



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SERVIÇO SOCIAL**

KARLA DIVINA EVANGELISTA DE FREITAS SALVADOR

**DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: EFETIVAÇÃO PELO PODER
JUDICIÁRIO**

GOIÂNIA – GOIÁS

2022

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SERVIÇO SOCIAL**

KARLA DIVINA EVANGELISTA DE FREITAS SALVADOR

**DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: EFETIVAÇÃO PELO PODER
JUDICIÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação do Professor Pós-Doutor Gil César Costa de Paula.

GOIÂNIA – GOIÁS

2022

S182d Salvador, Karla Divina Evangelista de Freitas
Direito à saúde da pessoa idosa : efetivação pelo
poder judiciário / Karla Divina Evangelista de
Freitas Salvador. -- 2022.

106 f.

Texto em português, com resumo em inglês.
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e
da Saúde, Goiânia, 2022.

Inclui referências: f. 91-101.

KARLA DIVINA EVANGELISTA DE FREITAS SALVADOR

**DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: EFETIVAÇÃO PELO PODER
JUDICIÁRIO**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, e considerada parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Política Social, Movimentos Sociais e Cidadania.

Prof. Dr. Gil César Costa de Paula
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)
Presidente

Prof.^a Pós Dr.^a Carla Agda Gonçalves
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)
Examinador interno

Prof. Dr. Nivaldo dos Santos
Universidade Federal de Goiás
Examinador externo

Prof.^a Dr.^a Maria José Pereira Rocha
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)
Membro interno - Suplente

Dedico o meu trabalho aos meus pais, Antônio e Izoldina (in memoriam), pelo exemplo de vida e por ter-me educado com amor e para o amor. À minha avó, Bárbara (in memoriam), minha eterna inspiração. Muito obrigada a vocês por ter dedicado a suas vidas a me amar, proteger e compartilhar saberes e ensinamentos que perduram por toda a minha vida.

Agradecimentos

Aos meus pais, Antônio e Izoldina (in memorian) pelo exemplo e amor, vocês me ensinaram valores que jamais serão esquecidos. Escrevi este trabalho pensando em vocês.

À minha avó, Bárbara (in memorian) por despertar em mim o desejo de buscar o conhecimento, você estará sempre no meu coração.

Ao meu esposo, Júnior, por todo amor, carinho, paciência e força que tem me dedicado ao longo dos anos.

Aos meus filhos, Izadora e Gabriel, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.

Ao meu genro, Lucas e à minha nora, Isabella, pela dedicação e carinho constante.

À minha neta, Maria Antônia, pela luz e alegria em minha vida.

Aos meus irmãos, Junior e Kelen e aos meus sobrinhos, Hugo, Eloá, Samuel e Isis, pelo carinho e pela enorme torcida.

Aos meus familiares agradeço por todo apoio, cuidado, ensinamentos e sabedoria de vida.

Ao meu orientador, Prof. Gil, por se dispor a me orientar e confiar em mim, me encorajando em todas as etapas com seus conhecimentos e incentivos para que a realização deste estudo se tornasse possível. Serei eternamente grata pela oportunidade e confiança.

À banca examinadora, Prof.^a. Carla, Prof.^a. Zezé, Prof. Nivaldo, por aceitar contribuir na elaboração desse estudo. Obrigada pela acolhida e por confiar em mim.

À minha amiga, Marianne, pelo apoio e incentivo constante.

Finalmente agradeço a Deus, por me proporcionar a oportunidade de agradecer a todos que tornaram a minha vida mais amorosa e de ter me dado uma família maravilhosa e amigos sinceros. Deus que me deu o dom da vida e missões pelas quais já sabia que eu iria vencer.

*A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer
Não quero morrer, pois quero ver como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é, e dizer venha pra o que vai acontecer*

Arnaldo Antunes

RESUMO

O presente trabalho trata do direito à saúde da pessoa idosa, entendendo-se este como um direito fundamental e social, expressamente previsto como direito de todos e dever de Estado. Partindo-se da premissa da inefetividade da Constituição Federal, pela omissão do Estado, que inviabiliza o direito à saúde dos idosos, pretende compreender e analisar o papel do Poder Judiciário na dinâmica de efetivação da proteção deste direito, garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto do Idoso. O Poder Judiciário representa o garantidor daquele direito que está previsto constitucionalmente e reiterado no Estatuto do Idoso, que deve ser interpretado para realizar a cidadania, garantindo ao idoso o direito à vida, sua dignidade e sua participação na sociedade. De início, o estudo se desenvolveu no sentido de compreender as diversas etapas do processo de envelhecimento, que compõem a condição de vulnerabilidade do idoso. Destacou a autonomia da pessoa idosa, a qual significa ter capacidade de deliberar a respeito de seus próprios objetivos, bem como acerca da natureza prioritária do direito à saúde na terceira idade. Apontou-se para o princípio da dignidade da pessoa humana como de valor máximo na ordem jurídica e de conteúdo abrangente, que norteia outros princípios do ordenamento jurídico, como o de melhor interesse do idoso e o da solidariedade. Observou-se que os idosos encontram dificuldades no que diz respeito à efetivação de políticas públicas e, por isso, recorrem ao judiciário, visando compelir o Estado a cumprir o dever que a Constituição lhe impõe, garantindo, assim, o exercício do direito à saúde. Por fim, a pesquisa destacou a atuação que detém o Poder Judiciário, examinando decisões proferidas pelos Tribunais Superiores, bem como as produzidas perante o Tribunal de Justiça de Goiás, quando se trata de políticas públicas de saúde, especialmente das demandas pertinentes à saúde do idoso e, ainda, estudou as teorias da “reserva do possível” e do “mínimo existencial”.

Palavras-chave: Idoso. Direito à saúde. Políticas públicas. Poder Judiciário.

ABSTRACT

The present work deals with the right to health of the elderly, understanding this as a fundamental and social right, expressly foreseen as a right of all and a duty of the State. Starting from the premise of the ineffectiveness of the Federal Constitution, due to the State's omission, which makes the right to health of the elderly unfeasible, it intends to understand and analyze the role of the Judiciary in the dynamics of effective protection of this right, guaranteed by the Federal Constitution of 1988 and by the Elderly Statute. The Judiciary represents the guarantor of that right that is constitutionally foreseen and reiterated in the Elderly Statute, which must be interpreted to achieve citizenship, guaranteeing the elderly the right to life, their dignity and their participation in society. Initially, the study was developed in order to understand the different stages of the aging process, which make up the condition of vulnerability of the elderly. He highlighted the autonomy of the elderly, which means having the ability to deliberate about their own goals, as well as about the priority nature of the right to health in the elderly. It was pointed to the principle of human dignity as the highest value in the legal system and comprehensive content, which guides other principles of the legal system, such as the best interest of the elderly and solidarity. It was observed that the elderly find it difficult to implement public policies and, therefore, resort to the judiciary, aiming to compel the State to fulfill the duty that the Constitution imposes on it, thus guaranteeing the exercise of the right to health. . Finally, the research highlighted the role of the Judiciary, examining decisions handed down by the Superior Courts, as well as those produced before the Court of Justice of Goiás, when it comes to public health policies, especially the demands related to the health of the elderly. and, still, studied the theories of the “reserve of the possible” and of the “existential minimum”.

Keywords: Elderly. Right to health. Public policy. Judicial power.

LISTA DE SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AgRg no Resp – Agravo Regimental no Recurso Especial
AgRg no AREsp – Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial
CDH - Conselho de Direitos Humanos
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Min. – Ministro
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RE – Recurso Extraordinário
RESP – Recurso Especial
RMS – Recurso em Mandado de Segurança
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
TJGO – Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 O ENVELHECIMENTO	15
1.1 Considerações sobre a pessoa idosa.....	16
1.2 O exercício da cidadania do idoso	20
1.3 Vulnerabilidade do idoso.....	21
1.4 Direitos da personalidade da pessoa idosa e o exercício da autonomia privada	27
2 A SAÚDE DO IDOSO COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A ATRIBUIÇÃO DO ESTADO NA SUA EFETIVIDADE.....	34
2.1 A saúde como direito prioritário da pessoa idosa	34
2.2 A saúde como direito fundamental social	37
2.3 A dignidade da pessoa humana como fundamento base para a proteção e defesa dos direitos do idoso.....	42
2.4 O princípio do melhor interesse do idoso e da solidariedade em prol da proteção e defesa dos direitos do idoso	46
2.5 Instrumentos internacionais de proteção ao idoso.....	50
2.6 O direito à saúde do idoso e a atribuição do Estado na sua efetividade	55
3 O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELATIVAS À SAÚDE DO IDOSO.....	62
3.1 Implementação de Políticas Públicas	62
3.2 O papel do Poder Judiciário nas Políticas Públicas de saúde da pessoa idosa.....	66
3.3 O princípio do mínimo existencial <i>versus</i> o princípio da reserva do possível nas políticas públicas de saúde do idoso	72
3.4 Decisões do STF e do STJ, com enfoque no entendimento do TJGO, representativas de promoção, proteção e garantia do direito à saúde do idoso.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXO A – BRASIL: PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO E IDADE – INDICADORES IMPLÍCITOS NA PROJEÇÃO 2010/2060	102
ANEXO B - World Population Ageing 2019 - Department of Economic and Social Affairs Population Division - United Nations - New York, 2020.....	104

INTRODUÇÃO

A motivação para este trabalho surgiu da experiência profissional em análise de constantes processos judiciais e da constatação de que há uma crescente judicialização de ações direcionadas à efetivação do direito ao idoso, tais como o fornecimento de medicamentos, tratamentos médicos, internações e cirurgias. O descaso do Poder Executivo em realizar a concretização das políticas públicas, que são determinadas pela Constituição Federal, também, motivou o presente trabalho.

Envelhecer é um processo natural que ocorre de forma progressiva, gradual e varia de indivíduo para indivíduo. Nesse momento da vida, são perceptíveis alterações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Todas estas mudanças podem provocar o adoecimento ou a queda nas funções vitais as quais, geralmente, estão associadas às enfermidades agudas ou crônicas.

O envelhecimento populacional é uma realidade incontestável¹ em todos os continentes. É possível dizer que isto se deve, basicamente, à redução da taxa de natalidade e ao aumento da expectativa de vida, proporcionada por inúmeros avanços tecnológicos em diversos campos científicos.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2017), a população mundial deve saltar dos 6 (seis) bilhões, constatada no ano de 2000, para 10 (dez) bilhões em 2050. No mesmo período, o número de pessoas com mais de 60 anos deve triplicar, passando de 600 milhões para 2 bilhões, ou seja, quase 25% da população do planeta. As projeções feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) seguem essa mesma linha, no sentido de que a população brasileira deve alcançar 228 milhões de habitantes, em 2060, dos quais um quarto, aproximadamente 25,5%, terá atingido mais de 60 anos de idade.

1

Para ilustrar e comprovar a perspectiva do aumento progressivo do número de idosos no Brasil e no mundo, com a consequente mudança no perfil populacional, seguem anexas as pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE: Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 (Anexo A), disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-dapopulacao.html?=&t=resultados>. Acesso em 13/04/2022. Segue, também, dados da Organização das Nações Unidas – ONU. (Anexo B). World Population Ageing 2019 - Department of Economic and Social Affairs Population Division - United Nations - New York, 2020 disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>. Acesso em 13/04/2022.

Neste trabalho, deu-se destaque ao direito à saúde da pessoa idosa, uma vez que, constatado o alongamento da vida, tem que se atentar como serão vividos estes números de anos, pois inexistente qualquer proveito em anos adicionados sem condições adequadas de sobrevivência. Se diante dos avanços médicos é possível envelhecer e morrer em condições dignas de saúde, o papel do direito é de assegurar a este grupo social tais direitos nesta etapa da vida da pessoa humana; caso contrário, haveria uma violação ao princípio da dignidade, o qual é tão proclamado na Constituição Federal de 1988.

O estudo encontra-se demarcado na normativa constitucional e infraconstitucional que trata com especialidade da pessoa idosa, ou sejam: leis ordinárias nº 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e nº 10.741/2003, criando o Estatuto do Idoso, destinado a regulamentar os direitos das pessoas idosas. Em seu art. 2º, referido estatuto, traz expressamente a proteção à saúde física e mental do idoso:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL, 2003)

No que tange a Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu art. 1º, afirma que o Brasil se constitui em Estado Democrático de Direito e tem como fundamento a cidadania, o respeito e a dignidade da pessoa humana. Esta afirmação orienta a atuação do Estado e da sociedade em direção à efetivação desses fundamentos, assegurando, portanto, ao idoso a cidadania e, por consequência, contemplando-o com todos os instrumentos garantidores da dignidade humana, sem distinção.

Segundo o jurista Silva (2004, p.108), a palavra cidadania foi empregada num sentido mais amplo do que o de titular de direitos políticos, visando qualificar os participantes da vida do Estado, de modo a reconhecer o indivíduo como pessoa integrada na sociedade estatal. A Carta Magna, direcionada para a realização da cidadania do povo brasileiro, preocupou-se, também, com o cidadão da terceira idade, conforme se depreende da leitura do art. 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

A política pública de saúde tornou-se um dos objetos mais estudados ², uma das razões foi o expressivo número de ações judiciais que reivindicam medicamentos e tratamentos médicos em face do Estado, especialmente pelos idosos que têm se valido do Poder Judiciário para compelir o ente estatal a cumprir o dever que a Constituição e o Estatuto do idoso impõem.

Perante o exposto, surgem os seguintes questionamentos, que servirão como base para a problematização do presente estudo: qual a influência do Poder Judiciário na concretização dos direitos dos idosos à saúde? De que modo poderia atuar o Poder Judiciário, na negativa pelo Estado da proteção de um direito fundamental social, para que sejam efetivados os direitos dos idosos à saúde, com vistas à vida com dignidade?

Com efeito, sabendo-se que o Poder Judiciário compreende o direito dos idosos à saúde como um direito fundamental social, o qual merece atenção por parte dos órgãos governamentais competentes, bem como se constatando que os interesses dos idosos debatem-se com os interesses dos entes estatais, quando há negação daquele direito, a hipótese formulada é a seguinte: A inefetividade da Constituição Federal, pela omissão do Estado, em relação aos direitos à saúde dos idosos, indica a necessidade de o Poder Judiciário intervir na defesa deste grupo social, a fim de garantir-lhe a vida com dignidade.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender e analisar o papel do Poder Judiciário na dinâmica de efetivação da proteção do direito do idoso à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto do Idoso. Além disso, pretende investigar, por meio de análise jurisprudencial dos Tribunais Superiores e do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, se a tutela jurisdicional atualmente prestada, sob a perspectiva da dignidade da pessoa humana, confere à pessoa idosa a efetivação do direito à saúde, previsto na legislação nacional e que deveria ser concretizado pelo Estado.

² Segundo Viana e Baptista (2009, p. 66) "...a expansão dos sistemas de proteção e de saúde, especialmente a partir da segunda metade do século XX, trouxe à tona questões relativas ao papel do Estado no desenvolvimento dessa política indicando a necessidade de aperfeiçoamento da regulação pública, com a definição de parâmetros/diretrizes para o controle das ações e dos custos dos sistemas e serviços de saúde. (...) Todo esse debate foi acompanhado e analisado por conjunto expressivo de cientistas políticos de diversos países, no intuito de constituir informações sobre os diferentes modelos de proteção adotados pelos países e compreender as dificuldades por eles enfrentadas diante da expansão dos sistemas. No século XX, e com maior vigor a partir dos anos 60, surge o interesse por estudos mais específicos sobre as políticas públicas e pela análise da política de saúde, considerada uma área estratégica no conjunto das políticas sociais".

A delimitação do presente estudo, em especial para a pesquisa jurisprudencial perante os Tribunais Superiores e o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, é o Estatuto do Idoso, criado pela Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004, sendo considerado um importante instrumento jurídico para a proteção e a defesa dos direitos do idoso. Como marco temporal, a pesquisa foi realizada considerando as decisões proferidas entre o início da vigência do Estatuto do Idoso até dezembro de 2021.

Para a realização da pesquisa, será utilizado o método dedutivo, tendo como fonte precípua a análise bibliográfica de livros, periódicos, tratados e convenções internacionais e demais materiais de publicação, tanto na área jurídica, quanto em áreas afins. Empregar-se-á a abordagem qualitativa para analisar o papel social do Poder Judiciário na concretização do direito do idoso à saúde. Será utilizada, também, a análise jurisprudencial a respeito da temática, verificando o real posicionamento dos Tribunais Superiores, assim como do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás quando chamados a resolver conflitos, pela via recursal, sobre o direito humano fundamental social à saúde, no que diz respeito às pessoas idosas, na ineficácia de políticas públicas.

O primeiro capítulo versará sobre o envelhecimento, com o fito de esclarecer especialmente quem é o idoso e como a sociedade o tem reconhecido. Dar-se-á destaque à identidade cidadã do idoso, ou seja, aquele que participa do mundo de forma pública e contínua e, em que pese a sua vulnerabilidade potencializada, é sujeito de direitos e, por conseguinte, sua autonomia e liberdade gozam de pleno respaldo no ordenamento jurídico.

No segundo capítulo, a saúde será identificada como direito prioritário da pessoa idosa, um direito previsto no art. 6º, da Carta Magna e no Estatuto do Idoso. É direito subjetivo de todos os cidadãos e, por conseguinte, é dever de Estado garantir atendimento integral e acesso universal e igualitário às ações e políticas públicas que garantam a promoção, recuperação e proteção à saúde, segundo os artigos 196 e 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Será realizado o estudo do princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento base para proteção e defesa dos direitos dos idosos, haja vista que tal princípio coopera para o entendimento e interpretação de outros, como o de melhor interesse do idoso e da solidariedade. Ainda, nesse capítulo, estudar-se-á o processo sócio histórico dos instrumentos internacionais de proteção ao idoso, destacando a necessidade de uma Convenção Internacional específica para os direitos das pessoas idosas.

No terceiro capítulo, será dado destaque à implantação das políticas públicas de saúde e à atuação do Poder Judiciário frente tais políticas públicas quando o Estado é omissivo. Serão examinadas decisões proferidas pelos Tribunais Superiores, bem como as produzidas perante o Tribunal de Justiça de Goiás, as quais tem por objeto a saúde do idoso, avaliando se a tutela jurisdicional da saúde do idoso possibilita o acesso igualitário, universal e digno às políticas públicas de saúde.

Destarte, espera-se que este estudo possa contribuir para a discussão política jurídica desta problemática que afeta a vida de milhares de idosos.

1 O ENVELHECIMENTO

Neste capítulo, procura-se analisar o envelhecimento enquanto fator biológico e a velhice como construção sócio histórico, levando em consideração que tanto o envelhecimento quanto a velhice estão ligados ao contexto da evolução da sociedade.

A discussão em torno da velhice é muito mais do que um modismo passageiro que se justifica pelo aumento do número de pessoas com mais de 60 (sessenta) anos, em todo o mundo, mas alicerça-se na preocupação em garantir melhores condições de saúde e de vida para a pessoa idosa. Na atualidade, é comum nos defrontarmos com diferentes nomenclaturas para se referir às pessoas com mais números de idades ou à fase da vida chamada apenas de velhice. Entre os termos mais comuns estão: velho, idoso e terceira idade, os quais foram produzidos socialmente através de períodos históricos. A existência de múltiplas palavras para nomear a velhice revela o quanto o processo de envelhecimento é complexo e dinâmico, visto que é uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época.

Completando as reflexões postas e com o propósito de imprimir uma nova identidade cidadã à pessoa idosa, passa-se ao exame do seu exercício de cidadania. Ressalta-se que o idoso, como cidadão, tem o direito de participar do mundo de forma pública e contínua. Nesse sentido, é preciso atentar-se à necessidade de se buscar uma mentalidade e uma postura das gerações futuras no que diz respeito ao reconhecimento da pessoa idosa como um indivíduo sujeito à plena participação e inclusão social e à autonomia, devendo ser, portanto, compreendido como legítimo cidadão.

Feito esse estudo, passar-se-á à análise da vulnerabilidade da pessoa idosa com o objetivo de compreender os direitos, infraconstitucionais e constitucionais que lhes são conferidos de forma prioritária e os amparam na promoção da saúde. Embora este grupo seja constituído de pessoas, especialmente, vulneráveis, também, evidencia-se a sua condição de sujeito de direitos, por conseguinte, sua autonomia e liberdade, que gozam de pleno respaldo no ordenamento jurídico.

1.1 Considerações sobre a pessoa idosa

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2020), o número global de pessoas idosas com 60 ou mais anos de idade está projetado para 1,5 bilhões em 2050. Praticamente em todas as regiões do mundo terão quase ou mais de um quarto da população com mais de 60 (sessenta) anos. No Brasil, a estimativa é que em 2060 existam em torno de 58,2 milhões de idosos no país (IBGE, 2018).

Esse crescente número de pessoas com idade acima dos 60 (sessenta) anos no Brasil é decorrente de melhorias na qualidade de vida da população, tanto pelo aumento da longevidade, quanto pelo processo de diminuição da fecundidade. Isso fez com que o percentual de crianças, adolescentes e jovens diminuísse, contrastando com o número de idosos.

Com a melhoria da qualidade de vida, os idosos chegam mais longe na idade e cada vez mais ativos. Em consequência, a visão da velhice como uma etapa da vida de perdas, abandono e debilitação fica ultrapassada, e o momento é de atribuir novos significados aos estágios mais avançados da vida.

O processo de envelhecimento repercutiu em distintas esferas da sociedade, despontando diferentes demandas específicas dessa faixa etária. Assim, a velhice se tornou tema privilegiado de investigação em diferentes áreas do conhecimento.

As pessoas envelhecem de maneiras e ritmos desiguais. Entende-se que o envelhecimento é um fator biológico, natural da vida, constituindo um processo complexo e contínuo que ocorre de várias formas a partir do modo de vida dos indivíduos, com mudanças morfológicas e funcionais que variam de pessoa para pessoa e, principalmente, da visão individual e social sobre o processo de envelhecer.

Conforme Netto (2007, p. 34/35), “o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) são componentes que estão intimamente relacionados”. Esse autor complementa que:

Pode-se considerar o envelhecimento, como admite a maioria dos biogerontologistas, como a fase de um todo contínuo que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse contínuo, é possível observar fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos que representam limites de transição entre as mesmas. O

exemplo é a menarca como marcador do início da puberdade na mulher; ao contrário do que acontece com as outras fases, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico do seu início, por motivos já expostos. De qualquer forma, a demarcação entre maturidade e envelhecimento, à qual este período aparente segue, é arbitrariamente fixada mais por fatores socioeconômicos e legais do que pelos biológicos.

A esse respeito, obtempera Bobbio (1997, p. 25) que:

O envelhecimento é um fenômeno natural, complexo, pluridimensional, revestido por perdas e aquisições individuais e coletivas. A velhice, última etapa desse processo, não é uma cisão em relação à vida precedente, mas uma continuação da juventude, da maturidade que podem ter sido vividas de diversas maneiras.

Neste contexto, observa-se que prevalece a visão do envelhecimento no seu aspecto biológico e suas consequências no nível individual. É importante ressaltar que o envelhecimento, por ser um fato biológico e cultural, deve ser visto, também, sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada.

É nesse cenário histórico que os termos como velhice, velho, idoso e terceira idade são produzidos socialmente. Tais expressões são responsáveis pela construção de uma identidade estigmatizada, que acaba por excluir, sobretudo no Brasil, do processo social os indivíduos que se encontram com sessenta anos ou mais. Decorrendo que o termo velhice é carregado de crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que, nessa sociedade, expressam-se por meio de representações depreciativas do processo de envelhecimento e do indivíduo que envelhece, definindo o seu lugar social.

Ariès (1978) foi um dos estudiosos a enfatizar que as categorias etárias são construídas nos processos sociais. Em sua obra *História Social da Criança e da Família* identificou o surgimento da categoria “infância”. O autor constatou que a infância não existia até a idade média, tal como é concebida atualmente, sendo constituída a partir do século XVII. Várias transformações passaram a permear a infância, conforme ela ia se concretizando como uma fase da vida distinta. Nessa referida obra, o autor, também, ressalta que a velhice é uma construção social antiga e aparece descrita como uma fase peculiar da vida, normalmente associada a características negativas. Essa obra simboliza o início dos estudos sobre o envelhecimento por ser um dos mais divulgados exemplos de construção social das categorias de idade.

Segundo Silva (2008), o termo “velho” estava fortemente associado aos sinais de decadência física e incapacidade produtiva, sendo utilizado para designar de modo pejorativo, sobretudo, os velhos pobres. Contudo, Peixoto (1998) assinala que nem sempre esse vocábulo esteve associado a negatividades. Os termos velho e velhote surgiram com o desenvolvimento dos meios de produção capitalista e se entranharam nas idades avançadas da vida com imagens vinculadas à invalidez para o trabalho. De acordo com o autor, até meados do século XX, as denominações “velho” e “velhote” serviam para designar pessoas com mais ou menos *status* social.

Peixoto (1998) estuda a passagem do uso de “velho” para “idoso”, tanto na França como no Brasil, mostrando a transformação do uso das expressões relacionadas ao envelhecimento. Ele lembra que, na França do século XIX, o termo velho era utilizado para as pessoas com idade acima de 60 anos, consideradas pobres e indigentes, que não detinham “status” social.

Por outro lado, a designação de idoso era restrita aos indivíduos que tinham prestígio social, decorrente de situação financeira privilegiada ou de alguma atividade valorizada socialmente. Conforme a autora, essa classificação tem origem numa época em que, nas relações do processo de produção, a força de trabalho era o bem que o indivíduo das classes menos favorecidas tinha para vender. Quando decaía essa força, ele entrava na categoria de velho, que, sem trabalho e abandonado pelo Estado, potencializava seu estado de pobreza. Até os dias atuais, denota-se que essa incapacidade para o trabalho produtivo associa a velhice à invalidez e à decadência.

Para Rodrigues e Soares (2006, p. 8), “essas mudanças repercutiram positivamente no Brasil e, no final de década de sessenta, o Brasil também já tem assimilada a noção francesa de idoso e passa a utilizar o termo em alguns documentos oficiais”. O termo idoso tem ampla prevalência na lei, principalmente na Constituição Federal, na Política Nacional do Idoso e no seu Estatuto. Neste trabalho, usaremos a palavra idoso, substituindo-a, eventualmente, por outra de sentido idêntico e que seja menos preconceituosa do que o vocábulo velho. Segundo ensinamentos de Bitar (2003), constitui violação ao direito de respeito pessoal a atribuição genérica de qualificativos deprimentes ou constrangedores, reprovados pelo ordenamento jurídico, em prol da tranquilidade pessoal.

Sobre o aparecimento da expressão terceira idade, Silva (2008, p. 163) assevera que a partir da década de 1960, quando o termo idoso aparece nos documentos oficiais e o estilo de

vida das camadas médias começa a difundir para todas as classes de aposentados, que passam a assimilar as imagens de uma velhice associada à arte do bem viver, “surge o termo terceira idade que torna pública, estabiliza e legitima a nova sensibilidade investida sobre os jovens e respeitados aposentados”. Nas palavras de Rozendo e Justo (2011, p. 146):

A terceira idade passa a se propagar como uma expressão usada para designar uma fase da vida produtiva e, sobretudo, inserida no mercado de consumidores: uma figuração do idoso refuncionalizada e revitalizada em espaços sociais estreitamente ligados à produção e ao consumo. Enfim, diferentemente da velhice, a terceira idade se caracterizaria pelas realizações pessoais.

E os autores continuam: “o termo terceira idade, designa idosos ativos, inclusive sexualmente, aptos a desafios, e novas experiências, com poder aquisitivo suficiente para driblarem os estigmas e os sinais estéticos do envelhecimento.” (ROZENDO; JUSTO, 2011, p. 146). Essa nova terminologia traz consigo um chamado ao cuidado com a saúde, a vida social ativa e o exercício da cidadania na procura de um envelhecimento com boa qualidade de vida. Está associada ao lazer, a realização de planos que ficaram para trás durante o curso de vida e a aposentadoria ativa.

