



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

LIDUINA MARIA ALBUQUERQUE LEITE

**EFEITOS DA JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DE IDOSOS, EM
FORTALEZA-CEARÁ: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

FORTALEZA - CEARÁ
2019

LIDUINA MARIA ALBUQUERQUE LEITE

EFEITOS DA JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DE IDOSOS, EM
FORTALEZA-CEARÁ: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de mestre. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena de Paula Frota.

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Leite, Liduina Maria Albuquerque .

Efeitos da judicialização no âmbito da saúde de idosos, em Fortaleza-Ceará: desafios e perspectivas [recurso eletrônico] / Liduina Maria Albuquerque Leite. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 223 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Helena de Paula Frota.

1. Judicialização. 2. Idoso. 3. Políticas Públicas. 4. Dignidade do ser humano. I. Título.

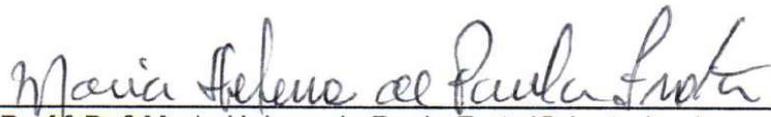
LIDUINA MARIA ALBUQUERQUE LEITE

EFEITOS DA JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DE IDOSOS, EM
FORTALEZA-CEARÁ: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

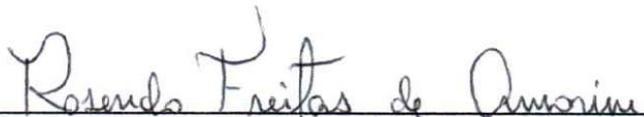
Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 09/07/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria Helena de Paula Frota (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim
Universidade de Fortaleza - UNIFOR



Prof.^a Dr.^a Adriana de Oliveira Alcântara
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Ao meu amado filho, Emanuel Davi Braga Leite Albuquerque, que me estimulou à consolidação desta pesquisa, e pela essência cristalina que reveste sua pessoa, motivando-me a trilhar pelo caminho do conhecimento e da justiça.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Jesus, pelo dom da vida. A Nossa Senhora de Fátima, por sua intercessão junto ao Pai Eterno, para consecução desse desígnio.

Aos meus saudosos pais, Manoel Albuquerque da Cunha Leite e Maria Hermília Albuquerque Leite, responsáveis pelo empreendimento da minha trajetória e pela honrada lição de vida.

À Coordenação do Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), na pessoa do Professor Doutor Francisco Horácio da Silva Frota, pela maestria e dedicação na organização e condução desse Curso.

À professora doutora Maria Helena de Paula Frota, minha orientadora, que com profícua capacidade intelectual, propiciou, por meio de suas sábias orientações, a concretização deste trabalho de pesquisa científica.

Aos professores doutores Adriana de Oliveira Alcântara e Rosendo de Freitas Amorim, pelas valiosas orientações concedidas no exame de qualificação do Projeto e pelas iluminadas participações na banca de defesa da minha dissertação.

Aos docentes do Curso de Mestrado, responsáveis pela edificação da minha formação acadêmica, transmitindo conhecimentos e aprendizado com bases epistemológicas.

A Maria Verônica Azevedo Braga, pela indelével assistência e incentivo para efetivação deste trabalho.

Ao estimado irmão, Emanuel Leite Albuquerque, pelo estímulo de ingressar na carreira jurídica, e, conseqüentemente, no Ministério Público Estadual, e pela inspiração neste propósito.

Aos demais irmãos, sobrinhos e afilhados, Antônio Lucas de Braga Oliveira e Igor Davi Albuquerque Castro Almeida que, com suas presenças, fortaleceram-me a concluir esta missão.

À minha inesquecível irmã, Maria Gorete Albuquerque Alcanfor, que sempre me apoiou nos meus projetos.

A Marta Maria Pereira Nunes de Oliveira e ao Raimundo Bernardino da Silva, pela colaboração nesta pesquisa.

Aos colegas da Turma 16, pela convivência harmoniosa, alegre e positiva, nomeadamente, Francinella de Moura Mascarenhas, Samila de Moraes Fonseca, Gecivone Passos Gonçalves e Ana Cristina Araújo de Vasconcelos.

Enfim, a todas as pessoas que, de uma ou de outra maneira, colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho, a minha singela gratidão.

“O conjunto das leis que necessitam de uma promulgação universal para produzir um estado jurídico é o direito público. Este é, portanto, um sistema de leis para um povo, i. é, uma multidão de homens, ou para um conjunto de povos, os quais, encontrando-se sob influência recíproca entre si, necessitam de um estado jurídico sob uma vontade que os una, uma constituição (*constitutio*), a fim de chegarem ao que é de direito.”

(KANT, 2014, p.311)

RESUMO

Pesquisa concernente à judicialização no âmbito da saúde de idosos, em Fortaleza/Ceará, tendo como objetivo geral identificar os efeitos do referido fenômeno na esfera da saúde dos proventos, além dos desafios e das perspectivas concernentes à efetiva proteção social àqueles que envelhecem neste município. No tocante aos objetivos específicos estabeleceu-se averiguar se o direito social à saúde do idoso, por intermédio do instituto da judicialização, materializou-se, de modo a atender às necessidades dos demandantes; bem como examinar o entendimento pertinente a este fenômeno pelo Poder Executivo e pelas instituições públicas, sobretudo, Ministério Público e Defensoria Pública; ainda investigar os tipos de tratamentos de saúde pleiteados por esse segmento perante a Justiça Estadual, em 2017. Pesquisa qualitativa e descritiva, com assente em estudo sobre a análise dos efeitos da judicialização na conjuntura da atenção à saúde do contingente Idoso, no Município de Fortaleza, no período de 2017. Como metodologia, recorreu-se à consultas bibliográficas e documentais, além de suporte digital, via *internet*. Contempla este trabalho dados relativos à judicialização no Brasil, com base nos relatórios expedidos pelo Conselho Nacional de Justiça. E, também, estudo relacionado a 771 processos, propostos pela categoria idosa, visando tratamentos de saúde, em 2017, na 1ª instância da Justiça Estadual do Ceará, considerando amostra de 302 processos que custou ao Estado o valor de R\$ 13.523.162,70, com arrimo nos informes do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (E-SAJ). Os resultados demonstraram que a judicialização da saúde de idosos é dispendiosa, de sorte que ocasionou a superlotação da máquina judiciária e impacto no orçamento público. Todavia, tal fenômeno é imprescindível, diante da ausência do Estado para satisfação desse direito social, constituindo-se como instrumento essencial para efetivação de políticas públicas de saúde, no sentido de promover qualidade de vida com dignidade a esse grupo.

Palavras-chave: Judicialização. Idoso. Políticas Públicas. Dignidade do ser humano.

ABSTRACT

It was a research concerning on judicialization of health of elderly citizens in Fortaleza/Ceará, Brazil, with the general objective of identifying the effects of this phenomenon on the health of older adults, in addition to the challenges and perspectives concerning the effective social protection to the aging population in this city. Regarding the specific objectives it aimed to verify whether the social right to health of elderly people, through judicialization, materialized in order to meet the needs of the applicants; as well as to examine the understanding pertinent this phenomenon by the Executive Power and by public institutions, especially the Public Prosecutor's Office and the Public Defender's Office; and to investigate the types of health treatments claimed by this segment before the State Justice, in 2017. It was a qualitative and descriptive research, based on study on the analysis of the effects of judicialization on the health care situation of older adults in the city of Fortaleza in 2017. Bibliographic and documentary research were used as methodology, as well as online digital support. This study presents data related to judicialization in Brazil, based on the reports of the National Justice Council, in addition to study comprising 771 lawsuits proposed by the elderly population seeking health treatment, in 2017, in the first instance of the Court of Justice of Ceará, considering a sample of 302 cases, which cost the state the amount of R\$ 13,523,162.70, supported by the reports of the Court of Justice of Ceará (E-SAJ). Results demonstrated that the judicialization of health of older adults is expensive, causing the overcrowding of the justice system and impacting the public budget. Nevertheless, this phenomenon became essential, given the absence of the State to honor this social right, constituting an essential instrument for implementing public health policies, in order to promote quality of life with dignity to this group.

Keywords: Judicialization. Aged. Public Policy. Dignity of the Human Person.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Projeção da população mundial total e de idosos – 2011, 2050 e 2100.....	67
Gráfico 2-	Ações Judiciais no Brasil triplicam na primeira instância.....	150
Gráfico 3-	Números de ações judiciais patrocinadas por defensor Público ou advogado Particular.....	153
Gráfico 4-	Situação econômica dos demandantes.....	154
Gráfico 5-	Situação econômica dos demandantes, por gênero e idade.....	155
Gráfico 6-	Número de ações judiciais propostas contra o Poder Público, por gênero (%)......	156
Gráfico 7-	Proporção dos processos, por gênero e idade (%)......	157
Gráfico 8-	Doenças catalogadas nos processos pelos idosos.....	159
Gráfico 9-	Doenças especificadas, por gênero e idade.....	159
Gráfico 10-	Tratamentos pleiteados judicialmente.....	163
Gráfico 11-	Tratamentos, por gênero e idade.....	164
Gráfico 12-	Medicamentos e insumos registrados na ANVISA %.....	166
Gráfico 13-	Medicamentos e insumos disponíveis na RENAME %.....	167
Gráfico 14-	Deferimento ou indeferimento de tutela de urgência antecipada.....	168
Gráfico 15-	Sentenças proferidas relativas à saúde do idoso, em 2017.....	169
Gráfico 16-	Custos dos tratamentos, por gênero e idade.....	170
Gráfico 17-	Custos dos tratamentos completo, por doenças.....	171
Gráfico 18-	Custos totais pelos tipos de tratamentos de saúde.....	172
Gráfico 19-	Histórico dos processos judicializados da saúde do idoso, de 2017 a 2018.....	173

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTD	Agenda Nacional de Trabalho Decente
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ARE	Recurso Extraordinário com Agravo
CF	Constituição Federal
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
COMARE	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CONJUR	Consultor Jurídico
CPC	Código de Processo Civil
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DNT	Doenças Não Transmissíveis
Dr	Doutor
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
ELSA	Estudo longitudinal inglês sobre o envelhecimento
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC	Centro Internacional de Longevidade Brasil
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPEA	Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao Idoso
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei do Orçamento Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação

MIN	Ministro
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PET	Petição
PNI	Política Nacional do Idoso
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPA	Lei do Plano Plurianual
REL	Relator
RE	Recurso Extraordinário
REes	Recurso Especial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Rede Nacional de Serviços de Saúde
RMV	Renda mensal vitalícia
Scielo	<i>Scientific Electronic Library On-line</i>
SESC	Serviço Social do Comércio
SIDA-AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TJ-CE	Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	METODOLOGIA.....	26
1.1.1	Meios de Instrumentos de coletas de dados.....	27
2	O ENVELHECIMENTO NA ESFERA SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA ESPECIALIZADA.....	33
2.1	FENÔMENO POPULACIONAL DO ENVELHECIMENTO.....	33
2.2	TERMOS E FASES RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO.....	40
2.3	ENVELHECIMENTO E GÊNERO.....	45
2.4	O DIREITO À CIDADANIA E À DIGNIDADE DO IDOSO.....	49
2.5	DIREITOS SOCIAIS CONSAGRADOS NA NORMA ÁPICE DE 1988.....	56
2.6	PROTEÇÃO SOCIAL PARA VELHICE.....	58
2.7	DADOS ACERCA DO ENVELHECIMENTO.....	67
3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE PROTEÇÃO AO IDOSO.....	69
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	69
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	74
3.2.1	Universalidade.....	78
3.2.2	Integralidade.....	79
3.2.3	Equidade.....	81
3.2.4	Regionalização e hierarquização.....	82
3.2.5	Descentralização.....	83
3.2.6	Participação popular.....	83
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO.....	85
3.3.1	Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena (1982)...	85
3.3.2	Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri (2002)...	87
3.3.3	Conferências Regionais sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe.....	88
3.3.4	Políticas públicas de saúde do idoso no Brasil.....	90
3.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO.....	94
3.4.1	Saúde.....	94
3.4.2	Participação.....	96
3.4.3	Segurança.....	97

