acessível a todos; segundo ele deve produzir resultados que sejam individual e socialmente justos (Cappelletti; Garth. 2009, p. 43).

Conceituar o acesso à justiça não é tarefa fácil, as transformações sociais que aconteceram ao longo do tempo afetaram e modificaram o entendimento do que seria este direito. Cada vez mais se fez necessário a efetivação dos direitos de todas as pessoas, fortalecendo todos os meios capazes de promover seu acesso, mas também aperfeiçoando o sistema para que o mesmo possa produzir resultados cada vez mais justos e que possam de alguma forma contornar as barreiras que existem na sociedade.

A expressão acesso à justiça pode ser interpretada sob várias perspectivas, de acordo com Mattos (2011. p. 60) pode significar desde o acesso ao aparelho que compõe o sistema judiciário, como também o acesso aos valores fundamentais do ser humano, não só acessar os meios formais pelos quais se produzem o direito, mas também acessar uma ordem jurídica capaz de ser justa.

Cappelletti e Garth complementam esta forma de entender o acesso à justiça, dizendo que:

[...] o direito ao acesso efetivo tem sido progressivamente reconhecido como sendo de importância capital entre os novos direitos individuais e sociais, uma vez que a titularidade de direitos é destituída de sentido, na ausência de mecanismos para sua efetiva reivindicação. O acesso à justiça pode, portanto, ser encarado como o requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos (Cappelletti; Garth.1988, p.11-12).

Esta valorização no sentido do acesso à justiça fez surgir um movimento que ampliou os mecanismos que efetivam tal direito, desta forma a sociedade começa a cobrar não apenas que sejam reconhecidos os direitos, mas que o Estado passe a criar instrumentos que possam viabilizar ou materializar este acesso.

Cappelletti e Garth (1988 p.31-73) descrevem esse movimento como sendo em três fases ou ondas. Numa primeira fase há a movimentação da assistência judiciária aos pobres, em segundo momento, acontece o movimento das reformas quanto à representação jurídica dos interesses coletivos e difusos, e por fim, num terceiro momento há movimentação onde o foco é o direito do acesso à justiça.

A primeira onda possui o objetivo de proporcionar serviços jurídicos aos pobres, por intermédio da Assistência Judiciária. Foi por este momento que surgiram os diversos modelos de assistência judiciária, a qual visava eliminar tantos os obstáculos econômicos como sociais e culturais, propiciando que o povo pudesse ter acesso a maiores conhecimentos sobre seus direitos e que também pudessem recorrer aos tribunais e à justiça para ter efetivamente o seu direito concretizado.

A segunda onda enfatizou questões relacionadas aos interesses difusos, como também os interesses coletivos grupais. Não mais se tratava de direitos que tangessem apenas os conflitos entre apenas uma parte perante outra, como individuais, desta forma, busca-se a proteção de interesses difusos. Sendo assim, a crescente busca em virtude dos interesses coletivos, de certa forma impôs aos tribunais que houvessem mudanças no direito processual, bem como na forma dos mesmos atuarem. As mudanças

não apenas atingiam aspectos relacionados a legitimidade de propor ação, mas também se refletiam nos efeitos quanto a coisa julgada, que então passou a alcançar grupos e associações, e não mais apenas aos interessados no processo.

A terceira onda, por sua vez está diretamente relacionada às transformações que estão acontecendo nos tribunais nas últimas décadas, mudanças que buscam efetivamente gerar garantia de melhor acesso às pessoas mais necessitadas, priorizando métodos alternativos de resolução de conflitos, reverberando assim também num cenário de quebra do monopólio estatal. Métodos como arbitragem, conciliação e mediação ganham maior notoriedade.

Para Sadek (2008) existem uma série de obstáculos para a efetivação do acesso que precisam ser superados para que possa se falar em plena capacidade de pacificação de conflitos através de meios justos, sob os auspícios do Estado.

Em um país com dimensão continental como o Brasil, que já lida com questões como desigualdade econômica, social e educacional, alguns dos obstáculos que podem atrapalhar a efetividade do acesso Sadek (2008) elenca alguns exemplos, a morosidade dos processos, a grande quantidade de meios recursais, a falta de experiência das pessoas que ingressam ao judiciário frente aos que litigam habitualmente.

Quanto aos fatores que figuram como obstáculos, Grinover (2000, p. 19) comenta que existe sobrecarga nos tribunais, morosidade nos processos, fatores relacionados aos custos, uma burocratização da justiça, complicação dos procedimentos, esses fatores comprometem o acesso à justiça e acaba por gerar distanciamento entre o judiciário e os usuários.

Importante ainda observar o aspecto da desigualdade econômica dos envolvidos na lide, visto que se há uma parte que possui menos capacidade financeira de investir em advogados e provas, esta parte experimentará problemas ao enfrentar outra parte que possua maior liberdade financeira, mesmo para suportar o lapso temporal que uma demanda jurídica pode alcançar. Para Cappelletti e Garth (1988) aduz que é necessário que haja “igualdade de armas”, expressão que aduz a necessidade de que sejam efetivados meios para que ambas as partes possam se defender de igual maneira, e que o conflito possa ser solucionado apenas pelos méritos jurídicos relativos ao que for apresentado pelas partes que compõe a lide.

Sadek (2008, p. 274) também complementa ao acrescentar fatores estão relacionados a falta de conhecimento, falta de condições financeiras, realidades

enfrentadas por uma população carente de recursos e instrução que dificultam o acesso à justiça:

Além da extrema desigualdade social, da falta de conhecimento sobre direitos, da ignorância sobre as atribuições das diferentes instituições e da avaliação negativa sobre a Justiça, outros fatores também atuam, dificultando a ampliação do acesso à Justiça. Entre eles poderiam ser arrolados os altos custos de informação e financeiros; as deficiências no que se refere à localização e a existência de varas, tanto no juízo comum como nos Juizados Especiais e nos serviços de Defensoria Pública (Sadek. 2008, p. 274).

Embora a atenção direcionada ao problema do acesso esteja concentrada mais em alternativas ao sistema jurídico regular disponibilizado pelo Estado, do que no próprio aparelho judiciário, ainda assim, muitos dos conflitos relacionados ao coletivo e ao individual continuarão sendo apreciados pelos tribunais regulares (Cappelletti e Garth, 1988, p.76).

No que diz respeito à pessoa com deficiência o tema acesso à justiça só passou a ganhar maior evidência em 2007 na Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência que aconteceu em Nova York em 30 de março. Esta convenção foi homologada em 2009 no Brasil pelo Presidente da República através do Decreto 6.949 de 25 de agosto. Precisamente em seu art. 13º no parágrafo 1 consta previsão conforme pode ser visto da transcrição:

Os Estados Partes assegurarão o efetivo acesso das pessoas com deficiência à justiça, em igualdade de condições com as demais pessoas, inclusive mediante a provisão de adaptações processuais adequadas à idade, a fim de facilitar o efetivo papel das pessoas com deficiência como participantes diretos ou indiretos, inclusive como testemunhas, em todos os procedimentos jurídicos, tais como investigações e outras etapas preliminares. (Brasil. 2008)

Feitas as devidas considerações acerca da importância do acesso, e mencionar as dificuldades enfrentadas pelas pessoas de um modo geral, cabe ressaltar que é tardio o cuidado da proteção do direito inerente as pessoas com deficiência, mesmo a Carta Magna datando do final dos anos 80, tal proteção só ganhou a devida notoriedade depois dos anos 2000.