Mercadante (2003) pontua que o termo ‘terceira idade’ surge quando a categoria “velhice” é desconstruída, no sentido de tentar romper com a identidade estigmatizada que permeia a palavra “velho”. Assim, a terceira idade é sinônimo de envelhecimento ativo, independente e se converte em uma nova etapa da vida, em que a ociosidade se transfigura para a prática de novas atividades.

Percebe-se, portanto, que todos esses termos têm formação bastante específica e diferenciada, estando associados a momentos históricos e sociais distintos. E a forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso ocupa na sociedade que, ao final, serão os responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice.

Dentro desta perspectiva, em que pese a nomenclatura usada para se referir às pessoas que já viveram mais tempo, percebe-se que cada indivíduo tem um modo de envelhecer e, apesar de não ter como decidir sobre o envelhecimento de cada um, é possível investir na qualidade de vida por meio de ações que realizem a prevenção de doenças, a promoção da saúde para uma vida saudável e ativa.

Isto posto, denota-se que o envelhecimento é uma conquista e viver mais guarda relação com usufruto de direitos, como o acesso à saúde, à renda, às condições favoráveis de habitação, ao lazer, entre outros direitos de cidadania, o que será objeto de estudo no próximo item.

1.2 O exercício da cidadania do idoso

Ao longo da incursão feita acerca dos diferentes termos para se referir à pessoa idosa, é possível perceber que a sua imagem foi marcada, na maior parte da história, pela falta de reconhecimento social. O idoso, em raros momentos históricos, foi visto sob a perspectiva da mais valia. Portanto, o valor e a dignidade da vida sempre foram obtidos por critérios decorrentes do trabalho. Filomeno (1999, p.19) conceitua com propriedade o que vem a ser cidadania:

[...] a qualidade de todo ser humano, como destinatário final do bem comum de qualquer Estado, que o habilita a ver reconhecida toda a gama de seus direitos individuais e sociais, mediante tutelas adequadas colocadas à disposição pelos organismos institucionalizados, bem como a prerrogativa de organizar-se para obter esses resultados ou acesso àqueles meios de proteção e defesa.

Para Silva (2004, p. 344), a “cidadania qualifica os participantes da vida do Estado, é atributo das pessoas integradas na sociedade estatal, atributo político decorrente do direito de participar no governo e direito de ser ouvido pela representação política”. Com efeito, cidadania é o ato de “comprometer-se com os valores universais da liberdade e da vida condicionados pela igualdade”. Este comprometimento importa em “reconhecer a humanidade como grupo social e considerar as relações humanas como relações de reciprocidade” (BRAGA, p. 48).

Portanto, cidadão é o indivíduo que, de forma organizada, participa da sociedade e ocupa um lugar que lhe garanta viver com dignidade e autonomia. Exercer a cidadania exige trabalho, esforço, luta e reclama a participação e a colaboração de cada um visando o bem-estar da sociedade.

Esse entendimento de pessoas idosas autônomas no que diz respeito às suas individualidades e socialidade é confirmada pelas diretrizes da Política Nacional do Idoso

que, em seu art. 3º, inciso I, aponta para a garantia dos seus direitos de cidadania e de participação na comunidade como dever da família, da sociedade e do Estado.

Desse modo, os idosos, como cidadãos, têm o poder-dever de se envolver nos meios sociais que ensejam mudanças político-sociais, visto que são sujeitos ativos do processo de construção da sociedade, não se limitando apenas a meros expectadores. Entretanto, observa-se que este grupo tem grande dificuldade para exercer sua cidadania, uma vez que é comum existir, nesta etapa da vida, um processo de expropriação do seu poder de decisão, escolha e deliberação.

Para a identidade cidadã do idoso é necessário que a sociedade perceba que precisa mudar seu comportamento em relação ao envelhecimento. Para que isso ocorra, é preciso afastar os estereótipos e compreender que todo indivíduo tem importância, todos devem ser respeitados, cada um com suas diferenças e particularidades, uma vez que cidadania não é idade.

Situação complexa, embora inerente a todas as pessoas idosas, diz respeito à sua vulnerabilidade, o que veremos a seguir, pois em que pese exigir uma tutela especial no que concerne não só a sua saúde, mas no diz respeito a outros direitos, não afasta sua condição de sujeito de direitos.

1.3 Vulnerabilidade do idoso

O termo vulnerabilidade deriva-se do latim *vulnerare* = ferir e *vulnerabilis* = que causa lesão. No decorrer do século XX, a expressão foi amplamente usada em resoluções, leis e tratativas para designar grupos ou indivíduos, jurídica ou politicamente fragilizados, que necessitavam ter seus direitos preservados, respeitando a integridade moral, a autonomia e a dignidade humana.

O referido termo está associado à condição de fragilidade humana, à menor capacidade de defesa, ou seja, à propensão que algumas pessoas têm de ser ou estar mais suscetíveis a doenças, a violências físicas ou psíquicas. Por isso, a definição de vulnerabilidade não é tarefa fácil diante da amplitude de seu alcance e dos diferentes graus de vulnerabilidade a que estão sujeitos os seres humanos.

Alguns segmentos da sociedade estão mais sujeitos à situação de vulnerabilidade, como crianças, mulheres, pessoas com deficiência e pessoas idosas. Salienta-se, ainda, que a

vulnerabilidade pode ser expressamente afetada em virtude das condições sociais, econômicas, culturais ou ambientais em que vive cada indivíduo.

Para caracterizar a vulnerabilidade da pessoa idosa, Barboza (2020, p. 15) afirma que “muito tem se enfatizado sua debilitação física e mental, a cessão da produtividade, o abandono, enfim a situação indigna em que muitos se encontram”.

Beauvoir (1990, p. 33-35) escreveu um dos mais completos ensaios sobre a velhice. Nele, ela registra aspectos biológicos e sociológicos do envelhecimento, mostrando a velhice por meio da história e situando-a nas diversas sociedades e culturas. Para ela, o momento inicial da velhice muda conforme épocas e lugares, compreendendo esse estágio por meio da sua totalidade e de aspectos biopsicossociais.

A autora expõe, com riqueza de detalhes, o declínio físico que caracteriza a velhice, desde o embranquecimento dos cabelos até a perda da forma física, a diminuição da capacidade respiratória, a osteoporose nos ossos, a modificação do funcionamento do coração, a diminuição da circulação cerebral e outras consequências que, lentamente, tornam os idosos vulneráveis:

A aparência do indivíduo se transforma e permite que se possa atribuir-lhe uma idade, sem muita margem de erro. Os cabelos embranquecem e se tornam rarefeitos; [...]. Os dentes caem. [...] A perda dos dentes acarreta um encolhimento da parte inferior do rosto, de tal maneira que o nariz – que se alonga verticalmente por causa da atrofia de seus tecidos elásticos – aproxima-se do queixo. A proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores, enquanto se formam papos sob os olhos. [...] Também o esqueleto se modifica. Os discos da coluna vertebral empilham-se e os corpos vertebrais vergam: [...] A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam problemas de locomoção. [...] O coração não muda muito, mas seu funcionamento se altera; perde progressivamente suas faculdades de adaptação; o sujeito deve reduzir suas atividades para poder poupá-lo. [...] A veias perdem sua elasticidade, o débito cardíaco decresce, a rapidez da circulação diminui, a pressão sobe. [...] O consumo de oxigênio do cérebro reduz-se. A caixa torácica torna-se mais rígida e a capacidade respiratória, que é de 5 litros aos 25 anos, cai para 3 litros aos 85. A força muscular diminui. [...] Há involução dos rins, das glândulas digestivas, do fígado. Os órgãos do sentido são atingidos. O poder de acomodação diminui. A presbiopia é um fenômeno quase universal entre os velhos, e a vista “cansada” faz com que a capacidade de discriminação decline. Também diminui a audição, chegando frequentemente até a surdez. O tato o paladar, o olfato têm menos acuidade que outrora. (BEAUVOIR, 1990, p. 33-35)

Em que pese essas palavras datarem de 1970 e, ao longo do tempo, a medicina ter avançado, sendo responsável por tornar os idosos cada vez mais longevos e com qualidade de vida, denota-se que os sintomas descritos ainda perduram nesta fase da vida. E esse declínio na saúde física e/ou mental abala física e emocionalmente as pessoas idosas, pois elas sabem como foram um dia. Elas se sentem vulneráveis porque efetivamente o são.

Segundo Elias (2001, p. 80), as pessoas tornam-se diferentes quando envelhecem, e é esta diferença que as faz vulneráveis fisicamente, psiquicamente e também socialmente. “Os outros, os grupos de ‘idade normal’³, muitas vezes têm dificuldade de se colocar no lugar dos mais velhos na experiência de envelhecer”. Essa dificuldade e a distância entre os idosos e os jovens afastam aqueles da vida compartilhada. O autor Bobbio (1997, p. 47) também escreveu um livro sobre essa fase da vida com as impressões da sua velhice, explicando que “a lentidão do velho, ao contrário, é penosa para ele e para os outros. Suscita mais pena que compaixão. O velho está naturalmente destinado a ficar para trás, enquanto os outros avançam”.

Para reforçar a condição de vulnerabilidade da pessoa idosa no campo social, Barboza (2020, p. 15) afirma que:

Os grupos que passam dos sessenta anos, hoje idosos por força da lei, encontram dificuldades em se adaptar às condições de vida atuais, pois, além das dificuldades físicas, psíquicas, sociais e culturais decorrentes do envelhecimento, sentem-se relegados a plano secundário no mercado de trabalho, no seio da família e na sociedade em geral. A situação se agrava “por fatores culturais que idolatram moderno, o novo, o jovem e ridicularizam o antigo e o velho”, existindo um processo de marginalização do idoso em nível social, “quase sempre assumindo pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o colocam à margem da sociedade”.

Nesse contexto, vislumbra-se que a velhice tem sido vista com conotações pejorativas de degeneração do corpo, da mente, do organismo, uma vez que o idoso se encontra mais suscetível a doenças. Todavia, este processo do envelhecimento deveria ser visto como “uma marcha contínua de transformação do ser humano, que pode ser caracterizado também pelo dinamismo” (BRAGA, 2011, p. 2).

³ A denominação “os grupos de idade normal” foi feita pelo autor Norbert Elias em sua obra *Envelhecer e morrer: alguns problemas sociológicos*.

Portanto, a vulnerabilidade da pessoa idosa tem características próprias, elucidadas por alguns fatores relacionados à idade avançada, ao abandono, à fragilidade física e mental, à interrupção da atividade produtiva, entre outros que esclarecem uma forte tendência sociocultural de marginalização do idoso, tornando-o invisível e ausente de qualquer autonomia. Sobre o processo de marginalização do idoso, Bobbio (1997, p. 20-21) escreveu:

Todavia, não devemos considerar apenas o fato objetivo, ou seja, a rapidez do progresso técnico, em especial a produção de instrumentos que multiplicam o poder do homem sobre a natureza e sobre os outros homens, e o multiplicam tão rapidamente que deixam para trás quem para no meio do caminho, ou porque já não consegue ir adiante ou porque prefere deter-se para refletir sobre si mesmo, para voltar-se para dentro de si mesmo, onde, dizia Santo Agostinho, habita a verdade. Para aumentar a marginalização do velho contribui também um fenômeno que existe em todas as épocas: o envelhecimento cultural, que acompanha tanto o envelhecimento biológico quanto o social.

Nessa seara, é forçoso reconhecer a situação de vulnerabilidade em que a pessoa idosa se encontra, tendo em vista a grande dificuldade de integração à sociedade e o preconceito que ainda sofrem.

Considerados tais aspectos da situação da pessoa idosa, parece razoável concluir que ela se encontra no grupo dos que têm sua vulnerabilidade potencializada, merecendo a atenção legislativa, “na categoria dos vulnerados, ou seja, daqueles que já se encontram, por força de contingências, em situação de desigualdade, devendo ser discriminado positivamente” (Barboza, 2020, p. 16) para resguardo de sua dignidade.

Vale ressaltar que a vulnerabilidade da pessoa idosa muito se assemelha à vulnerabilidade da criança e do adolescente, pois se relacionam ambas com a fragilidade decorrente da idade; no entanto, não se podem negligenciar as diferenças, porquanto a infância e a maturidade percorrem caminhos diferentes. A esse respeito, são elucidativas as lições de Barboza (2020, p.13) que afirma:

Enquanto a criança e o adolescente se desenvolvem no sentido do pleno reconhecimento de sua autonomia, o idoso precisa da força protetora da lei para mantê-la, ante a constante ameaça de sua negação, se não a sua subtração, no confronto de sua natural e crescente fragilidade com as complexas exigências da vida.

Cumpra ressaltar que a proteção do envelhecimento, assim como a proteção da infância e da juventude, deve estar entre as prioridades do Poder Público, de forma a assegurar os interesses das pessoas idosas. Nas palavras de Veiga Júnior e Pereira (2005, p. 24):

[...] situa o Idoso dentro de um quadro de garantia, sendo que nosso país deverá dirigir suas políticas e diretrizes tendo como escopo a priorização da condição da velhice, assim como o faz em relação aos interesses das novas gerações (criança e adolescentes). É o reconhecimento do Idoso como sujeito de direitos, a requisitar uma proteção especializada, diferenciada e integral.

Nesse cenário, cumpre, então, verificar quem é o idoso para os efeitos do direito. Segundo Braga (2011, p.03), o conceito legal de idoso pode possuir três critérios básicos: o econômico-social, o psicobiológico e o cronológico.

O critério econômico-social é baseado na ideia de que o hipossuficiente precisa de maior proteção se comparado ao autossuficiente, como no artigo 3º, inciso V, do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2004), estabelecendo indiretamente que as vagas nos asilos públicos seriam apenas de idosos carentes, “sem manutenção da própria sobrevivência”. O que, por sua vez, é um critério questionado por diversos juristas, pois levou em conta apenas o patamar socioeconômico do idoso.

O critério psicobiológico realiza uma análise das condições psíquicas e fisiológicas do indivíduo, é um critério extremamente subjetivo e de difícil adoção, pois pode gerar insegurança nas relações jurídicas. Por sua vez, o critério cronológico define a pessoa idosa como aquela que tem mais idade do que certo limite preestabelecido. Por se tratar de um critério objetivo, de fácil verificação, ele é adotado pelas legislações, como, por exemplo, a que trata da aposentadoria por idade, a facultatividade do voto, o amparo assistencial, além de outros.

Nesse sentido, tanto o Estatuto do Idoso como a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842/1994) definem a pessoa idosa como aquela que tem idade maior de 60 anos.

Todavia, esse critério tem sido questionado, pois segundo Braga (2011, p. 4), há uma grande diferença entre um idoso de 60 anos e outro de 100 anos para receberem o mesmo tratamento.

O grande problema do critério cronológico é de não considerar as diferenças pessoais e a larga faixa etária que se vê abrangida pelo conceito,

principalmente se levarmos em conta que, atualmente, são cada vez mais numerosas as pessoas centenárias. Pode haver enorme diferença no estado de saúde (física e mental) entre duas pessoas sexagenárias, uma delas pode ser doente e debilitada, enquanto a outra se encontra em pleno vigor, sendo perfeitamente lúcida.

Com a mesma crítica a esse critério, Bomtempo (2014, p.4) afirma que:

Entretanto, buscar definir um marco cronológico de quem é ou não idoso pode ser um tanto temerário, considerando que a lei não acompanha simultaneamente as mudanças na sociedade, pois o indivíduo de 60 anos hoje não é o mesmo de 10 anos atrás, quando o Estatuto entrou em vigor.

Barboza (2020, p.13) destaca a importância de o legislador fixar um critério objetivo e geral, sob pena de se estabelecer regra sujeita a critérios exclusivamente subjetivos e casuísticos, inobstante o interesse epistemológico nas diferentes conceituações sobre o tema. Entretanto, Barboza (2020, p.13) afirma que, mesmo com a existência do critério objetivo, isso não quer dizer que a fixação em 60 (sessenta) anos seja adequada, tendo em vista que, na atualidade, a vida pública, política, religiosa, artística e mesmo os ambientes cotidianos, estão repletos de pessoas com mais de 60 (sessenta) anos, em franca atividade.

Nestes termos, mostram-se corretas as críticas no sentido da dificuldade de caracterizar uma pessoa idosa pelo critério etário, pois estaria falando somente a respeito da passagem do tempo sob o aspecto numérico, desconsiderando o envelhecimento como um fenômeno mais amplo, no qual estão envolvidos diferentes fatores: social, cultural e histórico, que participam na passagem do tempo do indivíduo. Assim, o uso de referido critério não é uma boa medida do desenvolvimento humano, uma vez que esconde um conjunto amplo de variáveis, já que a idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes neste processo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza esse critério etário, porém o aplica de maneira diferenciada, qual seja: de acordo com o grau de avanço social do país. Assim, para países em desenvolvimento, é considerado idoso quem tem idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e já para países desenvolvidos, idoso é aquele que tem idade maior ou igual a 65 (sessenta e cinco) anos.

Portanto, diante da extrema dificuldade de estabelecer quem é idoso, “haja vista tantas heterogeneidades próprias dos seres humanos, o que induz à heterogeneidade de suas velhices”, parece temerário definir quem é ou não idoso somente numa variável. Há

necessidade de um conceito mais flexível e que considere também os aspectos biológicos, psicológicos e sociais dessa fase da vida” (BARTELLA, 2008, p. 25). A respeito do conceito de idoso, Braga (2011, p. 5) assim comenta:

De qualquer modo, não podemos deixar de destacar que, qualquer que seja o conceito de idoso que se adote, jamais se pode perder de vista que ‘ser idoso significa ter que conviver com todos os aspectos biológicos antes referidos, além dos inerentes a qualquer pessoa humana, e, portanto, com inúmeras restrições existenciais. Daí a Constituição Federal assegurar proteção especial às pessoas idosas no sentido não só de assegurar sua participação na comunidade e o bem-estar delas, garantido o direito à vida.

O Brasil possui norma constitucional que ordena o amparo da velhice por todos os seguimentos da sociedade e pelo Poder Público. O Estatuto do Idoso é uma ferramenta que, se tiver a devida eficácia, pode em muito amenizar a vulnerabilidade de fato do idoso. Em suma, a Lei assegura direitos específicos à pessoa idosa porque ela efetivamente necessita.

Todos os mandamentos em torno da promoção da saúde da pessoa idosa surgiram em decorrência da sua imanente vulnerabilidade, que enseja cuidados especiais a fim de torná-la menos intensa e causadora de menores sofrimentos à pessoa humana que, além de sobremaneira fragilizada por conta da idade, encontra-se, ademais, doente.

A vulnerabilidade da pessoa idosa demanda tutela especial no que concerne não só à sua saúde, mas também no que toca a outros direitos fundamentais, não obstante ela não tem o condão de subtrair a capacidade de fato dessa pessoa, nem seus direitos de personalidade. Ainda que doente, se a moléstia do ancião não lhe retira a consciência, ele permanece livre, na forma do disposto no art. 10 do Estatuto do Idoso. Por isso, nas situações jurídicas existenciais envolvendo vulneráveis, como os idosos, não poderá haver comprometimento do seu poder de autodeterminação e a livre expressão de sua personalidade, de modo a garantir a dignidade da pessoa humana, explicitado a seguir.

1.4 Direitos da personalidade da pessoa idosa e o exercício da autonomia privada

A personalidade é um atributo ínsito ao homem, que, por este fato, é reconhecido como pessoa, nos termos do art. 1º do Código Civil, e tem a possibilidade de ser sujeito de direitos ou de obrigações. De acordo com o art. 2º do mesmo diploma civil, a personalidade

civil da pessoa começa com o nascimento com vida e somente se extingue com a morte, nos termos do art. 9º do Código Civil.

A personalidade jurídica, segundo Pereira (2005, p. 214), é “a aptidão reconhecida pela lei para tornar-se sujeito de direitos e deveres, ou seja, indicar o homem como ator do mundo jurídico, como pressuposto da concreta titularidade das relações”. Para gozar dessa situação, faz-se necessário que o sujeito seja simplesmente pessoa, uma vez que, sem titularidades, o ser humano não existiria como tal.

Os direitos da personalidade são aqueles reconhecidos à pessoa humana tomada por si mesmo e em suas projeções na sociedade, inerentes ao homem, e, portanto, positivados e protegidos pelo ordenamento jurídico, como a vida, a saúde física e mental, a liberdade, a sociabilidade, a intimidade, a cidadania, a honra, entre outros. Logo, pode-se dizer que os direitos da personalidade se qualificam, numa ordem de importância, como os mais relevantes e remetem a valores imprescindíveis como a vida e a integridade psicofísica, de modo que, se colocados numa organização hierárquica, ocuparão o topo, pois os bens salvaguardados por tais direitos são os mais preciosos relacionados à pessoa.

Neste sentido Diniz (2004, p. 120) afirma que “os direitos da personalidade são direitos subjetivos *“excludenti alios”*, ou seja, direitos de exigir um comportamento negativo dos outros, protegendo um bem inato, valendo-se de ação judicial”. Na mesma direção, Bittar (2003, p. 7) pontua que:

Os direitos da personalidade constituem direitos inatos, como a maioria dos autores ora atestam, cabendo ao Estado apenas reconhecê-los e sancioná-los em um ou outro plano do direito positivo, em nível constitucional ou em nível de legislação ordinária e dotando-os de proteção própria, conforme o tipo de relacionamento a que se volte, a saber: contra o arbítrio do poder Público ou as incursões de particulares.

Desse modo, qualquer indivíduo está apto a exigir respeito à sua personalidade perante o Estado e perante os outros indivíduos; ao mesmo tempo, o Estado deve protegê-la, posto que sua defesa se trata de modalidade de tutela da dignidade humana. Ensina Cupis (2004, p. 19) que:

A personalidade, ou capacidade jurídica, é geralmente definida como sendo a susceptibilidade de ser titular de direitos e obrigações jurídicas. Não se identifica nem com os direitos e nem com as obrigações, e nem é mais do que a essência de uma simples qualidade jurídica. A personalidade, se não se

identifica com os direitos e com as obrigações jurídicas, constitui a precondição deles, ou seja, o seu fundamento e pressuposto.

Corroborando as lições retro traçadas Fiúza, Gama (2007, p. 14) afirma que:

A personalidade é composta de atributos, como a vida, a honra, o nome, a capacidade, o estado, o corpo físico, a psique, a dignidade, etc. Atributos são elementos componentes, em outras palavras, o material de que é composto um objeto. A pessoa humana é composta de todo esse material, ou seja, de todos esses atributos. O que se chama de direitos de personalidade são, na verdade, direitos decorrentes desses atributos, visando à proteção da pessoa humana e de sua dignidade. Essa visão moderna de que a honra, o nome, a vida, etc. integram a pessoa é fundamental para a positivação da proteção e da promoção do ser humano e para a compreensão e a garantia da igualdade, pelo menos em termos formais.

Por conseguinte, Perlingieri (2002, p. 155-156) leciona que a personalidade humana “não é um direito, mas um valor (o valor fundamental do ordenamento) e está na base de uma série aberta de situações existenciais, nas quais se traduz a sua incessante mutável exigência de tutela”, e segue o citado doutrinador afirmando que “não existe um número fechado de hipóteses tuteladas: tutelado é o valor da pessoa sem limites, salvo aqueles colados no seu interesse e naqueles de outras pessoas” (PERLINGIERI, 2002, p.156).

Nesse sentido, o ser humano coloca-se diante da realidade e do Direito, já que as normas jurídicas existem para os homens, em razão da natureza especial do interesse a ser protegido; por isso, torna-se possível observar a pessoa, ao mesmo tempo, como fim do Direito, fundamento da personalidade jurídica e sujeito das situações jurídicas.

O Estatuto do idoso foi editado com o fito de se instrumentalizar como contrapeso jurídico à desigualdade material, para oferecer proteção integral a esse especial estágio de desenvolvimento da personalidade da pessoa idosa. Conforme seu artigo 8º: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente”.

Assim, entende-se que o envelhecimento também é um direito que compõe a personalidade humana e merece proteção jurídica, mas essa proteção não deve sufocar as esferas de liberdade da pessoa. O citado diploma infraconstitucional reafirma o direito à vida e à saúde, além de assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e na lei, previsto nos artigos 9º e 10º, respectivamente.

Em comentário aos artigos citados da Lei 10.741/2003, Teixeira e Sá (2007, p. 84) entendem que:

Destaca-se entre os direitos fundamentais a liberdade, cuja relevância é notória para a concretização da dignidade humana. Só pode ser digno quem pode ser livre, tendo condições psicofísicas para tal, caso contrário, a proteção que a lei oferece pode ser excessiva, tornando-se aprisionadora. É notório que o art. 10 do Estatuto assegura à pessoa idosa a liberdade, direito que compreende, de acordo com o seu §1º, os seguintes aspectos: faculdade de ir vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais, opinião e expressão, crença e culto religioso, prática de esportes e diversões, participação na vida familiar e comunitária, na vida política, além da faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

Sobressai-se que a liberdade a ser garantida aos idosos caminha com o direito à autodeterminação e à autonomia privada, dado que a pessoa idosa tem o poder de decisão do que é melhor para si.

O princípio da liberdade individual funde-se nos direitos à vida privada e à intimidade. Conforme aponta Moraes (2010, p. 108), “liberdade significa, cada vez mais, poder realizar, sem interferências, de qualquer gênero, as próprias escolhas individuais - mais: o próprio projeto de vida, exercendo-o como melhor convier.” Esse sentido de liberdade é essencial ao ser humano como condição para uma vida digna.

Por seu turno, a ideia de autonomia apresenta-se enquanto espaço de liberdade do indivíduo para o livre desenvolvimento de sua personalidade, no que se refere a decisões de cunho unicamente pessoal. Essa concepção encontra auxílio nas lições de Teixeira (2010, p. 168):

Autonomia consiste no autogoverno em manifestação da subjetividade, em elaborar leis que guiarão a sua vida e que coexistirão com as normas externas ditadas pelo Estado. Significa o reconhecimento da livre decisão individual, racional e não coagida, sobre os próprios interesses, sempre que não afete terceiros.

Nessa seara, resta claro que a vulnerabilidade que caracteriza a pessoa idosa precisa receber especial atenção da sociedade e do poder público no tocante à tutela de sua integridade física e psíquica, sendo notável a sua condição de sujeito de direitos. Assim, sua vontade no momento de definir os rumos de sua própria vida é soberana e deve ser respeitada, visto que sua autonomia e sua liberdade gozam de pleno respaldo no ordenamento jurídico.

No entanto, a sociedade, muitas vezes, ignora o fato de o idoso ser capaz de escrever a sua própria biografia. Em muitas situações cotidianas, a família, sob o fundamento de cuidar do bem-estar da pessoa idosa, de protegê-la e de poupá-la, afasta-a inteiramente da tomada de decisões, tirando a sua liberdade de escolha. Isso se dá porque, equivocadamente, os familiares enxergam o processo de envelhecimento como incapacitante; a pessoa idosa é vista como um ser incapaz de agir, de sentir e de pensar quando, na verdade, essa etapa irremediável da experiência humana não implica necessariamente debilidade.

É incontestável que o avançar da idade, por si só, não acarreta a incapacidade, nem enfraquece o discernimento para decisões relevantes da vida civil. Segundo Teixeira e Sá (2007, p. 80):

É de grande relevância distinguir incapacidade natural, inerente à velhice, da incapacidade jurídica, por nós referida até agora. Sabemos que o avançar da idade traz muitas mudanças. Entre elas, podemos nomear a mais relevante, que se consubstancia na situação de fragilidade do idoso. Mas ela nem sempre significa fragilidade mental, impeditiva da autodeterminação. É por essa razão que o envelhecer não está atrelado à incapacidade jurídica, pois é possível um envelhecimento saudável.

Dessa maneira, infere-se que a capacidade é presumida e a incapacidade deve ser provada. Assim, somente naqueles casos em que é evidente que uma pessoa idosa não mais desfruta de suas faculdades, mentais e cognitivas, que não consegue se expressar é que poderia se cogitar a sua incapacidade, levando ao Judiciário para que, por meio do processo próprio, seja lhe nomeado um responsável pelos seus atos da vida civil.

Outra questão levantada acerca da autonomia do idoso é seu consentimento, livre e esclarecido para escolher o tratamento médico ao qual será submetido. Sobre esse tema, o art. 17 do Estatuto do Idoso assinala: “Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.” Essa regra remete ao consentimento informado cujo fundamento primeiro é a autonomia do idoso.