3.4.4	Aprendizagem ao longo da vida.....	98
3.4.4.1	Fatores determinantes do envelhecimento ativo.....	99
3.4.4.2	Fatores determinantes transversais: cultura e gênero.....	99
3.4.4.3	Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social.....	100
3.4.4.4	Fatores determinantes comportamentais.....	101
3.4.4.5	Fatores determinantes pertinentes aos aspectos pessoais.....	101
3.4.4.6	Fatores determinantes concernentes ao ambiente físico.....	102
3.4.4.7	Fatores determinantes do ambiente social.....	103
3.4.4.8	Fatores determinantes econômicos.....	104
4	EFEITOS DA JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DE IDOSOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS.....	107
4.1	ACESSO AO PODER JUDICIÁRIO E DECISÕES ESTATAIS JUDICIAIS NA ÁREA DE SAÚDE.....	110
4.1.1	Tutela processual provisória de urgência	111
4.1.2	Prioridade do idoso na celeridade do processo.....	115
4.2	O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS.....	116
4.3	AUDIÊNCIA PÚBLICA DE SAÚDE DIRECIONADA À JUDICIALIZAÇÃO.....	117
4.4	ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NA PRESTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	120
4.5	SEPARAÇÃO DOS PODERES DA FEDERAÇÃO.....	122
4.6	PODER EXECUTIVO E LIMITAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS.....	125
4.7	TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL.....	127
4.8	ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO.....	129
4.9	ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA.....	133
4.10	ATUAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.....	135
4.10.1	Instituição do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde.....	135
4.11	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A JUDICIALIZAÇÃO.....	137
4.11.1	Medicamentos dos componentes básico, especializado e estratégico.....	138
4.12	DECISÕES DO STF RELATIVA À DISPENSAÇÃO DE	

	MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO.....	141
4.13	PARÂMETROS DAS DECISÕES DO STF E STJ RELACIONADAS AO FORNECIMENTO DE FÁRMACOS.....	145
5	RESULTADOS.....	149
5.1	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL EM 2017, COM BASE NOS NÚMEROS DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA- CNJ.....	149
5.2	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO EM FORTALEZA/CEARÁ DA 1ª INSTÂNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL.....	151
5.2.1	Quantidade de processos judicializados da saúde do idoso, em Fortaleza.....	152
5.2.2	Quantidade de demandas patrocinadas por defensor público ou advogado particular.....	153
5.2.3	Quantidade de ações postuladas, consoante o gênero	154
5.2.4	Faixa etária dos demandantes	155
5.2.5	Situação econômica dos demandantes	156
5.2.6	Doenças mais frequentes em idosos.....	158
5.2.6.1	Doenças especificadas em idosos, por gênero e idade.....	159
5.2.7	Tipos de tratamentos de saúde mais requestados pelos idosos..	162
5.2.7.1	Tratamentos de saúde por gênero e idade.....	163
5.2.8	Medicamentos e insumos registrados na ANVISA.....	165
5.2.9	Medicamentos e insumos constantes na RENAME.....	167
5.2.10	Pleitos de tutela de urgência antecipada.....	168
5.2.11	Sentenças relativas à saúde do idoso.....	169
5.2.12	Custos dos tratamentos, por gênero e idade.....	170
5.2.13	Custos dos tratamentos, por doenças.....	171
5.2.14	Custos totais, pelos tipos dos tratamentos.....	172
5.2.15	Quantidades de processos judicializados da saúde do idoso e não idoso nos anos de 2017 e 2018.....	173
6	RECOMENDAÇÕES.....	176
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
	REFERÊNCIAS.....	186
	APÊNDICES.....	203
	APÊNDICE A - DADOS DOS PROCESSOS DISTRIBUÍDOS NO	

ANO DE 2017, NAS VARAS DA FAZENDA PÚBLICA, CONSIDERANDO UMA AMOSTRA DE 302 AÇÕES.....	204
ANEXOS.....	219
ANEXO A – RELATÓRIO DE PROCESSOS DA SAÚDE DO IDOSO, NOS ANOS DE 2017 E 2018.....	220
ANEXO B – RELATÓRIO DE PROCESSOS DA SAÚDE DO SEGMENTO NÃO IDOSO, NOS ANOS DE 2017 E 2018	222

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito reconhecido, internacionalmente, que passou a ser amparada nos Textos Constitucionais dos Estados modernos, no sentido de proporcionar aos cidadãos vida saudável, com base no princípio da dignidade da pessoa humana. No século XX, a saúde despontou como direito fundamental, alcançando destaque após instituição da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH). Além disso, foi instituída a Organização Mundial da Saúde (OMS), que representou evolução quanto à relevância desse direito, sendo classificado, inclusive, como direito social de primeira grandeza.

Em 1946, a OMS sugeriu o conceito de saúde, o qual foi reputado para época como concepção revolucionária, ou seja: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade” (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946). Tal definição não considerou somente a inexistência de moléstias, mas também o bem-estar satisfatório do cidadão, contudo, ensejou diversas refutações, uma vez que os recursos públicos destinados à área de saúde poderiam não ser suficientes para materialização integral do bem-estar em todos os aspectos.

É de se realçar a importância do Estado do Bem-Estar Social, conhecido pela denominação em inglês *Welfare State*. Esse modelo foi adotado, especificamente, nos países capitalistas, surgindo após a Segunda Guerra Mundial, sendo seu desenvolvimento associado aos problemas sociais introduzidos desde o processo de industrialização. Referenciado paradigma representa o Estado como agente de promoção social, que assegura parâmetros mínimos de saúde, educação, seguridade social, habitação a todos os cidadãos, isto é, o Estado como garantidor de políticas públicas.

É patente que a efetivação do direito à saúde é uma questão que, além de envolver a atuação do Estado, conta com a participação de vários setores da sociedade, na busca de elementos que tornem legítima a dignidade do ser humano, fundamento da República Federativa do Brasil, consoante à norma insculpida no artigo 1º, inciso III, do Texto Ápice Constitucional.

No Brasil, o advento da Constituição Federal de 1988 legitimou o Estado Social e Democrático de Direito, com a participação efetiva da sociedade, consolidando os direitos e as garantias fundamentais, com destaque para o direito à saúde. Portanto, a novel Carta elevou a saúde à condição de direito fundamental, seguindo as diretrizes do Texto Italiano de 1948 e da Carta Portuguesa de 1976 (BULOS, 2015).

Esse direito social, pelo seu caráter de fundamentalidade, é inserido no especial grupo de direitos que constitui o mínimo existencial. O Poder Público deve agir com a integração das unidades federadas, colimando assegurar esse bem jurídico social tão imprescindível para sobrevivência do cidadão, sobretudo para o segmento idoso que, no âmbito social, sofre com as desigualdades e injustiças.

Barbosa (1999) pontificou que:

A regra da igualdade não consiste senão em quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desiguam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real (BARBOSA, 1999, p.26).

Então, para extinguir a reprodução das desigualdades sociais, além da aplicação de políticas universais, é necessária realização de ações concretas que objetivem como prioridade a inclusão de pessoas que se encontram, especialmente, em estado de vulnerabilidade, de modo a velar pelo cumprimento de seus direitos. Desta feita, as condições e os pressupostos efetivos imprescindíveis ao exercício dos direitos fundamentais são produzidos pelo Estado Social no Brasil, que se destina a cumprir “[...] a tarefa igualitária e distributivista, sem a qual não haverá democracia e nem liberdade” (BONAVIDES, 2017, p.387).

Assim, no ordenamento jurídico brasileiro, a positivação do direito à saúde é assegurada na Norma Ápice vigente, intitulado como direito fundamental de todos, tendo sido conquistado com suporte de muitos embates sociais, atribuindo-se ao Estado o dever constitucional no cumprimento deste direito social (CF, arts. 6º e 196), que o materializa por meio de políticas públicas, para tanto instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir serviços e ações de saúde, de maneira universal, integral e igualitária (art. 198). Ainda, a Lei Maior estabeleceu sistema de

seguridade social holista, englobando saúde, previdência e assistência social, denotando paradigma desenvolvido de proteção social.

No tocante aos direitos sociais, sobretudo o direito à saúde, leciona Piovesan (2011, p.118) que um dos princípios aplicáveis é “[...] o princípio da observância de um patamar mínimo de proteção (*minimum core obligation*), extraído do princípio da dignidade da pessoa humana, de modo que a proteção mínima aos direitos sociais demanda prioridade e urgência”. Referido preceito foi elaborado pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, com aceitação unânime na jurisprudência internacional.

No entanto, após o transcurso de 30 anos da Norma Ápice em vigor, o Estado não teve o potencial de concretizar, dignamente, o direito social à saúde por meio de prestações positivas. Nessas circunstâncias, observa-se o contingente longo como um dos grupos mais prejudicados da população, eis que em virtude da idade avançada, tornam-se, muitas da vezes, entes fragilizados. A despeito disto, enfrentam máquina estatal ineficiente, com negativa de tratamentos e outros aspectos desfavoráveis, como o extenso prazo de espera para consecução de procedimentos de saúde.

Ressalta-se que o segmento longo é uma parte da população que tem aumentado celeremente, sendo constatado nos países desenvolvidos o fato de que o envelhecimento populacional ocorreu em quadro positivo na esfera socioeconômica, o que ensejou o alargamento dos mecanismos de proteção social. Ao passo que, nos países em desenvolvimento, até mesmo no Brasil, o envelhecimento transcorre em situação de enorme crise, dificultando a operacionalização do sistema de tutela social para todo esse contingente.

O processo de envelhecimento merece reflexão, no que concerne às condições de vida desse grupo, porquanto alguns integrantes vivem a velhice com autonomia, principalmente na esfera financeira, enquanto outros, na contextura social, passam essa fase ladeados pela pobreza, pelas doenças, pelos problemas familiares e demais mazelas, e, neste caso, é imperiosa a consolidação de políticas públicas direcionadas para esse segmento, conforme necessidades deste.

Segundo a Organização Mundial de Saúde(OMS), considera-se pessoa idosa aquela que está na faixa etária de 60 anos e mais. Igualmente, no Brasil, é

adotado esse limite de idade, à luz dos textos preconizados pelo Estatuto do Idoso e pela Política Nacional do Idoso.

Acerca do envelhecimento, Beauvoir (1990, p.619) pronuncia: “Quando o velho não é vítima de condições econômicas e fisiológicas que o reduzem ao estado de sub-homem, permanece, ao longo das alterações da senescência, o indivíduo que foi [...]”. E acrescenta a filósofa francesa: “A doença e o contexto social podem arruinar o fim de uma existência ativa e generosa”(1990, p.619).

Com efeito, para manter a longevidade populacional de maneira positiva, tem-se um desafio social a ser enfrentado: a garantia ao direito à saúde, fundamental para existência da vida humana, especificamente na velhice, uma vez que se caracteriza como etapa em que surgem mais enfermidades. Tal direito é efetivado por intermédio de políticas públicas.

Sob esse prisma, importante destacar a noção de que as políticas públicas de saúde são programas, ações e decisões produzidas pelo Poder Público, que têm o dever de garantir e efetivar o reportado direito mediante políticas sociais e econômicas, objetivando a redução do risco de enfermidades e de outros agravos, com a prestação de assistência à saúde a todo cidadão, incluindo a participação e o controle da sociedade, em consonância com a diretriz prevista pelo artigo 196, da Constituição Federal.

Nesse contexto, no tocante às políticas públicas para saúde de idosos, é imprescindível reportar-se à Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Viena (1982). Foi a primeira conferência universal, que aprovou um Plano Global de Ação direcionado ao envelhecimento, sobretudo daquela população dos países desenvolvidos, com a meta crucial de sensibilizar e influenciar os governos a elaborarem políticas públicas voltadas à categoria longeva, no sentido de proporcionar proteção econômica e social a esse estrato.

E, também, a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento que ocorreu em Madri (2002), a qual aprovou uma Declaração Política, além de um notável Plano de Ação Internacional, que consistiu nas prioridades principais, quais sejam: as pessoas idosas e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar na velhice; e o ambiente propício e favorável ao envelhecimento. O Plano teve como

enfoque o desenvolvimento de política universal, norteadas ao envelhecimento, para o século XXI, inclusive para os países em desenvolvimento.

Destarte, referidas assembleias internacionais influenciaram as políticas públicas de saúde para categoria idosa, no Brasil, com normas protetivas dispostas no Texto Maior de 1988, e na legislação infraconstitucional, notadamente, a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei 8.842/94, e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03).

Entretanto, não é suficiente apenas a existência dos diplomas normativos, pois, a despeito da vasta legislação brasileira, urge a efetiva concretude de políticas públicas que viabilizem a melhoria na qualidade de vida de idosos, e não somente restringir ao campo da normatização. São evidentes as omissões e falhas do Poder Público, na prestação dos serviços de saúde à população pelo Sistema de Saúde Pública (SUS), até mesmo do segmento idoso, de modo universal, integral, gratuito e igualitário.