Sadek (2014, p.57) assevera sobre as dificuldades enfrentadas no que diz respeito ao reconhecimento e dinâmica de efetivação dos direitos:

Assim, ainda que do ponto de vista da legalidade, desde 1988, um amplo rol de direitos esteja reconhecido, dificilmente se poderia dizer que a vivência de direitos seja minimamente igualitária ou compartilhada por todos. Ao contrário, transcorridas quase três décadas da vigência da Constituição de

1988, são, ainda hoje, significativas as barreiras e as dificuldades para a realização dos direitos e, em decorrência, há obstáculos na construção da cidadania (Sadek. 2014, p.57).

Fundamentais e necessárias são as mudanças nos tribunais e nos procedimentos que regem os processos, trazendo adaptação ao enfrentamento desta problemática. Seja através dos meios extrajudiciais de resolução de conflitos, seja através da crescente movimentação de especialização dos tribunais em determinados temas, ou através da implementação de políticas públicas que possam prestar o atendimento necessário. Tanto quanto possível for o acesso, maiores serão as possibilidades de consagração de um sistema igualitário e capaz de atender com efetividade as pessoas.

2 O HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A RELEVÂNCIA DO TEMA DIRECIONADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O acesso à saúde é um direito fundamental e um desafio para o Brasil, embora o país tenha uma das maiores redes de atendimento público de saúde do mundo, a qualidade do atendimento e a disponibilidade de recursos são desiguais em muitas regiões, especialmente nas áreas rurais e periféricas das grandes cidades de acordo com Arruda, Maia e Alves (2018).

A desigualdade socioeconômica também é um fator que afeta o acesso à saúde, pois aqueles que são economicamente mais vulneráveis ou que vivem em regiões remotas, têm menos oportunidades, ou precisam percorrer grandes distâncias para acessar um serviço de saúde de qualidade, em especial, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Entendimento corroborado por Viegas *et al* (2021) que fala que a falta de médicos e profissionais de saúde especializados em áreas remotas também impacta o acesso à saúde.

A Constituição Federal de 1988 inseriu, de maneira inaugural, o direito à saúde no rol dos direitos sociais. Nos textos constitucionais anteriores, somente os trabalhadores que contribuía com a Previdência Social é que teriam direito de acesso à saúde pública.

Escorel, Nascimento e Edler acrescentam dizendo:

Anterior à Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde no Brasil estava restrito ao trabalhador formal e àqueles que pudessem pagar pela assistência. Aos demais restava a saúde pública, cuja atuação restringia-se a ações preventivas segmentadas (Escorel; Nascimento; Edler. 2005, p 59-81).

Silva (2017) conduz uma jornada através das constituições de 1824 até 1967, oportunidade onde traz as previsões do tema saúde ou a forma como ele foi abordada na história brasileira, segue-se um apanhado destas contribuições.

Quanto à Constituição de 1824, a Constituição Imperial (Brasil, 1824) não tratava expressamente do direito à saúde, conferindo somente a garantia dos “socorros públicos” aos cidadãos brasileiros:

Art. 179. A inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte:

(...)

31) A Constituição também garante os socorros públicos (Brasil. 1824).

Em seguida, Constituição de 1891, por sua vez, suprimiu o dispositivo que garantia os “socorros públicos”, e apresentou, em seu artigo 72, caput, uma leve e indireta proteção sanitária ao mencionar a “segurança individual”, que pode ser visto tal qual foi escrito (Brasil, 1891): Art. 72. A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade nos termos seguintes (...).

Santana (2010) afirma que o ano de 1923 foi o marco inicial no reconhecimento da saúde no ordenamento jurídico pátrio, pois através do decreto legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido Lei Eloi Chaves, autor do projeto, foi instituído o Sistema Previdenciário, sendo nele constituído o sistema de saúde e assegurado à população algum tipo de seguridade social.

Dando continuidade ao histórico, a Constituição de 1934 criou normas programáticas e atribuiu competência concorrente à União e aos Estados para cuidarem da saúde e da assistência públicas. Adiante, garantiu, ainda, assistência médica e sanitária aos trabalhadores e gestantes como pode ser visto no texto tal qual foi escrito (Brasil, 1934):

Art10. Compete concorrentemente à União e aos Estados:

(...) II - cuidar da saúde e assistência públicas;

Art121. A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do país.

§1.º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:

(...)

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte (Brasil. 1934).

Importante trazer o que menciona Gomes (2015, p.1474) dizendo que a economia do Brasil, no início do século XX, era principalmente agrícola e de exportação, no tocante a área da saúde pública, o Governo apenas se dedicava ao sanitarismo, em outras palavras, as atividades de limpeza e segurança dos locais de circulação de mercadorias, com o objetivo de conter doenças que pudessem afetar o comércio externo.

A Constituição de 1937 manteve a obrigação de a legislação trabalhista proteger a saúde dos trabalhadores. Quanto à competência legislativa em matéria de saúde, restringiu essa atribuição à União, deixando, contudo, a possibilidade de delegação aos Estados, como pode ser visto no texto tal qual foi escrito (Brasil, 1937):

Art. 137. A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos:

(...)

l) assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto;

Art. 16. Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:

(...)

XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança (Brasil. 1937);

A Constituição de 1946 tentou manter um texto intermediário entre as Constituições de 1934 e de 1932, mantendo a competência privativa da União para legislar sobre saúde e garantindo, pela primeira vez, o direito à vida (Brasil, 1946):

Art 5º - Compete à União:

(...)

XV - legislar sobre:

(...)

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;"

Art. 141. - A Constituição assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, a segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes (Brasil. 1946)

Na Constituição de 1967 foi mantida a competência privativa da União para legislar sobre saúde. Ademais, assegurou-se aos trabalhadores e às suas famílias, assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva:

Art 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:

(...)

XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva (Brasil. 1967);

Menicucci (2014, p. 83) menciona que o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) foi fundado em 1976, e serviu para organizar o movimento pela reforma sanitária, logo após, em 1979, foi constituída a Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). As duas organizações forneceram uma base institucional para alavancar as reformas sanitárias.

Pouco tempo depois, em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aprovou a saúde como um direito do cidadão, e lançou as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) que resultou no desenvolvimento de diversas estratégias que permitiram a coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde federais, estaduais e municipais, mudanças administrativas que embasam as futuras ações do SUS. Então, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), o movimento de reforma da saúde e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, é o que menciona Cortes (2002, p. 41-42).