É importante destacar que a saúde, direito fundamental de todo e qualquer indivíduo, constitui um dever de Estado, com o fim de promover e proteger a integridade física, psíquica e social das pessoas, indispensáveis à vida humana. Nota-se que o direito à saúde apresenta um caráter prestacional e promocional, quando observado pela perspectiva social; no entanto, sob a perspectiva individual, o conceito de saúde está intimamente interligado às escolhas

autônomas do indivíduo, baseadas numa construção subjetiva. Desse modo, “a subjetividade do conceito de saúde estende-se às pessoas idosas, uma vez que a saúde será uma construção pessoal” (LIMA; VELOZO, 2019, p. 142).

A efetiva tutela do direito à saúde será concretizada, se respeitada a autonomia corporal. Restrições só serão aceitas quando atingirem a esfera de terceiros prejudicados. Assim, as escolhas pessoais, consubstanciadas na maturidade e no discernimento, devem ser respeitadas, ainda que vistas de forma imprópria pela coletividade, porém sem prejudicá-la.

Portanto, o idoso possui total controle sobre o seu corpo, de modo que suas decisões devam ser respeitadas. Ele, assim como qualquer pessoa lúcida, pode optar por tratamentos alternativos, menos invasivos ou cuidados paliativos em casa ou no hospital. No entanto, quando a opção vem de um idoso existe uma tendência da família, e até dos médicos, de não respeitar sua vontade, como se ele não fosse mais dono da própria vida.

Sob o viés da medicina, percebe-se que a questão do respeito às escolhas individuais do idoso encontra certa resistência, que, segundo Lima e Velozo (2019, p. 142), consiste no “modelo paternalista, em que os profissionais da área da saúde acreditam ser o os únicos capazes de tomar as melhores decisões em relação à medicina”.

É certo que, levando em conta a especialização técnica intrínseca ao profissional da medicina, existe um desequilíbrio natural entre os sujeitos em questão. Não se pode negar que há um dever de informação o qual o médico tem obrigação de cumprir para que a autonomia e a dignidade de seus pacientes sejam respeitadas.

Em contrapartida ao paternalismo médico, tem-se o consentimento livre e esclarecido, que consiste na formação de laços de confiança entre médico e paciente. Nas palavras de Lima e Velozo (2019, p. 143): “o médico passa a assumir a posição de conselheiro, transmitindo ao paciente as informações necessárias e mantendo uma atenção especial às suas condições psíquicas, o que deve ser salientado no trato das pessoas idosas, de forma que se evitem temores excessivos”. O consentimento livre e esclarecido é uma expressão do princípio de autodeterminação do indivíduo, pelo qual o paciente se manifesta escolhendo a quais tratamentos médicos ele quer ou não se submeter.

Nesse rumo, o Código de Ética Médica, em seu art. 31, veda “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (BRASIL, 2001a).

É importante, também, fazer referência às chamadas diretivas antecipadas de vontade, que consistem nas escolhas que projetam situações futuras. Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina, as diretivas antecipadas de vontade são: “[...] o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.”

No entanto, se não houver diretiva antecipada ou qualquer outra evidência capaz de apontar qual seria a vontade do paciente diante de certa situação clínica crítica, Nunes (2009, p. 34) afirma que “o médico e equipe de saúde, em estreita colaboração com a família, devem determinar o curso de atuação mais adequado de acordo com o melhor interesse do paciente”.

Observa-se, pois, que tanto o consentimento livre e esclarecido como as diretivas antecipadas de vontade possuem como fundamento a promoção do livre exercício da autonomia, priorizando o melhor interesse do idoso.

Em resumo, percebe-se que o idoso, como ser humano e cidadão, deve ser contemplado com todos os direitos, como à vida, à saúde física e mental, à liberdade, à igualdade, à cidadania, à honra e demais enunciados nas legislações pertinentes para garantia de sua dignidade e gozo de todos os direitos fundamentais.

2 A SAÚDE DO IDOSO COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A ATRIBUIÇÃO DO ESTADO NA SUA EFETIVIDADE

Neste capítulo, busca-se destacar o direito à saúde da pessoa idosa, um direito fundamental previsto na Carta Magna e na Lei 10.471/2003, Estatuto do Idoso. É direito subjetivo de todos os cidadãos e dever de Estado garantir atendimento integral e acesso universal e igualitário às ações e políticas públicas que garantem a promoção, recuperação e proteção à saúde, de acordo com o art. 196 da Constituição Federal.

Para proteção e defesa dos direitos do idoso, especialmente àqueles voltados à saúde, assinala o princípio da dignidade da pessoa humana, que é de valor máximo na ordem jurídica e norteador para o entendimento e a interpretação de outros como o do melhor interesse do idoso e o da solidariedade, uma vez que tais princípios somados traduzem a concretização dos direitos relacionados à pessoa idosa.

Este capítulo, também, propõe-se a estudar o processo sócio histórico dos instrumentos internacionais de proteção ao idoso, destacando a necessidade de uma Convenção Internacional específica para os direitos das pessoas idosas.

2.1 A saúde como direito prioritário da pessoa idosa

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define em 1948 saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecção e enfermidades”. Nessa direção, é importante salientar que o direito à saúde deve ser visto numa perspectiva mais abrangente, não se limitando tão somente aos casos de risco à vida ou grave lesão à higidez física ou mental, mas também abarca as hipóteses de assegurar um mínimo de dignidade e bem-estar ao paciente.

Várias críticas surgiram ao conceito de saúde da OMS, entre elas foi apontado o seu caráter utópico e inalcançável. A expressão: “estado de completo bem-estar”, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo, uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar, revela uma idealização do conceito. De outro lado, afirma-se a sua carência de objetividade, fundamentado em uma noção subjetiva de bem-estar, o que implicaria na impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população (BATISTELLA, 2007, p. 57). Contudo, em que pesem as críticas e o critério adotado pela

OMS para aferir saúde, esse estado ideal de bem-estar deve ser constantemente buscado, pois restringi-lo poderia ocasionar um retrocesso social.

A Declaração de Alma-Ata (1978), documento da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela OMS, expressa a atenção primária de saúde como componente central do desenvolvimento humano, incluído o direito à saúde, igualdade, solidariedade, justiça social, participação e ação multissetorial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Ressaltou, ainda, os fatores necessários para propiciar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social. No entanto, cada país tem suas necessidades específicas e muitos desafios permanecem.

A OMS define, também, qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Percebe-se que o conceito apresentado toca na subjetividade de cada um, pois depende da percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se vive e também em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Concretamente na velhice, a preocupação com a qualidade de vida aumentou nos últimos anos. No Brasil, o problema não está no envelhecer, pois isto é fato notório na vida dos seres humanos, mas como indivíduos de diferentes classes sociais podem envelhecer usufruindo uma vida com qualidade. Progressivamente, uma parcela de pessoas vem alcançando a velhice, chamando atenção da sociedade de como agir frente a esse crescimento, já que envelhecer com qualidade implica considerar elementos como renda, saúde, alimentação, habitação, educação, lazer, entre outros. Sendo assim, a saúde é resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Perlingieri (2002, p. 158) afirma que o direito à saúde é evado de subjetividade, porque “a saúde não é um aspecto estático e individual apenas, mas um aspecto inseparável da pessoa, vinculado ao seu são e livre desenvolvimento e, justamente por isso, o entendimento de saúde pode apresentar-se de formas diversas. ” No contexto apresentado, para se construir uma percepção individual de saúde, quando se trata dos idosos, fica mais evidente, porque o processo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa frente ao contexto em que se insere. Logo, questões de saúde envolvendo o idoso são diferentes de questões também atinentes à saúde de pessoas jovens por conta da vulnerabilidade psicofísica do idoso.

É por essa razão que se torna difícil implementar a medicina tradicional curativa para os idosos em razão de os mesmos serem suscetíveis a alterações anatômicas, funcionais e doenças irreversíveis que acabam por ocasionar a deterioração da capacidade funcional, acarretando incapacidade, dependência, perda de autonomia, necessidade de cuidados de longa duração e institucionalização. Logo, “proclamar saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, além da ausência de afecção ou doença para os anciões em sua generalidade parece utópico” (RAMOS, 2002, P. 74), o que só reforça que a condição de uma vida saudável está ligada à subjetividade de cada um e no contexto que se integram na sociedade.

A velhice, portanto, não pode ser vista como doença, já que o contexto biopsicossocial de cada idoso deve ser considerado. Como bem aponta Barletta (2014, p. 124):

Considera-se possível gozar de uma velhice bem-sucedida preservando a saúde física e psíquica até a idade mais adiantada, observada como situação de bem-estar pessoal, familiar e social, tendo em vista que o envelhecer, na concepção dos cientistas e mesmo dos leigos, não implica, necessariamente, doença e afastamento, e de que o idoso tem potencial para mudança e reservas de desenvolvimento inexploradas.

Isto significa que o idoso, mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções, atividades, de alcançar expectativas e desejos, de manter-se ativo em seu meio, ter alguma função social e efetivar projetos. A principal maneira de garantir a qualidade de vida ao idoso é promover a sua autonomia, que é a capacidade de decisão e de comando, e sua independência, que é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Na mesma direção, Barletta (2008, p. 47) pontua que:

Outro fator que avalia a qualidade de vida do idoso é a medida de sua autonomia. A autonomia apresenta-se como a habilidade de definir e realizar seus próprios intentos, portanto, não envolve saber se o idoso é, independente do quão avantajada seja sua idade, hipertenso, diabético, cardíaco ou se medica com antidepressivos. Caso ele mantenha a aptidão para conduzir sua vida e decidir como e, em que circunstâncias, se dedicará ao trabalho em qualquer modalidade, ao lazer, ao cuidado consigo e aos relacionamentos e atividades sociais, apesar os agravos apontados, seguramente será avaliado como uma pessoa saudável.

Portanto, o envelhecimento bem-sucedido, ou seja, saudável, vai além da idade cronológica, representa a capacidade do indivíduo em responder às demandas da vida cotidiana de forma autônoma e independente.

Nessas circunstâncias, a saúde está intrinsecamente vinculada à autonomia e à dignidade, devendo ser intimamente respeitadas. Segundo Dadaldo e Verdi (2019, p. 168), “respeitar a autonomia de uma pessoa, independentemente de idade que ela tenha, é respeitar suas escolhas, segundo os valores, as opiniões e as crenças pessoais daquele sujeito em questão”.

O Estatuto do Idoso atrelou o direito à vida, à saúde e à dignidade na forma do artigo 9º: “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. Então, entende-se que envelhecer é direito subjetivo exigível e tem que ocorrer de forma saudável, em condições de dignidade. A esse propósito, Barletta (2008, p. 49) afirma que:

A partir do caráter normativo do princípio da dignidade da pessoa humana, todos fazem jus a viver dignamente, gozando de saúde, em qualquer etapa de sua existência. Como os idosos são propensos às enfermidades iminentes da terceira idade, sua saúde, quando em bom estado, deve ser preservada a todo custo e, quando deficitária, precisa ser reabilitada com primazia, pois a queda na saúde de um idoso pode significar a perda da vida em dignidade.”

Compreende-se que a existência digna dos idosos se compõe também pelo acesso à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização e ao trabalho. No entanto, sem saúde não há como desfrutar desses e de outros direitos tratados no Estatuto do Idoso. Conclui-se, portanto, ser imperioso que o direito à saúde na terceira idade seja concedido em ordem de prioridade, para salvaguarda do princípio constitucional da dignidade humana nas contingências especialíssimas da velhice.

2.2 A saúde como direito fundamental social

A construção histórica dos direitos fundamentais e suas importantes divisões em gerações ou dimensões revelam a grandeza de seus significados e a importância de sua eficácia e preservação. As expressões direitos humanos e direitos fundamentais merecem uma abordagem inicial, pois fazem parte de um grupo de direitos indispensáveis à proteção da dignidade humana.

O tema direitos humanos traz consigo alguns paradigmas e divergências quanto ao seu surgimento. Por um lado, os direitos aparecem como surgidos e conquistados historicamente,

emergindo, segundo Bobbio (2004, p. 51-52), “gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem, sendo assim, são mutáveis, ou seja, suscetíveis de transformação e ampliação”.

Em contraposição a essa ideia, tem-se o paradigma jusnaturalista, o qual defende a ideia de que os direitos são inerentes ao homem, à condição humana, e é essa condição que justifica e explica a garantia desses direitos. Há ainda algumas outras contradições quando os direitos se apresentam como concessões do Estado, surgidos naturalmente ou até mesmo derivados da força divina.

Os direitos humanos, vistos sob a ótica que privilegia o seu desenvolvimento histórico, em detrimento do fundamento jusnaturalista, têm, como um de seus representantes, Bobbio (2004), que argumenta sobre o tema dos direitos apontando-os como uma construção humana histórica, que ocorreu de maneiras e em épocas diferentes em vários países e sociedades, ou seja, “por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas” (BOBBIO, 2004, p. 25). Corroborando essa perspectiva, o entendimento de Trindade (1997, p.17) ao afirmar que:

A ideia dos direitos humanos é, assim, tão antiga como a própria história das civilizações, tendo logo se manifestado, em distintas culturas e em momentos históricos sucessivos, na afirmação da dignidade da pessoa humana, na luta contra todas as formas de dominação e exclusão e opressão, e em prol da salvaguarda contra o despotismo e a arbitrariedade, e na asserção da participação na vida comunitária e do princípio da legitimidade. O reconhecimento destes valores e conceitos básicos, formando padrões mínimos universais de comportamento e respeito ao próximo, constitui um legado [...] da consciência universal de sucessivas gerações de seres humanos, tendo presentes suas necessidades e responsabilidades.

A doutrina registra a diferenciação entre os conceitos direitos humanos e direitos fundamentais, argumentando no sentido de que os direitos humanos decorrem da positividade externa (tratados internacionais) e os direitos fundamentais da positividade interna (Constituições nacionais) desses mesmos direitos.

O reconhecimento dos direitos fundamentais pelos Estados, em suas Constituições, bem como a aderência dos mesmos aos pactos internacionais de direitos humanos, revela-se fruto das conquistas da humanidade na construção de sua história em sociedade. A expressão direitos humanos fundamentais foi mencionada por Sarlet (2001, p. 32), nesta lição:

Além dos aspectos já considerados, importa consignar, todavia, que os direitos humanos e os direitos fundamentais compartilham de uma fundamentalidade pelo menos no aspecto material, pois ambos dizem com o reconhecimento e proteção de certos valores, bens jurídicos e reivindicações essenciais aos seres humanos em geral ou aos cidadãos de determinado Estado, razão pela qual se poderá levar em conta tendência relativamente recente na doutrina, no sentido de utilizar a expressão direitos humanos fundamentais, terminologia que abrange as esferas nacional e internacional de positivação.

Nesse sentido, o estudo dos direitos deve ocorrer a partir de uma perspectiva necessariamente histórica, pois incorpora conquistas obtidas a partir de lutas, experiências e vivências no percurso da evolução civilizatória. Sendo assim, diante das transformações históricas foram reconhecidas gerações ou dimensões de direitos fundamentais, as quais revelam a ordem cronológica do reconhecimento e a afirmação desses direitos, frutos da mudança das condições sociais.

No final do século XVIII, com a expressiva influência da igreja, dos movimentos operários e a expansão do socialismo, surgiu a necessidade de assegurar Direitos à população, banindo, assim, a opressão peculiar do período anterior, principalmente, as Revoluções Americana e Francesa. Dessa forma, o surgimento do Estado Liberal fez com que eclodissem Cartas garantidoras de Direitos Fundamentais com o fito de viabilizar o mínimo acesso das pessoas aos Direitos criados a partir daquele momento.

Nesse instante, emergiram Direitos decorrentes da ideia de Estado liberal, ou seja, Direitos que não precisavam de uma intervenção direta do Estado para que eles pudessem ser desfrutados pelos atores sociais. Esses Direitos foram chamados de negativos ou de primeira dimensão, uma vez que garantiam a liberdade dos indivíduos a partir da fruição de tais Direitos.

Já os direitos de segunda dimensão, os quais são de grande importância para a presente pesquisa, tendo em vista seu caráter prestacional, tiveram seu surgimento pela insuficiência do Estado de efetivamente atuar como grande provedor, alinhado com uma perspectiva de Estado Social; por isso, ao contrário do que ocorre na primeira geração, a segunda possui uma conotação positiva e intervencionista. Observa-se uma adoção de um novo perfil estatal, que se desloca para incluir nos textos constitucionais não apenas normas relativas à organização, poderes e limites do Estado, como também aquelas destinadas à regulamentação da ordem econômica e social. Para Sarlet (2002, p. 48), os direitos de segunda dimensão:

Caracterizam-se por outorgar ao indivíduo Direito a prestações sociais por parte do Estado revelando importante mudança no que diz com eficácia das liberdades constitucionais, que agora deixam o plano formal abstrato e passam para o material concreto. Os Direitos de segunda geração abrangem os Direitos à Assistência Social, à Educação, à Saúde, à Segurança, ao Trabalho dentre outros. Além desses Direitos de cunho positivo, também são contempladas as denominadas “liberdades sociais”, de que são exemplos as liberdades de sindicalização e o Direito de Greve.

Por essa razão, na classificação dos Direitos Fundamentais Sociais, observa-se uma prestação, oferecida pelo Estado, que deve ser proporcionada de forma igualitária para todos. Tais prestações, para Silva (2004, p. 52), devem propiciar melhores condições de vida aos mais vulneráveis, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais.

Por seu turno, os direitos de terceira dimensão simbolizam a proteção não apenas do indivíduo, mas da coletividade social, possuindo titularidade coletiva ou difusa. Compreendem o direito à paz, à solidariedade, ao meio-ambiente, à comunicação, à autodeterminação dos povos e ao desenvolvimento.

Por fim, afirma-se a existência de uma quarta dimensão de direitos fundamentais. No escólio de Bonavides (2000, p. 524-526), temos que:

Essa dimensão é o resultado da globalização dos direitos fundamentais, no sentido de uma universalização desses direitos no plano institucional, que corresponde à última fase da institucionalização do Estado Social. [...] Compreendem os direitos à democracia direta, ao pluralismo e à informação, que constituem a base de legitimação de uma possível globalização política e deles depende a concretização da sociedade aberta do futuro, em sua dimensão de máxima universalidade, para a qual parece o mundo inclinar-se no plano de todas as relações de convivência.

É importante a classificação do direito à saúde enquanto direito fundamental social porque indica o dever de Estado em promover o acesso à toda população, diminuindo a desigualdade, imposta por diversos fatores, como, por exemplo, a má distribuição de renda. Essa preocupação com a promoção da igualdade material se alinha com o estabelecimento da democracia e do Estado de Direito, como bem se nota nas lições de Sarlet (2002, p. 73):

[...] os direitos fundamentais sociais constituem exigência inarredável do exercício efetivo das liberdades e garantia da igualdade de chances (oportunidades), inerentes à noção de uma democracia e um Estado de

Direito de conteúdo não meramente formal, mas, sim, guiado pelo valor da justiça material.

A saúde, como Direito Fundamental Social, tem por objetivo garantir aos indivíduos condições materiais imprescindíveis para o pleno gozo dos demais Direitos.

Entende-se que a saúde não é meramente um estado biológico, é uma questão de cidadania e de justiça social. Por isso, a Declaração Universal dos Direitos Humanos traz, no seu art. XXV, que toda pessoa tem Direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, assim como cuidados médicos e Direito à Segurança em caso de doença, ou seja, consagra a saúde como um verdadeiro estado de bem-estar.

Portanto, o Direito à Saúde é reconhecido na legislação nacional e internacional, como um Direito Fundamental Social, que deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas e ações públicas que permitam a todos o alcance aos meios adequados para o seu bem-estar. Para esse fim, os países signatários das declarações internacionais “devem adotar um comportamento progressivo de modo a assegurar um mínimo necessário para garantir a saúde física e mental para todas as pessoas” (CARVALHO, 2008, p. 119).

O reconhecimento do Direito à Saúde como relativo à dignidade humana e sua derivação nas leis, políticas públicas e jurisprudências, mostram a preocupação sobre o conceito de saúde, como atingir o estado de bem-estar e quais são direitos e deveres dos cidadãos e dos Estados. O Supremo Tribunal Federal, ao julgar o RE n. 271.286, Relator Min. Celso de Mello, que versa especificamente sobre o direito à saúde, demonstrou sua preocupação em proteger o efetivo direito à saúde e em este direito ser aplicado, como se vê a seguir:

PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde

- além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF. (RE 271286 AgR, Relator(a): CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 12/09/2000, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJ 24-11-2000 PP-00101 EMENT VOL-02013-07 PP-01409)

Desse modo, o Supremo Tribunal Federal, ao proteger o direito fundamental à saúde, confirmou efetividade e concretizou os preceitos fundamentais da Constituição da República Federativa do Brasil, particularmente os relacionados à vida e à saúde e, ainda, acentuou o gesto como reverente e solidário.

O Direito à Saúde é Direito Fundamental Social e, diante da sua importância, deve ser garantido de forma incondicionada pelo Estado, em todas as suas dimensões, já que, ao assegurar tal direito à sociedade, o Estado está fazendo seu papel, tutelando o bem maior previsto no texto constitucional, que é o bem da vida, proporcionando dignidade ao ser humano.

2.3 A dignidade da pessoa humana como fundamento base para a proteção e a defesa dos direitos dos idosos

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana foi construído ao longo dos anos. Dessa forma, na antiguidade, apenas as pessoas com o *status* social elevado é que seriam dignas, ou seja, a dignidade estava vinculada à comunidade na qual o indivíduo estava posto. Com o decorrer dos anos, este conceito foi modificado, resultando-se na base da nossa Constituição, elencado no artigo 1º, III.

De acordo com as palavras de Fachin (2009, p. 34), foi São Tomas de Aquino, quem criou expressão *dignitas humana*, sustentando que “a dignidade é inerente ao homem, como espécie; e ela existe *in actu* só no homem enquanto indivíduo”. Dessa forma, São Tomás de Aquino reconhece que a pessoa é uma substância individual de natureza racional, centro da criação em razão de ser imagem e semelhança de Deus. Por conseguinte, o intelecto e a semelhança com Deus geram a dignidade que é inerente ao homem, como espécie.

Com o iluminismo e a centralidade do homem, essa ideia ampliou-se para a filosofia, tendo como fundamento a razão, a autodeterminação do indivíduo e a valoração moral. A principal justificativa não religiosa da dignidade da pessoa humana, até os dias de hoje, segundo Barroso (2013), foi dada pelo filósofo iluminista Immanuel Kant. Segundo ele, “cada ser humano é um fim em si mesmo e não um meio ou instrumento para se alcançar determinados fins” (KANT, 1980).

Dessa maneira, a dignidade humana equivale à qualidade inerente e distintiva de cada ser humano, que o ampara contra todo e qualquer ato de cunho difamatório e cruel, bem como assegura condições materiais mínimas para uma vida saudável. Assim, pode-se dizer que a pessoa humana é digna de respeito absoluto pelo simples fato de ser pessoa, ou seja, pelo fato de ser humano.

A ser assim, tal princípio não poderá ser concedido pelo ordenamento jurídico, uma vez que, quando se fala em direito à dignidade, se está, em verdade, a considerar o direito ao reconhecimento, ao respeito, à proteção e até mesmo a promoção e o desenvolvimento da dignidade, podendo, inclusive, falar-se de uma existência digna. Comparato (2005, p. 25) complementa afirmando que:

O caráter único e insubstituível de cada ser humano, portador de um valor próprio, veio a demonstrar que a dignidade da pessoa existe singularmente em todo indivíduo; e que, por conseguinte, nenhuma justificativa de utilidade pública ou reprovação social pode legitimar a pena de morte.

A partir dessa concepção filosófica, o princípio jurídico norteador da dignidade da pessoa humana tornou-se uma forma nova de o Direito considerar o ser humano.

A Dignidade da Pessoa Humana foi tratada como princípio, inicialmente, na Declaração Universal da ONU, em 1948. Foi introduzida, também, em diversas constituições de Estados Democráticos e Declarações Internacionais, como na Declaração da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), de 1997, que situa o tema da dignidade humana como fundamento ético de todas as normas estabelecidas e do exercício dos direitos delas decorrentes (arts. 1º - 4º).

Rosenvald (2005, p. 08) nos lembra que a dignidade da pessoa humana é a razão de ser do direito e o fundamento da ordem política e paz social. Todo direito é constituído para servir ao homem. A dignidade situa o ser humano no centro de todo o ordenamento jurídico. Assim, temos que a dignidade da pessoa humana, apesar de não possuir um conceito definitivo, trata-se de um princípio que norteia todos os demais, pois é a base, inclusive, para nossa Constituição Federal de 1988.

É de suma importância mencionar o entendimento de Sarlet (2005, p. 45), que assevera que o elemento distintivo da razão fundamenta-se justamente na proteção daqueles que são considerados mais vulneráveis pela sociedade, ou seja, no caso em estudo, os idosos.

A dignidade da pessoa humana foi erguida à condição de princípio fundamental, sendo o principal direito constitucional, servindo de base para todos os demais direitos individuais, garantidos pela Carta Magna. Sobre esse tema, Farias e Rosenvald (2010, p. 124) discorrem que:

[...] o postulado fundamental da ordem jurídica brasileira é a dignidade humana, enfeixando todos os valores e direitos que podem ser reconhecidos à pessoa humana, englobando a afirmação de sua integridade física, psíquica e intelectual, além de garantir a sua autonomia e livre desenvolvimento da personalidade.

Na mesma direção, Gama e Nunes (2020, p.99) pontuam que:

A partir deste princípio constitucional, consolida-se a presença de uma cláusula geral de tutela da pessoa humana, que não admite a exclusão de quaisquer direitos e garantias, mesmo não expressos, desde que decorrentes dos princípios constitucionais, e condiciona o interprete e legislador ordinário, modelando todos o tecido normativo infraconstitucional.

Nas palavras de Santos (1998, p. 3), o Estado existe para garantir e promover a dignidade de todos os seres humanos. Nesse sentido, este estudo retoma o artigo 230 da Constituição Federal, que trata especialmente do dever da família, da sociedade e do Estado de amparar o idoso, defender a sua dignidade e garantir o direito dele à vida.

O Estatuto do Idoso, em seu artigo 10, também prevê que é obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a dignidade, como pessoa humana e como sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais. Portanto, essa responsabilidade não cumpre apenas à família e ao Estado, mas também à sociedade, conforme se depreende do texto constitucional. Nesse sentido, Lobato (2004, p. 13) escreve:

O processo de envelhecimento em nosso país não se dá de modo igual para todos. A velhice, como qualquer etapa do ciclo da vida, é determinada pela inserção de classe social, pelas questões de gênero, raça e etnia, demarcando experiências de envelhecimento heterogêneas no interior de nossa sociedade. Daí envelhecer com dignidade não é uma responsabilidade individual, mas sim responsabilidade coletiva. Implica não só na criação de políticas públicas como também na garantia de acesso dos idosos a essas políticas.

Por sua vez, a dignidade do idoso deve ser protegida e defendida, tendo em vista que a violação dela não acarreta apenas a transgressão de um mandamento obrigatório, mas de todo o ordenamento jurídico.

Outrossim, verificando-se que a dignidade do idoso é um princípio constitucional, tem-se a considerar, segundo Gama (2019, p.14), que existem duas dimensões referentes à dignidade da pessoa humana, que funcionam simultaneamente como limite e tarefa do Estado, da sociedade e de cada um, considerado individualmente. Diz o autor:

A dimensão defensiva da dignidade opera atos dos deveres de respeito e consideração, dificultando e coibindo atos de violação. Já a dimensão prestacional está ligada ao desempenho do Estado no sentido de não só proteger essa dignidade, como também promovê-la e efetivá-la com ações afirmativas.

Quanto a essa atuação positiva do Estado em prol dos direitos do idoso, consequentemente da dignidade do idoso, Santin e Borowski (2008, p. 152) concluem que:

É importante reconhecer que o envelhecimento populacional é um fenômeno social que requer a atuação positiva do Estado, da sociedade e de suas instituições como forma de efetivar sua existência digna, não negá-la. O envelhecimento humano é um dos únicos fatores naturais que interligam a

todos; torna-se primordial o respeito à vida e à dignidade humana, o que é responsabilidade do poder público, mas também de todos os cidadãos.