E, em razão dessa ineficiência, surgiu a intervenção do Poder Judiciário na Administração Pública, a judicialização da saúde, com a finalidade de assegurar ao demandante hipossuficiente a materialização do respectivo direito.

Assenta Siqueira Neto (2017) que:

O enfraquecimento da máquina estatal responsável pelo planejamento e execução das políticas sociais constitucionais não poderia ter outra consequência senão a busca pelos cidadãos da satisfação de suas necessidades sociais por meio das ações judiciais – previstas na própria Constituição – para assegurar o acesso à prestação positiva de um direito fundamental (SIQUEIRA NETO, 2017, p.17).

Logo, a judicialização da saúde de idosos consiste na interferência do Judiciário, por ocasião da análise e do julgamento das ações judiciais propostas por esse grupo, que busca o acesso aos serviços e tratamentos de saúde, em suma, requestando a efetivação desse direito fundamental. É um fenômeno contemporâneo e complexo, porquanto a prestação desse medular direito está intrinsecamente vinculado à sobrevivência humana.

Elegeu-se, portanto, como objeto desta pesquisa os efeitos do instituto da judicialização, concernentes à saúde do contingente idoso, eis que as políticas públicas de saúde não estão sendo implementadas satisfatoriamente para esse segmento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas consolidando-se por intermédio

do Poder Judiciário, configurando-se sua atuação uma perspectiva para o cumprimento das diretrizes constitucionais regedoras da matéria. Além disso, constitui desafio, dado o impacto expressivo no orçamento público e aumento demasiado de controvérsias judiciais. E, ainda, considerando-se pessoas que exigem atenção e cuidados específicos, logo, uma parcela imponente desse grupo exhibe doenças crônicas, além de redução na capacidade funcional – que integra saúde física e mental.

A motivação para este estudo despontou em decorrência da atuação profissional, que se desenvolve na qualidade de promotora de Justiça, titular da 61ª Promotoria da Fazenda Pública de Fortaleza, com atribuições no desempenhar do múnus, dentre outras, de trabalhar extrajudicial e judicialmente, pela execução de políticas públicas da saúde de idosos.

E, ainda, em face do nítido desrespeito pelos entes públicos ao direito social em foco, posto que não é prestado de modo digno para os longevos, sendo, pois verificado aumento imódico na judicialização.

Então, na atual realidade social, é fundamental pesquisar a efetividade das políticas públicas de saúde desse segmento, considerando conjuntura socioeconômica desvantajosa, com diversos fatores, como a pobreza, a exclusão social, a violência, entre outras nódoas, consistindo a inclusão de referida matéria nas agendas das políticas públicas desafio a ser confrontado e perspectiva de promoção de bem-estar na saúde dos longevos, por conseguinte, na qualidade de vida, vislumbrando aumento da existência do ser humano.

Portanto, o direito à saúde de idosos tem ampla relevância, porque a efetividade desse direito social proporciona no terreno da velhice vida com dignidade, especialmente, considerando que essa parcela contribuiu para o desenvolvimento do Brasil.

Braga (2005) delinea, com bastante percuciência elucidativa, quanto à valorização do idoso no cenário social:

Quando o Brasil reconhecer o potencial de seus membros idosos, passará a lutar para que o direito os reconheça como cidadãos. E, finalmente, se os idosos tiverem sua cidadania reconhecida e garantida, será possível dividir entre a família, o estado e a sociedade, a responsabilidade e o prazer de cuidar daqueles que estão envelhecendo. Quando estivermos neste grau de evolução, estaremos conquistando o nosso próprio espaço no futuro e resguardando a nós mesmos um envelhecimento digno. Neste momento,

poderemos nos identificar como uma sociedade ética, que reconhece todos os ciclos da vida e os preserva sem distinção. A criança, o adolescente, o adulto e o idoso têm o mesmo espaço social e o mesmo direito ao respeito, respeito esse entendido na sua forma mais ampla (BRAGA, 2005, p.161).

Nessa conjuntura, a problematização dessa temática aporta grande preocupação na contemporaneidade, pois a vida é o bem jurídico mais precioso do ser humano e, para que possa mantê-la, estendendo a longevidade com qualidade, é necessário que todos tenham acesso aos serviços de prestação à saúde, mediante a efetivação desse direito social, consolidado pela Carta Magna Federal de 1988 e legislação infraconstitucional.

Com efeito, a problematização desta pesquisa reside no fato de se verificar que o direito fundamental à saúde em Fortaleza/Ceará, para o contingente provecto, é concretizado de forma precária, muitas vezes, não se efetiva nem parcialmente, pelos entes federativos, deixando esse grupo à míngua de tratamentos de saúde essenciais a sua sobrevivência. Em vista disso, devido à inércia do Poder Público em garantir esse direito por via de políticas públicas, aumentou excessivamente a busca para o acesso à saúde mediante a propositura de demandas judiciais.

Assim, esse fenômeno vem repercutindo no Poder Judiciário, por ser guardião e intérprete qualificado da Constituição Federal e das leis, por meio da propositura de ações judiciais promovidas pela categoria de idosos carentes, em desfavor da União, Estado e/ou Municípios, objetivando a garantia do acesso à prestação positiva desse direito fundamental constitucional.

Portanto, o surgimento de quantidade acentuada de demandas judiciais é fato crítico, porquanto demonstra a inoperância do Sistema Único de Saúde – SUS, na consagração da saúde como direito universal, necessitando, pois, buscar o fortalecimento desse sistema para possibilitar novo modelo de promoção de saúde que atenda aos anseios dos idosos de maneira eficiente, no sentido de lhes oferecer condições saudáveis no curso de vida.

Outrossim, revela-se como dificuldade o impasse entre a sociedade civil organizada, vindicando a realização do direito ora mencionado, de acordo com as prioridades do longo e, sob outra perspectiva, um Estado que reduz ações garantidoras de direito, adotando estratégias, com fundamento no princípio da

reserva do possível, privilegiando o orçamento público em detrimento do direito à saúde e, ainda, determinando o corte de gastos sociais.

É irrefragável que os gastos pertinentes aos direitos sociais, incluindo a saúde, requerem por parte do Estado a previsão de disponibilidade de recursos para concretização de políticas públicas que promovam a satisfação das necessidades da coletividade. Nesse ângulo, ensina Canotilho (2001) que a realização dos direitos sociais constitui:

Um importante problema de competência constitucional: ao legislador compete, dentro das reservas orçamentais, dos planos econômicos e financeiros, das condições sociais e econômicas do país, garantir as prestações integradoras dos direitos sociais, econômicos e culturais (CANOTILHO, 2001, p.369).

De tal modo, quando os serviços de saúde pública estão aquém para garantir o atendimento à categoria sob exame, desponta a judicialização como marco para resolução dessa controvérsia e, em vista disso, nesse momento, é pertinente formular as indagações:

- O direito social à saúde do idoso, em 2017, por meio do instituto da judicialização, materializou-se, de modo a atender às necessidades dos demandantes?
- Qual o entendimento do Poder Executivo e das instituições públicas, no caso o Ministério Público, a Defensoria Pública acerca do Instituto da Judicialização?
- Quais os tipos de tratamentos de saúde pleiteados por esse segmento, na 1ª instância da Justiça Estadual, em 2017?

Essas questões manifestam a trajetória a ser traçada em busca de respostas harmonizáveis com os objetivos deste estudo, quais sejam: o objetivo geral, que consiste em identificar os efeitos da judicialização, no âmbito da saúde de idosos, além dos desafios e das perspectivas concernentes à efetiva proteção social àqueles que envelhecem, em Fortaleza-Ceará, em relação ao ano de 2017. Entretanto, os objetivos específicos envolvem: pesquisar se o direito social à saúde do idoso, por intermédio do instituto da judicialização, materializou-se, de modo a atender às necessidades dos demandantes; averiguar o entendimento do Poder Executivo e das instituições públicas, no caso o Ministério Público, a Defensoria

Pública acerca do instituto da judicialização; investigar os tipos de tratamentos de saúde pleiteados por esse segmento, na 1ª instância da Justiça Estadual, em 2017.

Por conseguinte, é essencial a efetivação de políticas públicas para assegurar tal direito em integralidade pelo Poder Executivo, todavia, quando não implementadas, o instituto da judicialização emerge como instrumento judicial a proporcionar a prestação desse direito social. Visível, então, é a relevância da pesquisa acerca da relação entre a Política Pública de Saúde, Idoso e Judicialização.

Esse empreendimento acadêmico apresenta recomendações para potencializar a atuação do Poder Público em prol da efetivação do direito à saúde do grupo de idosos, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), para observar o cumprimento dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e da igualdade, e, ainda, lançou contribuições para melhorar as condições de operacionalização dos serviços prestados pelo SUS, visando redução da judicialização nesse âmbito, porquanto a saúde é direito de todos, até porque a contemplação somente daqueles idosos demandantes em causas judiciais ocasionará desigualdade social.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos, além das considerações finais. O primeiro capítulo é da Introdução, em que se delinea o objeto da pesquisa, a motivação, a problemática, os objetivos e a metodologia em relação aos efeitos da judicialização, no âmbito da saúde do idoso, em Fortaleza/Ceará, no ano de 2017.

O segundo módulo é de natureza e estrutura conceituais, com a demonstração das categorias de análises que representam o núcleo da discussão teórica sobre contingente investigado, associado ao aumento da longevidade da população mundial e no Brasil. Aborda o fenômeno populacional de envelhecimento e de conceitos que lhes são correlatos, na esfera internacional e no Brasil. Versa, ainda, sobre as fases e os termos peculiares à velhice, remontando à França no século XIX, incluindo as designações velhos '*vieux*' ou velhotes '*vieillard*' e 'idosos'. Tem destaque a expressão 'terceira idade', que também se originou na França, em 1970. Igualmente, no Brasil, foram adotados tais termos e fases.

Em seguida, reporta-se à análise do envelhecimento, conforme o gênero, ou melhor, como mulheres e homens situam-se na sociedade, extensivo tal fato ao grupo do idoso feminino e masculino. Adiante, explicita-se o direito à cidadania e à dignidade do segmento longevo, e os direitos sociais, nomeadamente o direito à saúde, preconizado na Carta de 1988. A proteção social para velhice, acobertada pelo modelo da política social, assentado também na Constituição. E, ao final, os dados acerca do envelhecimento.

O terceiro capítulo discorre sobre as políticas públicas de saúde dessa parcela populacional, ressaltando o Sistema Único de Saúde (SUS), princípios e diretrizes constitucionais deste. Disserta sobre as Assembleias das Nações Unidas, celebradas em Viena (1982) e Madri (2002), volvidas ao envelhecimento populacional. E faz-se alusão às conferências regionais intergovernamentais a respeito do envelhecimento da América Latina e o Caribe. Ainda, traz a lume a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre outras. Por final, explana o envelhecimento ativo, considerado política de saúde constante da diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O quarto capítulo relaciona-se à judicialização da saúde do idoso, que despontou em razão da negativa do Estado em fornecer tratamentos indispensáveis à saúde dessa camada populacional, sendo, portanto, a intervenção judicial meio para positivação desse direito fundamental. A concepção do Poder Executivo, Ministério Público e Defensoria Pública pertinente à judicialização, os efeitos que ocasionam na Administração Pública, e, também, esse fenômeno como o último recurso para garantir o direito inviolável à saúde. Posicionamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Supremo Tribunal Federal (STF), Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJ-CE) a respeito deste assunto.

Finalmente, o quinto capítulo retrata os resultados da pesquisa, informando dados referentes à judicialização no Brasil, com base nos relatórios do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), contemplando as ações judiciais relacionadas à saúde, ajuizadas de 2014 até 31/12/2017. Além disso, menciona outra pesquisa

do CNJ, noticiando quanto ao aumento do percentual do número de processos da 1ª instância da Justiça, atinentes à saúde, no período de 2009 a 2017.

E panorama da judicialização do direito à saúde pública do idoso, no Município de Fortaleza-CE, no ano de 2017, com o total de 771 demandas, sendo examinado desse universo amostra de 302 processos, evidenciando quanto às causas judiciais patrocinadas por defensor público ou advogado particular, as enfermidades que mais acometeram os proventos, os tipos de tratamentos requeridos, por gênero e idade, os custos com a judicialização, os percentuais dos fármacos e insumos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (SUS), entre outros aspectos, e encerrando com as recomendações no tocante à tônica pesquisada.

1.1 CAMINHOS DA PESQUISA

Manejou este estudo o método de investigação qualitativa e descritiva, que se justifica porque se trabalhou com técnicas de coleta de dados arremadas em elementos subjetivos, incluindo posicionamentos, valores, interpretações e análise documental, bem como identificando a problematização em profundidade.