A Constituição de 1988 consagrou e inovou, inserindo o direito à saúde no rol dos direitos fundamentais da pessoa humana. Determinando direito a saúde enquanto inerente a todo ser humano, e conta com a previsão encontrada no art.196 que enfatiza ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado, e que serão garantidos através de políticas sociais e econômicas promovendo a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário. (Brasil, 1988)

Este direito é caracterizado pelo art. 6º da Constituição como um direito social, assim como a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a infância e a assistência aos desamparados. Lima (2006) reforça a importância deste direito:

Tendo a Constituição Federal de 1988 reconhecido o direito à saúde como direito fundamental, é necessário dizer, inicialmente, que as normas que o garantem têm aplicação imediata, na forma do § 1º do art. 5º do próprio texto constitucional. Essa interpretação está sedimentada e decorre da própria concepção de normatividade direta da Constituição (Lima. 2006).

E Sarlet e Figueiredo (2008) mencionam a peculiaridade da natureza jurídica dupla da saúde:

Dessa forma, a doutrina entende que o direito à saúde possui natureza dupla, pois além de ser um direito a ser gozado por todos é também um dever do Estado, que é aquele responsável por garantir o seu cumprimento de forma plena, universal e igualitário (Sarlet; Figueiredo. 2008).

A Constituição da República portanto cria um sistema pelo qual a saúde será regida no território brasileiro, e em seu artigo 198, define o Sistema único de Saúde do seguinte modo (Brasil, 1988):

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

Neste sentido, com intuito de efetivar os dispostos constitucionais e assegurar o princípio da dignidade da pessoa humana surgem diversas leis a fim de sanar necessidades e proporcionar o bem estar à população, dentre elas está a Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A supracitada Lei nº 8.080/90, determina que as ações que integram o Sistema Único de Saúde devem obedecer ao princípio da descentralização político-administrativa, principalmente quanto a descentralização dos serviços para os municípios e também na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, de acordo com os níveis de complexidade ofertado (Brasil, 1990).

Sanabria (2021, p.2) menciona que até 2021, no Brasil, dependem exclusivamente do SUS, 75% dos habitantes, percentual que varia entre os diferentes estados. E ainda informa que por ser um sistema descentralizado, depende para sua gestão, dos diferentes níveis de governo, municipal, estadual e federal. Por consequência, das capacidades administrativas de uma série de agentes, quais sejam prefeitos, governadores, vereadores, dispostos em um total de 3.770 cidades e de 26 estados.

Fleury (2009, p. 744-745) continua explicando que o SUS pode ser compreendido como possuidor de três subsetores. O subsetor público que é o SUS, no qual os serviços são financiados e prestados pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços militares de saúde. O subsetor privado (com e sem fins lucrativos), no qual os

serviços são financiados de várias formas quais sejam fundos públicos ou privados. E por fim o subsetor de seguros privados de saúde, possuidor de diferentes modalidades de planos de saúde, diversos prêmios de seguros e subsídios fiscais.

Tal como pode ser observado no art. 196 da Constituição Federal, o Estado possui o dever de garantir a saúde da população por meio do SUS, mas além disto, o texto constitucional no art. 199 garante a possibilidade de que serviços de saúde sejam ofertados a partir de iniciativa privada (Brasil, 1988). Sendo assim, cabe mencionar que a atuação do setor privado em tal seara poderá ocorrer de modo complementar ou suplementar. Então a Constituição Federal prevê que as instituições privadas poderão participar de maneira complementar por meio de convênios e contratos firmados com Administração Pública, devendo seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 1988)

Cabe explicar que a saúde complementar é prestada por entidades privadas que atuam em cooperação com o Poder Público, mediante a formalização de contrato administrativo ou convênio, como pode ser visto na portaria nº 2.567, de 25 de novembro de 2016, ainda que constituído como sistema público (Brasil, 2016). Sarlet e Figueiredo (2013) mencionam que no regime complementar, os entes privados prestarão os serviços de saúde quando a atuação estatal em um determinado local não for o suficiente, desta forma atuando como extensão da própria Administração Pública. Portanto passam a integrar o SUS e a ter suas ações vinculadas integralmente às diretrizes e aos princípios constitucionais do sistema.

Sarlet e Figueiredo (2013) acrescentam falando sobre o modo de saúde suplementar a assistência à saúde acontece a partir da livre iniciativa. Em outras palavras, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado poderão executar serviços relacionados à saúde, normalmente são identificados de várias formas, quais sejam, assistência (ou atenção) privada à saúde, sistema privado de saúde, assistência suplementar de serviços de saúde, dentre outros. E encontra sua regulamentação na Lei 9.656/1998 (a introdução do conceito legal de Plano Privado de Assistência à Saúde e a definição do Ministério da Saúde como responsável pelos dois níveis de regulação: econômico financeiro e assistencial), ao lado da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar que regulamenta, fiscaliza e supervisiona as operadoras de planos de saúde (Brasil, 1998).

Por fim, importante destacar que as ações e serviços concretizados pelas instituições privadas fora do âmbito do SUS, ou seja, como atividade privada

suplementar, são diferentes das que são realizadas de forma auxiliar ao sistema, no âmbito complementar, Sarlet e Figueiredo (2013).

Além da previsão constitucional, o direito à saúde também conta com citações e previsões em tratados internacionais, bem como demais legislações federais.

Já constava presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 menção ao tema saúde e a busca deste direito como valor social a ser alcançado e um direito inalienável de toda pessoa. A ideia do direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 25:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

A importância da saúde como direito fundamental está expressa na legislação, nas discussões jurídicas, além disso, encontra contornos estabelecidos na Declaração de Alma-Ata de 1978 onde a mesma menciona que:

A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

O Estatuto da Criança e do Adolescente também contemplam o assunto sobre direito à saúde, que pode ser visto (Brasil.1990):

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.
§2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (Brasil. 1990).

A Lei 11.741, conhecida como o Estatuto do Idoso, também regulamentou o tema (Brasil, 2003):

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (Brasil. 2003).

O Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2008, desta forma, aprovando o seu texto por meio do Decreto Legislativo nº 186, em 2009. A ratificação da Convenção (Brasil, 2009) comprometeu o Brasil a adotar medidas concretas para garantir a igualdade de oportunidades e a plena participação na sociedade de todas as pessoas com deficiência. Isso incluiu a obrigação de promover a acessibilidade em diversos setores, com destaque para a saúde. Desde então, o país tem trabalhado ativamente para alinhar suas políticas públicas e legislação nacional aos princípios e diretrizes estabelecidos na Convenção.

Outro marco significativo na trajetória do processo de promoção de saúde no Brasil foi a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que trouxe um arcabouço legal abrangente e moderno para garantir os direitos das pessoas com deficiência.

Pinheiro (2003) evidencia a importância e a necessidade que sejam adotadas políticas públicas específicas que garantam o acesso pleno e igualitário aos serviços de saúde para pessoas com deficiência, garantindo a promoção da saúde e o tratamento adequado e integral das condições de saúde dessas pessoas.

Apesar dos avanços trazidos pela Constituição Federal de 1988 no direito à saúde, Moura (2013) entende que ainda há um longo caminho a percorrer para sua efetivação. E menciona o quanto se faz importante que o debate sobre o conceito de saúde e a abrangência desse direito envolva não apenas juristas e demais operadores do direito, mas que alcance toda a sociedade brasileira. A fim de propiciar o aperfeiçoamento das políticas públicas do Sistema Único de Saúde e a necessidade de maior investimento governamental nessa área.