Além disso, não se pode esquecer, segundo Gama (2019, p.15), que:

A positivação da dignidade da pessoa humana não demonstra que essa dignidade existe apenas em razão da sua previsão como norma escrita, mas a sua verdadeira promoção e prática decorrerão do seu reconhecimento e proteção de acordo com cada ordem jurídica e pelo Direito Internacional. [...] Por conseguinte, a dignidade da pessoa humana sustenta sua condição de princípio constitucional fundamental, mais ainda de princípio geral do direito, além de ser norma dotada de pretensão de eficácia e efetividade.

Portanto, o princípio da dignidade da pessoa humana se situa no vértice da nossa ordem jurídica e é fundamento garantidor do direito à saúde do cidadão, em especial do idoso. Esse princípio irradia para o entendimento e a interpretação de outros princípios do nosso ordenamento jurídico, como o do melhor interesse do idoso e o da solidariedade.

2.4 O princípio do melhor interesse do idoso e da solidariedade em prol da proteção e defesa dos direitos do idoso

Analisando o princípio do melhor interesse do idoso, o fim a ser alcançado será sempre a proteção integral da dignidade do idoso, que representa seu conteúdo. Por meio da atividade do intérprete, será possível destacar a conduta que deve ser seguida pela família, pela sociedade e pelo Estado para atingir esse fim e, ainda, caso exista conflito de interesses, a dimensão de peso e importância da dignidade do idoso deverá sempre prevalecer diante de outros interesses.

O Estatuto do Idoso foi concebido para ser instrumento jurídico de garantia e efetivação dos direitos e da dignidade da pessoa idosa. Não resta dúvida que o idoso se encontra em situação de desigualdade e, para que sua dignidade seja resguardada, é preciso discriminá-lo positivamente por meio de ações afirmativas, fazendo valer o princípio da igualdade, inferido nos arts. 3º, inciso IV e 5º, caput, da Constituição Federal, não só no seu aspecto formal, mas também material. Diante de tal circunstância, faz-se vital o diálogo entre o princípio do melhor interesse do idoso e o princípio da dignidade da pessoa humana.

Segundo Bartella (2008, p.77), existem três princípios extraídos da interpretação teológica e sistemática do Estatuto do Idoso, iluminada pelo princípio da dignidade da pessoa

humana, que são os subprincípios da proteção integral do idoso e da absoluta prioridade outorgada ao idoso que, juntos, conformam o princípio do melhor interesse do idoso. O princípio da proteção integral estaria aferido no art. 2º do Estatuto acima referido, que garante ao idoso o gozo de todos os direitos fundamentais, sem prejuízo de sua proteção integral, preservando sua saúde psicofísica, nos aspectos moral, intelectual, espiritual e social.

A citada autora (Bartella, 2008, p.78) segue demonstrando que a tutela integral do idoso funciona como um subprincípio, pois constitui critério teleológico-objetivo da interpretação a justificar a tomada de decisões em benefício do idoso, afirmando, ainda, que “torna-se indispensável, portanto, a averiguação do sentido e alcance desse subprincípio no direito civil pátrio, cujas disposições referentes às pessoas idosas não se esgotam no âmbito do seu Estatuto”.

Já o subprincípio da absoluta prioridade assegurada ao idoso estaria consubstanciado, para a autora, no art. 3º, parágrafo único do Estatuto do idoso, que prescreve:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito à convivência familiar e comunitária.

Com tal disposição, evidencia-se que a pessoa idosa faz jus não só à proteção integral antes referida, mas também à tutela prioritária, que o coloca em situação preferencial na efetivação de direitos fundamentais de todos os seres humanos. Veja-se que a absoluta prioridade atribuída ao idoso acarreta obrigações para sua família, para a comunidade e a sociedade em que se insere e para o Poder Público.

Esses dois subprincípios, a proteção integral do idoso e a absoluta prioridade do idoso, consubstanciam, para a citada autora, um só princípio, o do melhor interesse do idoso, o qual “indica a direção dessa proteção e dessa prioridade, num movimento de junção de significados que gera uma aceção compatibilizada: a pessoa idosa faz jus à tutela integral e prioritária de acordo com seu melhor interesse” (BARTELLA, 2008, p.87)

Nas palavras de Barboza (2020, p.20): “Tal princípio, de inegável valia como critério hermenêutico, diante da complexidade da situação existencial do idoso, revela-se instrumento hábil na efetivação da tutela da dignidade das pessoas que se encontram em estágio mais avançado da existência humana”.

Em vista disso, também, é de suma importância a construção de um diálogo harmônico entre o princípio da solidariedade, elencado no art. 3º, I, da Constituição Federal, que propugna a “construção de uma sociedade livre, justa e solidária” e o princípio da dignidade da pessoa humana, como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil.

Segundo Marques (2003, p. 186), “no meio do caminho entre o interesse centrado em si (egoísmos) e o interesse centrado no outro (altruísmos) está a solidariedade. ” A solidariedade pode ser compreendida como vínculo recíproco em um grupo, é a consciência de pertencer ao mesmo fim, à mesma causa, à mesma coletividade, apesar da independência de cada um; concomitantemente, tem um aspecto moral, derivado de um elo de responsabilidade e apoio mútuo a partir de um objetivo ou interesse compartilhado.

A solidariedade, hoje princípio jurídico, possibilita que o idoso aceite e restabeleça seus papéis, descobrindo novos rumos e talentos, transformando e invocando atitudes cotidianas que conferem qualidade de vida sem a qual fica comprometida sua dignidade. Como defende Lobo (2007, p.5), o “princípio da solidariedade é o grande marco paradigmático que caracteriza a transformação do Estado liberal e individualista em Estado democrático e social”. Ele impõe um dever de abstenção (respeito), mas, também, de condutas positivas voltadas a proteger e efetivar a dignidade da pessoa humana. É claro que, olhando a realidade, ainda está longe desta transformação e do ideal, ou seja, de uma sociedade justa, igualitária e de um Estado equilibrado, e não é uma questão apenas de lei. No entanto, o equilíbrio entre o Estado Liberal e o Social, o Estado Social da sociedade, estampado na Constituição Federal é um primeiro e importante passo para tanto, o qual deverá sempre ser buscado.

Moraes (2003, p.117) pontua que o princípio da dignidade humana se divide em quatro postulados: igualdade, integridade psicofísica, liberdade e solidariedade. A autora afirma que:

Quando se reconhece a existência de outros iguais, daí imana o princípio da igualdade; se os iguais merecem idêntico respeito à sua integridade psicofísica, será preciso construir o princípio que protege tal integridade; sendo a pessoa essencialmente dotada de vontade livre, será preciso garantir, juridicamente, esta liberdade; enfim, fazendo ela, necessariamente, parte do grupo social, disso decorrerá o princípio da solidariedade.

Denota-se, portanto, que essa solidariedade está intimamente associada à dignidade da pessoa humana e, não só o Estado, mas toda a sociedade, por meio de entidades públicas ou privadas, bem como os particulares se encontram diretamente vinculados por este princípio, o que implica a existência de deveres de proteção e respeito à pessoa idosa.

Este dever de proteção é denominado de dever de amparo ou cuidado quando se está diante da esfera entre particulares, em especial, entre idosos e adultos. O cuidado, por mais que esteja ligado ao princípio da solidariedade, deve ser visto como um valor que viabiliza o livre exercício do direito ao envelhecimento, ou seja, um facilitador da qualidade de vida do idoso, representando um processo de otimização para que o idoso possa viver com melhor qualidade de vida.

O cuidado, nas palavras de Boff (2008, p. 7), “representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com outro, entrando na natureza e na constituição do ser humano”. Logo, pertence à essência do humano e, por isso, é uma atitude permanente, uma relação de sujeito a sujeito, que não é intervenção, mas sim de comunhão. Sendo assim, o cuidado é para facilitar o envelhecimento ativo e incentivar a qualidade de vida do idoso.

Sabe-se que a velhice não é sinônimo de doença e o dever de cuidado deve ser exercido de maneira que o idoso seja visto como uma pessoa igual as demais que, por uma questão do próprio organismo humano, passa a ter limitações que não o tornam um inútil, mas uma pessoa que precisa de cuidados, assim como os adultos e as crianças que, também, o precisam.

O dever de cuidado afasta qualquer tradição assistencialista ao idoso. O assistencialismo, orientado pela e para a doença, espécie de paternalismo, não atende toda extensão das necessidades reais e diversas do idoso que, de acordo com Gama e Nunes (2020, p.101): “ao contrário, opera na base de uma relação de poder e interferência nas escolhas do paciente. Viola diretamente a autonomia do assistido, sem respeitar sua capacidade de autodeterminação e, conseqüentemente, sua dignidade”. A solidariedade, somada à tolerância e ao cuidado devem tecer os direitos das pessoas nos elos familiares e institucionais quando se busca tutelar o idoso acometido de doença. Como leciona Pereira (2008, p. 7), isso descreveria ser “um aprendizado político na consciência de cidadania para a sociedade e para o direito”.

O dever de cuidado, exercido pelo Estado, pela família e pela sociedade não autoriza o exercício de um poder opressivo a agir na autonomia do idoso. Finalmente, Accioli e Nunes (2019, p. 19) afirma que não se pode esquecer a concepção de cidadania, junto à solidariedade, ao cuidado e à dignidade da pessoa humana, viabilizando o melhor interesse do idoso. Aduz as autoras que:

Essa coleção de valores, direitos e princípios discutidos acima devem ser levados em conta não só na elaboração da legislação infraconstitucional e na execução de políticas públicas em favor desse grupo minoritário, mas também na atividade de interpretação e aplicação do direito por seus operadores e demais destinatários. Há que preponderar uma ética reconstrutiva, uma dogmática renovada e uma interpretação protetiva e útil ao sujeito especial. (ACCIOLI; NUNES, 2019, p. 19)

A Solidariedade, especialmente direcionada à pessoa idosa, foi assim interpretada e aplicada por intermédio do Ministro Celso de Mello, no julgamento da ADI n. 3.768:

[...] o princípio da solidariedade, que constitui um dos objetivos fundamentais da República, rege, informa e permeia o texto de nossa Constituição, erigindo-se, por isso mesmo, como expressivo vetor interpretativo de suas cláusulas, notadamente aquela que dispensa proteção às pessoas idosas, que devem ser amparadas pela família, pelo Estado e, também, pela sociedade [...]. (MELLO, 2007, p. 628)

Portanto, na ausência de normas que protejam os direitos do idoso, utiliza-se deste importantíssimo vetor interpretativo com o fito de concretizar e efetivar a justiça social, a igualdade e dignidade da pessoa idosa.

2.5 Instrumentos internacionais de proteção ao idoso

É sabido que os avanços da medicina e da tecnologia possibilitaram um crescimento significativo na expectativa de vida na maior parte do mundo. Esta população de idosos está modificando as estruturas sociais e econômicas da sociedade, provocando grandes impactos nas políticas públicas dos Estados, exigindo que as questões atinentes à “terceira idade” sejam vistas sob outra perspectiva.

O processo de envelhecimento, durante muito tempo, se mostrou incompatível com as necessidades decorrentes do capitalismo e da industrialização, que exigiam do ser humano

vigor e disposição para o trabalho. Os idosos eram tratados como fardos sociais, pois eram vistos como incapazes de participar desse processo de nova formatação da sociedade. Todavia, com o reconhecimento da dignidade da pessoa humana como valor maior e fundamental, essa desvalorização da pessoa idosa passou a ser superada.

Anos de lutas foram necessários para que a dignidade da pessoa humana fosse consagrada como algo essencial e indistinto a cada ser humano, fazendo-o merecedor de respeito e consideração por parte do Estado e dos demais membros da comunidade. Igualmente, no que se refere aos idosos, direitos e deveres fundamentais foram assegurados contra todo e qualquer ato desumano e degradante, e como garantia de condições existenciais mínimas, que possibilitem a efetivação das potencialidades da pessoa durante a sua velhice.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, fundada nos princípios da liberdade, da igualdade e da fraternidade, constitui o ponto de referência para diversos acordos internacionais visando à proteção e implementação da dignidade da pessoa humana numa perspectiva universal. Esse documento é considerado um marco na luta das nações pelo reconhecimento da pessoa humana como sujeito de direitos na ordem internacional, com a consequente concretização dos direitos humanos fundamentais.

Analisando a importância deste instrumento internacional dos direitos da pessoa humana, Ladeira e Terrazas (2005, p. 4) fazem o seguinte comentário:

Os direitos humanos vêm resgatar a dignidade humana, elevando-a ao patamar de bem jurídico de maior valor de toda a humanidade. Muitos dos idosos acompanharam de perto os fatos que, no último século, conduziram ao fortalecimento da ordem internacional para a defesa dos direitos humanos. Foram duas grandes guerras, a intolerância entre os povos, o ódio, a ameaça de uma guerra atômica. Todo esse longo e doloroso percurso precedeu à Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Organização das Nações Unidas em 1948.

Após a Declaração Universal de 1948, as pessoas passaram a ser protegidas pelo simples fato de serem humanas. Nasceu uma nova ideia de cidadania cuja titularidade é separada de qualquer espaço ou território. Assim, os indivíduos deixaram de ser considerados apenas como cidadãos de um Estado e passaram a ser cidadãos do mundo, isto é, sujeitos de direitos. Dessa nova condição decorrem direitos universalmente protegidos e que não podem ser violados, sob pena de responsabilização dos Estados.

Os direitos humanos são apenas uma amostra dos direitos mínimos necessários a uma vida digna, não sendo possível exauri-los, em virtude da constante evolução humana. A identificação do indivíduo como sujeito de direitos e a internacionalização da proteção da dignidade da pessoa humana, como fonte de todos os valores, repercutiram profundamente na proteção do idoso.

O núcleo da questão dos direitos humanos do idoso está no respeito, na proteção da dignidade e na preservação da sua integridade física e moral. O reconhecimento dos valores da pessoa idosa, enquanto transmissora de conhecimentos e experiências, depende de ações estatais na construção de políticas públicas de atendimento às suas necessidades, e que assegurem uma visão integrada dos direitos humanos, possibilitando ao idoso as condições para viver o processo de envelhecimento de forma digna.

Por conseguinte, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 dispõe em seu art. 25, 1, de forma generalizada, que toda pessoa tem direito à saúde, ao bem-estar, à alimentação, ao vestuário, à habitação, aos cuidados médicos, aos serviços sociais indispensáveis e à segurança, inclusive em caso de velhice. Apenas em 1982, iniciaram-se as discussões sobre o envelhecimento, com a realização da I Conferência Internacional sobre Envelhecimento, que resultou na elaboração do Plano de Ação de Viena sobre Envelhecimento. Considerado o primeiro instrumento internacional sobre envelhecimento, esse plano tratou de políticas públicas específicas para saúde, nutrição, moradia, meio ambiente, família e bem-estar social.

Os Estados que participaram dessa Assembleia validaram a convicção de que os direitos fundamentais, consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, se aplicam às pessoas idosas e reconheceram que a qualidade de vida não é menos importante que a longevidade. Em consequência, as pessoas de idade devem, na medida do possível, desfrutar de vida plena, saudável e satisfatória e ser considerados como parte integrante da sociedade.

Em 1991, de acordo com o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, a Assembleia Geral das Nações Unidas, avaliando a contribuição dada pelos idosos às suas respectivas sociedades e reconhecendo a diversidade dos problemas que assolam as pessoas de mais idade, adotou os chamados Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas. Neles foram considerados aspectos de independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade.

Já no ano de 1992, por ocasião do décimo aniversário do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento e com o intuito de dar seguimento às premissas nele estabelecidas, a Assembleia Geral das Nações Unidas aderiu à Proclamação sobre o Envelhecimento, para assegurar que os governos instituíam políticas, estratégias e desenvolvimento econômico, social e cultural relativas às pessoas idosas.

Após vinte anos da realização da Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, com o intuito de avultar uma política internacional que fomente o compromisso dos governos para conceber e implementar medidas para enfrentar os desafios colocados pelo envelhecimento no século XXI, de modo a promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades, a Assembleia Geral das Nações Unidas realizou, no ano de 2002, em Madrid, a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Seu resultado foi a elaboração do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento, voltado a três eixos de maior interesse para as pessoas idosas: saúde e bem-estar na velhice, idosos e desenvolvimento e ambiente favorável ao envelhecimento, tudo para proporcionar-lhes um envelhecimento ativo e saudável.

Em 28 de setembro de 2012, O Conselho de Direitos Humanos (CDH), ligado à Organização das Nações Unidas (ONU), aprovou a resolução intitulada “Direitos Humanos dos Idosos”, proposta pelo Brasil e pela Argentina para reconhecer os direitos humanos dos idosos. Trata-se do primeiro texto elaborado pelo CDH feito exclusivamente para a questão do idoso.

As Conferências Regionais Intergovernamentais sobre Envelhecimento, realizadas nos anos 2003, 2007 e 2012, na América Latina e Caribe, confirmaram os compromissos dos governantes das nações da região em torno da concretização de uma sociedade para todas as idades. Em junho de 2015, foi aprovada a Convenção Interamericana de Proteção aos Direitos dos Idosos, vindo a ser o primeiro instrumento internacional juridicamente vinculante voltado para a proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas. Sua aprovação foi um progresso nos esforços para assegurar os direitos desse grupo populacional. A Convenção reconhece as pessoas idosas como sujeitos de direitos, garantindo a sua plena inclusão, integração e participação na sociedade.

A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou, em 14 de dezembro de 2020, o período de 2021 a 2030 como Década do Envelhecimento Saudável. As ações para esta década perseguirão: mudar a forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação à

idade e ao envelhecimento; facilitar a capacidade dos idosos de participar e contribuir com suas comunidades e sociedade; prestar atenção integrada e serviços de saúde primários, que atendam às necessidades do indivíduo; e prover acesso a cuidados de longa duração para pessoas idosas que deles necessitem.

Posto isso, vislumbra-se que a ONU, em que pese promover os direitos humanos e as liberdades fundamentais, ainda não realizou nenhuma convenção que contemple a pessoa idosa como tema principal. A proteção a essa parcela especial da população mundial ocorre pela aplicação de vários diplomas internacionais, dedicados aos direitos humanos.

As discussões sobre a necessidade de se promover uma Convenção Internacional específica voltada para a discussão dos direitos das pessoas idosas se intensificaram no Comitê Consultivo do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas que, em janeiro de 2010, publicou um estudo apontando essa necessidade, recomendando, também, que os Estados deveriam promover um melhor tratamento aos seus idosos.

A realização dessa Convenção Internacional específica se justifica porque, segundo a própria ONU (2010, p. 6):

Os direitos das pessoas idosas ainda não foram incorporados ainda em convenções internacionais específicas de direitos humanos sociais, econômicas, políticas, civis e culturais. Exemplos incluem igualdade perante a lei, direito de propriedade, de educação, de trabalhar e de participar em governos.

Os idosos representam um grupo cujas necessidades são específicas, razão pela qual, há questões ligadas a eles que não podem ser contextualizadas em uma dinâmica de direitos humanos de forma universal.

Uma norma internacional vinculativa ajudaria na prevenção de todo e qualquer tipo de preconceito e discriminação institucional pautada na idade. Isso porque a discriminação está presente em quase todas as sociedades e impede as pessoas idosas de alcançarem seu potencial completo e participarem de maneira igualitária em suas comunidades.

Contudo, deve-se reconhecer que a criação de uma normativa internacional específica não vai solucionar os problemas relacionados às pessoas idosas. No entanto, servirá para destacar tais problemas e auxiliar na efetivação dos direitos dos idosos.

Com a existência de uma normativa internacional específica, os Estados-membros das Nações Unidas teriam informações acerca das pessoas idosas para sugerir melhores práticas em políticas públicas, além de informar qualquer tipo de discriminação baseada em idade e gênero. Além disso, poderia estabelecer mecanismos de reparação em relação a violações dos direitos humanos das pessoas idosas.

É importante ressaltar que os mecanismos internacionais de proteção aos direitos humanos, incluindo a proteção aos idosos, não podem ser estudados e aplicados sem sua devida contextualização com o desenvolvimento histórico da humanidade, visto que estão em contínua evolução, no que se refere à normativa e na luta pela sua implementação.

É nesse sentido que a adoção de uma convenção internacional de direitos humanos para as pessoas idosas precisa ser analisada, pois ela atuaria não apenas na normatização de novos direitos, mas, também, contribuiria para sua implementação.

2.6 O direito à saúde do idoso e a atribuição do Estado na sua efetividade

A Constituição da República, em seu art. 196, diz que a saúde é direito de todos, cuja efetivação é obrigação do Estado. Desta forma, atribui ao Estado a competência de promover sua proteção e sua defesa. Esse dever, na forma do artigo citado, é garantido mediante políticas sociais e econômicas, objetivando a redução do risco de doença e de outros danos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Sobre mencionada norma constitucional, ensina Siqueira (2011, p. 81-82):

O dispositivo mostra-se imperativo, impondo ao Estado a função básica e essencial de atuar, exercendo políticas e ações para promover a construção de uma nova ordem social que vise ao bem-estar de todos aqueles que estiverem no território nacional, contemplando o princípio da isonomia. Desta maneira, torna-se evidente a função precípua do Estado atuar visando ao bem-estar da população, no que tange ao direito, constitucionalmente consagrado à saúde.

A Carta Magna, além de estabelecer o direito à saúde como direito social (art. 6º), e defini-lo como “direito de todos e obrigação do Estado” (art. 196), estabeleceu, também, os princípios da universalidade do atendimento público na política de saúde (art. 194, inciso I); do atendimento integral (198, inciso I); da participação complementar das instituições

privadas (art. 199); e disciplina que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (art. 230) (BRASIL, 1988).

Visando a regulamentação desses dispositivos, foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estabeleceram o Sistema Único de Saúde (SUS), e, posteriormente, a Lei 10.741/2003, o Estatuto do Idoso, que dispõe sobre a proteção dos idosos, a fim de garantir o efetivo cumprimento das políticas públicas de saúde dos idosos.

O Sistema Único de Saúde foi implementado para assegurar a saúde a todo cidadão brasileiro. É composto pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas de todos os entes federados, da Administração direta e indireta e de suas fundações. Assim, iniciou-se a descentralização da saúde pelo Poder Público em âmbito nacional que, com a Lei nº 8.142/1990, passou a regulamentar a participação popular da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências de recursos financeiros na área da saúde entre os governos.

A Lei nº 8.080/1990, mais do que estruturar o SUS e fixar suas atribuições, indica os princípios pelos quais a política de saúde deve se orientar. Dentre eles, além dos que concomitantemente são disciplinados enquanto diretrizes constitucionais (atendimento integral; descentralização e participação da comunidade), destacam-se: o da universalidade, por meio do qual se garante a todas as pessoas o acesso às ações e serviços de saúde disponíveis, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral⁴.

⁴ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade

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

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

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

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

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

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

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

O princípio da universalidade do atendimento, aliado ao da igualdade da assistência, é uma regra matriz da garantia da saúde como direito de defesa, em seu caráter negativo, impondo ao Estado a regra de que ela será garantida a todos e sem discriminação em razão de critérios socioeconômicos, por exemplo. Tais princípios garantem a harmonia entre as regras infraconstitucionais que versam sobre saúde pública com o princípio da dignidade da pessoa humana, consagrando a garantia de todo brasileiro à prestação de serviços públicos em saúde.

Já o princípio da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral valida o entendimento de que a saúde é requisito fundamental para a preservação de direitos da personalidade, compreendido a partir da proteção à integridade física e psíquica do sujeito. A autonomia, enquanto princípio norteador das ações e serviços de saúde pública, se traduz na proteção da vontade do paciente contra possíveis arbitrariedades por parte dos profissionais de saúde, permitindo ao paciente o livre-arbítrio de se submeter à intervenção médica.

Dentre todas as pessoas que necessitam do acesso à saúde, os idosos encontram-se na categoria de pessoas que necessitam mais, em virtude do próprio envelhecimento que torna o corpo e a mente humana, em medida maior, suscetíveis de adoecer. Em caráter preventivo, os idosos precisam de condições especiais para viver sua maturidade de maneira saudável; se doentes, pela fragilidade que a idade lhes impõe, necessitam de uma tutela incisiva do Estado para recuperar e promover sua saúde.

O Estado brasileiro não descuidou, legislativamente, da proteção da saúde da pessoa idosa. Além do disposto nos artigos de 196 a 200 da Constituição Federal, cujos direitos se

-
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VIII - participação da comunidade;
 - IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
 - X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
 - XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
 - XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017).

destinam a todos os que necessitem dos serviços de saúde pública no Brasil, a Lei nº 8.842/1994, que institui, como política de Estado, a Política Nacional do Idoso no Brasil, dispôs, em seu Capítulo IV, a necessidade de garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

De forma mais incisiva, o Estatuto do Idoso não só estabeleceu, no seu artigo 3º, o direito à saúde do idoso como uma obrigação prioritária de Estado, da família, da comunidade e da sociedade, como também impôs, no seu artigo 9º, o dever de Estado de programar “políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

Com o escopo de não permitir nenhuma escusa na meta de efetivar toda política pública necessária para garantir, de forma prioritária, a devida atenção integral, universal e igualitária, tanto no âmbito da prevenção como no restabelecimento da saúde do idoso, o artigo 15, da aludida Lei, estabeleceu as seguintes diretrizes específicas para o SUS: o cadastramento da população idosa em base territorial, o atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, a criação de unidades de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; o atendimento domiciliar, a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para a redução das sequelas decorrentes do agravo de saúde; o fornecimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

O cuidado do Estatuto em garantir ao idoso a atenção integral a sua saúde resulta da verificação de que o envelhecimento da população, em países como o Brasil, ocorreu de forma acelerada, ultrapassando o próprio desenvolvimento econômico e social, provindo uma sociedade envelhecida antes que o Estado e a sociedade se preparassem, de forma gradativa, para garantir a prestação devida de serviços assistenciais, em todos os níveis, aos cidadãos em tal faixa etária. Logo, é necessário dotar o país, com a máxima urgência, de estruturas que não foram montadas no decorrer do tempo em nosso território.

Ensinam Queiroz e Prado (2010, p.09) que este processo de transição demográfica, vivenciado no país, acarreta alterações profundas em todos os seguimentos da vida em sociedade, “mas, sem dúvida, um dos setores mais atingidos é o da saúde, tanto pelas repercussões nos aspectos assistenciais como pela crescente demanda de novos recursos e estruturas”.

Em outubro de 2006, o Ministro da Saúde revogou a Política Nacional de Saúde do Idoso e, com base no Estatuto do Idoso, fortalecendo ações para garantir à pessoa idosa proteção à vida e à saúde, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2.528/2006). A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006), é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Importa acrescer-se que a Política Nacional de Saúde do Idoso, ao estabelecer as responsabilidades institucionais dos gestores do SUS, dispõe que: “Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuarem para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa” (Portaria 2.528/2006 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

Contudo, é necessário ressaltar que, a despeito das prioridades catalogadas pelos gestores do SUS, o Brasil está muito distante de alcançar tais metas e diretrizes, principalmente, em razão dos poucos recursos direcionados à saúde pública, de forma que são raros os territórios brasileiros equipados com a estrutura necessária para assegurar aos idosos a integralidade à sua saúde, assegurada pelo Estatuto do Idoso.

Apenas como exemplo, pode ser citada a carência de geriatras e gerontólogos nas unidades de saúde voltadas à proteção da pessoa idosa. Além do mais, existem estados desprovidos até mesmo de unidades especializadas voltadas a assegurar a saúde do idoso. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), os idosos são 28 milhões, o equivalente a 13% da população total. Em que pese ser uma parcela bastante significativa da população e com demandas de saúde específicas, no país, o número de geriatras, médico especialista no cuidado de pessoas idosas, é muito pequeno. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, endossados pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), há 1.405 geriatras no Brasil. Ou seja, um para cada 24 mil idosos, ao

passo que a Organização Mundial da Saúde recomenda que essa relação seja de um para 1.000 idosos. A falha na prestação da assistência farmacêutica, também, é um fator que evidencia a ineficiência da estrutura do SUS e caracteriza patente afronta ao direito fundamental à saúde.