De acordo com Minayo (2010):

A pesquisa qualitativa visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010, p. 23).

E arremata a autora Minayo (2013):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha como o universo dos significados, dos motivos, das aspirações [...] (MINAYO, 2013, p.21).

Para concretização dos objetivos alcançados, especialmente na identificação dos efeitos da judicialização no âmbito da saúde do idoso, no Município de Fortaleza-Ceará, referente ao ano de 2017, utilizou-se de levantamento de dados

para coleta de elementos que, ao final, possibilitou a consecução dos resultados desta pesquisa, conforme a natureza do fenômeno estudado.

Os principais agentes envolvidos neste ensaio científico são os idosos que integram os processos judiciais, no polo ativo da relação jurídica. E o campo de trabalho é o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, adotada em virtude da atuação da autora deste escrito como promotora de Justiça da Fazenda Pública, em que observou inúmeras proposituras de demandas judiciais, objetivando a satisfação do direito à saúde pela classe longeva.

1.1.1 Meios de instrumentos de coletas de dados

A pesquisa consistiu em diversas etapas de investigação, quais sejam: na consulta bibliográfica a livros, teses, dissertações e artigos em periódicos científicos. Referida etapa foi realizada em bases bibliográficas físicas, abrangendo arcabouço teórico de estudiosos sobre o assunto, como também a análise de instrumentos documentais, que envolve pareceres, relatórios, leis, dentre outros.

Além do mais, neste experimento, adotou-se, também, como fonte, o suporte digital, por via *internet*, em *sites* especializados, como: Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Google, Portal de Periódicos da CAPES, do Ministério da Educação - MEC, *Jus Navigandi*, Conjur (Consultor Jurídico), E-SAJ – Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, utilizando-se as palavras-chave “direito à saúde”, “políticas públicas de saúde” e “judicialização da saúde do segmento Idoso”.

Recorreu-se, ainda, à análise documental das diretrizes jurídicas, com legislações e normas do disciplinamento da temática ora pesquisada, a seguir descrita: Constituição Federal, legislações do Ministério da Saúde, legislações estaduais, resoluções e recomendações, e relatórios “Justiça em Números” do Conselho Nacional de Justiça, do Conselho Nacional do Ministério Público, ONU (*United Nations*), jurisprudências do Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, Ministério Público e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Traduziu-se a pesquisa na elaboração de dados que revelam informações da judicialização da saúde no Brasil, no Estado do Ceará, segundo o Conselho Nacional de Justiça. E, ao estudo relacionado a judicialização da saúde do idoso em Fortaleza, relativo ao ano de 2017, na 1ª instância da Justiça Estadual, nas Varas de Justiça da Fazenda Pública, sendo discriminada a quantidade de demandas requestadas pelo aludido segmento, que solicitaram a intervenção do Poder Judiciário para satisfação do direito à saúde. Para tanto, utilizou-se da amostra de 302 processos, escolhidos com base na 1ª distribuição da ação judicial do referido ano, seguindo a ordem por distribuição de horário e data.

Dos dados coletados no *síte* do E-SAJ do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, no curso da investigação, constatou-se o que vem na sequência:

- Quantidade de processos judicializados da saúde de idosos, em Fortaleza, pertinente ao ano de 2017;
- Ingresso de ação judicial patrocinada pela defensoria pública ou por advogado particular, qual desses entes postularam mais demandas alusivas à prestação jurisdicional de saúde de idosos;
- Situação econômica de idosos, por gênero e idade;
- Número de ações judiciais propostas contra o Poder Público, por gênero (%);
- Proporção dos processos, por gênero e idade (%);
- Doenças catalogadas nas demandas que mais acometeram os longevos;
- Doenças, por gênero e idade;
- Tipos de tratamentos mais requestados judicialmente;
- Tratamentos de saúde, por gênero e idade;
- Medicamentos e insumos com registro na Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- Fármacos e Insumos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (SUS);
- Pleitos de tutela de urgência antecipada;
- Ações julgadas procedentes, improcedentes ou julgadas sem resolução do mérito, referentes aos tratamentos de saúde;

- Custos dos tratamentos, por gênero e idade;
- Custos dos tratamentos completos por doenças;
- Custos totais judicializados por tratamentos;
- Processos judicializados de idosos e não idosos, alusivos aos anos de 2017 e 2018.

Ademais, Análise de documentos no âmbito internacional e nacional.

Na esfera internacional

- Organização das Nações Unidas (ONU).
- Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH).
- Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena, em 1982.
- Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madri, em 2002.
- Conferências Regionais sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe organizadas pela Comissão Econômica Para a América Latina e o Caribe (CEPAL):
 - I Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe, em Santiago no Chile, no ano de 2003.
 - II Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe, em Brasília, no Brasil, ano de 2007.
 - III Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe, em São José da Costa Rica, em 2012.
 - IV Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe, em Assunção, no Paraguai, em 2017.

As referidas conferências regionais intergovernamentais buscaram retratar e adaptar as normas internacionais à realidade regional, abordando a elaboração de políticas públicas para o grupo de longevos em consonância com as especificidades de cada região.

Na esfera nacional: Leis

- Lei n. 7.347/1985 – disciplina Ação Civil Pública.
- Lei nº 8.080/1990 - que regulamenta o SUS – Sistema Único de Saúde, estabelecendo a organização e estrutura do funcionamento dos serviços de saúde.
- Lei nº 8.142/1990 - dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.
- Lei nº 9.782/1999 – cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao Ministério da Saúde.
- Lei nº 12.401/2011, que alterou as diretrizes da Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a Assistência Terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011b).
- Lei nº 13.105/15 – institui o novo Código de Processo Civil.

Na esfera nacional: Portarias, Decreto e Resoluções

- Portaria MS nº 545/93, estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, que aprovou a Norma Operacional Básica do SUS, nº 01/1996.
- Portaria nº 3.916/1998, que trata da Política Nacional de Medicamentos.
- Portaria MS nº 373/ 2002 (Ministério da Saúde), que aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2002 – NOAS-SUS 01/2002.
- Portaria GM/MS nº 1.254/2005 – Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename (COMARE).
- Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011d).
- Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 1/2012 – que instituiu as diretrizes nacionais da Rename na esfera do SUS (BRASIL, 2012a).

- Portaria GM/MS nº 1554/2013 - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Ministério da Saúde).
- Portaria nº 40/2014 - Comitês Estaduais para a formação de Fóruns Estaduais de Saúde.

Fórum e Jornadas Nacionais de Saúde

- Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, em 2010.
- I Jornada Nacional de Saúde, em 2014.
- II Jornada Nacional de Saúde, em 2015.
- III Jornada Nacional de Saúde, em março de 2019.

Legislação e documentos aplicáveis às pessoas idosas

- Portaria nº 82/74, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).
- Lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948/96 -Política Nacional do Idoso (PNI).
- Lei nº 10.741/03 - Estatuto do Idoso.
- Portaria nº 2.528/06 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Lei nº 13.466/17, que acrescentou a Lei nº 10.741/03 a seguinte redação: Política que garante prioridade aos longevos de 80 anos.
- Pacto pela Saúde, instituído em 2006, com suporte nas decisões proferidas na V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil – ILC, 2015, documento “Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade”.

Conferências e Congressos

- 8ª Conferência Nacional de Saúde, sediada em Brasília, em 1986, que determinou as bases doutrinárias do novo sistema de saúde.
- Resolução nº 01, da citada Conferência.

- VI Congresso Brasileiro de Direito e Saúde. A Saúde Pós Trinta Anos da Constituição Brasileira, realizado em Fortaleza/Ceará, em maio de 2019.

Relação de revistas e periódicos que tratam acerca do objeto da pesquisa

- Revista Consultor Jurídico – CONJUR. STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte 1). 27 abril 2018.
- Revista Ciência & Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. 23 (6) Jun 2018.
- Revista Âmbito Jurídico – Eficácia e aplicabilidade das normas constitucionais programática. n. 173, 2018.
- Revista do Programa de Políticas Públicas da UECE. Conhecer: debate entre o público e o privado. v. 6, n. 16, 2016.
- Revista de Administração Pública. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, 2012.
- Revista de Direito Sanitário. Judicialização do direito à saúde. São Paulo v. 9, n. 2, 2008.
- Revista da Defensoria Pública. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, Ação Civil Pública e controle judicial de políticas públicas. Publicação Edepe, ano 1, n. 1, v.2, 2008.

Com efeito, os elementos coletados no percurso investigativo desta pesquisa propiciaram as respostas dos objetivos, geral e específicos, além de análise crítica das questões e elaboração propositiva, quando das recomendações para efetivação de políticas públicas de saúde pelo Poder Público, para fins de possibilitar o acesso aos serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao contingente idoso, no sentido de reduzir a judicialização e conferir a todos esse direito fundamental.

2 O ENVELHECIMENTO NA ESFERA SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA ESPECIALIZADA

[...] se a cultura não fosse um saber inerte, adquirido de uma vez por todas e depois esquecida; se fosse prática e viva; se através dela o indivíduo tivesse sobre o seu meio um poder que se realizasse e se renovasse ao longo dos anos, em todas as idades ele seria um cidadão ativo e útil; [...] na sociedade ideal que acabo de evocar, pode-se imaginar que a velhice, por assim dizer, não existiria; [...] o indivíduo morreria sem ter passado por uma degradação; a última idade seria realmente conforme a definição que dela dão certos ideólogos burgueses: um momento da existência diferente da juventude e da maturidade, mas possuindo o seu próprio equilíbrio e deixando aberto ao indivíduo um grande leque de possibilidades (BEAUVOIR, 1990, p. 664).

Inicialmente, é relevante expressar que este capítulo é de natureza e estrutura conceituais, com a demonstração das categorias de análises que representam o núcleo da discussão teórica sobre o segmento idoso, associado ao aumento da longevidade da população mundial e no Brasil, incluindo as políticas públicas de saúde desse grupo populacional e o instituto da judicialização. Tal temática envolve relação conflitante entre o Estado e os cidadãos, que buscam o acesso ao direito à saúde do contingente longo, bem como a intervenção judicial como meio para concretizar esse direito fundamental.

É com arrimo nas categorias analíticas que se procede à revisão do referencial teórico, no qual esta pesquisa se fundamenta. Destacam-se as categorias: fenômeno populacional do envelhecimento na esfera social, políticas públicas de saúde do idoso e judicialização.

2.1 FENÔMENO POPULACIONAL DO ENVELHECIMENTO

A velhice, no decurso da história da humanidade, esteve relacionada à decrepitude do organismo, sofrendo, portanto, o contingente idoso com a exclusão no meio social. No Brasil, embora haja o registro de avanços em prol dessa categoria, a senilidade continua a ser representada de modo negativo, especificamente, considerando a classe social a que o idoso pertence.

O envelhecimento populacional nos países desenvolvidos realizou-se em um quadro positivo na esfera socioeconômica, o que ensejou o alargamento dos mecanismos de proteção social. Enquanto isso, nos países em desenvolvimento,

inclusive no Brasil, tal fenômeno ocorre celeremente, mas em situação de elevada crise econômica que dificulta a operacionalização do sistema de tutela social para todo o grupo de idosos, devido ao crescimento das demandas nas esferas sociais e econômicas.

Em conformidade com a literatura internacional, o aumento da longevidade da população mundial, até mesmo no Brasil, sucedeu em razão das transformações sociais e econômicas, impulsionadas por fatores como a retração da taxa de natalidade, os avanços da Medicina, da tecnologia, especificamente na área de saúde, proporcionando o prolongamento da expectativa de vida e, conseqüentemente, a expansão do segmento idoso.

Camarano e Pasinato (2004, p.254) prelecionam que “[...] o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e no Brasil, a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento”. Acrescentam as autoras que, embora o envelhecimento populacional seja largamente reconhecido como relevante conquista social do século XX, também apresenta amplos desafios para implementação de políticas públicas¹.

Considera-se pessoa idosa aquela que está na faixa etária de 60 anos e mais, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o texto preconizado no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.747/03, e no da Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/94.

Nesse momento, impende trazer à tona o conceito de velhice, lançado pela filósofa francesa Simone de Beauvoir, na renomada obra *A Velhice* (1990, p.17): “A velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo”. E completa (1990, p. 20): “[...] a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural”.