3 A LEI 13.146 DE 2015 SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOA COM DEFICIÊNCIA E O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Para garantir a concretização dos direitos das pessoas com deficiência é preciso reconhecer sua identidade própria e prover os recursos necessários para possibilitar sua plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. A Lei 13.146 de 2015 Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

(Estatuto da Pessoa com Deficiência) desde já estabelece em seu art.4 que toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação (Brasil, 2015).

Nesta oportunidade observa-se a definição do conceito de pessoa com deficiência sob a perspectiva da lei 13.146 de 2015 que dispõe (Brasil, 2015):

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil.2015).

De acordo com Feminella e Lopes (2016, p 15) o conceito de deficiência presente na CDPD (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência) e na LBI (Lei Brasileira de Inclusão) é baseada em um modelo social de direitos humanos, que depende primordialmente do meio social em que a pessoa está inserida. Acrescenta dizendo que:

Nessa perspectiva, o ambiente tem influência direta na liberdade da pessoa com limitação funcional, que poderá ter sua situação agravada por conta do seu entorno e não em razão de sua deficiência de *per si*. O parâmetro considera a limitação funcional do indivíduo um fato que, com recursos de acessibilidade e apoios, não se impõe como obstáculo ao exercício de seus direitos (Feminella; Lopes. 2016, p.15).

No que diz respeito ao tema saúde das pessoas com deficiência, a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2007, p 40) reconhece e afirma que todos têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência.

Santos (2016, p. 50) menciona que o direito à saúde das pessoas com deficiência se inclui no rol de direitos humanos, dado que a saúde é fundamental na manutenção do direito à vida, desta forma encontra-se protegida pelos direitos humanos e não podendo ser excluídas as suas características quanto às suas necessidades.

A saúde tem sido matéria avaliada em todos os aspectos, o econômico, o social no que tange as garantias de direitos, condicionantes sociais e padrão de integralidade, o administrativo, organização, participação social, o técnico-clínico, a formação de profissionais e comprometimento social, assim preconiza Santos (2016, p 48)

No tocante, às especificidades da garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência, Santos (2016. p 53) fala que em seu aspecto geral, não há o que diferenciar do direito das demais pessoas em gozar de boa saúde. A diferença está na garantia de

atendimento das especificidades de cada pessoa, em especial nas que decorrem das deficiências genéticas ou adquiridas. Ela finaliza dizendo que se estas circunstâncias não forem levadas em conta, jogaremos por terra a genérica garantia do direito à saúde em razão da incompletude que acabará por ferir o princípio da equidade em saúde.

É dever do Estado e da sociedade zelar pelos direitos e segurança das pessoas com deficiência:

O Estado é responsável pela regulação necessária, pela provisão de recursos e serviços, pela promoção, defesa e conscientização dos direitos das pessoas com deficiência positivados, e, em conjunto com a sociedade, que também pode atuar para atingir tais objetivos, deve atuar na mudança cultural para inclusão plena, acolhendo a todos e todas, independentemente de sua limitação funcional (Feminella; Lopes. 2016, p 30).

Também podemos encontrar previsão no Estatuto da Pessoa com Deficiência sobre a responsabilidade que o Estado e a sociedade possuem no que tange ao zelo pelos direitos das pessoas com deficiência, como pode ser visto na transcrição a seguir (Brasil,2015):

Art.8 - É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico (Brasil. 2015).

O art. 25 da Lei 13.146 de 2015 estabelece que o Estado tem a obrigação de providenciar meios de acesso às pessoas com deficiências aos espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devendo assegurar a remoção de barreiras que possam afetar o acesso das pessoas, através da promoção de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental (Brasil. 2015).

Santos (2016, p. 49-50) acrescenta que ao Estado incube garantir acesso serviços de reabilitação, devendo também oferecer programas de atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis, com as necessárias especificidades de suas deficiências, bem com evitar o agravo das mesmas, ou a existência de outras, nas proximidades de suas moradias, vetado todo e qualquer tipo de discriminação.

Ainda sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015) o parágrafo 3º do artigo 18 traz a garantia da capacitação técnica dos profissionais de saúde principalmente daqueles responsáveis pelos serviços habilitação e reabilitação, que nem sempre estão aptos do ponto de vista das especificidades da condição da pessoa com deficiência, ponto que é reforçado por Santos:

Por isso é essencial que se garantam aos profissionais de saúde capacitação permanente e continuada para que possam acompanhar o desenvolvimento das ciências, suas técnicas e tecnologias que se atualizam frequentemente (Santos, 2016, p 55).

O parágrafo 4º do artigo 18 da lei assegura às pessoas com deficiência, diagnóstico e intervenção precoces realizados por equipe multidisciplinar, oportunidade onde Santos (2016, p 55) considera como essencial para o bom desenvolvimento da saúde que sobremaneira têm implicações na vida social, afetiva, profissional e psicológica, e continua acrescentando que devem haver serviços em tempo oportuno para que ocorra habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência, possibilitando melhor qualidade de vida e desenvolvimento social.

Portanto para que seja garantido o pleno gozo dos direitos das pessoas com deficiência é preciso que estes sejam reconhecidos, é necessário prover os recursos que possibilitem sua plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

No que tange ao tema autismo, de acordo com Furtado, Brayner e Silva (2014) se insere como um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) que incluem, além do Transtorno do Espectro Autista, a Síndrome de Rett, o Transtorno de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação. Se caracteriza como um transtorno neuropsiquiátrico que se desenvolve na infância (Amaral; Portillo; Mendes, 2011) na maioria das vezes até os três anos de idade (Zampiroli; Souza, 2012).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por dificuldades na comunicação, na interação social e pela presença de padrões de comportamentos repetitivos. As pessoas com TEA podem apresentar repertório restrito de interesses e atividades, com impacto em todas as etapas do desenvolvimento humano. As manifestações do TEA podem ser percebidas nos primeiros anos de vida, sendo que a trajetória inicial não é uniforme e a gravidade de apresentação é variável. (Distrito Federal, 2023, p. 5).

A Organização Mundial da Saúde estima que atualmente o TEA afeta 1 em cada 44 crianças no mundo (De Almeida; Machado, 2022). Dados de prevalência revelam que cerca de 1 a 2% de crianças e adolescentes no mundo apresentam TEA. Ao aplicar a prevalência global de 1,5 % da população de 2022 (Censo 2022) pode-se estimar que há cerca de 3 milhões de pessoas com autismo Brasil. (Distrito Federal. 2023, p 6)

No Brasil, por diferentes motivos, as iniciativas governamentais propriamente direcionadas ao acolhimento das pessoas com diagnóstico de autismo desenvolveram-se de maneira tardia. Até o final do século passado, crianças autistas eram mantidas fora do alcance da área de saúde mental, quem realizava algum tipo de cuidado eram as próprias escolas, entidades filantrópicas, assistentes sociais ou até associações montadas por famílias:

Até o surgimento de uma política pública para saúde mental de crianças e adolescentes, no início do século XXI, esta população encontrava atendimento apenas em instituições filantrópicas, como a Associação Pestalozzi e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), ou em instituições não governamentais (como as instituições assistenciais desenvolvidas por familiares de autistas, conforme será abordado a seguir) (Cavalcante. 2003).