Como visto, não falta produção legislativa que reconheça o direito à saúde do idoso como obrigação do Estado, porém se faz preciso implementar estas políticas de forma mais eficiente, a fim de efetivar os direitos preconizados em lei. É conhecido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã de todos os interessados em viver, envelhecendo de maneira mais saudável possível. Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos corresponsáveis por esse processo.

A provocação lançada para todos aqueles implicados no processo de envelhecer, ou que pretendem vivenciar da melhor forma possível as etapas da vida, é o de fazer com que as normas, que possuem validade formal e ética e que, portanto, são legais e legítimas, passem também a ter validade fática e tenham eficácia. Conforme afirma Braga (2011, p.179):

Para que o Estatuto do Idoso seja, realmente, uma ferramenta de mudança social, será necessário que todos nós possamos adotá-lo em nossa vida cotidiana, tratando melhor e como cidadãos aos idosos com os quais travamos contato diário e não apenas esperarmos que o governo ou alguma instituição cuide deles. O estatuto regulamenta os direitos dos idosos e define as medidas de proteção para esta população.

Em que pese ser aplicado anualmente na saúde um volumoso montante de verbas, o fato é que, por diversos motivos, a maior parte da sociedade brasileira não goza deste direito.

Embora existam programas que trabalhem com saúde preventiva, como o Programa de Saúde da Família, muito ainda tem que ser feito, pois o atendimento aos pacientes idosos, principalmente os mais carentes, está muito aquém da atenção primária que necessitam. Os idosos não encontram amparo adequado no serviço público, com isso, acabam acumulando sequelas de suas doenças e ficam com limitações, perdendo qualidade de vida.

Outra insatisfação com relação ao acesso ao direito à saúde é de cunho estrutural, uma vez que, no momento em que o idoso procura o serviço de saúde público, evidencia escassos leitos hospitalares, superlotação (tanto de consulta quanto de exames) e tempo de espera inconcebível. Essas barreiras no acesso ao sistema de saúde fazem com que o idoso opte por planos de saúde privados e, assim, a responsabilidade de proteção social, em alguns casos,

desloca-se do Estado para o idoso e sua família, demonstrando a ineficiência do sistema adotado.

É nesse contexto que a população, em especial a idosa, tem se valido do Poder Judiciário para coagir a Administração a cumprir o dever que a Constituição lhe impõe, garantindo, assim, o exercício do direito à saúde. De outro lado, cumpre ressaltar que esta nova população de idosos está modificando as estruturas sociais e econômicas da sociedade, provando ser um grande desafio internacional de proteção aos direitos dos idosos.

3 O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELATIVAS À SAÚDE DO IDOSO

Neste capítulo, será analisada a missão destinada ao Poder Judiciário na tutela da saúde da pessoa idosa, ante a omissão dos poderes precipuamente responsáveis pela implementação de políticas públicas de saúde que materializem o direito à saúde, já declarado e reconhecido no ordenamento jurídico. Serão, ainda, examinados os posicionamentos do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, com enfoque no entendimento jurisprudencial do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, a fim de precisar a resposta que a jurisprudência vem ofertando para as violações ao direito à saúde do idoso.

3.1 Implementação de Políticas Públicas

As políticas públicas revelam sua grande importância a partir do momento em que o Estado assumiu a responsabilidade de proporcionar o bem-estar social. Para tal, ele dita diretrizes objetivando garantir a concretização de direitos sociais fundamentais que dependem da intervenção estatal, especialmente o direito à saúde, que integra o objeto do presente estudo.

Para Freire Júnior (2005, p. 47), a expressão políticas públicas “pretende significar um conjunto ou uma medida isolada praticada pelo Estado com o desiderato de dar efetividade aos direitos fundamentais ou ao Estado Democrático de Direito”. Já Souza (2006, p. 7) diz que as políticas públicas são “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. Segundo Pereira (2009, p. 96), política pública “implica sempre, e simultaneamente, intervenção do Estado, envolvendo diferentes atores (governamentais e não governamentais), seja por meio de demandas, suportes ou apoios, seja mediante o controle democrático”.

O enfoque desta pesquisa estará concentrado no controle, especificamente o judicial; e, para sua compreensão, a análise do seu conceito jurídico é essencial. Segundo Bucci (2006, p. 31):

As políticas públicas não são, portanto, categoria definida e instituída pelo direito, mas arranjos complexos típicos da atividade político-administrativa, que a ciência do direito deve estar a descrever, compreender e analisar, de modo a integrar à atividade política os valores e métodos próprios do universo jurídico.

A aludida autora (2006, p. 39) continua a descrever o conceito de política pública em Direito da seguinte maneira:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados.

Por fim, Freitas (2014, p. 146) explica que:

As políticas públicas passam a ser entendidas como autênticos programas de Estado (mais do que de governo), que intentam, por meio da articulação eficiente e eficaz dos atores governamentais e sociais, cumprir objetivos vinculantes da Carta, em ordem a assegurar, com hierarquizações fundamentadas, a efetividade do complexo de direitos fundamentais das gerações presentes e futuras.

Freitas (2014, p. 148) defende que as políticas públicas não podem ser consideradas meros programas governamentais e apresenta os elementos caracterizadores das políticas públicas, quais sejam:

(a) são programas de Estado Constitucional (mais do que de governo), que reclamam motivada formulação entre alternativas constitucionalmente defensáveis, (b) processados por atos de cognição e de vontade dos múltiplos atores políticos, no intuito de solver problemas sociais concretos, e que (c) devem consubstanciar, na prática governamental, prioridades cogentes, geradoras de benefícios excedentes aos custos diretos e indiretos.

Para Pereira (2009, p. 102), as políticas públicas se identificam com os direitos sociais pelo fato de “esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitirem à

sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade”.

Destarte, cabe ao Poder Público, a gestão e implementação de políticas públicas de saúde para fins de concretizar o direito à saúde no plano fático, já que, no ordenamento jurídico, tal direito já foi devidamente pronunciado pelo Constituinte.

Denota-se, portanto, que o administrador público está vinculado à Constituição e às normas infraconstitucionais para a implementação das políticas públicas relativas à ordem social constitucional, ou seja, própria da finalidade da mesma: o bem-estar e a justiça social. Conclui-se que o administrador não tem discricionariedade para deliberar sobre a oportunidade e conveniência de implementação de políticas públicas discriminadas na ordem social constitucional, pois ela restou deliberada pelo Constituinte e pelo legislador que elaboraram as normas de integração. Para Barcelos (2008, p.8):

Compete à Administração Pública efetivar os comandos gerais contidos na ordem jurídica e, em particular, garantir e promover os direitos fundamentais em caráter geral. Para isso será necessário implementar ações e programas dos mais diferentes tipos e garantir a prestação de determinados serviços. Em suma: será preciso implementar o que se descreveu acima como políticas públicas. É fácil perceber que apenas por meio das políticas públicas o Estado poderá, de forma sistemática e abrangente, realizar os fins previstos na Constituição (e muitas vezes detalhados pelo legislador), sobretudo no que diz respeito aos direitos fundamentais cuja fruição direta dependa de ações.

Krell (2002, p. 31-32) afirma que a maioria das normas sociais já existe, porém, “o problema certamente está na formulação, implementação e manutenção das respectivas políticas públicas e na composição dos gastos nos orçamentos da União, dos estados e dos municípios”. Isso porque os Poderes Legislativo e Executivo não têm atuado efetivamente em relação à concretização das políticas públicas de saúde, muitas vezes deixando de pôr em prática aquilo que já está determinado no plano normativo.

O Estado, ao executar as políticas públicas necessárias à concretização dos direitos sociais, tem que disponibilizar recursos públicos suficientes para a consecução de seus programas de proteção social. Ao se interpretarem os Direitos Constitucionais, é preciso ter conhecimento da realidade dos elementos jurídicos, sendo eles as condições financeiras e materiais de realização da norma.

Dentre os principais fundamentos utilizados pelos referidos Poderes Públicos para absterem-se de consolidar o direito à saúde, por meio da gestão e implementação de políticas públicas, estão a reserva do possível e a escassez de recursos financeiros. Mas há, também, a interpretação errônea deste direito social fundamental no sentido de restringir a sua integralidade.

Tais fundamentos não podem ser opostos diante da força constitucional que o direito social fundamental à saúde possui. Esse direito deve ser conferido a todos os indivíduos de uma sociedade, seja em benefício da coletividade, tal como ocorre quando da construção de hospitais públicos, do investimento em equipamentos médicos avançados dentre outras ações, seja em benefício individual, nos casos, por exemplo, em que um único indivíduo pleiteia a concessão de medicamento indispensável à sua própria vida.

A integralidade do direito à saúde é um relevante preceito a ser observado pelos Poderes Públicos na atuação em prol deste direito. Sobre a integralidade do direito à saúde, Marques (2009, p. 20) ressalta que a ameaça de restringir a aplicação de um princípio constitucional à política pública prevista “pode representar um retrocesso em relação à garantia do direito à saúde, nos moldes em que foi concebido pela Constituição Federal de 1988 e pela tão sonhada reforma sanitária no Brasil”.

Destaca-se que, ao se manter inerte diante da devida formulação e execução de políticas públicas de saúde, o Poder Público estará infringindo o princípio da proibição do retrocesso. Segundo Bodnar (2013, p. 303), este princípio “representa a seta que sinaliza, orienta e impulsiona os governantes e agentes públicos, inclusive juízes, na busca contínua pela ampliação de espaços de cidadania mediante a concretização dos direitos fundamentais”.

O Poder Executivo e o Poder Legislativo, a quem, em princípio, seria incumbido o dever de gestão e implementação de políticas públicas para a efetivação de direitos sociais fundamentais como a saúde, não têm atendido aos anseios pelos quais lhes fora atribuída esta legitimidade e competência. Sendo assim, Cunha Júnior (2010, p. 629) alerta que:

Em caso descumprimento, por omissão, de algum direito fundamental ou de lacuna legislativa impeditiva de sua fruição, deve e pode o Judiciário – valendo-se de um autêntico dever poder de controle das omissões do poder público – desde logo e em processo de qualquer natureza, aplicar diretamente o preceito definidor do direito em questão, emprestando ao direito fundamental desfrute imediato, independentemente de qualquer providência de natureza legislativa ou administrativa.

Portanto, não basta que o Estado meramente proclame o reconhecimento formal de um direito, no caso em estudo, o direito à saúde da pessoa idosa. Torna-se essencial que, para além da simples declaração constitucional desse direito, sejam adotadas medidas necessárias para torná-lo efetivo, operante e exequível, já que, abstendo-se de cumprir o dever de prestação que a constituição lhe impôs, incidirá em violação negativa do texto constitucional.

Nesse cenário, cumpre analisar a importante missão destinada ao Poder Judiciário na (re)afirmação do direito à saúde, pois, quando provocado, não pode deixar de processar e julgar as lides que envolvem a aludida matéria.

3.2 O papel do Poder Judiciário nas Políticas Públicas de saúde da pessoa idosa

A efetividade dos direitos fundamentais, especialmente de grupos mais fragilizados, como é o caso dos idosos, depende de instituições consolidadas que atuem como verdadeiras guardiãs das promessas do legislador constituinte, ou seja, de instituições comprometidas com a Constituição. Ao Poder Judiciário, quando requisitado, cabe fazer a interpretação das normas constitucionais e infraconstitucionais, dimensionando a satisfação deste direito essencial. Em se tratando de idoso, não há como se dimensionar as consequências da não efetivação do direito relativo à saúde, tendo em vista que a fragilidade física daquele é fator que sempre feriria sua dignidade.

O Poder Judiciário, na condição de poder político, exerce um papel relevante na guarda de direitos e garantias fundamentais e de socorro aos mais fragilizados. O constitucionalismo moderno lhe conferiu a guarda da vontade geral, tendo em vista a positivação na ordem jurídica dos princípios e direitos fundamentais. Tal fator acarretou um redimensionamento na clássica divisão entre os poderes, surgindo um Judiciário como uma alternativa para a resolução dos conflitos coletivos, bem como de ser o guardião dos direitos fundamentais e para a garantia da igualdade. Sobre essa nova função atribuída do Judiciário, Abreu (2011, p. 264) afirma que:

Com o constitucionalismo moderno emerge o Judiciário como um novo ator no processo de adjudicação de direitos, em franca contraposição ao contexto original do *welfare*, tempo em que a luta foi travada no campo da política. Assumindo o Judiciário essa nova função constitucional, o território da incorporação de direitos se requalifica não só com esse novo locus

institucional, passando a admitir, igualmente, a linguagem da justiça e não somente do Direito.

Nessa seara, o Poder Judiciário apropria-se de um papel importante e decisivo no acesso ao Direito à Saúde, na medida em que a inércia do Estado inviabiliza a sua proteção à saúde, deixando de honrar uma de suas principais funções a concretização de direitos de cidadania conquistados pela sociedade e amparados pela Constituição da República. Como se trata de Direito Fundamental, constitucionalmente previsto, de aplicabilidade imediata em razão da sua essencialidade para a garantia do direito à vida e à manutenção da dignidade da pessoa humana, o Estado não deveria se eximir da responsabilidade em proporcionar saúde aos que dela necessitam por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O direito subjetivo à saúde, entendido como exigência prestacional em face do Poder Público, não ostenta caráter incondicionado. Porém, em que se pesem as regulamentações feitas pelo Poder Legislativo e pelas políticas públicas, realizadas pelo Poder Executivo, muitas vezes, cabe ao Judiciário garantir, por meio de ações judiciais, que uma pessoa receba o medicamento ou o tratamento de que necessita para se manter viva ou preservar uma vida digna, sem agravamento de sua doença.

A inércia estatal não pode ser obstáculo à concretização de direitos fundamentais, que reclamam aplicação imediata. Caso ocorra a negativa de fornecimento de determinada prestação relativa à saúde, especialmente procedimento médico ou medicamentos necessários ao tratamento da patologia, o usuário deverá se socorrer no Poder Judiciário para que seu direito constitucional seja tutelado, já que a ele não é facultado ignorar a preservação da saúde do indivíduo. Essa intervenção legítima não implica inobservância ao princípio da tripartição dos poderes do Estado. Ao contrário, contribui eficazmente para que a atuação do Estado, por meio de seus três poderes, seja harmônica. Essas demandas judiciais não seriam necessárias se o Poder Executivo conseguisse suprir as necessidades dos cidadãos, fornecendo-lhes serviços de saúde adequados.

Como explicitado no parágrafo anterior, a Carta Magna indica expressamente, no art. 196, as condutas que devem ser examinadas pelo Estado para a concretização do seu dever de garantir a saúde a todos os cidadãos. Cuida-se de políticas públicas vinculadas, na medida em que especificadas, no próprio texto constitucional.

A atenção à norma constitucional é imposta aos três Poderes, não se admitindo interpretação que desconsidere a observância de políticas sociais e econômicas que visem ao

acesso universal e igualitário. No cumprimento da tarefa constitucional de possibilitar o alcance igualitário às ações de saúde, certo é que o Estado deve levar em consideração as condições individuais dos cidadãos. Necessário prevalecer, no caso concreto, a ideia de igualdade real, o que, conforme ressalta Canotilho (2003, p. 480), “pressupõe a tendencial possibilidade de todos terem acesso aos bens econômicos, sociais e culturais”.

A ideia de igualdade material acompanha os direitos sociais. Dessa forma, há que se objetivar o acesso do maior número de pessoas aos bens disponíveis. Para concretizar tal postulado no campo do direito à saúde, em especial ao idoso, o Estado deve atuar positivamente em relação àqueles que não ostentem condição de fazê-lo por si sós. Ferreira Filho (2004, p. 51), sobre o fundamento dos direitos sociais, salienta que:

Na sociedade, existe a necessidade da cooperação e apoio mútuo. Nela, como o esforço de todos beneficia a cada um, todos devem se auxiliar ou se socorrer uns aos outros. Tal auxílio ou socorro é evidentemente tão mais imperativo quanto mais grave a necessidade por que passa o semelhante.

As decisões judiciais, ao garantir o acesso ao direito à saúde, não conseguem se afastar da análise do mérito administrativo, examinando a conveniência e oportunidade das ações estatais, na hipótese os tratamentos e os medicamentos disponibilizados à população. Por outro lado, a invasão entre esferas do poder torna-se estritamente necessária, tendo em vista a ineficiência da máquina pública para a promoção de políticas que atendam a saúde da população.

Assim, o Judiciário age de forma a tutelar os direitos fundamentais da pessoa humana, garantindo-os, especialmente o da saúde, tentando promover, justamente, o bem-estar de pessoas doentes que, muitas vezes, não podem esperar indefinidamente por um tratamento ou um medicamento. De acordo com a norma constitucional consubstanciada no art. 5º, XXXV, da Constituição Federal, o Poder Judiciário não pode furtar-se de apreciar qualquer lesão ou ameaça a direito, de qualquer espécie, por mais complicada que seja a questão. Fundamenta-se, assim, a atuação jurisdicional nas demandas que pleiteiam o acesso ao direito à saúde e ao socorro dos mais fragilizados, como é o caso do idoso.

É certo que o Judiciário ou qualquer dos poderes não deve intervir na esfera de atuação do outro, sob pena de violar o princípio da separação dos poderes. Contudo, quando um desses órgãos está violando algum direito constitucional, essa interferência se torna

legítima. Além disso, o Judiciário visa impor a execução das políticas públicas previstas em lei e não as criar.

Quanto ao papel do Poder Judiciário na salvaguarda do direito à saúde, conseqüentemente na implementação de políticas públicas, Krell (1999, p. 256) conclui que:

Exige-se, cada vez mais, a influência do Terceiro Poder na implementação das políticas sociais e no controle da qualidade das prestações dos serviços básicos, com ênfase no novo papel – também político – dos juízes como criadores ativos das condições sociais na comunidade que já não combina mais com as regras tradicionais do formalismo.

O Poder Judiciário, em atendimento aos novos anseios sociais, necessitou mobilizar-se, no sentido de aproximar-se da sociedade como órgão público de resolução de conflitos, em face da inefetividade da Constituição e da omissão do Estado no intuito de implementar políticas públicas necessárias à concretização dos direitos substantivos. Verifica-se, portanto, o fenômeno da judicialização da saúde, que, além de assegurar às pessoas os seus direitos constitucionais, funciona como instrumento para despertar o Poder Público da sua conhecida letargia, gerando debates e provocando ações que, certamente, servirão para o fortalecimento do Estado Democrático de Direito.

O controle jurisdicional das políticas públicas está relacionado com o fundamento destas, uma vez que são voltadas para a materialização de princípios e direitos fundamentais. O Poder Judiciário é o responsável por conferir legitimidade aos dispositivos constitucionais quando determina aos demais poderes que observem as garantias dos direitos ali inseridos, fazendo a defesa da dignidade da pessoa humana, na tentativa de preservar os objetivos substanciais da República e da própria Democracia. Nesse sentido, o Poder Judiciário tem um papel importante a representar, seja como meio de controle dos demais Poderes estatais, seja na tentativa de conscientização daqueles, para que as políticas públicas sejam implementadas e efetivadas.

Nesse contexto, Freitas (2014, p. 145) reforça a legalidade do Judiciário em controlar a atuação do Estado. Ele expõe que o controle judicial de prioridades constitucionais tem este objetivo, que é “promover decisões político-administrativas em consonância com as prioridades da Carta”. Não significa, ainda segundo ele, “sobrecarregar o Estado-juiz, vendo-o onipotente e onipresente”. Nesse aspecto, o mesmo autor alerta que as políticas públicas:

[...] não devem mais ser vistas como meros programas governamentais mas ou menos livres, ao gosto de eleitos e de seus patrocinadores. São, na realidade, programas constitucionais que incumbem ao agente público implementar, de maneira estilisticamente nuançada, mas sem retrocesso, tampouco omissão específica lesiva. (FREITAS, 2014, p. 146)

Nessa esteira, é imprescindível a atuação do Poder Judiciário no controle das políticas públicas, não merecendo prosperar as alegações que este estaria invadindo a função precípua dos outros poderes, desde que em virtude do descumprimento dos encargos, ou seja, pela sua omissão, acabe por comprometer a integridade dos direitos fundamentais-sociais, principalmente no que se refere à saúde, atingindo de forma inconstitucional o núcleo mínimo que garante a existência digna dos indivíduos.

Os Tribunais Superiores têm reconhecido a legitimidade do Poder Judiciário para tutelar as políticas públicas na área da saúde, conforme se colhe do julgamento do ARE 1250997 AgR, do Relator Min. Edson Fachin, em 08/07/2020 (BRASIL, 2020a), ao ratificar o papel do Poder Judiciário na implementação das políticas públicas nas questões envolvendo o direito constitucional à saúde, notadamente, quando houver omissão do Estado.

Impende transcrever as palavras do Relator Min. Celso de Mello ao julgar o Recurso Extraordinário com Agravo n. 727.864/PR, em 4/11/2014 (BRASIL, 2014), que versou sobre o custeio pelo Estado de tratamento médico em benefício de pacientes do SUS, atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nos casos de urgência e de inexistência de leitos na rede pública:

Mais do que nunca, é preciso enfatizar que o dever estatal de atribuir efetividade aos direitos fundamentais, de índole social, qualifica-se como expressiva limitação à discricionariedade administrativa. Isso significa que a intervenção jurisdicional, justificada pela ocorrência de arbitrária recusa governamental em conferir significação real ao direito à saúde, tornar-se-á plenamente legítima (sem qualquer ofensa, portanto, ao postulado da separação de poderes), sempre que se impuser, nesse processo de ponderação de interesses e de valores em conflito, a necessidade de fazer prevalecer a decisão política fundamental que o legislador constituinte adotou em tema de respeito e de proteção ao direito à saúde.

No mesmo contexto, extrai-se do julgamento do Recurso Especial n. 1488639/SE, Relator Min. Herman Benjamin, em 20/11/2014 (BRASIL, 2014), que o Superior Tribunal de Justiça atua excepcionalmente no controle judicial de políticas públicas e que a sua jurisprudência é consolidada no sentido de reconhecer a legitimidade de qualquer ente

federativo integrar no polo passivo da demanda, além de admitir “o bloqueio de verba pública e a fixação de multa diária para o descumprimento de determinação judicial, especialmente nas hipóteses de fornecimento de medicamentos ou tratamento de saúde”.

Do referido julgamento, depreendem-se, ainda, as seguintes palavras do Relator Min. Herman Benjamin (BRASIL, 2014):

Não podem os direitos sociais ficar condicionados à boa vontade do Administrador, sendo de suma importância que o Judiciário atue como órgão controlador da atividade administrativa. Seria distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente relevantes.

No mesmo diapasão, situando-se o trabalho a nível estadual, colhe-se do acórdão nº 5501849-16.2019.8.09.0051, proferido pelo Desembargador Itamar de Lima (BRASIL, 2021), de que é possível ao Poder Judiciário determinar a implementação pelo ente público, quando inadimplente, de políticas públicas constitucionalmente previstas, sem que haja ingerência em questão que envolve o poder discricionário do Poder Executivo.

Na perspectiva institucional, deve-se também registrar o destacado papel do Ministério Público, principalmente na tutela coletiva do direito fundamental à saúde. A Constituição reconhece a esta instituição importante protagonismo enquanto guardiã dos direitos sociais da coletividade, destacadamente quando atua em prol dos direitos dos idosos em situação de vulnerabilidade e das pessoas com deficiência.

Assim, resta reconhecida e legítima a atuação do Poder Judiciário no controle das políticas públicas que envolvem a saúde, quando o Estado, qualquer dos três entes federativos, é omissos das atribuições constitucionais de proteção e defesa do mínimo existencial, conseqüentemente de proteção e defesa da dignidade da pessoa humana e mais especificamente da do idoso, interesse maior desta dissertação.

O próximo item busca analisar a temática que envolve os denominados “princípios” da reserva do possível e do mínimo existencial, sempre presente nas demandas judiciais envolvendo a aplicação dos preceitos constitucionais, definidores de direitos fundamentais, a fim de expor como esses importantes institutos vem sendo trabalhados atualmente.

3.3 O princípio do mínimo existencial *versus* o princípio da reserva do possível nas políticas públicas de saúde do idoso

Diversos argumentos têm sido utilizados para afastar as pretensões judiciais envolvendo o direito à saúde, visando impedir a efetivação do direito fundamental à saúde por meio da intervenção do Poder Judiciário. Além dos argumentos da reserva de competência legislativa e a afronta ao princípio da separação dos poderes, o Poder Público pode invocar o “princípio da reserva do possível” para se eximir do seu dever constitucional, sustentando que, diante das limitações de ordem econômica, a efetivação dos direitos sociais encontra-se condicionada àquilo que razoavelmente pode se esperar do Estado. Em relação à reserva do possível, Sarlet (2002, p. 328) afirma que:

[...] por mais que os poderes públicos, como destinatários precípuos de um direito à saúde, venham a opor – além da já clássica alegação de que o direito à saúde (a exemplo dos direitos sociais prestacionais em geral) foi positivado como norma de eficácia limitada – os habituais argumentos da ausência de recursos e da incompetência dos órgãos judiciais para decidirem sobre a alocação e destinação de recursos públicos, não nos parece que essa solução possa prevalecer, ainda mais nas hipóteses em que está em jogo a preservação do bem maior da vida humana.

Ao Estado cabe se valer de todos os meios possíveis para adequar sua possibilidade às necessidades essenciais dos cidadãos, considerando a razoabilidade da pretensão individual ou social e a disponibilidade financeira de efetivar a prestação. Na condição de direito prestacional, o direito fundamental à saúde exige uma atuação positiva e ativa por parte do Estado. Este, por sua vez, possui limitações materiais que o impossibilitam, muitas vezes, de atender às prestações reclamadas, ou seja, o Estado possui uma capacidade limitada e restrita para prestar a saúde, uma vez que há escassez de recursos, o que constitui limite fático à efetivação desse direito.

A teoria da reserva do possível surgiu na Alemanha, visando eximir o Estado de cumprir suas obrigações prestacionais em virtude da escassez de recursos financeiros, os quais são essenciais para a realização das políticas públicas para concretizar os direitos de segunda

dimensão (direitos econômicos, sociais e culturais). Nesse sentido, Barletta (2008, p. 111 e 112) explica que:

A locução “reserva do possível” contextualiza o dilema de cunho econômico que se dá quando as necessidades sociais são ilimitadas e os recursos do Erário para supri-las, insuficientes. Nesse sentido, a sociedade teria que se contentar com uma fronteira que demarca o que é possível para o orçamento público, a fim de atendê-la. Todos os direitos subjetivos públicos sociais possuem um custo, portanto, renomadas vozes sustentam que, para assumi-los, faz-se cogente estejam eles atrelados à “reserva do possível”.

Assim, resta evidente que a teoria da reserva do possível visa compatibilizar os recursos estatais com os direitos fundamentais sociais, conquanto tal teoria pode se tornar um empecilho para a efetivação das normas fundamentais, tendo em vista a alegação corrente de falta de recursos pelo Poder Público quando solicitado a se manifestar em demandas judiciais envolvendo a temática. Tratando-se, portanto, de obrigação de fazer que esteja dentro da reserva do possível, o direito à saúde não pode deixar de ser concretizado sob a alegação de que a realização de despesa ficaria dentro da esfera da estrita conveniência do administrador.

A adoção inadvertida da teoria da reserva do possível com base no direito alemão não merece lograr êxito, sobretudo pelo fato de como os direitos fundamentais sociais são internalizados pela Constituição Alemã, bem como pela realidade social no que concerne à efetivação dos direitos sociais em países com altos índices de desenvolvimento. De forma elucidativa, Krell (p. 243) assevera que:

Todavia, isso não acontece com os direitos sociais, que quase não constam da atual constituição germânica. Devemos lembrar que os mesmos textos e procedimentos jurídicos são capazes de causar feitos completamente diferentes, quando utilizados em sociedades desenvolvidas (centrais) como a alemã, ou numa periférica como a brasileira. Não se pode transportar um instituto jurídico de uma sociedade para outra, sem levar-se em conta os condicionamentos sócio-culturais e econômico políticos a que estão sujeitos todos os modelos jurídicos.