Para o gerontologista estadunidense Lansing, destacado por Beauvoir (1990, p.17), a definição de envelhecimento consiste em “Um processo progressivo

¹Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população brasileira idosa ultrapassou, no ano de 2017, o quantitativo dos 30,2 milhões, equivalendo ao crescimento de 18% desse segmento etário (IBGE, 2018). E, para o ano de 2025, o Brasil será o 6º país com maior número de pessoas idosas (OMS, 2005).

de mudança desfavorável, geralmente ligado à passagem do tempo, tornando-se aparente depois da maturidade e desembocando invariavelmente na morte”.

Sálvea Paiva (2014, p.30) enfatiza o conceito externado pelo dr. Leonard Hayflick (1996): “[...] o envelhecimento é a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período de tempo”. Aliás, elucida a autora que é a definição mais aceita no cenário mundial, sob a óptica biológica, na literatura geriátrica.

Nesse contexto, o envelhecimento ocorre de maneira heterogênea, com as pessoas envelhecendo de forma distinta, ponderando o critério de classe social e, ainda, fatores como padrão econômico, cultura, raça, gênero e relações geracionais, entre outros. É de se reconhecer que nessa conjuntura social os idosos suportam os padecimentos conforme a classe social onde estão estratificados. Nas palavras de Teixeira (2009):

[...] diferença promovida pela delimitação de classe, que atribui centralidade ao envelhecimento do trabalhador na constituição da problemática social do envelhecimento; diferencia as experiências de velhice, determinada pelas diferenças dos sujeitos empíricos, das situações e condições de vida, das trajetórias coletivas e individuais (TEIXEIRA, 2009, p.114).

Beauvoir (1990. p.17) aduz que “Tanto ao longo da história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice”. Reporta-se a filósofa ao fato de que há imensa distância que dissocia um operário que se mantém com um salário/pensão ínfima e um abastado na sociedade. Ainda, a distinção das velhices individuais acontece ante as outras causas como a saúde, família, educação.

Desse modo, o envelhecimento populacional se caracteriza como resultado da reprodução do sistema capitalista, não se configurando como um dado natural. A classe trabalhadora na velhice é desprezada na coletividade. Nesta etapa, o velho perde sua humanidade, seu valor, equivalente a qualquer mercadoria e, com o transpor do tempo, ocorre o declínio do capital (PAIVA, 2014).

E complementa a escritora:

O (a) velho(a) deixa de ser alguém com muito tempo de vida para ser o(a) que se descarta por estar em desuso e, conseqüentemente, sem valor. Concomitantemente, e com a mesma intencionalidade, se reproduz a imagem fantasmagórica da velhice (PAIVA, 2014, p.139).

Nas palavras de Ecléa Bosi (2007, p.77): “A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo a força de trabalho ele já não é produtor nem reprodutor”. E arremata que a acumulação de patrimônio, como a posse, propriedade, pertencente ao velho de uma classe privilegiada, o protege no meio social, ou seja, seus bens tutelam sua pessoa da depreciação, do abandono.

Com efeito, o envelhecimento na ordem capitalista implica para o trabalhador a perda do valor de uso pela idade, vivenciando o idoso situação de pauperismo, desamparo e doenças, porquanto muitos deles não possuem recursos sequer meios de produção que proporcionem velhice com dignidade, de forma a suprir as necessidades. O envelhecimento não atinge a todos os proventos de modo idêntico, logo existem realidades diversas em relação às condições de vida, conforme a classe social.

Nessa diretriz, discorre Paiva (2014) que a lógica do capital ainda impera, por meio dos movimentos sociais que batalham pelo atendimento das demandas do universo da mulher, dos negros, bem assim de outros segmentos, principalmente, dos jovens para inclusão ou permanência deles no mercado de trabalho, sendo, portanto, da maioria das lutas, excluídos os idosos, que permanecem na invisibilidade.

De acordo com Beauvoir (1990), a longevidade era um privilégio dos mais abastados até o século XIX, porquanto os idosos pobres não estão na história, tampouco na literatura. E que ao se reportar à categoria dos velhos, falava-se, principalmente, dos homens pertencentes à classe privilegiada, visto que as mulheres, por terem sido consideradas inferiores durante a história, não estão em evidência nos livros e nem nas lendas mais antigas acerca do envelhecimento humano.

Assenta a autora que, na Grécia antiga, os mais velhos eram também os que mantinham mais riquezas e poder; a pessoa do ancião era muito respeitada. Anunciando que, para Platão, a figura do velho corresponde ao ápice da sabedoria, do conhecimento e da virtude; que ele, livre das necessidades do corpo, é o mais qualificado para dirigir a *pólis* ideal, tornando-se merecedor do respeito e da obediência dos mais jovens. Entende o filósofo que a decrepitude física não diminui o homem, julgando que a alma pode explorar o corpo em seu favor.

No entanto, acrescenta à pensadora, que para Aristóteles, alma e corpo estão unidos, e a degradação do corpo lesiona de modo negativo o espírito. Compreende que o lugar dos velhos não é, então, à frente da *pólis*, pois, com a decadência do organismo, os atributos ruins emergem, afetando a pessoa em sua totalidade. E que a experiência de vida não representa um progresso, mas decaída. Em razão do conceito de velhice, esses devem ser afastados do poder, por considerar que eles são pessoas quebrantadas (BEAUVOIR, 1990).

Ainda a citada filósofa retrata o cenário do século XIX, a respeito do envelhecimento nas distintas classes sociais que, conforme se entende, a situação continua bem semelhante na atual sociedade. Assim se refere:

Antigos operários reduzidos à indigência e à vagabundagem, velhos camponeses tratados como bichos, velhos pobres situam-se no mais baixo nível da escala social. São os velhos das classes superiores que ocupam o cume. A oposição é tão flagrante que se poderia quase pensar que se tratava de duas espécies diferentes. As mudanças econômicas e sociais, tão nefastas para uns, favoreceram, ao contrário, os outros (BEAUVOIR, 1990, p.213).

Portanto, a questão do envelhecimento se origina “[...] bem mais da diferença e das desigualdades de classe, da oposição entre exploradores e explorados, do que do conflito de gerações, de conflito entre trabalhadores ativos e inativos ou de uma visão romanceada da velhice” (TEIXEIRA, 2017, p.39). Não se pode contestar o fato de que a arte de envelhecer ocasiona situações bem distintas, como o analfabeto que não sabe ler nem escrever em comparação aos doutores, os operários frente aos executivos, empresários e vice-versa.

Nos dias de hoje, a velhice é considerada etapa que representa o declínio do ser humano, todavia é imperioso assimilar que carece ser vista como processo natural. Então, cabe ao Poder Público proporcionar meios à participação ativa do idoso na sociedade, com o propósito de realizar projetos e dar seguimento a existência com qualidade de vida e dignidade.

Assinala Beauvoir (1990) que a idade avançada não deve ser fator indiferente à existência, pois fundamental é a aceitação, porquanto nos diz respeito:

[...] paremos de trapacear; o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos, se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é

necessário, se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana (BEAUVOIR, 1990, p. 12).

É de bom alvitre mencionar o posicionamento de Alcântara (2016, p.339), no sentido de que o fenômeno da velhice requer atenção por parte do Estado e da sociedade, eis que é “[...] um fenômeno que atingirá a todos, isto é, desde que não se morra antes da velhice chegar – afinal de contas, velho deixará de ser sempre somente o outro”.

Ainda acerca do envelhecimento, exprime Beauvoir (1990, p.32) que “[...] a medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico: ela o considera inerente ao processo da vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, a morte”. Deduz a autora que o estudo da velhice deve ser compreendido em totalidade, isso porque tal questão não é somente um fato biológico, mas também cultural.

Outro aspecto a ser assinalado, relaciona-se à constituição da velhice como problema social, resultando em mudanças de ordem econômica que afetam as estruturas no trabalho. Nesta perspectiva, o ensinamento do sociólogo francês Remi Lenoir (1996):

A “velhice” como problema social surgiu, antes de tudo, na classe operária pelo fato da extensão rápida, sobretudo a partir de meados do século XIX, da organização do capitalismo do trabalho e do sistema de atitudes que lhe é associado. Presume-se que o salário remunera apenas a força investida no trabalho [...] a “velhice” dos operários é, então, assimilada, pelo patronato capitalista, à “invalidez”, isto é, à “incapacidade” para produzir. [...] Foi a partir dessa lógica que as caixas de aposentadoria foram instituídas pelos empresários a fim de reduzirem os custos da produção, desfazendo-se em condições honrosas dos trabalhadores idosos que ganhavam demais pelo rendimento fornecido (LENOIR, 1996, p. 79).

Manifestou também Guita Debert (1998) que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a constituição da velhice revela-se como problema social, entendendo que pesquisadores atuantes nessa temática procedam a análises e estudos a respeito do problema, para mostrarem possibilidades que objetivem melhor assimilação desse fenômeno. Além disso, relata que a transformação da velhice em problema social não resulta do crescimento do número de pessoas do segmento idoso, como tende a sugerir a noção de “envelhecimento demográfico”, empregada pelos demógrafos e utilizada com frequência pelos

cientistas sociais para justificar seu interesse, tanto pessoal como social, em pesquisas referentes a esta matéria. Expressa a socióloga:

Na transformação do envelhecimento em problema social estão envolvidas novas definições de velhice e do envelhecimento, que ganham dimensão com a expressão Terceira Idade [...]. O discurso sobre a Terceira Idade, assim, não acompanha simplesmente processos de mudanças objetivas. Pelo contrário, ele deve ser entendido como parte constitutiva dessas mudanças. Contribui para acelerar e direcionar processos, na medida em que opera reclassificações que são constitutivas das formas de gestão do envelhecimento (DEBERT, 1998, p. 23).

Para Minayo (2004), a concepção do envelhecimento como problema evidencia-se pela frequente divulgação dos déficits nos cálculos da previdência social, devido o direito à aposentadoria ser acobertado pelo manto da universalização, aplicáveis aos idosos. Defende, porém, a socióloga que essa percepção de falência do sistema previdenciário, ocasionado pela decadência da política social, deve ser relativizada. Sustenta que, na acepção do Estado, geralmente, a velhice é especificada como problema social, sendo o Ente Estatal nas sociedades ocidentais o regulador do curso de vida, desde a fase do nascimento até a morte.

Para a antropóloga, que reproduz o entendimento de Wright Mills (1974), essa etapa deve ser refletida como questão pública, e não como problema social: “Como questão pública, o fenômeno do envelhecimento deve ser focalizado positivamente para o desenvolvimento humano. Portanto, pensar a velhice como questão pública, é bem diferente de tratá-la como problema social” (MINAYO, 2004, p.19). Preleciona a autora que:

No imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica – seja para a família, seja para a sociedade – e como uma ameaça às mudanças. Essa noção tem levado as sociedades a subtraírem dos velhos seu papel de pensar seu próprio destino. No entanto, nunca faltaram exceções a tais práticas, o que pode ser exemplificado com o reconhecimento pelas sociedades indígenas da figura do pajé ou xamã ancião ou, nas sociedades ocidentais, dos poderosos, ricos e famosos quando gozam de saúde física e mental e econômica. As exceções porém não podem esconder as grandes dificuldades socioeconômicas que os idosos, particularmente os pobres, sofrem nos mais diferentes contextos de vida (MINAYO, 2004, p.16).

De tal modo, observa-se que a sociedade, a própria família, tem imagem negativa das pessoas que estão nessa etapa da vida, adotando a convicção de que

o ser humano tem valor de acordo com o que produz e de quanto auferir, formando-se, então, esse panorama depreciativo dos idosos em consequência da ideologia produtivista que mantém a sociedade capitalista.

Essa visão, todavia, está se enfraquecendo graças às transformações sociais, econômicas e demográficas, que ensejam a alteração dos valores culturais atinentes aos longevos, passando a velhice a ser reputada como questão pública, e não somente um problema particular, de família. Destarte, o Estado deve garantir a todos seus direitos, mediante a efetivação de programas e políticas sociais direcionadas a esse segmento, sobretudo, para aquela parcela que se encontra na miséria, abandonada, sem dispor, até mesmo, de assistência familiar.

No que se referem às pesquisas médicas pertinentes ao processo de envelhecimento, percebe-se que despontaram no século XX, com o surgimento da ciência Gerontologia. Consoante Debert (1998), os primeiros discursos científicos integravam a área médica e tratavam o envelhecimento como degradação fisiológica, em que era prescrita a adoção de regras de higiene corporal associada com o retardamento dessa etapa. Posteriormente, com a implantação das políticas de aposentadoria, a problemática se insere no âmbito político-administrativo, que passou a averiguar o custo para manutenção do aludido processo.