Nos serviços públicos, estas crianças, muitas vezes, eram atendidas de maneira tradicional nos ambulatórios, tendo como principal meio de tratamento a oferta de medicamentos, diante deste cenário e da falta de interesse, a maioria dos pacientes com TEA mantinham-se sem cuidados (Lima. 2014, p 715-739)

O primeiro grupo organizado de pais a surgir no Brasil foi o da Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo, a AMA-SP, em 1983, de acordo com Mello (2005).

Uma instituição na cidade de Betim-MG, a Centro de Referência em Saúde Mental Infante-Juvenil (CERSAMI) em meados dos anos 1990 e 2000 inspirou a proposição do Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSI) que é um serviço multidisciplinar que tem o objetivo de oferecer atenção diária e de forma intensiva à jovens com graves transtornos mentais. Apesar do fato do CAPSI não ser uma instituição cuja função exclusiva seja a de tratar o autismo, é possível dizer que este foi primeiro passo no caminho da inclusão do TEA no campo da saúde mental no Brasil (Garcia, Pereira e Nascimento. 2017, p 162).

Por fim, a elaboração de uma rede de atenção para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, que fosse integrada ao SUS, só foi proposta e iniciada a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental que acontece em 2001 (BRASIL, 2002a), tendo como ponto estratégico a implantação de Centros

de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), a partir da portaria ministerial nº 336/02 (BRASIL, 2002b).

Ainda no que diz respeito ao TEA (Transtorno do Espectro Autista), este só foi reconhecido como deficiência através da promulgação da Lei 12.764, chamada Lei Berenice Piana (2012). A partir daí, a repercussão do tema tomou novos capítulos, de forma que reflexões sobre meios de transmitir a assistência, serviços, ganharam força:

O reconhecimento do autismo como uma deficiência engendrou um novo debate em torno das formas como esta população deve ser contemplada no rol de ações e serviços disponíveis no SUS para além da assistência que vinha sendo provida, de um lado pelos CAPSi, no campo da saúde mental, e de outro, pelas entidades filantrópicas conveniadas ou pelas associações de familiares. (OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 711)

O Ministério da Saúde lançou dois documentos que continham orientações para colaborar com o tratamento das pessoas com TEA por via do SUS, num dos documentos a abordagem remete o autismo ao campo das deficiências, direcionando como método de abordagem realização de terapias como ferramenta de reabilitação, este documento é Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Brasil, 2014). O segundo documento estabelece o TEA como um transtorno mental, e direciona os cuidados as atividades desempenhadas pelo CAPSi, este documento foi intitulado como Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

Já no estado do Rio Grande do Norte no ano de 2021 foi promulgada a lei 10.987 que traz à pauta as diretrizes além de reforçar a compreensão do que será considerado pessoa com TEA em conformidade com a OMS (Rio Grande do Norte, 2021):

Art. 1º A política estadual de proteção dos direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA, no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, se pautará pelas diretrizes nesta Lei elencadas, para sua aplicabilidade e consecução.

§ 1º Para efeitos desta Lei, será considerada pessoa com TEA aquela com prejuízo na comunicação e nas relações sociais, conforme critérios clínicos definidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a saúde – CID, na Organização Mundial de Saúde – OMS.

§ 2º A pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, conforme aplicação da Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

(...)

Art. 5º São direitos da pessoa com TEA:

III - o acesso a medicamentos e exames médicos, quando necessário (Rio Grande do Norte, 2021);

E em 2022, ainda no RN, é promulgado a lei 11.235, de onde se pode observar a movimentação estadual no sentido de atendimento e diagnóstico das pessoas com TEA (Rio Grande do Norte, 2022). Esta lei cuida em estabelecer diretrizes a serem observadas na formulação da Política Estadual de Atendimento e Diagnóstico às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, no Estado do Rio Grande do Norte, e dá outras providências, como reforçar o atendimento das pessoas com TEA de forma igualitária, respeitadas suas peculiaridades; desenvolver programas e ações que visem o diagnóstico precoce; estabelecer o envolvimento e a participação da famílias da pessoa autista, assim como da sociedade civil na definição e controle das ações e serviços de saúde; além de estabelecer diretrizes voltadas para a educação da pessoa autista.

4 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM CAMPO GRANDE-RN E OS ASPECTOS DAS DEMANDAS JUDICIAIS EM CASOS DE AUTISMO

O TEA afeta a vida de pessoas de todas as idades, gêneros e classe sociais e em todas as partes do mundo, cada pessoa possui sua particularidade, portanto trata-se de tema que demanda atenção considerando os aspectos e diferenças de cada realidade, tanto das pessoas com autismo quanto das pessoas que estão ao seu redor, suas famílias, este tema vem sendo cada vez mais debatido e estudado e as pesquisas tem se debruçado sobre sua natureza, seus aspectos, como poder lidar da maneira mais saudável e humanizada com as particularidades de cada situação, cada condição, de acordo com o Instituto Inclusão Brasil(2024).

Conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato referencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo assim, a APS é a porta de entrada preferencial das crianças, adolescentes, adultos e idosos com TEA e seus familiares na atenção à sua saúde, com mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade, em tempo oportuno, da atenção ao contingente (PNAB, 2012).

Na cidade de Campo Grande-RN, de acordo informações colhidas através de entrevista realizada com a Secretária de Saúde do município, foi informado que o vetor mais atuante no sentido de identificação das pessoas com autismo tem sido o acompanhamento a partir da esfera educacional, os professores, pedagogos, ao detectarem circunstancias que sinalizem a possibilidade do diagnóstico, indicam a família

para que haja o direcionamento e acompanhamento através do sistema de saúde do qual a cidade dispõe. Após a entrada do indivíduo no sistema de saúde da cidade, o mesmo será acompanhado por equipe multidisciplinar, que realizará o acompanhamento, terapias e orientações necessárias e disponíveis (Campo Grande. 2024).

Ainda de acordo com a entrevista feita com a Secretária de Saúde de Campo Grande-RN, desde 2022 o sistema de saúde vinha passando por manutenções em sua estrutura e organização de forma a aperfeiçoar o atendimento dos pacientes diagnosticados com TEA, porém em 2023 foi quando aconteceu seu avanço mais significativo. A partir de então a cidade pode contar com a composição da equipe multidisciplinar em sua capacidade mais satisfatória, quais sejam, quatro fisioterapeutas, um fisioterapeuta de psicomotricidade, dois psicólogos, dois fonoaudiólogos, um nutricionista e um terapeuta ocupacional, além dos mencionados, passaram a contar também com um pediatra, um psiquiatra e um neuropediatra, estes últimos, oferecendo seus cuidados para acompanhamentos mensais ou quando necessário (Campo Grande. 2024). Estes dados relativos ao quadro profissional também foram obtidos através de entrevista junto à Secretaria de Saúde em junho de 2023. Este é o quadro que segue até os dias atuais, além disto, a Secretária de Saúde afirma que a cidade conta com campanhas de conscientização, capacitação dos profissionais de saúde e dos profissionais da educação. Este portanto é o atendimento e acompanhamento ofertado pela cidade ao público em questão (Campo Grande. 2024).