Sendo assim, em sede do Supremo Tribunal Federal, a teoria da reserva do possível tende a ser bastante relativizada, levando em conta os compromissos delineados pela Carta da República para com os poderes públicos em prol dos cidadãos, sendo certo que, para o seu acolhimento, a Administração Pública tem que fazer uma demonstração objetiva da ausência

de recursos disponíveis para tanto. Infere-se, com isso, que não se pode negar a prestação do Direito à Saúde sob o argumento da indisponibilidade de recursos.

Na hipótese de não existir recursos financeiros disponíveis para suprir as necessidades sociais, cabe ao administrador público priorizar o Direito à Saúde em detrimentos de outros Direitos que não possuem o mesmo grau de essencialidade, implementando políticas públicas possíveis de serem concretizadas diante da previsão orçamentária. Assim, as escolhas realizadas pelo Estado devem ser pautadas pela Constituição Federal, documento que estabelece os objetivos fundamentais que deverão ser satisfeitos pela autoridade estatal.

As ações públicas devem, ao mesmo tempo, garantir o bem-estar, a dignidade e o direito à vida das pessoas idosas, sendo autênticas aquelas que resgatam o idoso como cidadão de um Estado Democrático de Direito, suprindo necessidades básicas, sem as quais não teriam uma vida digna e participativa em comunidade.

Em decorrência da importância deste Direito e visando não deixar decisões importantes, como a que envolve a tutela do Direito à Saúde, sob o poder discricionário do legislador, foi que o Estado criou a possibilidade do Poder Judiciário interferir sempre que o Direito Fundamental a Saúde estiver na iminência de sofrer grave lesão, como por exemplo, nos casos em que a sobrevivência da pessoa depende de cirurgia, e esta, por sua vez, não foi realizada, pelo Poder Público, sob a alegação genérica de falta de recursos financeiros.

No que concerne o direito à saúde, instituto ligado à vida, seria temerosa qualquer atitude, principalmente do Poder Judiciário, em negar a sua realização, com base na barreira da “reserva do possível”, pois a falta de reservas financeiras não pode penalizar àqueles, em especial as pessoas idosas, que necessitam de exames, próteses e medicamentos, a fim de receber a tutela de seu direito à saúde na medida das necessidades próprias da terceira idade.

Após inúmeros questionamentos acerca da aplicabilidade da teoria da reserva do possível à realidade brasileira, os tribunais têm se posicionado no sentido de que cabe ao administrador escolher a saúde como uma prioridade, alocando recursos para a concretização desse Direito não sendo mais aceita a justificativa genérica de escassez de recursos para o descumprimento desse Direito Fundamental. Nesse sentido, vale citar trecho do voto do Ministro Celso de Mello no julgamento da ARE 745745 AgR, publicado em 19/12/2014 (BRASIL, 2014):

Cumprir advertir, desse modo, que a cláusula da “reserva do possível” – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se, dolosamente, do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade. Tratando-se de típico direito de prestação positiva, que se subsume ao conceito de liberdade real ou concreta, a proteção à saúde – que compreende todas as prerrogativas, individuais ou coletivas, referidas na Constituição da República (notadamente em seu art. 196) – tem por fundamento regra constitucional cuja densidade normativa não permite que, em torno da efetiva realização de tal comando, o Poder Público disponha de um amplo espaço de discricionariedade que lhe enseje maior grau de liberdade de conformação, e de cujo exercício possa resultar, paradoxalmente, com base em simples alegação de mera conveniência e/ou oportunidade, a nulificação mesma dessa prerrogativa essencial.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no documento sobre a judicialização de questões referentes à saúde (ASENSI; PINHEIRO, 2015, p. 132-133) registra a seguinte orientação aos magistrados:

Não ser refém do argumento econômico de restrição: os ideais e estratégias de governo encontram-se predominantemente ligados aos problemas e desafios que surgem no curso do mandato. Neste contexto de contingência dos programas e da necessidade de estabelecer prioridades de ação no âmbito do governo, é comum que o Estado condicione sua efetivação aos limites financeiros fáticos e à escassez de recursos. O direito, portanto, passa não mais a ser visto de forma absoluta, podendo ser relativizado sob o argumento da insuficiência de recursos. Tanto em tribunais quanto no próprio âmbito dos juristas, o debate acerca da relação entre direitos e custos econômicos tem crescido e, inclusive, tem sido objeto de defesa do Estado em diversas ações judiciais. Observa-se que os diversos profissionais do direito, estudantes, professores e doutrinadores tendem a “se apaixonar” por este argumento e a reproduzirem de maneira ingênua e superficial o que elas significam em seu cotidiano. Outro equívoco das discussões sobre argumentos econômicos restritivos é seu efeito perverso: a “luta entre cidadãos”. Abandona-se a ideia de cidadania e de sujeito de direitos para colocar um cidadão contra o outro de maneira fortemente egoística. A “luta entre cidadãos” afasta o verdadeiro foco: o dever do Estado de efetivar direitos e promover políticas públicas ao máximo. Outro equívoco refere-se à inexistência de ônus da prova de quem utiliza o argumento da reserva do possível. Ao ser reproduzida como um dogma, isto é, como um ponto de partida inquestionável, desaparece o dever do Estado de provar que realmente não possui recursos financeiros para determinada política. De fato, este argumento econômico de restrição de direitos tem sido amplamente utilizado com forte dose de senso comum e sem versar de maneira cuidadosa sobre seus efeitos. Ele tem sido equivocadamente propagado para causar um cenário de desobrigação do Estado sem qualquer dado concreto sobre a

escassez de recursos ou sobre como são alocados. De modo algum se pretende negar a existência de municípios ou estados com sérios problemas de recursos financeiros, principalmente quando se trata de direitos sociais, mas isso deve ser visto e apreciado com bastante seriedade e cautela pelas instituições jurídicas.

Nesse contexto, denota-se que se por um lado não se espera que o estado disponha de recursos infinitos, de outro não pode o Estado simplesmente alegar restrições orçamentárias de modo genérico para negar efetividade a direitos sociais subjetivos. Ou seja, se o mero reconhecimento da efetividade dos direitos sociais na Constituição não possibilita sua efetivação em nível máximo, já que existem realmente limitações materiais para tanto, sua conjugação ao princípio da dignidade humana impõem o equilíbrio de tal limitação (da reserva do possível), com o respeito a um mínimo existencial.

Assim, sempre que invocada a reserva do possível, esta deve ser sopesada com a ideia do “mínimo existencial”, a qual corresponde, em síntese, a uma espécie de desdobramento do princípio da dignidade da pessoa humana e que significa que o Estado deve prestar a cada indivíduo o mínimo necessário para garantir a sua existência. Nas palavras de Barcellos (2002, p. 126), o mínimo existencial corresponderia a:

Um elemento constitucional essencial, pelo qual se deve garantir um conjunto de necessidades básicas do indivíduo, um núcleo irreduzível do princípio da dignidade da pessoa humana, o qual incluiria um mínimo de quatro elementos de natureza prestacional: a educação fundamental, a saúde básica, a assistência aos desamparados e o acesso à justiça.

Por isso, não há como se entender razoável a alegação de falta de recursos econômicos por parte do Estado como justificativa para a não observância de direito humano, sem o balanceamento com o mínimo existencial. Salert (2002, p. 357 e 426) consegue traduzir a informação supra:

[...] as limitações da reserva do possível não são, em si mesmas, uma falácia, como já se disse mais de uma vez entre nós. O que tem sido, de fato, falaciosa, é a forma pela qual muitas vezes a reserva do possível tem sido utilizada entre nós como argumento impeditivo da intervenção judicial e desculpa genérica para a omissão estatal no campo da efetivação de direitos fundamentais. Assim, levar a sério a ‘reserva do possível’ significa também, especialmente em face do sentido do disposto no art. 5º, § 1º, da CF, que cabe ao Poder Público o ônus da comprovação efetiva de indisponibilidade total ou parcial de recursos e do não desperdício dos recursos existentes [...].

Além disso, mediante a supressão pura e simples do próprio núcleo essencial legislativamente concretizado de determinado direito social (especialmente dos direitos sociais vinculados ao mínimo existencial) estará sendo afetada, em muitos casos, a própria dignidade da pessoa, o que desde logo se revela inadmissível, anda mais em se considerando que na seara das prestações mínimas (que constituem o núcleo essencial mínimo judicialmente exigível dos direitos a prestações) para uma vida condigna não poderá prevalecer até mesmo a objeção da reserva do possível e a alegação de uma eventual ofensa ao princípio democrático e da separação dos poderes.

Inobstante ser impossível estabelecer um critério genérico e absoluto para determinar em que casos o Poder Judiciário deve ou não intervir, faz-se necessária, em demandas envolvendo prestações à saúde, uma análise de todos os valores colocados em risco. O referido conceito, na acepção ora empregada, não se confunde com pobreza, pois, nesses casos, em que pese que não se evidencie a pobreza, haverá a hipossuficiência.

O fato é que o aumento progressivo no número de idosos representa enorme desafio aos planejadores e gestores, pois as demandas na área da saúde cresceram com grande intensidade num período relativamente curto, tornando difícil a tarefa de gestão no SUS.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constatou, por meio da pesquisa “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução”, que o número de processos judiciais que busca a efetivação do direito à saúde registrou um aumento de 130% entre 2008 e 2017. Diante deste cenário, o julgador não pode permanecer indiferente face à invocação do direito à saúde, pois, ao mesmo tempo em que os recursos são limitados, um conjunto de direitos básicos que integram o núcleo da dignidade da pessoa humana deve ser garantido pelo Estado, independente de recursos orçamentários.

O debate sobre a efetivação de direitos fundamentais sociais pelo Poder Judiciário não deve residir no fato de se saber se o Poder Judiciário tem ou não legitimidade para proferir tais decisões contra o Poder Público nem no princípio da reserva do possível. A partir do momento que o Estado não oferece condições mínimas para que sejam concretizados os direitos fundamentais, caberá ao destinatário do direito “mínimo existencial” tomar as medidas judiciais cabíveis caso seu direito não seja satisfeito, medidas estas que podem chegar até mesmo a um pedido de intervenção federal. O Judiciário, então, se fortalece como importante palco de reivindicações no contexto da sociedade de massa, emergindo como terceiro gigante a agir no contexto das grandes formações sociais e econômicas, e a

judicialização se torna necessária para que a população, em especial idosa, consiga ter acesso aos seus direitos.

O reconhecimento do Direito à Saúde como relativo à dignidade humana e sua derivação nas leis, políticas públicas e jurisprudências, mostram a preocupação sobre o conceito de saúde, como atingir o estado de bem-estar e quais são direitos e deveres dos cidadãos e dos Estados.

Assim, merece especial atenção os julgamentos realizados a partir de dados empíricos provenientes de casos concretos, pois formarão a justificativa para uma decisão de efetivação de direitos fundamentais prestacionais, como é o direito à saúde do idoso.

3.4 Decisões do STF e do STJ, com enfoque no entendimento do TJGO, representativas de promoção, proteção e garantia do direito à saúde do idoso

Neste item, serão examinadas as decisões assentadas no princípio da dignidade da pessoa humana, envolvendo o direito à saúde do idoso perante o Supremo Tribunal Federal, o Superior Tribunal de Justiça e o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás⁵. Cumpre-se salientar que as decisões foram identificadas e anotadas no presente estudo sob a perspectiva de que os casos reais constituem um verdadeiro celeiro de observatório social, nos quais se pode mirar a questão relacionada à saúde do idoso em contato com a mais pura realidade. Ademais, as decisões escolhidas para estudo foram selecionadas porque, além de terem como objeto a saúde da pessoa idosa, percebia-se que a dignidade da pessoa humana pertencia à dinâmica do caso, como razões de decidir.

O primeiro caso é a decisão reconhecendo repercussão geral⁶ no Recurso Extraordinário n. 630.852/RS, Relatora Min. Ellen Gracie, julgado em 07 de abril de 2011

⁵ Pesquisa realizada na página oficial do Supremo Tribunal Feral, no campo jurisprudência, com as palavras-chave: saúde e idoso. Foram cinquenta e dois acórdãos.

Pesquisa realizada na página oficial do Superior Tribunal de Justiça, no campo jurisprudência, com as palavras-chave: saúde e idoso. Foram trezentos e trinta e sete acórdãos.

Consulta realizada na página oficial do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, no campo jurisprudência, com as palavras-chave: saúde e idoso e medicamento. Foram duzentos e noventa acórdãos.

⁶ Salienta-se que o STF também reconheceu a repercussão geral nos casos que envolvem o fornecimento de medicamento de alto custo por intermédio do Poder Público (RE 566.471/RN, RG, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, julgado em 15/11/2007, DJe-157 DIVULG 06-12-2007 PUBLIC 07-12-2007 DJ 07-12-2007 PP-00016 EMENT VOL-02302-08 PP-01685). Cumpre ressaltar que uma das observações feitas pelo Relator, Min. Marco Aurélio (BRASIL, 2007), foi no seguinte sentido: — “Em síntese, questiona-se, no extraordinário, se situação individual pode, sob o ângulo do custo, colocar em risco o grande todo, a assistência global a tantos quantos dependem de determinado medicamento, de uso costumeiro, para prover a saúde ou minimizar

(BRASIL, 2011). O Supremo Tribunal Federal julgará o aumento da contribuição ao plano de saúde, em razão de ingresso em faixa etária diferenciada, considerando os contratos firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso. Da referida decisão, depreende-se do voto da Relatora:

Verifico que a questão versada neste apelo extremo possui relevância do ponto de vista econômico, político, social e jurídico, nos termos do § 1º do art. 543-A do Código de Processo Civil. É que o assunto alcança, certamente, grande número de idosos usuários de planos de saúde.

Assim, da análise dessa decisão, constata-se que o reconhecimento da repercussão geral pode ser considerado também um modelo de agir em prol de uma comunidade; afinal, ao aplicar esta técnica, reconhece-se também que há outro número de envolvidos na mesma situação de forma que a decisão final alcance a todos, assegurando-se, assim, o princípio da igualdade.

Anoto que se aguarda o posicionamento definitivo do STF na repercussão geral (RE 630.852/RS), tema 381, sobre a aplicação do Estatuto do Idoso a contrato de plano de saúde firmado anteriormente a sua vigência, com ênfase no controle do aumento da contribuição em razão de ingresso em faixa etária diferenciada. Diante da visão constitucional, que o Supremo vem conferindo à proteção ao idoso, acredita-se na confirmação da norma protetiva do Estatuto.

O segundo caso diz respeito ao julgamento da Ministra Ellen Gracie (BRASIL, 2002), na ADI 2.453/RJ, em 13 de março de 2002, que teve por finalidade reconhecer a inconstitucionalidade da Lei Estadual n. 3.542, que obrigou farmácias e drogarias a concederem descontos aos idosos na compra de medicamentos. Nesse caso, assim se manifestou o Supremo Tribunal Federal ao indeferir a liminar:

sofrimento decorrente de certa doença.” Verifica-se, também, que o Supremo Tribunal Federal reconheceu repercussão geral nos casos em que falta registro do medicamento perante a ANVISA (Recurso Extraordinário n. 657.718, Relator Ministro Marco Aurélio, Tema 500, DJe 9.3.2012), tendo julgamento definitivo publicado em 09/11/2020, fixando a seguinte tese: I - O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais; II - A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial; III - É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil; IV - As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Caso deferida a liminar, mas vindo a final a ser julgada improcedente a ação, as pessoas idosas ficariam, nesse interregno, despidas da facilidade legal que lhes garante, sem dúvida, acesso a medicamentos vitais para o seu bem-estar e sua dignidade, garantindo, assim, seu direito à vida (art. 230, caput da Carta Política). Quanto aos empresários, caso indeferida a liminar, mas no mérito julgada procedente a ação, terão condições de se ressarcir, pelas regras de mercado dos prejuízos que porventura julgarem haver sofrido, levando-se em conta, também a informação prestada pela Assembleia Legislativa (fls. 81/100) de que o público alvo da lei questionada corresponde a apenas 9% da população do Estado do Rio de Janeiro. A irreparabilidade dos danos decorrentes da suspensão ou não dos efeitos da lei, parece evidente, se dá, de forma irremediável, em prejuízo dos idosos, da sua saúde e da sua própria vida, valores mais caros à República Federativa do Brasil (art. 1º, III e IV e art. 3º, I e IV da CF) do que eventual prejuízo parcial de determinado ramo comercial, insuscetível de inviabilizar a continuidade empresarial e passível de reparação posterior por mecanismos de mercado. A hipótese é, portanto, de *periculum in mora inverso*.

Depreende-se, desse julgamento, que o Supremo Tribunal Federal, além de constatar a situação a ser suportada pelos idosos em caso de concessão da liminar almejada, na intenção de garantir o direito à vida, aplicou *o periculum in mora inverso*, pois reconheceu que a saúde e a vida dos idosos são valores mais caros ao país do que o eventual prejuízo aos empresários. Com essa decisão, o tribunal conferiu a todos os idosos cariocas o direito à saúde, por meio da compra de medicamentos com descontos.

Infelizmente, neste caso, o STF, em 21/12/2020, declarou inconstitucional Lei do RJ que obrigava as farmácias e drogarias do Estado a conceder descontos de até 30% para consumidores com mais de 60 anos. O voto vencedor foi do ministro Gilmar Mendes, que deu provimento ao pedido. O fundamento da decisão foi que, apesar de sua finalidade social louvável, a regra invade a competência da União para a regulação do setor e pode gerar desequilíbrios nas políticas públicas federais. Colhe-se do voto condutor:

[...] entendo que a lei estadual extrapolou a sua competência supletiva e invadiu a competência da União para legislar sobre normas gerais de proteção e defesa da saúde, direito econômico e proteção do consumidor, estabelecendo política pública voltada à saúde, mas que vai de encontro ao planejamento e à forma de cálculo estabelecida pela União para definição do preço de medicamentos em todo o território nacional e para a formação de um equilíbrio econômico-financeiro no mercado farmacêutico.

Já a relatora, Cármen Lúcia, julgou improcedente a ação direta de inconstitucionalidade. Para ela, assegurar desconto nos medicamentos vendidos às pessoas com mais de sessenta anos faz parte do conjunto de ações voltadas à saúde, que podem ser adotadas por qualquer dos entes federados sem embaraços ou afronta a princípios constitucionais. Acompanharam o voto de Cármen Lúcia os ministros Edson Fachin e Rosa Weber.

Embora a Corte Suprema tenha decidido pela declaração de inconstitucionalidade da lei do Rio de Janeiro, urge reconhecer que o STF não ficou ao largo da proteção do idoso, enfrentando temas garantidos no Estatuto e sinalizando, para os operadores do direito, a força constitucional da norma de proteção ao idoso.

Os casos acima relatados foram os dois registros identificados por esta pesquisa junto ao Supremo Tribunal Federal, a dar destaque às decisões envolvendo explicitamente a saúde do idoso. Passa-se ao exame das decisões referentes ao direito à saúde do idoso no âmbito do Superior Tribunal de Justiça.

Entre as matérias relacionadas à saúde do idoso debatidas no Superior Tribunal de Justiça, destaca-se o julgamento que uniformizou o entendimento da aplicação imediata e retroativa do Estatuto do Idoso, proferido no REsp 1.280.211, anotando que o direito à vida, à dignidade e ao bem-estar das pessoas idosas encontra especial proteção na Constituição da República de 1988, tendo culminado na edição do Estatuto do Idoso, norma cogente, imperativa e de ordem pública, cujo interesse social subjacente exige sua aplicação imediata sobre todas as relações jurídicas de trato sucessivo, a exemplo do plano de assistência à saúde. No referido voto, o Ministro Marco Buzzi (BRASIL, 2014) expõe que:

[...] não se vislumbra antinomia entre o Estatuto do Idoso e a Lei dos Planos de Saúde, os quais devem ser interpretados de modo a propiciar um diálogo coerente entre as fontes normativas, à luz dos princípios da boa-fé objetiva e da equidade, sem desamparar a parte vulnerável da contratação.

Questão processual de interesse foi a proferida pelo Ministro Benedito Gonçalves, (BRASIL, 2013), no REsp 1409706/MG, em 07 de novembro 2013, ao firmar entendimento quanto à possibilidade de o Ministério Público ajuizar ações de fornecimento de medicamentos/tratamento médico em prol de idoso enfermo perante os Juizados Especiais, asseverando que:

[...] Não há óbice para que os Juizados Especiais procedam ao julgamento de ação que visa o fornecimento de medicamentos/tratamento médico, quando o Ministério Público atua como substituto processual de cidadão idoso enfermo. Embora o direito à saúde se insira no gênero dos direitos difusos, sua defesa pode-se dar tanto por meio de ações coletivas, como individuais; e a intenção do legislador federal foi de excluir da competência dos Juizados Especiais a defesa coletiva do direito à saúde, e não a defesa individual. (REsp 1409706/MG, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA TURMA, julgado em 07/11/2013, DJe 21/11/2013)

A referida decisão, além de orientar o sistema de justiça dos juizados especiais de todo o país, no que se refere à competência, e assegurar o acesso à justiça, irá, também, conferir maior celeridade processual aos pleitos que envolvem a saúde do idoso. Tudo em respeito aos valores e princípios constitucionais, especialmente à dignidade da pessoa humana, assegurando o direito à vida e à saúde. Estes direitos, segundo lembra Dworkin (2011, p. 433), na definição de René Descartes, “são os bens mais importantes: todo o resto tem menor importância e deve ser sacrificado em favor desses dois bens”.

Digna de destaque, na perspectiva da dignidade da pessoa humana, é a decisão em favor da saúde de idoso, na qual se reconheceu o dever de fornecimento de tratamento domiciliar pelo Poder Público, por meio do SUS, conforme a seguinte ementa:

[...] Consta-se nos autos que MARIA DA GRACA OLIVEIRA ingressou com a Ação de Obrigação de Fazer c/c com pedido de Tutela Antecipada em desfavor do MUNICÍPIO DE TRÊS LAGOAS/MS, com pedido de fornecimento de medicamentos, bem como fraudas geriátricas e acompanhamento home care.

5. O acórdão recorrido contraria tanto os princípios da integralidade e da universalidade (art. 2º, § 1º da Lei 8.080/1990), que regem o funcionamento do SUS, como o direito da pessoa com deficiência (art. 18, § 4º, III da Lei 13.146/2015) e do idoso (art. 15, § 1º, IV da Lei 10.741/2003) ao atendimento médico domiciliar, se presente a necessidade deste.

6. Na concessão de tratamentos médicos pela via jurisdicional, não se exige a existência de risco à vida do postulante. Nem mesmo para o deferimento de medida liminar, cujos requisitos são ainda mais rígidos, é necessária tal demonstração, bastando que haja risco à saúde, conforme o Enunciado 51 da II Jornada do Direito da Saúde do CNJ. O que deve orientar a prestação da Tutela Jurisdicional é a necessidade clínica do paciente, certificada pelos profissionais para tanto competentes.

7. Os cuidados de pessoa idosa, gravemente debilitada e dependente, conforme certificado no próprio acórdão recorrido, são atividades que, além de evidentemente se inserirem no amplo rol dos arts. 11 e 12 da Lei 7.498/1986, consomem a quase totalidade do tempo de quem se dedica a elas. Transferir esse encargo aos familiares da recorrente - que sequer foram

especificados no acórdão -, em especial considerando a idade avançada de seu marido, poderia prejudicar o próprio sustento da família e, como decorrência, a manutenção da saúde da agravante.

8. Agravo conhecido para dar provimento ao Recurso Especial do particular a fim de determinar à Municipalidade que lhe forneça o atendimento domiciliar (home care) nos termos proferidos na sentença e, diante da inexistência de efeito suspensivo automático nos Recursos eventualmente cabíveis desta decisão (art. 995 do Código Fux), bem como da urgência da medida em razão do risco de dano grave, o MUNICÍPIO DE TRÊS LAGOAS/MG deverá efetivar o fornecimento do tratamento no prazo de 10 dias contados da intimação desta decisão, independentemente da interposição de qualquer outro Recurso em face dela. (AREsp 1303664/MS, Rel. Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 02/10/2018, DJe 10/10/2018)

Em relação ao reajuste de plano de saúde por faixa etária, a Corte Superior do STJ, com o Tema Repetitivo nº 952, firmou a seguinte tese:

O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (II) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (III) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. (REsp 1568244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/12/2016, DJe 19/12/2016)

Observa-se que o reajuste por idade precisa atender aos critérios objetivamente delimitados, de modo a não ferir o disposto no artigo 15, parágrafo 3º, da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), o qual veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Outro caso de relevo trata-se do AgRg no AREsp 743794/RS, que questiona a necessidade do medicamento prescrito pelo médico que acompanha o paciente para tratamento da doença que o acomete. Na relatoria do voto, o Ministro Sérgio Kukina anotou a prevalência da proteção integral dos direitos do idoso, em regime de prioridade absoluta, notadamente em relação à efetivação de seus direitos fundamentais, dentre eles o acesso aos meios asseguradores da saúde.

Anota-se, por derradeiro, das decisões proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça, a aplicação de danos morais à injusta recusa de cobertura de seguro de saúde, bem como o reconhecimento de fornecimento gratuito de medicamentos ao idoso. Cite-se: RMS 64534 / MT, AgRg no AREsp 204.037/CE, Rel. Ministro Antônio Carlos Ferreira, Quarta Turma,

julgado em 21/03/2013, DJe 03/04/2013, AgInt no REsp 1610337/PR, Rel. Ministro Luís Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 16/03/2017, DJe 28/03/2017 e AgInt no AREsp 1437144/SC, Rel. Ministro Luís Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 24/09/2019, DJe 30/09/2019a.

É patente, então, que a atuação do Tribunal da Cidadania, como uniformizador da jurisprudência dos Tribunais Estaduais, tem servido para que o preceito constitucional de proteção ao idoso possa ser reconhecido nas lides com relação à saúde da pessoa idosa.

Verificada a atuação dos Tribunais Superiores acerca do tema em estudo, cumpre observar como o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, esfera recursal mais próxima das partes, tem decidido em temas afetos à saúde do idoso. Do exame dos processos julgados pelo TJGO, destaque-se o voto do Desembargador Sérgio Mendonça de Araújo (BRASIL, 2018), que ao reconhecer o direito líquido e certo do idoso, com 78 (setenta e oito) anos de idade, ordenou ao Estado o tratamento cirúrgico de revisão de artroplastia total de quadril à esquerda, com suporte de UTI e medicação necessária, conforme prescrição médica. O caso foi assim ementado:

ACÇÃO DE MANDADO DE SEGURANÇA. REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA. LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO. OITIVA DA CÂMARA DE SAÚDE DO JUDICIÁRIO (DESNECESSIDADE). LEGITIMIDADE PASSIVA (RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA). DIREITO LÍQUIDO E CERTO DEMONSTRADO. MULTA DIÁRIA. 1- O Ministério Público é parte legítima para pleitear tratamento médico ou entrega de medicamentos nas demandas de saúde propostas contra os entes federativos, mesmo quando se tratar de feitos contendo beneficiários individualizados, conforme divulgado no Informativo nº 0624, publicação de 18/05/18, REsp 1.682.836-SP, Recursos Repetitivos - Tema 766) 2- A oitiva da Câmara de Saúde do Judiciário revela-se desnecessária se a ação de mandado de segurança foi suficientemente instruída. 3- Conforme orientação do STJ e do STF possuem responsabilidade solidária a União, os Estados e os Municípios, de modo que qualquer um desses entes tem legitimidade para figurar no polo passivo da demanda, a qual objetiva a garantia do acesso a medicamentos ou tratamento médico para resolver o problema de saúde. 4- Restando evidenciado o direito líquido e certo do substituído, tendo em vista o caráter emergencial de proceder à cirurgia prescrita pelo médico do SUS, cuja demora na realização do procedimento cirúrgico poderá causar-lhe dano irreversível a saúde do idoso, deve ser considerado o princípio da dignidade humana e o direito à vida, os quais se sobrepõem a qualquer outro, pois seria extremamente injusto exigir que o paciente demandasse contra o município, quando já ajuizou a ação contra o estado. 5- Diante da informação fornecida pelo órgão ministerial que não houve o cumprimento da medida liminar anteriormente deferida, determinando a realização de procedimento cirúrgico, de urgência,

no paciente idoso, merece ser fixada a multa diária, a fim de garantir a efetividade da tutela jurisdicional. SEGURANÇA CONCEDIDA. (TJGO, Mandado de Segurança (CF, Lei 12016/2009) 5156448-60.2018.8.09.0000, Rel. SÉRGIO MENDONÇA DE ARAÚJO, 4ª Câmara Cível, julgado em 06/08/2018, DJe de 06/08/2018). (BRASIL, 2018)

Neste julgamento, levou-se em consideração o caráter emergencial da cirurgia prescrita pelo médico do Sistema de Saúde (SUS) ao paciente idoso com 78 (setenta e oito) anos de idade, o qual já se encontrava com alto grau de sofrimento, pois a prótese utilizada na cirurgia anterior já havia se soltado, impedindo a sua locomoção. Ademais, considerou o relator, em seu voto, que a demora na realização do procedimento cirúrgico poderia causar dano irreversível à saúde do idoso, devendo ser considerado o princípio da dignidade humana e o direito à vida, os quais se sobrepõem a qualquer outro.