Dessa forma, aclaram os especialistas a respeito da referida questão, nomeadamente os gerontólogos, incumbidos de examinar a temática do envelhecimento populacional, visando propor alternativas que possibilitem uma velhice bem-sucedida, conforme as necessidades advindas nessa etapa da vida, ou seja, tais profissionais são impulsionadores de políticas públicas em favor desse segmento.

2.2 TERMOS E FASES RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO

Ressalta-se a mudança do termo de “velho” para “idoso”, sendo usado oficialmente e normatizado nas políticas estatais (LENOIR, 1996). A respeito disso, Peixoto (2007), no artigo “Entre os estigmas e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade...”, faz alusão ao cenário francês, elucidando que, na França no século XIX, o assunto da velhice era focado

naquelas pessoas desprovidas de recursos financeiros sem garantia de subsistência no futuro, como o indigente. Logo, aquelas pessoas que detinham um razoável patrimônio, nas palavras de Ariès, “o(s) patriarca(s) com experiência preciosa”, ocupavam posição social, usufruíam de respeito, e ainda conduziam os seus bens.

Essa categoria da população com mais de 60 anos recebeu termos diferenciados de tratamentos: “[...] designava-se mais corretamente como velho (*vieux*) ou velhote (*vieillard*) os indivíduos que não detinham estatuto social², enquanto os que possuíam status eram em geral designados como idosos (*personne âgée*)” (PEIXOTO, 2007. p.71).

No entendimento da escritora, a acepção de “velho” é associada à improdutividade, ao declínio psicológico e físico, afirmando que “[...] ser velho é pertencer à categorização emblemática dos indivíduos idosos e pobres” (2007, p.72). Entretanto, explana que, com o advento do século XX, nos anos 1960, surgiu uma novel política social para a velhice, em razão do aumento do valor das pensões que propiciou prestígio à categoria, com alteração nas expressões de tratamento, além de novo olhar para questão da velhice. Sendo, portanto, suprimidos termos considerados depreciativos dos documentos oficiais, especialmente dos textos relacionados a esse contingente.

Para Peixoto (2007), a inserção do termo “idoso”, embora retrate mais suavidade no tratamento, recebeu crítica de estudiosos do assunto, como Lenoir (1984), que considerou a palavra idoso menos valiosa que o vocábulo velho, ainda que traduza mais respeitabilidade e dignidade.

Segundo a autora, o termo idoso reflete indeterminação, vez que:

serve para caracterizar tanto a população envelhecida em geral, quanto os indivíduos originários das camadas sociais mais favorecidas. Para além do caráter generalizante desse termo, que homogeneiza todas as pessoas de mais idade, esta designação deu outro significado ao indivíduo velho, transformado em sujeito respeitado. A partir de então os problemas dos velhos passaram a constituir necessidades dos idosos. Se é verdade que os velhos se tornaram pessoas respeitadas através do termo idosos, este parece ser ainda mais valorizado com a criação da categoria aposentado, que introduz melhorias nas condições de vida das pessoas envelhecidas:

²Consoante Peixoto (2007, p.71), no século XVIII, a expressão “velhote” não evidenciava sentido pejorativo, pois intitulava também os velhos integrantes da classe rica.

através de instrumentos legais elas passam a adquirir um estatuto social reconhecido (PEIXOTO, 2007, p.73-74).

Além disso, pontifica a literata antropóloga (2007) que a valorização dessa classe populacional, também, decorre da implantação das aposentadorias, e que, desde 1962, a política de inclusão da velhice adotada na França objetivava alterações no âmbito político-administrativo, bem como renovação referente à imagem da classe *provecta*. Nessa senda, os novos aposentados passaram a demonstrar padrões na sociedade equivalentes aos da classe média que subsistem de salário, despontando, então, no lugar de uma velhice decaída, enfraquecida, uma velhice relacionada à arte de bem sobreviver.

Sobre a matéria, Guillemard citado por Peixoto (2007, p.76) assevera que: “[...] definindo uma nova arte de bem envelhecer, que propõe que todos os rendimentos sejam voltados (...) para o estabelecimento da própria autonomia (...), a nova doutrina faz da velhice um empreendimento privado”.

Dessa feita, tornou-se premente a instituição de uma nova expressão para representar os aposentados mais jovens, e, assim, emergiu a dicção “a terceira idade”, que significa envelhecimento ativo e autônomo, uma nova fase da vida, em que a inatividade é preenchida pela execução de outras atividades movidas pelo dinamismo.

Aduz Laslett transcrito por Debert (1997) que a expressão “terceira idade” se originou na França em 1970, com a instituição das “*Universités du T’roisième Âge*”, implementada por ocasião da introdução das políticas sociais destinadas à velhice nesse país. Igualmente, no ano de 1981, foi inserido no vocabulário da Inglaterra.

Ainda, ensina a autora supracitada, que, no domínio francês, há grande sistema de assistência social para os idosos, como meio de compensação para os franceses que recebem aposentadoria com valor baixo, como assistência médica gratuita, auxílio-moradia, restituição dos gastos com fármacos.

Nesse âmbito, o idoso na sociedade atual está ocupando outro papel, nomeadamente, aqueles pertencentes à ‘terceira idade’, constituindo-se uma nova categoria, denominados de ‘jovens velhos’, que representa um modo independente e dinâmico de viver.

Nesse sentido, Alcântara (2010) reporta-se à ‘terceira idade’:

[...] onde se propaga a imagem de velho bem-sucedido, isto é, os “jovens velhos” - os aposentados dinâmicos, podendo usufruir de um tempo de diversão e liberdade e é neste momento que se formam mercados de consumo, cujo alvo é a circulação do dinheiro do aposentado – a atividade turística direcionada a este grupo etário sob a denominação de turismo para a terceira idade, somado ainda a uma indústria de produtos cosméticos, prometendo a eterna juventude, como também a criação de especialidades profissionais. Entretanto, há que se enfatizar que são prerrogativas às quais quem tem acesso é uma parcela privilegiada, mas, ideologicamente, transformou-se em um valor reproduzido por toda a sociedade. De fato, essa noção oculta uma realidade social em que a heterogeneidade econômica e etária está mascarada (ALCÂNTARA, 2010, p.03).

Sob a óptica econômica, a parcela populacional de idoso, precipuamente, os da terceira idade, integra camada representativa e crescente no mercado de bens de consumo. E, sob o prisma sociológico, eles “[...] constituem um emergente ator social, com poder de influir nos seus destinos, pela sua significância numérica e qualitativa, por meio da construção de leis de proteção, de conquista de benefícios e pela presença no cenário político” (MINAYO, 2004, p.22).

Assim, o modo de tratamento “terceira idade” pertinente ao grupo de idosos é bastante utilizado pelos pesquisadores, logo, além de ser expressão que tem como referência uma idade cronológica, é uma maneira de tratamento direcionada às pessoas de faixa etária mais avançada, que não produz uma acepção desvalorativa (DEBERT, 1999).

Por oportuno, extrai-se, com base na literatura, que a fase concernente à terceira idade consolida, na sociedade, na mídia, um período memorável para o idoso que possui independência financeira, autonomia, boa saúde, consumidor de bens no mercado, como também dispõe de tempo para o lazer e realização de projetos. Para uma parcela dessa população, no entanto, desprovida de recursos financeiros, emerge grande preocupação, visto que são excluídos do meio social, sendo estigmatizados como pessoas decadentes.

Nessa diretriz, a socióloga Debert (1997) leciona que:

Essas novas imagens do envelhecimento que acompanham a construção da terceira idade ocupam um espaço cada vez maior na mídia que – respondendo ao interesse crescente da sociedade pelas tecnologias de rejuvenescimento – desestabiliza mecanismos tradicionais de diferenciação no interior do mundo dos experts e, ao mesmo tempo, abre novos campos para a articulação de demandas políticas e para a constituição de novos mercados de consumo. As iniciativas voltadas para a terceira idade

transformam o envelhecimento em uma experiência mais gratificante; contudo, esse sucesso surpreendente é proporcional à precariedade dos mecanismos de que dispomos para lidar com os problemas da velhice avançada (DEBERT, 1997, p.46).

Efetivamente, parte desse segmento vivencia a miséria e as doenças, e, não raramente, é desamparada pelo sistema de saúde, no que se refere à assistência médico-hospitalar, socorrendo-se, muitas vezes, do Poder Judiciário como garantidor de direitos.

É de se destacar que há distinção entre os idosos jovens dos idosos velhos, surgindo outro recorte etário na terminologia francesa, com a expressão 'quarta idade', aquelas pessoas compreendidas na faixa etária superior a 75 anos, os representantes dessa etapa considerados 'velhos' e, também a denominação da 'quinta idade', que envolve os idosos de mais de 85 anos, classificação adotada no território francês (PEIXOTO, 2007). Assim, aqueles que se encontram no interregno etário de 60 até 75 anos são os idosos jovens. Os idosos velhos correspondem à faixa superior a 75 anos de idade.

Os gerontólogos expressam preocupação, principalmente, com as duas últimas faixas de idade, em que se acentuam a incidência de enfermidades, além de ocorrer a diminuição de autonomia, agravando-se mais o problema quando se trata de contingente de idosos sem rendimentos suficientes que atendam às necessidades básicas. No Brasil, ainda não foi adotada a classificação relacionada à quarta etapa, mas, segundo Alda Mota (2007, p.226), "[...] já se ensaia a referência a uma 'quarta idade'".

Aliás, no Brasil, o termo "velho", aplicado de forma geral, não se classifica somente de maneira depreciativa, como o "*vieux*" utilizado na França, já que denota "[...] uma enorme ambiguidade, por ser um modo de expressão afetivo ou pejorativo, cujo emprego se distinguia pela entonação ou pelo contexto em que era utilizado" (PEIXOTO, 2007, p.77).

Os documentos oficiais brasileiros, publicados antes de 1960, designavam as pessoas de faixa etária avançada somente de velhos. Por exemplo, o texto do Instituto Nacional de Previdência Social³. Porém, a influência vinda do

³"A assistência ao velho, é forçoso reconhecer, deve aguardar melhores dias" (INPS).

Continente Europeu relativo aos cuidados e à imagem da velhice, no término da década de 1960, proporcionou a adoção do termo “idoso”. Tal expressão sempre incorporou o dicionário brasileiro, mas era vocábulo de pouco emprego.

Dessarte, troca-se a nomenclatura, e a palavra “idoso” passa a prevalecer, e o termo “velho” que representa declínio é suprimido das instituições. Não significou, contudo, avanço importante, pois não se instaurou política social eficaz focada para essa categoria. Apenas com a promulgação da Carta Magna de 1988, foi que restou assente a relevância do tema idoso.

Com efeito, para Debert (2007), os signos do envelhecimento passaram por transformações e assumiram outras referências, quais sejam: “nova juventude”, “idade do lazer”, “terceira idade”. Igualmente, transformaram-se os signos de aposentadoria, esta que deixou de ser um período de descanso e recato para converter-se em etapa de lazer e realizações de projetos.

Entretanto, a heterogeneidade econômica é bem acentuada, com diferentes classes sociais, sendo necessária, nessa conjuntura, a assistência ao grupo de idoso no âmbito econômico, cultural e psicológico, com a inclusão deles na sociedade, abrangendo, principalmente, aqueles que são pobres, e os de baixo nível educacional. Desta sorte, sem dúvidas, alcançar-se-á envelhecimento saudável com qualidade de vida a essa categoria longeva.

2.3 VELHICE E GÊNERO

Inicialmente, merece relevo, na questão da velhice, o aspecto concernente ao corpo, uma vez que há degradação na aparência física nessa etapa da vida, contrariamente ao culto ao corpo explorado na atual cultura.

Amorim (2011) leciona que:

Nos cenários da cultura pós-moderna, as práticas e técnicas corporais tornaram-se cruciais na vida das pessoas. O corpo tornou-se meio e finalidade, tudo deve passar por ele: as relações, a política dos afetos, o gozo e a dor, a vida e a morte. Este fenômeno está associado à gama complexa de fatores que se entrecruzam e dos quais podemos destacar, num primeiro momento, os seguintes: as exigências da boa aparência e forma requerida pelo mercado; a exposição imagética do indivíduo, seja na mídia ou na rua (vale lembrar que o cenário urbano transformou-se num espaço de comunicação predominantemente visual); os apelos do consumismo (ancorado na valorização do estilo de vida), estimulando o investimento narcisista do indivíduo (AMORIM, 2011, p. 45).