A Secretaria de Saúde informa que atualmente a cidade conta com uma política pública direcionada ao apoio de pessoas com deficiência, onde pode ser encontrado acompanhamento para as pessoas com autismo (Campo Grande, 2024). Esta iniciativa vem sendo meio complementar de cuidado ao ofertado pelo sistema público de saúde, do qual podem através de sua organização, alcançar acesso às ferramentas de apoio, capacitação e orientação, no intuito de satisfazer as necessidades das pessoas, sejam buscas por terapias, medicações entre outras (Campo Grande, 2024).

Faz-se importante delinear o que é política pública. Não há definição única, ou melhor sobre o que vem a ser política pública, Lynn (1980) considera definir como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Já para Souza (2003, p. 13) a política pública é um campo do conhecimento que busca, simultaneamente, “colocar o governo em ação” ou ainda “analisar essa ação (considera esta uma variável independente) e se necessário, propor mudanças no rumo ou curso

dessas ações, entender a razão e de que maneira as ações geraram determinadas consequências em detrimento de outras (considera esta uma variável dependente).

Castro (2013) descreve que políticas públicas são:

programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado, com a participação de entes públicos ou privados, que objetivam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico (Castro. 2013, p. 21).

De acordo com a definição adotada por Sena (2022) Políticas Públicas são, em resumo, as medidas tomadas pelo governo para proteger os direitos das pessoas, ajudar ou prestar serviços. Seu objetivo é garantir que as pessoas gozem dos direitos garantidos por lei. E também cita que as políticas sociais se concentram em melhorar a vida das camadas marginalizadas e desfavorecidas da sociedade, como famílias de baixa renda, pessoas com deficiência, moradores de favelas e grupos indígenas.

Por fim, é possível classificar as políticas públicas em quatro formatos, Lowi (1964; 1972) às designa como políticas distributivas, políticas regulatórias, políticas redistributivas e por fim, políticas constitutivas.

A Associação de Mães em Defesa das Pessoas Atípicas (AMADA), fundada no dia 02 de abril de 2023 na cidade de Campo Grande-RN, vem desempenhando o papel de política pública implementada na cidade que atua na direção do cuidado das pessoas com deficiência, circunstancia onde atua diretamente com pessoa diagnosticadas com TEA, e através de suas agendas, propiciam apoio, campanhas, capacitação e orientações para seus associados. Cabe ressaltar que as mães inseridas na associação AMADA já procuravam promover atividades grupais por si mesmas antes da fundação da associação de acordo com Relatório emitido pela direção da Associação (Santana. 2024).

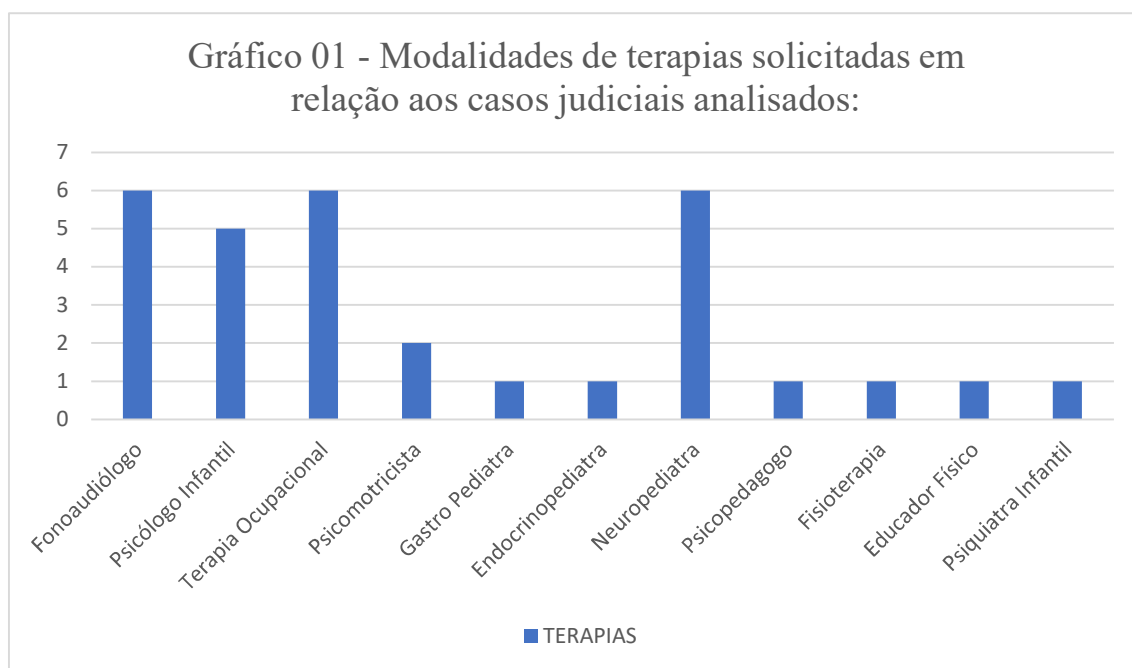
Se trata de uma associação sem fins lucrativos, sua sede está localizada na cidade de Campo Grande-RN. Dentro de suas agendas já proporcionou a realização de sessões de Aqua terapia, onde através dos benefícios da hidroterapia, promovem tratamento e lazer para as crianças. Dispõe de momentos de instrução e assessoramento quanto aos direitos inerentes às pessoas atípicas através de jurista voluntário, bem como celebração de eventos temáticos voltados ao fortalecimento do vínculo entre as famílias e as crianças atendidas na associação.

As demandas judiciais que estão sendo analisadas estão inseridas entre o intervalo de tempo de outubro de 2022 e junho de 2023 do grupo de crianças com TEA são sobre

solicitação de terapias e disponibilização de medicamentos. Através de relatório produzido pela Defensoria Pública da comarca de Campo Grande-RN, foi possível observar a composição dos pedidos, quais os principais aspectos, se houveram pedidos satisfeitos ou se ainda tramitavam (Defensoria Pública Estadual. 2024).

Do grupo assistido pelo AMADA, atualmente são seis o número de crianças com TEA que por meio de seus representantes, buscaram no judiciário a disponibilização de seus tratamentos. A composição do grupo conta com cinco meninos e uma menina, suas idades variam de três à doze anos (Santana. 2024).

Quanto as terapias que são solicitadas, no gráfico a seguir é possível observar os tipos de terapias em relação a quantidade de processos que solicitaram:



Fonte: Elaborado pelo autor (2024) a partir do Relatório emitido pela Defensoria Pública Estadual do Rio Grande do Norte Comarca de Campo Grande.