Com tais argumentos e convencimentos, constata-se que há uma especial atenção para com o tema relacionado à saúde do idoso, pois, neste caso, percebe-se que o reconhecimento do direito à saúde do idoso restou protegido, garantido e efetivado por força da Constituição.

O Segundo julgado a ser examinado, proferido pelo TJGO no processo nº 5094946.52.2020.8.09.0000, Relatora Desembargadora Beatriz Figueiredo Franco (BRASIL, 2020a), em 15 de junho de 2020, determinou que o Secretário de Saúde do Estado fornecesse ao idoso de 63 (sessenta e três) anos de idade a medicação reclamada; destacou a saúde como direito fundamental e social e se manifestou a respeito da reserva do possível e do mínimo existencial:

De mais a mais, este mandado de segurança prende-se a fundamento e objetivo republicanos (artigos 1º, III, e 3º, IV, Constituição Federal) e à garantia de direito fundamental e social (artigos 5º, caput, e 6º caput, Constituição Federal). A regra afina-se aos postulados da segunda dimensão dos direitos fundamentais (direito de prestação), segundo a clássica definição de Paulo Bonavides, sendo a inércia governamental inadmissível, sob pena de grave o comprometimento político-jurídico nacional. A concepção dessa norma como programática cede espaço à locução do artigo 5º, § 1º, Constituição Federal, sendo certa a impostergabilidade e indisponibilidade da missão de o Poder Público proteger a vida, a dignidade e a saúde de todos os cidadãos. Essa tarefa constitucional não se infirma ou limita pela cláusula da reserva do possível, inaplicável diante do possível comprometimento do mínimo existencial, da proteção ao núcleo essencial do direito fundamental à vida e à saúde, e da vedação ao retrocesso social. Não se defende aqui o protagonismo do Poder Judiciário na consecução de políticas públicas relacionadas à saúde, mas sua função primordial na concreta execução de medida constitucionalmente estabelecida, sobre a qual não incidem critérios

de conveniência e oportunidade administrativas (Súmula 473, Supremo Tribunal Federal). (BRASIL, 2020a)

Ao julgar o presente caso, a julgadora *a quo* salientou regras protetivas do Estatuto do Idoso, Lei federal nº 10.741/2003, e, também, a Lei federal nº 8.080/1990.

O terceiro processo trata sobre a imposição ao Estado para disponibilizar vaga em UTI ao idoso com 76 (setenta e seis) anos de idade. O julgamento em apreço ressalta a proteção constitucional à saúde, salientando que deve haver uma efetividade real das normas constitucionais, por meio de políticas sociais e econômicas que visem promover, proteger e recuperar a saúde do enfermo com maior dignidade de vida. O Relator, nessa decisão, mesmo enfatizando a atual crise do sistema de saúde, com a pandemia da Covid-19, deduziu que, por ser pessoa idosa, a vaga de UTI deve ser assegurada, em face da obrigação de prestação do direito à saúde, sendo este imprescindível para a inviolabilidade do direito à vida. Tal atitude do julgador demonstra que o bem mais importante é a preservação da vida do idoso. O julgamento foi assim ementado:

MANDADO DE SEGURANÇA. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. TRATAMENTO URGENTE. COVID-19. PERDA DO OBJETO. NÃO OCORRÊNCIA. PACIENTE IDOSO COM 75 ANOS. COMPROMETIMENTO SEVERO DOS PULMÕES, NECESSITANDO INTERNAÇÃO EM LEITO DE UTI. ARTIGOS 6º, 196 E 198 DA CF/88. LIMINAR CONCEDIDA. TRATAMENTO ADEQUADO INICIADO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO PREJUDICADOS. 1. O cumprimento de medida liminar, em sede de mandado de segurança, não enseja a extinção do processo, pois reveste-se de provisoriedade e precariedade, não acarretando, por si só, a perda superveniente do interesse processual ou do objeto da ação, pois apenas a sentença de mérito produz coisa julgada formal e material. 2. A saúde, direito de todos, é dever do Estado nas suas 03 (três) esferas administrativas, devendo ser suportada por todos os entes federados, quais sejam, a União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios (artigos 23, inciso II, e 196, da Constituição Federal e Tema 793, do Pretório Excelso). 3. In casu, verifica-se que o paciente, idoso de 75 anos, mediante prova pré-constituída, conseguiu demonstrar ser portador de grave quadro de saúde, com piora na sua função pulmonar em razão do acometimento da COVID-19, permanecendo em grave estado geral e com risco de morte, necessitando de transferência para Unidade de Internação Hospitalar de Tratamento Intensivo, a fim de realizar tratamento urgente. 4. Considerando a obrigação do Estado em fornecer o tratamento necessário para aqueles que não tenham condições de fazê-lo com recursos próprios; a necessidade demonstrada pelo caso grave do substituído acerca da internação hospitalar em UTI; impõe-se a concessão da ordem. SEGURANÇA CONCEDIDA. EMBARGOS DECLARATÓRIOS PREJUDICADOS. (TJGO, PROCESSO CÍVEL E DO

TRABALHO -> Processo de Conhecimento -> Procedimento de Conhecimento -> Procedimentos Especiais -> Procedimentos Regidos por Outros Códigos, Leis Esparsas e Regimentos -> Mandado de Segurança Cível 5119526-15.2021.8.09.0000, Rel. Des(a). Aureliano Albuquerque Amorim, 2ª Câmara Cível, julgado em 26/04/2021, DJe de 26/04/2021)

Portanto, diante dos processos, anteriormente descritos, constata-se que tais decisões estão em consonância com a posição social de que o Poder Judiciário está legitimado para atuação no sentido de garantir a medicação e internação para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso. Com isso, fica demonstrando o total conhecimento da legislação que assegura a atenção integral à saúde das pessoas com idade avançada.

O quarto processo analisado, julgado pelo TJGO, refere-se a idoso com 80 (oitenta) anos de idade, que necessita de suplemento alimentar especial, em decorrência de câncer gástrico. Neste acórdão de nº 5421651.14.2020.8.09.0000, o Relator Desembargador Alan Sebastião de Sena Conceição (BRASIL, 2020b), em 17/12/2020, destacou a fundamentalidade do direito à saúde e enfatizou que se trata de um bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público.

No mesmo sentido, constata-se a seguinte decisão do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás no processo nº 5014120-05.2019.8.09.0152, de relatoria do Desembargador Itamar de Lima (BRASIL, 2019b), em 18 de julho de 2019, no caso que envolve um idoso com 93 (noventa e três) anos de idade que necessitava de medicamentos e fraldas geriátricas por ser portador de patologia tromboótica.

Para este julgamento, o Tribunal ressaltou a responsabilidade solidária dos entes públicos no que se refere à garantia do direito à saúde, constituindo dever de o Estado assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, o acesso a tratamento de saúde, disponibilizando-lhes os meios e recursos necessários às terapias recomendadas pelos médicos, por se tratar de direito fundamental indisponível, constitucionalmente garantido. Além disso, destacou o papel do Judiciário na efetivação dos direitos com sede constitucional, não podendo essa atividade ser confundida com violação ao princípio da separação dos poderes, notadamente, quando legitimada a intervenção pela garantia do direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana.

Em relação ao reajuste do plano de saúde pela mudança da faixa etária, o TJGO vem acompanhando o entendimento dominante da impossibilidade de alteração pela simples

mudança da faixa, por colisão com o art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, e o Código de Defesa do Consumidor. Reconhece-se, pois, a aplicação imediata da Lei 10.741/2003, por seu caráter de ordem pública e interesse social. Cite-se: Apelação Cível 0318444-38.2014.8.09.0051, Rel. Des(a). Reinaldo Alves Ferreira, 1ª Câmara Cível, julgado em 22/03/2021, DJe de 22/03/2021.

Dos julgados colacionados, verifica-se que o Poder Judiciário detém uma atuação sensível para com as demandas voltadas às políticas públicas de saúde, especialmente a do idoso, com base em princípios e valores previstos na Constituição da República Federativa do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar as questões relacionadas ao idoso diante de uma sociedade excludente, que nem sempre está sintonizada com as carências do próximo e que valoriza muito mais o Ter do que o Ser, é de suma importância, tendo em vista o aumento do número de idosos, além de contribuir para a eficácia da proteção do envelhecimento, que deve ser saudável e em condições de dignidade. O princípio da dignidade humana atribui sentido especial à produção de conhecimento aqui exibida, uma vez que se pretende repercutir positivamente na qualidade de vida das pessoas idosas. A proposta principal do presente estudo foi que, a partir de uma especial sensibilidade humana e social, sejam refletidos e implementados os direitos daqueles que construíram e constroem, ainda, a nossa história: os idosos.

Este trabalho não pretendeu esgotar a matéria abordada, pois a sua complexidade não admite que se detenha a verdade absoluta do que foi exposto. Constatou-se que a vulnerabilidade jurídica da pessoa idosa é a razão para a lei atribuir igualdade substancial, por meio de direitos especiais, onde há desigualdade de fato. Todavia, a vulnerabilidade dos idosos não se associa com a restrição dos seus direitos de personalidade e da sua autodeterminação, que permanecem incólumes.

Pelo estudo dos direitos fundamentais, apurou-se que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 prevê, em seu artigo 6º, que a saúde é um Direito Fundamental Social, que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas eficazes para o alcance da justiça social e da dignidade de todos. Não se pode pensar em vida digna sem saúde, pois ela é o principal requisito para uma existência minimamente satisfatória.

Conforme estudado nesta pesquisa, o direito à saúde é dever do Estado, ou seja, é o compromisso do Estado de garantir a todos os cidadãos o pleno direito à saúde. Essa garantia será efetivada, conforme o artigo 196 da Constituição Federal, “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”.

Assim, quando o Estado deixa de concretizar o direito à saúde do idoso, de forma a garantir o bem-estar físico e psíquico, cumpre ao Poder Judiciário assumir a importante missão de controle das políticas públicas de saúde. De acordo com o que esta pesquisa demonstrou, o Poder Judiciário tem o papel, no que diz respeito aos direitos do idoso à saúde, de fazer com que as promessas constitucionais sejam concretizadas, na busca da cidadania, da

dignidade humana e justiça social, suprimindo as desigualdades sociais que acometem este grupo social vulnerável. Qualquer discussão acerca de políticas sociais públicas para a manutenção da saúde e da vida da pessoa idosa não pode se limitar às questões normalmente afeitas à efetivação de direitos sociais, mas deve ser encarada sob o prisma imperativo do princípio da dignidade humana.

O dever de proteção e defesa dos direitos do idoso, segundo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o Estatuto do Idoso, é atribuído à família, à sociedade e ao Estado. Este dever, segundo os argumentos desenvolvidos, encontra fundamento central na dignidade da pessoa humana, no princípio de melhor interesse do idoso e na solidariedade.

O Estatuto do idoso é fruto e expressão de uma política pública, que indica de forma vinculante os objetivos e meios aptos a conferir proteção especial ao idoso, seja quanto ao adimplemento de direitos fundamentais a prestação material e normativa, seja quanto aos direitos à proteção, todos eles traçados com a rigidez para sua imediata aplicabilidade em áreas, como saúde, educação, cultura, trabalho, assistência social e habitação.

Pelos processos examinados, vislumbrou-se que o Poder Judiciário tem concretizado as políticas públicas de saúde diante das demandas apresentadas pelo idoso, utilizando instrumentos que, baseados no princípio da dignidade da pessoa humana, dão-lhe efetividade, respeitando, desta forma, a Constituição Federal e o Estatuto do Idoso. Ressalta-se que as alegações do Estado quanto à insuficiência de recursos/reserva do possível não são suficientes o bastante para convencer o Poder Judiciário a deixar de materializar o direito à saúde do idoso.

Diante de todo o exposto, identifica-se que o Judiciário tem uma atuação importante e digna de destaque na persecução da efetividade dos direitos da pessoa idosa, em especial, o seu direito à saúde, de ordem prioritária, o que merece o devido reconhecimento.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Pedro Manoel. **Processo e democracia**: o processo jurisdicional como um *locus* da democracia participativa e da cidadania inclusiva no estado democrático de direito. São Paulo: Conceito Editorial, 2011. v. 3.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.
- ACCIOLI, Ana Caroline; NUNES, Marina Lacerda. Dignidade da pessoa humana e o melhor interesse do idoso. *In*: GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da (Coord). **Direitos da personalidade da pessoa idosa**. Editora Appris, 2019.
- APPIO, Eduardo. **Discrecionalidade Política do Poder Judiciário**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2007.
- ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Princípios das nações unidas para as pessoas idosas**. Disponível em: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm. Acesso em: 29 set. 2021.
- ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Proclamação sobre o envelhecimento**. Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/resolutions/47/5GA1992.html>. Acesso em: 29 set. 2021.
- BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. **Revista de Direito do Estado**, [s. l.], nº 3, 2008.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais**. O princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.
- BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à saúde da pessoa idosa**. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp076886.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2020.
- BARLETTA, Fabiana Rodrigues. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 15, n.1, 2014, p. 124.
- BARBOZA, Heloisa Helena. O princípio do melhor interesse da pessoa idosa: efetividade e desafios. *In*: BARLETTA, Fabiana Rodrigues; ALMEIDA, Vitor (Org.). **A tutela jurídica da pessoa idosa**. Indaiatuba/SP: Editora Foco.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro. EPSJV/Fiocruz. 2007.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de: Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade**, (atualizada e ampliada por Eduardo Carlos Bianca Bittar). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

BODNAR, Zenildo. O Poder Judiciário e a tutela do meio ambiente. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 15, novembro 2006. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao015/Zenildo_Bodnar.htm. Acesso em: 18 jul. 2021

BOBBIO, Noberto. **O tempo da Memória**: de Senectude e outros escritos autobiográficos. Tradução Daniela Versini. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BOBBIO, Noberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOFF, Leonardo. Justiça e cuidado: opostos ou complementares? *In*: PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de (Coord.). **O cuidado como valor jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. **Revisando o estatuto do idoso na perspectiva do estado democrático de direito**. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.47231>. Acesso em: 06 fev. 2021.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BODNAR, Zenildo. A (des)judicialização das políticas públicas de saúde na Vara Federal Cível de Criciúma – SC. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 303, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i1.1298>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. **Curso de direitos do idoso**. São Paulo: Atlas. 2011.

BRASIL. **Código de ética médica**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 02 abr. 2021a.

BRASIL. **Conselho Federal de medicina**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/carta-da-sociedade-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia-chama-atencao-para-avancos-e-fragilidades-da-atencao-a-saude-do-idoso/>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Instituto de Ensino e Pesquisa – Insper. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução, 2019a. Disponível em:

<https://www.cnj.jus.br/demandas-judiciais-relativas-a-saude-crescem-130-em-dez-anos/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Lei 8.142/90** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.842/94** de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Lei 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE 271286 AgR**, Rel. Celso de Mello, Segunda Turma, julgado em 12 set. 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 2.453/RJ**, Ellen Gracie, julgado em 13 de março de 2002.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 3768**, Rel. Cármen Lúcia, Tribunal Pleno, julgado em 19 set. 2007.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 630.852/RS**, Relatora Min. Ellen Gracie, julgado em 07 de abril de 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo n. 727.864/PR**, Relator Min. Celso de Mello, em 4 nov. 2014a.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ARE 745745 AgR**, Rel. Ministro Celso de Mello, publicado em 19 dez. 2014b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ARE 1250997 AgR**, Rel. Min. Edson Fachin, em 08 jul. 2020a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no AREsp n. 204.037/CE**. Relator: Min. Antonio Carlos Ferreira. Quarta Turma. 21 de março de 2013a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1409706/MG**, Rel. Ministro Benedito Gonçalves, primeira turma, julgado em 07 nov. 2013b.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no AREsp 204.037/CE**, Rel. Ministro Antônio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 21mar. 2013c.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial n. 1488639/SE**, Relator Min. Herman Benjamin, julgado em 20 nov. 2014c.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1.280.211**, Ministro Marco Buzzi, julgado em 23 abr. 2014d.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AREsp 1303664/MS**, Rel. Ministro Napoleão Nunes Maia Filho, primeira turma, julgado em 02 out. 2018a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no AREsp 743.794/RS**, Rel. Ministro Sérgio Kukina, primeira turma, julgado em 18 out. 2016.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgInt no AREsp 1437144/SC**, Rel. Ministro Luís Felipe Salomão, quarta turma, julgado em 24 set. 2019a.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. **Mandado de Segurança 5156448-60.2018.8.09.0000**, Rel. Sérgio Mendonça de Araújo, 4ª Câmara Cível, julgado em 06 ago. 2018b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. **Apelação Cível 5014120-05.2019.8.09.0152**, de Rel. Des. Itamar de Lima, em 18 de julho de 2019b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. **Apelação Cível nº 5501849-16.2019.8.09.0051**, Rel. Des. Itamar de Lima, julgado em 07 abr. 2021a.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás **AC 5094946.52.2020.8.09.0000**, Relatora Desembargadora Beatriz Figueiredo Franco, em 15 de junho de 2020b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás **Mandado de Segurança Cível 5119526-15.2021.8.09.0000**, Rel. Des(a). Aureliano Albuquerque Amorim, 2ª Câmara Cível, julgado em 26/04/2021, DJe de 26/04/2021b

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. **Mandado de Segurança 5421651.14.2020.8.09.0000**, o Relator Desembargador Alan Sebastião de Sena Conceição em 17 dez. 2020c.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. **Apelação Cível 0318444-38.2014.8.09.0051**, Rel. Des. Reinaldo Alves Ferreira, 1ª Câmara Cível, julgado em 22 mar. 2021c.

BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p.31.

CALDEIRA, Andrize Leite. **Novos direitos: poder judiciário e o direito dos idosos a uma vida digna. O caso da saúde.** São Leopoldo, 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2455>. Acesso em: 26/07/2021.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php>. Acesso em: 22 set. 2021.

CANOTILHO, Joaquim José Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição.** 7. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 2003, p. 480.

CARVALHO, Luciana Jordão da Motta Armiliato de. Sobre a política de dispensação de medicamentos no Brasil: mínimo necessário para a efetivação do direito à saúde. **Revista de Direito Social**, [s. l.], n. 29, 2008, p. 119.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos.** 4. Ed., rev., e atual. São Paulo: Saraiva, 2005.

COMPARATO, Fábio Konder. **Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas.** Brasília a. 35, n. 138 abr./jun. 1998. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/364> Acesso em: 13 jul. 2021, p. 39-48.

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. **Teoria e prática do poder de ação na defesa dos direitos sociais.** São Paulo: LTr, 2002.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional.** 4. ed. Salvador: Juspodivm, 2010.

CUPIS, Adriano de. **Os direitos da personalidade.** Tradução de Afonso Celso Furtado Resende. Campinas: Romana, 2004.

DADALTO, Luciana; VERDI, Luciana Carolina. As diretivas antecipadas de vontade no contexto protetivo do envelhecimento ativo. *In*: BARLETTA, Fabiana Rodrigues; ALMEIDA, Vitor (Coord.). **A tutela Jurídica da Pessoa idosa.** Indaiatuba/SP: Editora, p. 165.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro, Teoria geral do direito civil, vo. 1º,** São Paulo: Saraiva, 2004, p. 120

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério.** Traduzido por Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade.** Traduzido por Jussara Simões. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

ELIAS, Norbert. Envelhecer e morrer: alguns problemas sociológicos. *In*: ELIAS, Norbert. **A Solidão dos Moribundos**. Tradução de: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Direito civil: teoria geral**. 8. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

FACHIN, Melina Girardi. **Fundamentos dos direitos humanos: teoria e práxis na cultura da tolerância**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2004, p. 51.

FILOMENO, José Geraldo de Brito. **Manual de teoria geral do Estado e ciência política**. São Paulo: Forense Universitária, 1999, p. 19.

FIÚZA, César; GAMA, André Couto e. Teoria geral dos direitos da personalidade. *In*: FIÚZA, César (Coord.). **Curso avançado de direito civil**. São Paulo: IOB Thomson, 2007. p. 14.

FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, Roberto Dishinger; NERY, Mônica Rebouças. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia, NERI, Anita Libermanesso; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, Sônia Maria da (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 617

FREITAS, Juarez. Políticas públicas e controle judicial de prioridades constitucionais. **Revista da Escola da Magistratura do TRF da 4. Região**, v. I, n. I. Porto Alegre: Tribunal Regional Federal da 4. Região, 2014. p. 141-157.

FREIRE JÚNIOR, Américo Bedê. **O controle judicial de políticas públicas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da; NUNES, Marina Lacerda. Pessoas idosas com Alzheimer diálogos entre a constituição federal o estatuto do idoso e o estatuto da pessoa com deficiência. *In*: BARLETTA, Fabiana Rodrigues; ALMEIDA, Vitor (Org.). **A tutela jurídica da pessoa idosa**. Indaiatuba/SP: Editora Foco.

HESSE, Konrad. **A Força Normativa da Constituição**. Porto Alegre: Sérgio Fabris, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Estatísticas sociais – 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=noticias-e-releases>. Acesso em: 28 jan. 2021

JUNGES, J. R. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. *In*: BARCHIFOINTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 110- 138.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

KRELL, Andreas Joachim. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os descaminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Fabris, 2002.

KRELL, Andreas Joachim. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visao comparative). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília a. 36 n. 144 out./dez. 1999. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF?sequence=4>. Acesso em: 27 jul. 2021.

LADEIRA, S.; TERRAZAS, F. V. **Idosos e direitos humanos**. São Paulo: Centro de Direitos Humanos, 2005. Coleção Cartilhas sobre Direitos Humanos.

LIMA, Lucas França de; VELOZO, Mariane Neto. Autonomia privada, bons costumes e saúde da pessoa idosa. *In*: GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da (Coord). **Direitos da personalidade da pessoa idosa**. Curitiba: Editora Appris, 2019.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Considerações sobre o trabalho do serviço social com idosos. *In*: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Org.) **A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade e Estatuto do Idoso**. Aparecida: Editora Ideias & Letras; Rio de Janeiro: 2004. p. 211.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. Família e solidariedade, **Boletim IBFAM – Instituto Brasileiro de Direito e Família**, Porto Alegre, Síntese, n. 43, mar/abr, 2007, p. 5.

MARQUES, Claudia Lima. Solidariedade na doença e na morte: sobre a necessidade de ações afirmativas em contratos de planos de saúde e de planos funerários frente ao consumidor idoso. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Constituição, direitos fundamentais e direito privado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 186.

MARQUES, Sílvia Badim. O Princípio Constitucional da Integralidade de Assistência à Saúde e o Projeto de Lei 219/07: Interpretação e Aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, 2009.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de *et al.* O sentido do envelhecer para o idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]., v. 26, n. 01, p. 57-65, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32382020>. Acesso em: 11 fev. 2022. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32382020>.

MERCADANTE, Elisabeth F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Revista Serviço Social & Sociedade**. [s. l.], Ano XXIV , n. 75, set. 2003.

MORAES, Maria Celina Bodin de. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Constituição, direitos fundamentais e direito privado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **O princípio da dignidade da pessoa humana**. Na medida da pessoa humana: estudos de direito civil constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2010. p. 108.

NETTO, Matheus Papaléo. Processo de envelhecimento e longevidade. *In*: NETTO, Matheus Papaléo. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

NUNES, Rui. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/77/81. Acesso em: 27 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **News Perspectiva Global Reportagens Humanas**. 2017. Disponível em: <https://news.un.org/pt/audio/2017/09/1213381>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **News Perspectiva Global Reportagens Humanas**. 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/10/1728162#:~:text=A%20proje%C3%A7%C3%A3o%20para%20os%20pr%C3%B3ximos,de%20baixa%20e%20m%C3%A9dia%20rendas>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Fortalecendo os Direitos das Pessoas Idosas: A Caminho de uma Convenção**. Brasília: Presidência da República, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - Unesco. **Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos**. Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/human-rights-brazil>. Acesso em: 02 fev. 2020.

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. *In*: PEIXOTO, Clarice. **Velhice ou Terceira Idade**. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1998.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil**. 21. Ed, ver. E atual. Maria Celina Bodin de Moraes, Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005, v. I, p. 214.

PEREIRA, Tânia da Silva. O cuidado como valor jurídico. *In*: PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de (Coord.). **O cuidado como valor jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In*: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia Tamaso (Coord.). **Política Social no Capitalismo: Tendências contemporâneas**, 2009, 2ª edição, Cortez Editora.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002, p. 155-156.

PRIMEIRA ASSEMBLÉIA MUNDIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO. Plano de ação internacional de viena sobre o envelhecimento. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/epsico/publicas/humanizacao/prologo.html>. Acesso em: 19 set. 2021.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcelos; PRADO, Adriana Romeiro Almeida. Mudanças adequadas aos usuários idosos: humanização do atendimento na instituição hospitalar. **Revista A Terceira Idade**. São Paulo: SESC, v.21, n.49, nov./2010.

RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de, PY, Lígia, NERI, Anita Libermanesso, CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier, GORZONI, Milton Luiz, DA ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 74.

RODRIGUES, Lizete de Souza, SOARES, Geraldo Antônio. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n.4, 2006, p. 1-29. Disponível em:
<https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1901/1413>. Acesso em: 05 jan. 2022.

ROSENDO, Adriano; JUSTO, José Sterza. Velhice e terceira idade: tempo, espaço e subjetividade. **Revista Kairós Gerontologia**, [s. l.], v.14. n. 2, 2011. Disponível em:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8212>. Acesso em: 05 jan. 2022.

ROSENVALD, Nelson. **Dignidade Humana e Boa-Fé no Código Civil**. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 08.

SAMPAIO, Nícia Regina. **A saúde como direito fundamental no estado democrático de direito**. 2003. 87f. Dissertação (Mestrado em Direitos Fundamentais) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2003.

SANTIN, Janaína Rigo; BOROWSKI, Marina Zancanaro. O idoso e o princípio constitucional da dignidade humana. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, jan./jun. 2008, p. 141-153.

SANTOS, Fernando Ferreira dos. **Princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana**. Jus.com.br, Publicado em 12/1998. Atualizado em 03/2001. Disponível em:
<https://jus.com.br/artigos/160/principio-constitucional-da-dignidade-da-pessoa-humana>. Acesso em: 5 maio 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos fundamentais sociais na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, v. 01, nº 01. Salvador: Centro de Atualização Jurídica, 2001, p. 32.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dimensões da Dignidade:** Ensaio de Filosofia do Direito Constitucional. Livraria do Advogado, Porto Alegre, 2005, p. 45-46.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 9ª Edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p. 67.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 23ª. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. v. 15, n. 1, p. 155-168, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100009>. Acesso em: 5 jan. 2022.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. Tutela coletiva do direito à saúde. Franca: Lemos e Cruz. Publicações Jurídicas, 2011.

SOUZA, Karla Cecilia Delgado Nunes e. **Direito do Idoso:** na perspectiva da repersonalização. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/4580>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

TAQUARY, Eneida Orbage de Britto. O direito fundamental do envelhecimento. **Consulex**. VIII, n. 171, fev. 2004. p. 54-56.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Envelhecendo com autonomia. In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Coord.). **Direito civil:** atualidades II: da autonomia privada nas situações jurídicas patrimoniais e existenciais. Belo Horizonte: Del Rey, 2007. p. 80-84 .