Ainda, conforme Amorim (2011, p.44), observa-se na sociedade que as normas estéticas prescritas pela “cultura pós-moderna”⁴ e propagadas na mídia, “[...] impõem-se como referências ideais que são buscadas a todo custo”. Portanto, é forçoso reconhecer que o segmento idoso sofre mais ainda com os padrões de beleza ao corpo imposto pela sociedade, eis que naturalmente, além da memória, há degradação física, que provavelmente prejudicará aqueles que intencionam voltar ao mercado de trabalho, e não dispõem de recursos para efetuar as modelações estéticas, posto que a coletividade e as empresas valorizam intensamente a aparência.

No que concerne ao tema sobre envelhecimento e gênero, homens e mulheres vivem de maneiras diferentes. Ao envelhecerem, também, os idosos manifestam características distintas, influenciados por fatores sociais e genéticos, como gênero, raça, classe social e cuidados com a saúde.

Para Hannah Arendt (2018), no curso da história da humanidade, o homem desenvolvia atividades laborais distintas das mulheres, que trabalhavam apenas nos afazeres da casa, sendo domésticas, sem disporem de trabalho remunerado. Os homens eram articulados na história como provedores da família, responsáveis pela esfera produtiva no espaço público, enquanto as mulheres foram designadas para esfera reprodutiva, caracterizando o espaço privado⁵.

⁴Cultura é um conjunto de hábitos e valores adquiridos na vida cotidiana pelo ser humano, no decurso de sua convivência na sociedade.

⁴A pós-modernidade nas palavras de Jameson seria [...] correlacionar a emergência de novos aspectos formais da cultura com a emergência de um novo tipo de vida social e com uma nova ordem econômica - aquilo que muitas vezes se chama, eufemisticamente, de modernização, sociedade pós-industrial ou de consumo, sociedade da mídia ou dos espetáculos, capitalismo multinacional (JAMESON, 1993, p. 27).

⁵O termo “público” significa, em primeiro lugar, que tudo o que aparece em público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível. Em segundo lugar, o termo “público” significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que privadamente possuímos nele. O domínio público, enquanto mundo comum, reúne-nos na companhia uns dos outros e, contudo, evita que caiamos uns sobre os outros, por assim dizer”. O termo “privado” tem significado, em sua acepção original de privativo. Viver uma vida inteiramente privada significa, acima de tudo, estar privado de coisas essenciais a uma vida verdadeiramente humana: estar privado da realidade que advém do fato de ser visto e ouvido por outros. [...] A privação da privatividade reside na ausência de outros; para estes, o homem privado não aparece, e, portanto, é como se não existisse (ARENDR, 2018, pp.61,64,72).

Nos dias atuais, ainda se visualizam nas sociedades situações em que a velhice das mulheres é relacionada ao âmbito doméstico, considerada velhice insignificante, no último estágio. Já à velhice do homem se tem maior respeito, na proporção, em maioria, afigura uma aposentadoria, apesar de alteração drástica de vida, passando de um mundo público e alargado para fase de vida restrita (BARROS,1981).

Ao discorrer em relação à temática gênero, Frota (2004, p.26) menciona entendimento de Joan Scott: “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1990). Não sendo apenas distinção de traços sexuais, portanto, não se resume a fundamentos biológicos.

Frota (2004), com base no ensinamento de Scott, tece considerações alusivas às abordagens descritiva e causal de gênero:

A historiadora seguiu duas abordagens distintas - uma descritiva e outra causal. A primeira refere-se à existência dos fenômenos ou da realidade, sem interpretar, explicar ou atribuir uma causalidade. Nesse sentido, o uso de gênero se refere exclusivamente aos domínios estruturais e ideológicos que implicam as relações entre os sexos. (...) A segunda abordagem elabora teorias sobre a natureza dos fenômenos e das realidades, buscando compreender as causas, ou seja, o como e o porquê das coisas. Nessa abordagem, gênero tanto é substituto para mulheres como é necessariamente informação sobre os homens, ou seja, um implica o estudo do outro. O entendimento é de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, enfim gênero é igualmente utilizado para designar as *relações sociais entre os sexos*. É uma maneira de indicar *construções sociais*, ou seja, a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres (FROTA, 2004, p.15-16).

Em suma, para Scott, segundo Frota (2004, p.27), no que tange ao gênero: “[...] estes estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social”. E acrescenta: “[...] o gênero torna-se envolvido na concepção e na construção do poder em si mesmo”.

Ademais, além da condição da faixa etária, a categoria de gênero constitui relevante fonte para investigar os modos de vida, vez que norteia as relações assentes entre os sujeitos, da forma como mulheres e homens situam-se na sociedade, extensivo tal fato ao contingente do idoso feminino e masculino. Frota (2004), ainda, refere-se ao posicionamento de Puleo (1999), quanto ao estudo de gênero, salientando que “[...] a utilização da categoria gênero implica uma teoria da

construção social das identidades sexuadas, bem como das relações de poder entre os sexos” (2012, p.28). Traz-se à colação a reflexão da autora:

Utilizar la categoría crítica de género significa mucho más. Entre otros elementos de análisis implica una teoría de la construcción social de las identidades sexuadas e, insisto nuevamente, una teoría de las relaciones de poder entre los sexos y una voluntad ética e política de denuncia de las deformaciones conceptuales de un discurso hegemónico basado em la exclusión e inferiorización de la mitad de la especie humana (PULEO, 1999, p.19).

Sob esse prisma, afigura-se evidente a existência de especificidade de gênero na velhice, com suporte nas relações culturais, sociais e econômicas. Homens e mulheres das diversas classes sociais vivem relações distintas no cotidiano.

Na percepção de Alda Motta (2007), as mulheres idosas que não integraram o mercado de trabalho de forma ativa, e ainda tiveram vida sexual e social bem mais retraída e tolhida que os homens da mesma geração vivem de modo diferente do dia a dia dos homens. Tanto as idosas da classe média como aquelas mulheres das classes populares acreditam que são mais felizes e que têm mais liberdade nessa fase. De conformidade com o pensamento da autora, essas mulheres falam em liberdade “como se uma “liberdade de gênero” se sobrepusesse, em muitos momentos, à condição geracional” (MOTTA, 2007, p.232).

No entanto, a escritora com percuciência elucidativa explana que:

É uma estranha liberdade a de todas elas. Estranha, pela dupla valência: com liberdade de gênero, assinala-se positivamente – mulheres que podem circular, viver conforme sua vontade; mas como liberdade geracional, e sobretudo existencial, tem também o sentido do marginalismo: podem sair, porque já não importam tanto: já não são bonitas (velho = gasto, feio), não irão atrair os homens, nem os de sua idade; já não reproduzem, não há muito o que preservar (MOTTA, 2007, p.233).

Acrescenta que, para os homens das classes populares, ao chegar à velhice ou tempo de aposentadoria, estes consideram uma etapa de descanso, lazer, muito boa da vida. De certo modo, estão se referindo “[...] a uma positividade ou liberdade que são geracionais, mas guardam um forte sentido de classe, logo se pronunciam como ex-trabalhadores” (MOTTA, 2007, p.233). Enquanto isso, para os homens de classe média, a socióloga Debert (1994) comenta que a liberdade está associada à independência econômica.

Nessa perspectiva, Beauvoir (1990) expõe o assunto da velhice sob os aspectos de gênero e de classe, ao asseverar que o estado de velhice difere conforme o contexto social em que vive a pessoa. Aquele homem que envelhece é condicionado aos costumes e à concepção ideológica da sociedade na qual está integrado; não existindo uma velhice, mas há velhices: masculina e feminina; uma da classe pertencente aos ricos e outra dos pobres; uma do intelectual, outra do funcionário burocrático, e também a do operário braçal.

Inferese, então, que a realidade dessa população idosa é diversificada em cada sociedade, modificando-se o entendimento de velhice de acordo com as diversas culturas, isto é, dependendo do período histórico, do nível da classe social, do gênero e dos demais elementos condicionantes, não sendo o envelhecimento uma etapa homogênea.

Nessa acepção, Minayo (2004, p.14) doutrina que: “Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas”.

Por conseguinte, urge a valorização do envelhecimento humano, tanto da figura masculina como da feminina, introduzindo os idosos como atores de transformação, para fins de inclusão e participação social.

2.4 DIREITO À CIDADANIA E DIGNIDADE DO IDOSO

Os aspectos pertinentes à promoção e proteção dos idosos, incluindo o direito social à saúde, passaram a ter evidência sob a perspectiva da cidadania, desde a fruição dos direitos civis, políticos e sociais. As políticas sociais públicas têm como incumbência central a consolidação da cidadania social. Para Arendt (2018), a cidadania é o direito a ter direitos, com a participação do cidadão no espaço público.

No entendimento do sociólogo britânico Thomas Humphrey Marshall (1967), a cidadania apresenta dimensões que envolvem os direitos civis, políticos, individuais e sociais, sendo que os direitos civis foram gerados no século XVIII, representados pela liberdade individual e igualdade formal; já os direitos políticos e sociais se originaram, respectivamente, nos séculos XIX e XX. Os direitos políticos

pertinentes à realização do sufrágio universal, à organização política e sindical, enquanto os sociais relativos aos direitos à saúde, à educação, ao trabalho, dentre outros. Essa teoria marshalliana, relativamente à cidadania, baseou-se no contexto histórico inglês.

No Brasil, a construção do conceito de cidadania, malgrado tenha utilizado as ideias de Marshall, denota importantes diferenças, porquanto houve maior destaque para os direitos sociais, tendo isso ocasionado inversão na ordem dos direitos observados pelo referido sociólogo, uma vez que os direitos sociais preponderaram sobre os demais no ordenamento jurídico pátrio.

A cidadania no Brasil não acompanhou o modelo inglês, somente se beneficiou da concepção ideológica, igualmente a França, Alemanha e Estados Unidos. Para Carvalho (2015, p.17.), “[...] o ponto de chegada, o ideal de cidadania plena é semelhante pelo menos na tradição ocidental. Mas os caminhos são distintos e nem sempre seguem linha reta. Pode haver desvio e retrocessos, não previstos por Marshall”. O autor descreve que, no Brasil, há duas distinções relevantes: "A primeira refere-se à maior ênfase em um dos direitos, o social, em relação aos outros. A segunda refere-se à alteração na sequência em que os direitos foram adquiridos: entre nós o social precedeu os outros" (CARVALHO, 2015, p.17).

Também, de acordo com Carvalho (2015, P.18), a cidadania se desenvolveu no âmbito do fenômeno Estado-Nação, datado da Revolução Francesa (1789). O enfrentamento pelos direitos era uma luta política nacional, dentro do espaço do Estado-Nação. "Isto quer dizer que a construção da cidadania tem a ver com a relação das pessoas com o Estado e com a nação".

Conforme Fleury (2005), a cidadania:

[...] será sempre uma construção social e representa uma mediação entre os indivíduos, considerados em sua dimensão pública e o Estado. Em cada sociedade, sujeitos políticos constituem e se enfrentam, elaboram estratégias e fazem escolhas e as constroem diferentes formatos para a cidadania. Portanto, a construção da cidadania implica a criação de normas, consensos partilhados tanto pelas elites quanto pelos demais membros de uma sociedade, acerca das condições de inclusão nesta comunidade de iguais. Este processo cultural de democratização da esfera pública requer sua normalização por meio de valores compartilhados bem como o estabelecimento de normas legais que garantam direitos e deveres na cidadania (FLEURY, 2005, p.7).

E arremata a autora, a construção da cidadania é composta pelos elementos de subjetivação, institucionalização e constitucionalização. A subjetivação consiste no reconhecimento e na formação de sujeitos políticos, aptos de “participar do processo de gestão pública e reivindicar seus direitos”. Ao passo que a institucionalização se compreende como a edificação de uma novel institucionalidade que conceda a constituição “da vontade política, a negociação e pactuação, a cogestão e deliberação, a devolução de poderes à sociedade local”. Entrementes a constitucionalização impõe a imprescindibilidade de assegurar os benefícios sociais como direitos da cidadania (FLEURY, 2005, p.14).

Observa-se que a evolução da cidadania sucedeu com o desenvolvimento do capitalismo que se caracteriza por ser um sistema constituído de desigualdades. Tal direito foi conquistado mediante o enfrentamento de grupos pela edificação da democratização das políticas sociais. Nessa linha, preleciona Fleury (1994):

A emergência da concepção de cidadania como um conjunto de direito atribuídos ao indivíduo frente ao Estado nacional é, pois, produto do desenvolvimento do próprio Estado capitalista, requerendo, portanto, uma análise da natureza deste Estado para sua compreensão integral (FLEURY, 1994, p.11).

Com efeito, a cidadania constitui-se um processo histórico, em que cada sociedade, através de suas lutas constrói seus modelos de proteção social, garantindo os direitos para todas as classes sociais, como também a imposição de deveres.