No intuito de preservar os dados pessoais de cada caso, cada um dos processos será designado por uma letra do alfabeto. No gráfico a seguir é possível verificar como foram distribuídas as terapias para cada caso:

Quadro 01- Distribuição das terapias solicitadas em relação aos casos judiciais detalhados:

TERAPIAS/CASOS	A	B	C	D	E	F
FONOAUDIÓLOGO	X	X	X	X	X	X
PSICÓLOGO INFANTIL	X	X	X	X	X	X
TERAPIA OCUPACIONAL	X	X	X	X	X	X
PSICOMOTRICISTA				X	X	
GASTROPEDIATRA				X		
ENDOCRINOPEDIATRA				X		
NEUROPEDIATRA		X	X	X	X	X
PSICOPEDAGOGO	X					
FISIOTERAPEUTA				X		
EDUCADOR FÍSICO					X	
PSIQUIATRA INFANIL					X	

Fonte: Elaborado pelo autor (2024) a partir do Ofício emitido pela Associação de Mães em Defesa das Pessoas Atípicas de Campo Grande-RN.

Quanto as solicitações de medicamentos, dois foram os processos que realizaram pedidos de medicações que o sistema local de saúde não disponibiliza (foram os casos D e E). Primeiro há de se falar do caso E, o pedido se trata das medicações: ARISTAB e NEOZINE. Já o segundo caso, caso D, o pedido de medicamentos se trata de MELATONINA. Ainda sobre o caso D, cabe acrescentar que esta segunda criança é diagnosticada com diabetes, oportunidade onde solicita também medicamentos e insumos relacionados a sua condição: INSULINA LANTUS, INSULINA HUMALOG, canetas, agulhas e demais ferramentas para administração dos remédios.

Os seis processos tiveram tutela antecipada concedida, duas das tutelas foram concedidas em partes (casos D e E). Quatro processos (casos A, B, C e E) já transitaram em julgado com seus pedidos concedidos, o quinto (caso D) está aberto onde houve audiência de conciliação sem acordo e aguarda despacho, e o sexto (caso F) está em fase de sentença aguardando trânsito em julgado.

É possível verificar nos processos a alegação dos autores no sentido de que o município disponibiliza uma vez por semana sessões de fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicólogo infantil, com tempo de duração variando de vinte a trinta minutos. Nas prescrições médicas das terapias em todos os casos vistos o número de sessões e tempo de duração solicitado é superior ao ofertada pelo município.

Dos quatro processos onde houve o trânsito em julgado e pedidos concedidos, três processos (casos A, B e E) entraram com pedidos de cumprimento de sentença, informando que desde a tutela antecipada o município não tem honrado o que fora acordado e homologado, dispondo apenas de uma sessão semanal de trinta minutos de

fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicólogo infantil. Os pedidos ainda não tiveram sentença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos esforços empregados nesta pesquisa foi possível analisar quais as políticas públicas existentes na cidade de Campo Grande-RN que funcionam com o objetivo de promover assistência as pessoas diagnosticadas com autismo com até doze anos de idade, bem como cuidou-se em analisar os aspectos relacionados as demandas judiciais que estas mesmas famílias promoveram em face do Município, afim de conseguirem ter acesso a terapias e medicamentos voltados ao tratamento do TEA.

A partir da entrevista realizada junto a Secretaria de Saúde de Campo Grande-RN e do conteúdo do ofício emitido pela AMADA, ficou evidenciado que desde abril de 2023 até o presente momento, a única política pública que atua no município prestando assistência destinada as pessoas com deficiência tem sido a própria AMADA, prestando serviços como capacitação, terapias, eventos destinados ao fortalecimento de vínculos entre seus associados, as famílias e a comunidade, entre outras modalidades de assistência.

E ao analisar os aspectos relacionados às demandas judiciais do grupo em questão, foi possível perceber que mesmo após as sentenças que comprometiam o município a garantir as terapias e medicamentos solicitados, tem sido ofertada apenas uma sessão semanal de fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicólogo infantil, com duração de até trinta minutos cada sessão. Entretanto ficou evidenciado a necessidade de um número maior de sessões e de maior duração das mesmas, bem como de outros tipos de terapias, como pode ser visto nas prescrições médicas de cada caso analisado. Além disso, nas demandas judiciais o município se compromete a fornecer as terapias ou a pagar pelas sessões nos casos onde não haja a oferta da modalidade do serviço pela saúde pública local, entretanto fica evidenciado que o município não tem cumprido o que havia sido decidido pelas sentenças judiciais, desta forma comprometendo a evolução dos tratamentos necessários ao desenvolvimento do quadro de saúde das crianças envolvidas na pesquisa.

Não houve a possibilidade de alcançar dados relacionados a organização e distribuição dos recursos destinados ao setor de saúde pública da cidade, bem como de

realização de entrevistas individuais com as famílias das crianças alcançadas pela pesquisa, impossibilitando assim uma compreensão mais aproximada da situação vivida por cada caso.

Considerando a compreensão obtida através da análise da situação encontrada em Campo Grande-RN em relação aos serviços ofertados pelo sistema público de saúde local e das políticas públicas voltadas às pessoas com autismo, é possível considerar reavaliar quais estratégias poderão gerar maior efetividade de atendimento voltado às pessoas com deficiência residentes na cidade. Além disto, é possível considerar avaliar como tem sido organizado os recursos disponibilizados pela administração pública destinados ao setor de saúde, bem como analisar o papel da esfera estadual e federal e de que forma pode-se complementar os recursos destinados a atender Campo Grande-RN.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Ana Paula Lima de. **Acessibilidade da Pessoa com Deficiência aos Serviços de Saúde**. Editora Realize, João Pessoa – PB, agosto de 2020.

AMARAL, Lais David; PORTILHO, Jorge Alberto Cordón; MENDES, Silvia Carolina Teixeira. Estratégias de acolhimento e condicionamento do paciente autista na Saúde Bucal Coletiva. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. pg. 105-114, dez. 2011. ISSN 19828829. Disponível em <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1046>. Acesso em 14 out. 24.

ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008**. Cadernos de Saúde Pública 2018. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6624>. Acesso em 14 out. 24.

AUMENTO exponencial de casos de autismo no mundo. Instituto Inclusão Brasil. 2024. Disponível em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/aumento-exponencial-de-casos-de-autismo-no-mundo/>. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002^a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. [Constituição (1824)]. **Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm. Acesso em: 14 out. 24.

BRASIL. [Constituição (1891)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de fevereiro de 1891**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. [Constituição (1946)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946**. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. [Constituição (1969)]. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 1967**. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67EMC69.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988**. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 14 out. 24.

Brasil. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. (2008) Brasília.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm Acesso em 14 out. 24

BRASIL, **Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19656.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL, **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências**. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL, **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Disponível:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em 14 out. 24.

Brasil. **Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa com Transtorno do espectro Autista, no Distrito Federal**. 2023. Brasília. p. 5. Disponível

em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/LINHA_DE_CUIDADO_DA_SAÚDE_DA_PESSOA_COM_TEA_DF_1_2_.pdf/89f88d9a-19c5-9351-52a8-face606343ed?t=1702647182848. Acesso em 14 out. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2567, de 25 de novembro de 2016**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com**

Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 out. 24.

BRASIL. Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Normatiza os CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2002b.