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Saúde, corpo e autonomia privada.** Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 168.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos.** Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 1997. v. 1, p. 17.

VEIGA JÚNIOR, Celso Leal da; PEREIRA, Marcelo Henrique. **Comentários ao Estatuto do Idoso.** São Paulo, LTr, 2005

VIANA, Ana Luiza; BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. Análise da Política de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa;

NORONHA, José Carvalho de, CARVALHO, Antônio Ivo de (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: FIOCRUZ & CEBES, 2009, p. 66.**

ANEXO A – Brasil: Projeção da população por sexo e idade – indicadores implícitos na projeção 2010/2060

Ano	POPULAÇÃO (em 01/07)			NASCIMENTOS	ÓBITOS	SALDO MIGRATÓRIO			TCG ⁽²⁾ (%)	TBN ⁽³⁾ (‰)	TBM ⁽⁴⁾ (‰)	TLM ⁽⁵⁾ (‰)	RAZÃO DE DEPENDÊNCIA ⁽⁷⁾ (%)			INI ENVELH.
	Total	Homens	Mulheres			Interno ⁽¹⁾	Internac.	Total					Jovens	Idosos	Total	
2010	194.890.682	95.513.298	99.377.384	2.939.435	1.240.083	0	0	0		15,08	6,36	0,00	36,32	10,77	47,09	
2011	196.603.732	96.322.635	100.281.097	2.974.525	1.247.751	0	0	0	0,88	15,13	6,35	0,00	35,37	10,99	46,36	
2012	198.314.934	97.132.054	101.182.880	2.953.890	1.258.235	0	0	0	0,87	14,89	6,34	0,00	34,45	11,24	45,68	
2013	200.004.188	97.931.331	102.072.857	2.953.178	1.270.306	0	0	0	0,85	14,77	6,35	0,00	33,56	11,51	45,07	
2014	201.717.541	98.744.098	102.973.443	3.028.202	1.284.346	0	0	0	0,86	15,01	6,37	0,00	32,78	11,81	44,59	
2015	203.475.683	99.581.002	103.894.681	3.070.979	1.299.541	0	1.003	1.003	0,87	15,09	6,39	0,00	32,15	12,13	44,29	
2016	205.166.587	100.379.640	104.776.947	2.901.053	1.314.164	0	2.496	2.496	0,83	14,14	6,41	0,01	31,57	12,49	44,05	
2017	206.804.741	101.163.599	105.641.142	3.020.743	1.330.811	0	16.998	16.998	0,80	14,61	6,44	0,08	31,11	12,87	43,98	
2018	208.494.900	101.971.173	106.523.727	3.003.585	1.349.693	0	19.501	19.501	0,82	14,41	6,47	0,09	30,75	13,28	44,03	
2019	210.147.125	102.760.295	107.386.830	2.984.414	1.368.954	0	15.601	15.601	0,79	14,20	6,51	0,07	30,42	13,72	44,14	
2020	211.755.692	103.527.689	108.228.003	2.963.516	1.389.144	0	11.700	11.700	0,77	13,99	6,56	0,06	30,11	14,18	44,29	
2021	213.317.639	104.271.843	109.045.796	2.940.629	1.410.602	0	7.800	7.800	0,74	13,79	6,61	0,04	29,83	14,67	44,50	
2022	214.828.540	104.990.487	109.838.053	2.913.688	1.433.605	0	3.899	3.899	0,71	13,56	6,67	0,02	29,63	15,19	44,82	
2023	216.284.269	105.681.529	110.602.740	2.885.501	1.458.023	0	0	0	0,68	13,34	6,74	0,00	29,43	15,74	45,17	
2024	217.684.462	106.345.043	111.339.419	2.856.690	1.483.777	0	0	0	0,65	13,12	6,82	0,00	29,26	16,31	45,56	
2025	219.029.093	106.981.304	112.047.789	2.827.039	1.510.693	0	0	0	0,62	12,91	6,90	0,00	29,11	16,90	46,01	
2026	220.316.530	107.598.485	112.727.035	2.797.674	1.539.159	0	0	0	0,59	12,70	6,99	0,00	28,95	17,51	46,45	
2027	221.545.234	108.168.830	113.376.404	2.768.000	1.569.117	0	0	0	0,56	12,49	7,08	0,00	28,77	18,14	46,90	
2028	222.713.669	108.718.587	113.995.082	2.738.355	1.600.375	0	0	0	0,53	12,30	7,19	0,00	28,59	18,78	47,37	
2029	223.821.305	109.238.514	114.582.791	2.710.134	1.632.945	0	0	0	0,50	12,11	7,30	0,00	28,36	19,42	47,79	
2030	224.868.463	109.728.762	115.139.700	2.683.440	1.666.427	0	0	0	0,47	11,93	7,41	0,00	28,08	20,06	48,14	
2031	225.854.415	110.189.007	115.665.408	2.655.650	1.700.070	0	0	0	0,44	11,76	7,53	0,00	27,84	20,71	48,55	
2032	226.777.802	110.618.592	116.159.210	2.628.742	1.736.861	0	0	0	0,41	11,59	7,66	0,00	27,61	21,36	48,97	
2033	227.638.581	111.017.537	116.621.044	2.603.540	1.773.877	0	0	0	0,38	11,44	7,79	0,00	27,32	22,01	49,33	
2034	228.437.122	111.386.062	117.051.060	2.579.544	1.812.136	0	0	0	0,35	11,29	7,93	0,00	27,04	22,65	49,89	
2035	229.173.685	111.724.392	117.449.293	2.557.147	1.851.454	0	0	0	0,32	11,16	8,08	0,00	26,76	23,28	50,04	
2036	229.847.832	112.032.426	117.815.406	2.534.413	1.891.832	0	0	0	0,29	11,03	8,23	0,00	26,48	23,90	50,39	
2037	230.459.062	112.309.958	118.149.104	2.513.030	1.933.167	0	0	0	0,27	10,90	8,39	0,00	26,22	24,52	50,74	
2038	231.007.871	112.557.327	118.450.544	2.493.021	1.975.283	0	0	0	0,24	10,79	8,55	0,00	25,97	25,13	51,10	
2039	231.494.650	112.774.820	118.719.830	2.473.758	2.017.958	0	0	0	0,21	10,69	8,72	0,00	25,74	25,77	51,52	
2040	231.919.922	112.962.751	118.957.171	2.455.519	2.060.782	0	0	0	0,18	10,59	8,89	0,00	25,54	26,46	51,99	
2041	232.284.233	113.121.438	119.162.795	2.437.785	2.103.915	0	0	0	0,16	10,49	9,06	0,00	25,35	27,18	52,53	
2042	232.588.580	113.251.454	119.337.126	2.422.219	2.147.419	0	0	0	0,13	10,41	9,23	0,00	25,19	27,93	53,13	
2043	232.834.065	113.353.443	119.480.622	2.407.325	2.191.168	0	0	0	0,11	10,34	9,41	0,00	25,06	28,73	53,78	
2044	233.020.996	113.427.597	119.593.399	2.392.409	2.234.730	0	0	0	0,08	10,27	9,59	0,00	24,94	29,55	54,49	
2045	233.149.625	113.474.061	119.675.564	2.377.677	2.278.119	0	0	0	0,06	10,20	9,77	0,00	24,85	30,40	55,25	
2046	233.220.257	113.493.052	119.727.205	2.363.150	2.321.466	0	0	0	0,03	10,13	9,95	0,00	24,77	31,27	56,04	
2047	233.233.070	113.485.011	119.748.059	2.349.527	2.364.998	0	0	0	0,01	10,07	10,14	0,00	24,72	32,17	56,89	
2048	233.190.482	113.450.253	119.740.229	2.335.541	2.407.046	0	0	0	-0,02	10,02	10,32	0,00	24,68	33,08	57,76	
2049	233.090.464	113.388.652	119.701.812	2.320.604	2.449.148	0	0	0	-0,04	9,96	10,51	0,00	24,66	33,99	58,64	
2050	232.933.276	113.300.060	119.633.216	2.304.717	2.490.559	0	0	0	-0,07	9,89	10,69	0,00	24,64	34,88	59,52	
2051	232.719.169	113.184.593	119.534.576	2.288.973	2.531.362	0	0	0	-0,09	9,84	10,88	0,00	24,63	35,76	60,38	
2052	232.448.867	113.042.592	119.406.275	2.273.127	2.571.362	0	0	0	-0,12	9,78	11,06	0,00	24,62	36,62	61,24	
2053	232.122.448	112.874.076	119.248.372	2.255.972	2.610.595	0	0	0	-0,14	9,72	11,25	0,00	24,62	37,45	62,07	
2054	231.739.632	112.678.873	119.060.759	2.237.804	2.648.830	0	0	0	-0,16	9,66	11,43	0,00	24,62	38,26	62,89	
2055	231.300.323	112.456.673	118.843.650	2.218.450	2.686.056	0	0	0	-0,19	9,59	11,61	0,00	24,63	39,05	63,68	
2056	230.805.223	112.208.379	118.596.844	2.199.622	2.722.232	0	0	0	-0,21	9,53	11,79	0,00	24,63	39,81	64,43	
2057	230.255.685	111.934.042	118.321.643	2.180.831	2.757.317	0	0	0	-0,24	9,47	11,98	0,00	24,62	40,52	65,15	
2058	229.652.298	111.634.119	118.018.167	2.161.015	2.791.329	0	0	0	-0,26	9,41	12,15	0,00	24,62	41,22	65,84	
2059	228.995.541	111.308.845	117.686.696	2.141.033	2.824.224	0	0	0	-0,29	9,35	12,33	0,00	24,61	41,91	66,53	
2060	228.286.347	110.958.642	117.327.705	2.120.842	2.856.059	0	0	0	-0,31	9,29	12,51	0,00	24,61	42,62	67,23	

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060

Notas:

- (1) A matriz de saldo migratório interno do Brasil, obtida por soma das Unidades da Federação, não é igual a zero. As diferenças encontradas variam de -13 a 8 migrantes, para cada ano, e resultam de arredondamentos obtidos no processo de interpolação dos saldos migratórios por Unidade da Federação.
 (2) TCG = Taxa de Crescimento Geométrico; (3) TBN = Taxa Bruta de Natalidade; (4) TBM = Taxa Bruta de Mortalidade; (5) TLM = Taxa Líquida de Migração; (6) TFT = Taxa de Fecundidade Total;
 (7) Razão de Dependência:
 TOTAL: POP 0-14 ANOS + POP 65 ANOS OU MAIS / POP 15-64 ANOS
 JOVENS: POP 0-14 ANOS / POP 15-64 ANOS
 IDOSOS: POP 65 ANOS OU MAIS / POP 15-64 ANOS
 (8) Índice de Envelhecimento: POP 65 ANOS OU MAIS / POP 0-14 ANOS

Projeção da população por sexo e idade em 1º de julho 2010/2043

POPULAÇÃO HOMENS - GRUPOS ETÁRIOS

GRUPO ETÁRIO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Total	95.513.298	96.322.635	97.132.054	97.937.331	98.744.098	99.581.002	100.375.640	101.161.589	101.911.173	102.760.225	103.527.689	104.211.843	104.900.487	105.681.529	106.345.043	106.991.304	107.589.495	108.168.830	108.718.589	109.238.514	109.728.762	110.189.007	110.618.592	111.017.537
0-4	1.594.516	1.513.761	1.477.567	1.446.337	1.451.690	1.507.226	1.527.223	1.530.642	1.565.301	1.571.223	1.536.789	1.523.299	1.509.396	1.485.164	1.465.678	1.441.364	1.418.608	1.392.530	1.366.226	1.339.822	1.313.357	1.286.862	1.260.367	1.233.872
5-9	8.094.637	7.962.532	7.856.445	7.794.679	7.678.145	7.574.960	7.495.649	7.459.700	7.432.381	7.435.509	7.491.634	7.512.252	7.516.076	7.500.010	7.466.888	7.422.618	7.369.361	7.305.914	7.232.314	7.148.582	7.054.766	6.951.899	6.839.999	6.712.076
10-14	8.842.587	8.780.868	8.596.730	8.405.865	8.224.795	8.080.135	7.948.620	7.843.096	7.751.949	7.666.040	7.563.501	7.484.190	7.449.226	7.422.072	7.425.264	7.481.411	7.502.112	7.506.047	7.540.921	7.547.162	7.513.141	7.500.066	7.486.634	7.433.002
15-19	8.673.896	8.693.267	8.745.322	8.804.710	8.829.069	8.795.446	8.715.095	8.552.810	8.364.052	8.185.062	8.042.202	7.912.260	7.801.878	7.717.747	7.632.793	7.531.320	7.453.067	7.418.949	7.392.665	7.366.587	7.453.221	7.474.203	7.478.801	7.514.010
20-24	8.746.116	8.711.375	8.663.577	8.614.902	8.583.358	8.578.611	8.600.164	8.654.720	8.716.490	8.744.665	8.712.945	8.634.909	8.475.014	8.288.587	8.111.918	7.911.317	7.843.592	7.741.213	7.653.010	7.500.037	7.470.587	7.470.587	7.470.587	7.470.587
25-29	8.574.606	8.629.711	8.657.414	8.662.143	8.651.104	8.630.268	8.590.076	8.555.561	8.512.314	8.465.534	8.484.294	8.508.370	8.553.553	8.624.538	8.651.626	8.621.110	8.544.666	8.387.630	8.204.388	8.031.009	7.853.232	7.716.999	7.607.629	7.581.190
30-34	7.821.287	7.982.363	8.131.451	8.283.753	8.527.746	8.700.900	8.862.666	8.913.399	8.848.183	8.850.741	8.847.421	8.901.755	8.440.996	8.451.369	8.446.055	8.403.688	8.404.634	8.385.378	8.324.589	8.299.702	8.300.209	8.325.674	8.332.118	8.444.696
35-39	6.891.527	6.990.523	7.155.968	7.341.035	7.624.863	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359	7.627.359
40-44	6.405.478	6.465.514	6.511.207	6.557.089	6.624.863	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359	6.627.359
45-49	5.768.516	5.800.219	5.985.481	6.082.367	6.167.931	6.241.647	6.303.976	6.352.579	6.401.687	6.472.175	6.576.419	6.711.034	6.876.531	7.061.247	7.245.407	7.419.108	7.580.798	7.731.316	7.865.560	7.978.594	8.066.668	8.128.997	8.165.432	8.179.855
50-54	4.900.002	5.040.349	5.178.764	5.313.246	5.441.195	5.561.009	5.673.316	5.779.573	5.877.917	5.965.289	6.041.008	6.105.571	6.156.429	6.207.294	6.278.778	6.353.320	6.416.900	6.480.739	6.663.310	7.046.316	7.217.244	7.377.487	7.526.925	7.660.696
55-59	3.964.821	4.089.187	4.227.766	4.368.967	4.510.555	4.650.762	4.789.417	4.926.386	5.059.761	5.186.871	5.306.101	5.418.069	5.523.994	5.622.011	5.709.488	5.785.373	5.851.268	5.903.677	5.966.190	6.028.495	6.132.308	6.264.412	6.425.224	6.603.964
60-64	3.081.961	3.198.692	3.313.737	3.429.277	3.548.963	3.674.713	3.805.186	3.936.707	4.078.794	4.214.303	4.350.593	4.498.379	4.638.356	4.748.149	4.871.621	4.968.027	5.037.383	5.201.061	5.297.300	5.368.487	5.459.969	5.524.296	5.577.729	5.630.710
65-69	2.253.996	2.338.108	2.438.108	2.548.108	2.667.907	2.775.210	2.883.983	2.993.314	3.103.440	3.214.226	3.327.000	3.441.910	3.558.955	3.718.432	3.948.844	4.191.090	4.408.032	4.232.502	4.359.734	4.471.440	4.584.216	4.688.647	4.778.847	4.860.176
70-74	1.689.818	1.723.263	1.770.303	1.809.993	1.859.510	1.924.795	2.003.224	2.084.581	2.168.697	2.247.267	2.368.778	2.499.910	2.600.243	2.701.380	2.806.006	2.915.596	3.028.989	3.145.702	3.264.515	3.383.690	3.501.968	3.618.911	3.734.717	3.847.628
75-79	1.105.206	1.142.121	1.190.922	1.240.998	1.289.273	1.330.216	1.368.514	1.403.314	1.434.622	1.484.658	1.542.105	1.610.235	1.688.895	1.774.682	1.862.608	1.949.716	2.036.732	2.123.408	2.210.961	2.301.516	2.396.166	2.494.028	2.594.662	2.697.044
80-84	671.628	692.289	707.304	724.631	746.369	773.094	804.695	841.980	881.564	919.059	952.619	983.758	1.012.641	1.042.996	1.079.956	1.126.100	1.180.178	1.242.110	1.309.328	1.378.193	1.445.541	1.503.484	1.552.852	1.593.484
85-89	314.944	340.340	356.240	374.288	387.076	398.787	410.381	422.377	435.871	452.078	471.252	493.422	519.178	546.326	572.074	595.279	617.114	637.836	669.812	686.235	718.616	756.161	796.785	844.827
90+	155.814	155.891	163.643	175.211	188.114	200.858	213.666	226.913	240.102	252.196	265.178	277.513	290.381	304.062	318.956	335.033	352.589	372.193	392.729	412.903	432.174	451.480	471.355	492.517

POPULAÇÃO MULHERES - GRUPOS ETÁRIOS

GRUPO ETÁRIO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Total	99.377.384	100.281.097	101.182.880	102.072.857	102.973.443	103.894.681	104.776.947	105.641.142	106.523.722	107.386.830	108.228.003	109.045.796	109.838.053	110.602.740	111.338.419	112.047.789	112.727.035	113.376.404	113.995.082	114.582.919	115.138.700	115.665.408	116.159.210	116.621.044
0-4	1.263.764	1.183.672	1.146.734	1.117.833	1.118.380	1.169.933	1.187.889	1.190.134	1.222.256	1.227.109	1.193.522	1.179.962	1.166.137	1.113.891	1.056.677	994.870	939.250	866.293	792.194	672.744	664.037	636.337	619.598	645.447
5-9	7.770.568	7.633.972	7.531.062	7.438.466	7.351.496	7.249.311	7.169.869	7.133.599	7.106.448	7.106.623	7.158.617	7.177.142	7.179.657	7.211.861	7.216.710	7.183.323	7.169.960	7.156.303	7.044.326	7.047.419	6.985.300	6.920.581	6.850.877	6.784.045
10-14	8.584.717	8.455.978	8.283.444	8.088.460	8.007.189	7.860.725	7.628.594	7.522.151	7.430.076	7.343.626	7.241.977	7.162.974	7.126.965	7.098.900	7.100.083	7.152.115	7.170.599	7.173.253	7.205.511	7.210.562	7.177.282	7.164.048	7.150.542	7.098.696
15-19	8.545.250	8.545.134	8.570.279	8.598.599	8.595.020	8.538.550	8.440.520	8.268.820	8.078.440	7.894.402	7.748.661	7.517.127	7.332.931	7.231.549	7.152.824	7.117.010	7.089.299	7.098.699	7.098.699	7.098.699	7.112.889	7.112.889	7.112.889	7.112.889
20-24	8.730.563	8.695.403	8.632.463	8.580.317	8.541.427	8.521.158	8.522.717	8.548.800	8.576.290	8.575.788	8.530.321	8.422.985	8.251.703	8.059.974	7.877.885	7.732.465	7.601.342	7.495.659	7.404.243	7.318.896	7.217.578	7.138.311	7.053.914	6.975.496
25-29	8.759.504	8.794.137	8.796.721	8.774.734	8.740.162	8.701.595	8.657.447	8.608.118	8.556.279	8.519.370	8.501.472	8.500.840	8.529.874	8.557.655	8.554.527	8.498.854	8.401.561	8.230.910	8.039.027	7.859.757	7.714.859	7.583.553	7.478.411	7.387.513
30-34	7.914.652	8.290.656	8.495.024	8.599.022	8.655.596	8.711.648	8.757.209	8.761.261	8.741.379	8.708.989	8.672.472	8.638.132	8.579.691	8.529.636	8.492.259	8.474.016	8.475.221	8.501.254	8.530.339	8.527.570	8.472.728	8.376.209	8.285.534	8.015.654
35-39	7.171.581	7.360.304	7.533.512	7.724.944	7.914.003	8.086.921	8.245.977	8.389.416	8.513.782	8.611.601	8.679.124	8.715.968	8.730.849	8.701.247	8.669.027	8.632.896	8.591.073	8.541.313	8.490.061	8.455.572	8.438.085	8.439.927	8.466.470	8.496.006
40-44	6.778.692	6.845.790	6.902.814	6.967.420	7.043.480	7.156.524	7.299.989	7.473.560	7.665.266	7.854.763	8.026.138	8.186.940	8.331.214	8.455.331	8.552.992	8.620.632	8.749.862	8.863.516	8.944.914	9.011.836	9.078.795	9.146.810	9.214.231	9.281.610
45-49	6.279.923	6.337.962	6.440.833	6.533.234	6.616.290	6.691.951	6.760.980	6.819.458	6.876.610	6.961.901	7.076.065	7.219.386	7.392.473	7.593.125	7.771.526	7.944.063	8.102.291	8.246.261	8.370.379	8.468.390	8.536.458	8.574.475		

**ANEXO B - World Population Ageing 2019 - Department of Economic and Social Affairs
Population Division - United Nations - New York, 2020**

Region, development group, country or area	Population aged 65 years or over (thousands)		Percentage aged 65 years or over		Total fertility rate		Life expectancy at birth for year 2010-2015		Life expectancy at age 65 for year 2010-2015		Males per 100 females aged 65 years or over		Males per 100 females aged 80 years or over	
	2019	2050	2019	2050	2019	2050	male	female	male	female	2019	2050	2019	2050
Saint Vincent and the Grenadines	11	21	9.7	18.9	1.9	1.7	69.6	74.5	14.5	16.5	96.5	81.3	84.5	7
Trinidad and Tobago	155	310	11.1	23.0	1.7	1.6	69.8	75.2	15.2	17.4	81.3	78.8	63.1	6
United States Virgin Islands*	21	25	19.9	28.5	2.0	1.8	76.7	82.2	16.2	20.3	78.0	68.8	60.5	6
Central America	12,574	36,023	7.1	16.1	2.2	1.8	71.6	77.6	16.8	18.9	81.2	76.7	71.7	6
Belize	19	73	4.9	12.8	2.3	1.8	71.1	76.0	17.6	18.2	104.0	80.4	99.0	7
Costa Rica	499	1,366	9.9	23.7	1.7	1.6	76.7	81.7	18.3	20.8	86.6	87.8	73.7	7
El Salvador	547	1,128	8.5	16.3	2.0	1.7	67.0	76.3	16.1	18.1	71.7	61.0	70.8	5
Guatemala	867	2,948	4.9	10.9	2.8	2.0	69.2	75.6	17.0	18.7	80.4	77.5	77.1	6
Honduras	471	1,776	4.8	12.8	2.4	1.8	71.6	76.3	17.1	19.4	81.7	83.5	70.8	6
Mexico	9,462	26,416	7.4	17.0	2.1	1.7	72.0	77.9	16.7	18.8	81.6	76.1	71.3	6
Nicaragua	357	1,273	5.5	14.9	2.4	1.9	69.8	76.4	15.9	18.5	74.4	73.9	63.7	5
Panama	353	1,043	8.3	17.8	2.4	2.0	74.4	80.4	18.9	21.2	86.8	87.7	78.3	7
South America	39,343	99,677	9.2	20.3	1.9	1.7	71.3	78.1	16.1	19.2	76.8	80.3	60.5	6
Argentina	5,035	9,480	11.2	17.3	2.2	1.9	72.2	79.0	15.0	19.1	69.1	75.4	48.8	5
Bolivia (Plurinational State of)	845	2,014	7.3	12.7	2.7	2.0	66.7	71.9	16.6	18.5	86.1	84.3	73.3	7
Brazil	19,526	52,026	9.3	22.7	1.7	1.6	70.7	78.0	16.0	19.2	75.6	78.6	59.7	6
Chile	2,252	5,060	11.9	24.9	1.6	1.6	76.3	82.1	17.5	20.8	75.6	87.2	56.7	7
Colombia	4,413	11,759	8.8	21.0	1.8	1.6	73.1	78.9	17.5	19.4	79.8	81.3	70.1	7
Ecuador	1,281	3,775	7.4	16.2	2.4	1.9	72.8	78.5	17.8	19.8	86.1	87.5	74.2	7
French Guiana*	15	70	5.3	12.9	3.3	2.6	76.2	82.8	15.9	20.7	93.2	81.2	54.2	6
Guyana	53	122	6.7	14.8	2.4	2.0	65.4	72.2	16.5	18.5	83.2	79.8	75.5	7
Paraguay	466	1,163	6.6	12.8	2.4	1.9	71.3	75.1	16.2	18.1	91.8	88.4	74.9	7
Peru	2,729	7,643	8.4	18.9	2.2	1.8	72.6	77.7	16.3	18.7	88.3	90.9	76.7	7
Suriname	41	98	7.0	14.4	2.4	1.9	67.8	74.3	13.5	16.4	72.4	73.3	60.1	5
Uruguay	517	789	14.9	21.7	2.0	1.8	73.2	80.7	15.4	20.6	64.0	75.1	41.2	5
Venezuela (Bolivarian Republic of)	2,171	5,677	7.6	15.3	2.3	1.8	69.4	77.0	14.9	17.7	79.3	75.5	61.0	5

TABLE 1 Number of Persons Aged 65 years or over, by region, 2019 and 2050

Region	Number of persons aged 65 or over in 2019 (millions)	Number of persons aged 65 or over in 2050 (millions)	Percentage change between 2019 and 2050
World	702.9	1 548.9	120
Sub-Saharan Africa	31.9	101.4	218
Northern Africa and Western Asia	29.4	95.8	226
Central and Southern Asia	119.0	328.1	176
Eastern and South-Eastern Asia	260.6	572.5	120
Latin America and the Caribbean	56.4	144.6	156
Australia and New Zealand	4.8	8.8	84
Oceania excluding Australia and New Zealand	0.5	1.5	190
Europe and Northern America	200.4	296.2	48

Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019*.

FIGURE 1.1. Countries or areas with the largest projected increase in the share of persons aged 65 years or over, 2019-2050 (percentage points)

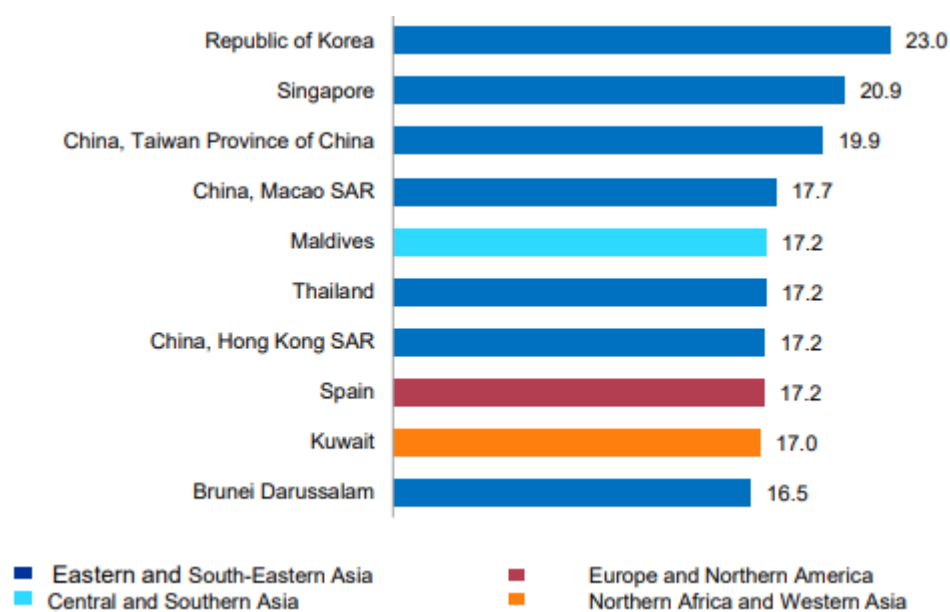


Figure 1.2. Ten countries or areas with the highest economic old-age dependency ratios, 2019 and 2050