CAMPO GRANDE. Secretaria de Saúde Municipal. **Depoimento** [jun. 2024]. Entrevistador. Leibson Ismael de Almeida. Campo Grande. Universidade Federal Rural do Semi Árido. Entrevista Verbal. Entrevista concedida para pesquisa sobre políticas públicas e atendimento voltado para pessoas com deficiência e seus aspectos judiciais.

CAPPELLETTI, Mauro.; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça.** Tradução de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Frabis, 1988. 168p.

CASTRO, Clarindo Alves de. **Educação para líderes comunitários: reprodução ideológica ou democratização das políticas de segurança pública?** 2013. 206f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Mato Grosso. Instituto de Educação, Cuiabá, 2013.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. **Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.432 p Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Sociologia Jurídica.** Rio de Janeiro: Editora Forence, 2006.

CORTES, Soraya Maria Vargas. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde.** Sociologias. Porto Alegre. Vol. 4, n. 7 (jan./jun. 2002), p. 18-49, 2002.

DE ALMEIDA, Karolayne Batistel; Machado, Lucio Mauro Braga. **Autismo. Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais**, v. 20, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/jornada/article/view/2238>. Acesso em 14 out. 24.

Declaração de Alma Ata Sobre Cuidados Primários. 1978. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 14 out. 24.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 14 out. 24.

ESCOREL, Sarah.; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. in: LMA, N.T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FEMINELLA, Anna Paula; LOPES, Laís de Figueiredo. Disposições Gerais / Da Igualdade e da não Discriminação e Cadastro-Inclusão. In: SETUBAL, Joyce Marquês, FAYAN, Regiane Alves Costa (orgs.). **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Comentada**. Campinas: Fundação FEAC, 2016. p. 15.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743- 752, 2009.

FURTADO, Luis Achilles; BRAYNER, José Clauber; SILVA, Lucas Silveira. **Transtornos globais de desenvolvimento e saúde pública: uma revisão integrativa**. Rev. Percurso Acadêmico. Belo Horizonte. v. 4, n. 8, p. 283-297, jul/dez. 2014

GARCIA, Sônia Cardoso Moreira; DO NASCIMENTO, Mayara Andrine; PEREIRA, Marília. Autismo infantil: acolhimento e tratamento pelo sistema único de saúde. **Revista Valore**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 155–167, 2017. DOI: 10.22408/rev12201735124-135. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/35>. Acesso em 14 out. 24.

GOMES, Ana Cristina Pereira Reforço. Direito fundamental à saúde e o acesso a medicamentos no Brasil. **Revista Jurídica Luso Brasileira**. 2023. ano 9. n3. p 1467-1522. Disponível em: <https://www.cidp.pt/publicacao/revista-juridica-lusobrasileira-ano-9-2023-n-3/319>. Acesso em 14 out. 24.

GRINOVER, Ada Pellegrini. O processo em evolução. Rio de Janeiro: Forense, 1996. **A Marcha do Processo**. Rio de Janeiro; Forense Universitária, 2000.

MATTOS, Fernando Pagani. **Acesso à justiça: um princípio em busca de efetivação**. Curitiba: Juruá, 2011. 143p.

MELLO, A. M. S.R. A Ama-SP, Associação de amigos do autista de São Paulo hoje, In: CAMARGOS JR. W et al. (Coord.) **Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio**. Brasília: Corde, 2005. p.187-190.

MELLO, A.M. et al. Retratos do autismo no Brasil. São Paulo: Associação dos Amigos do Autista, 2013. 174 p

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Âmbito Jurídico**, XVI, v. 114, 2013.

LIMA, Rossano Cabral et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis**, v. 24, n. 3, p. 715-739, set. 2014.

LIMA, Ricardo Seibel de Freitas. Direito à saúde e critérios de aplicação. **Direito Público**, n.2, p. 112-32, 2006.

Lowi, Theodor (1964) "**American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory**", **World Politics**, 16: 677-715.

Lowi, Theodor (1972) "**Four Systems of Policy, Politics, and Choice**". **Public Administration Review**, 32: 298-310.

Lynn, L. E. (1980) **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif.: Goodyear.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação¹. **Physis** (Rio de Janeiro, Brazil), v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017.

PINHEIRO, H.L. As políticas públicas e as pessoas portadoras de deficiência. In: SILVA, S.; VIZIM, M. (Orgs.). **Políticas públicas: educação, tecnologias e pessoas com deficiência**. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

RIO GRANDE DO NORTE. Defensoria Pública Estadual. **Relatório**. Campo Grande. Pesquisador: Leibson Ismael de Almeida. Universidade Federal Rural do Semi Árido. Relatório concedido para pesquisa sobre políticas públicas e atendimento voltado para pessoas com deficiência e seus aspectos judiciais.2024.

SADEK, Maria Tereza Aina. Access to Justice: society's vision, **Revista Justitia**. São Paulo, v. 198, p. 271~279, jan. / jun. 2008.

SADEK, Maria Tereza Aina. Acesso à Justiça: Um Direito e Seus Obstáculos. **REVISTA USP**, São Paulo, n. 101, p. 55-66. março/abril/maio 2014.

SANABRIA, Clara Aleida Prada. Direito à saúde e vigilância da saúde no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**. Feira de Santana. 2021. Pag. 2. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/7661/6415>. Acesso em 13 out. 24.

SANTANA, José Lima. **O princípio Constitucional da Eficiência e o Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José.

SANTANA, Stefanny Carolayne de Brito. Associação de Mães em Defesa das Pessoas Atípicas. **Ofício nº 03/2024**. 22 abr. 24. 2024.

SANTOS, Lenir. Do Direito à Saúde. In: SETUBAL, Joyce Marquizein, FAYAN, Regiane Alves Costa (orgs.). **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Comentada**. Campinas: Fundação FEAC, 2016. p. 50.

SANTOS, Lenir. Do Direito à Saúde. In: SETUBAL, Joyce Marquizein, FAYAN, Regiane Alves Costa (orgs.). **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Comentada**. Campinas: Fundação FEAC, 2016. p. 48.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, nº. 24, Porto Alegre, jul./2008.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional: uma visão geral sobre o sistema (público e privado) de saúde no Brasil. **Revista Gestão e Controle**, nº.1, v1, Porto Alegre, 2013.

SENA, Márcio. **As políticas Públicas e como elas afetam nosso país**. Ouvidoria do TCE-PE. Recife. 2022. Disponível em: <https://ouvidoria.tcepe.tc.br/politicas-publicas-e-sua-importancia/>. Acesso em 13 out. 24.

SILVA, Ana Gabriela Alves da. Direito à saúde: judicialização da saúde pública no Brasil e sua efetividade ante a cláusula da reserva do possível e a garantia do mínimo existencial. **Repositório Pontifícia Universidade Católica de Goiás**. Goiás. 2016. Pág. 10-12. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/6322>. Acesso em 13 out. 24.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. Direito à Saúde: Evolução Histórica, Atuação Estatal e Aplicação da Teoria de Karl Popper. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, [S. l.], v.9, n.2, p.4–22, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251>. Acesso em: 13 out. 2024.

SOUZA, Celina Maria de. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

VIEGAS, S. M. DA F. et al. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), 2021.