Ademais, a relação da cidadania é condição de fortalecimento das desigualdades existentes nas classes sociais, remetendo “[...] os requisitos de igualdade a um plano formal que impede de problematizar as desigualdades existentes no nível social e a relação do Estado com as classes sociais” (FLEURY, 1994, p.44).

No Brasil, a conquista da democracia adquiriu impulso após o término do período civil da ditadura militar, em 1985. Os movimentos sociais organizados, por meio de lutas, promoveram reivindicações e conquistaram a implantação do Estado Democrático de Direito, com a promulgação da Carta Federal de 1988, que passou a ser chamada no ápice da euforia cívica de Constituição Cidadã. A participação social é um ponto bem enfatizado no Texto Constitucional, em razão das reivindicações

das batalhas dos movimentos sociais durante a década de 1980. Para Carvalho (2015, p.13): “Uma das marcas desse esforço é a voga que assumiu a palavra cidadania”.

O Texto Constitucional de 1988 primou pela legitimação dos direitos de cidadania, reconstruindo democraticamente os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. O Legislativo passou a centralizar os pleitos e pressões alusivamente aos interesses de grupos organizados. No Executivo, houve reestruturação intensa, possibilitando o exercício de poder partilhado entre as esferas do governo. O Judiciário como guardião e, também, responsável pela efetivação dos direitos de cidadania.

Dessa forma, o pleno exercício da cidadania impõe a garantia dos direitos civis, políticos e sociais, viabilizando ao cidadão o direito aos serviços básicos necessários para sua sobrevivência. No entanto, passaram-se trinta anos após a publicação da Carta Constitucional, e a cidadania imprime fragilidade, eis que o cidadão se depara com constantes desigualdades sociais e econômicas na sociedade, como desemprego, violência e, ainda, imbrólios nos serviços de saúde, educação, segurança, e demais consequências nefastas, inclusive padecendo o cidadão idoso que, nesse contexto, sofre de exclusão social e civil.

No caso dos direitos sociais, especificamente o acesso à saúde do grupo longo, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), é nítida a precarização do atendimento, em total violação ao direito fundamental da cidadania.

Por isso, atualmente, há incerteza na relação dos cidadãos com o direito, ocorrendo o deslocamento deles para esfera das relações jurídico-privadas, objetivando a garantia do próprio direito, focalizado neste estudo como o direito à saúde do idoso, mediante a judicialização da saúde.

No que se refere ao processo de envelhecimento, percebe-se a conduta omissiva do Poder Público para com a saúde pública, em não prestar atendimento de modo universal, integral e igualitário, o que inviabiliza o direito das pessoas de envelhecerem com dignidade.

É louvável trazer o conceito de dignidade da pessoa humana exarado por Sarlet (2011), como concepção multidimensional:

Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida (SARLET, 2011, p.73).

O reportado autor adota como critério aferidor do que equivale uma vida saudável os parâmetros fixados pela Organização Mundial da Saúde, alusivos a um completo bem-estar físico, mental e social. E defende que devido ao reconhecimento abundante perante a comunidade internacional, esse parâmetro deveria garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, como diretiva a ser adotada pelos Estados, além do cumprimento dos demais direitos sociais, para conferir dignidade a todos (SARLET, 2011).

Outrossim, as disposições relacionadas ao 'mínimo existencial' não se encontram normatizadas no Texto Maior, sendo versada a referida matéria na esfera doutrinária e jurisprudencial. Esse padrão pode ser interpretado e extraído do princípio do Estado Democrático de Direito (art. 1º, *caput* da CF), especificamente do princípio da dignidade humana, com previsão constitucional no artigo 1º, inciso III.

Nesse seguimento, a dignidade é um princípio fundamental assegurado na Norma Ápice em favor de todos os cidadãos, e, para usufruir de uma convivência digna e igualitária, é necessária efetivação dos direitos sociais elencados no artigo 6º da Carta Constitucional, sobretudo o direito à saúde.

É oportuno frisar que o liame estreito ao princípio da dignidade humana confere a todos, independentemente de nacionalidade ou país de domicílio, até mesmo a um estrangeiro, o acesso ao atendimento à saúde, máxime nos casos de situações graves e urgentes, quando o cidadão não dispuser de meios para assumir os dispêndios do tratamento.

Como abordado, o segmento idoso sofre com desigualdades e injustiças no âmbito social, constituindo-se grupo de minorias. É importante trazer a lume o pensamento de Rawls (2000) (filósofo norte-americano, inspirado em Locke, Rousseau e Kant), que trata a "justiça como equidade", em defesa de uma sociedade justa, alicerçada no princípio da igualdade:

Cada pessoa tem direito igual a um sistema plenamente adequado de liberdades e direitos básicos iguais para todos, compatíveis com um mesmo sistema para todos. As desigualdades sociais e econômicas devem preencher duas condições: em primeiro lugar, devem estar ligadas a funções e posições abertas a todos em condições de justiça, igualdade de oportunidades; e, em segundo lugar, devem proporcionar a maior vantagem para os membros mais desfavorecidos da sociedade (RAWLS, 2000, p. 207).

Em conformidade com a teoria de Rawls (2002), para formação de uma sociedade justa, são necessários dois requisitos. O primeiro consiste na igualdade de oportunidades para todos, ao passo que o segundo repousa nos benefícios dessa sociedade justa, que devem ser distribuídos, de preferência, aos integrantes menos privilegiados da sociedade.

Entretanto, na sociedade moderna, ainda, são travadas questões pertinentes às relações entre o homem e o poder do Estado soberano, em que a dignidade da vida humana se revela fragilizada, principalmente, para uma parcela da população que está em uma condição vulnerável, sobretudo os idosos, geralmente tratados pelo Estado como pessoas sem valor significativo, em segundo plano.

Agamben (2007) na reflexão acerca do poder soberano, vida nua, e da biopolítica, afirma que o poder soberano é aquele que decide sobre o estado de exceção. Sua correlação é o indivíduo provido apenas de vida natural – que remetia ao termo *zoé* utilizado pelos gregos – sem *bios*, que indicava vida desqualificada, sem dispor da proteção estatal, enfim, condição de vida nua diante do poder soberano, denominando essa figura de *homo sacer*. A expressão *homo sacer*, na lição do autor, é delineada como:

Aquilo que define a condição do *homo sacer*, então, não é tanto a pretensa ambivalência originária da sacralidade que lhe é inerente, quanto, sobretudo, o caráter particular da dupla exclusão em que se encontra preso e da violência à qual se encontra exposto. Esta violência – a morte insancionável que qualquer um pode cometer em relação a ele – não é classificável nem como sacrifício e nem como homicídio, nem como execução de uma condenação e nem como sacrilégio (AGAMBEN, 2007, p.90).

E acrescenta o filósofo italiano sobre a simetria entre o soberano e o *homo sacer*:

[...] Nos dois limites extremos do ordenamento, soberano e *homo sacer* apresentam duas figuras simétricas, que têm a mesma estrutura e são correlatas, no sentido de que o soberano é aquele em relação ao qual todos os homens são potencialmente *homines sacri* e *homo sacer* é aquele em

relação ao qual todos os homens agem como soberanos (AGAMBEN, 2007, p.92).

O *homo sacer* é uma figura do Direito romano arcaico, destituída de qualquer direito e submetida ao poder soberano⁶. É uma vida que se encontra presa e abandonada à decisão soberana, à lei, excluída de todos os direitos civis. Hoje, há muitos cidadãos equiparados à figura do *homo sacer*, no caso, o grupo dos idosos, abandonados pelo Poder Público, quanto aos direitos sociais, notadamente o direito ao acesso à saúde, em que o Estado não cumpre com seu dever constitucional de garantir respectivo direito de maneira plena, por meio do serviço público de saúde, prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O abandono do *homo sacer* aconteceu em decorrência da minimização de seu valor. Referida situação se harmoniza, embora de modo impróprio, aos longevos, em função da sua vulnerabilidade, às vezes, excluídos da sociedade. Agamben (2007) manifesta-se sobre essa matéria:

E se, na modernidade, a vida se coloca sempre mais claramente no centro da política estatal (que se tornou, nos termos de Foucault, biopolítica), se, no nosso tempo, em um sentido particular, mas realíssimo, todos os cidadãos apresentam-se virtualmente como *homines sacri*, isto somente é possível porque a relação de bando constituía desde a origem a estrutura própria do poder soberano (AGAMBEN, 2007, p.117).

Cumpra mencionar alguns exemplos de *homo sacer* no contexto histórico, como os judeus nos campos de concentração no regime da Alemanha nazista, os ciganos e gays que foram usados como cobaias para experiências que alegavam ser em favor da sociedade. O hebreu ante o nazismo é o referencial negativo privilegiado da nova soberania biopolítica, constituindo-se caso flagrante de *homo sacer*, uma vida matável e insacrificável (AGAMBEN, 2007).

Com efeito, *homo sacer* desponta como cidadão com os direitos fundamentais transgredidos, nomeadamente os direitos sociais, por causa da ineficácia do Estado e suas instituições de cumprir aludidos direitos. Observa-se a

⁶Soberana é a esfera na qual se pode matar sem cometer homicídio e sem celebrar um sacrifício, e sacra, isto é, matável e insacrificável, é a vida que foi capturada nessa esfera (AGAMBEN, 2007, p.91).

existência das leis estabelecendo os direitos, porém, a omissão da Administração Pública reveste-se cristalina na respectiva aplicação.

2.5 DIREITOS SOCIAIS CONSAGRADOS NA NORMA ÁPICE DE 1988

Os direitos sociais são direitos fundamentais de segunda geração que objetivam possibilitar o bem-estar e a igualdade, estabelecendo ao Estado prestação positiva em prol do homem, concernente à realização dos direitos relativos à saúde, ao trabalho, à subsistência digna e ao amparo à doença e à velhice (BULOS, 2015).

Silva (2018) conceitua os direitos sociais como:

[...] prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas nas normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização das situações desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito da igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (SILVA, 2018, p.285).

Na lição de Bobbio (2004), os direitos sociais são mais difíceis de proteger, porquanto requerem intervenção ativa do Estado, e com relação a esses direitos, existem diferenças de indivíduo para indivíduo, de grupos de indivíduos. Assim, somente de modo genérico e retórico, todos são iguais no tocante aos três direitos sociais fundamentais, no caso, o trabalho, a educação e a saúde. Ao contrário, é possível afirmar, efetivamente, que todos são iguais no gozo das liberdades negativas. Complementa que, em alusão ao trabalho, são marcantes as diferenças de idade e sexo, e pertinentes à saúde, são importantes as diversidades entre adultos e idosos.

Nas palavras do citado doutrinador, “[...] os direitos sociais exigem para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é a ampliação dos poderes do Estado” (BOBBIO, 2004, p.67).

O Texto Maior Fundamental em vigência nomeou os direitos sociais no Título II, do Capítulo II, intitulado dos “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, especificamente no artigo 6º, dentre eles: a educação, a saúde, a alimentação, o

trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Ressai que o transporte também passou a ser um direito social assegurado na Norma Constitucional, mediante a promulgação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 74/2013, de iniciativa da deputada federal Luiza Erundina.

Nessa perspectiva, a consagração dos direitos sociais, envolvendo o direito à saúde, passou a se firmar no axioma de que a Saúde Pública consubstancia direito fundamental do homem e dever do Poder Público. Consoante aos ensinamentos doutrinários de Marmelstein (2019), os direitos fundamentais conduzem o dever de observância por parte do Estado, para fins de respeito, proteção e promoção. Para tanto, esclarece que:

Em virtude do dever de respeito, o Estado tem a obrigação de agir em conformidade com o direito fundamental, não podendo violá-lo, nem adotar medidas que possam ameaçar um bem jurídico protegido pela norma constitucional. Esse dever gera, portanto, um comando de abstenção, no sentido semelhante à noção de status negativo acima analisado. Essa obrigação constitucional que o Estado – em todos os seus níveis de poder – deve observar é o chamado dever de proteção. Esse dever significa, basicamente, que (a) o legislador tem a obrigação de editar normas que dispensem adequada tutela aos direitos fundamentais, (b) o administrador tem a obrigação de agir materialmente para prevenir e reparar as lesões perpetradas contra tais direitos e (c) o Judiciário tem a obrigação de, na prestação jurisdicional, manter sempre a atenção voltada para a defesa dos direitos fundamentais. Por fim, resta ainda o dever de promoção, que obriga que o Estado adote medidas concretas capazes de possibilitar a fruição de direitos fundamentais para aquelas pessoas em situação de desvantagem socioeconômica, desenvolvendo políticas públicas e ações eficazes em favor de grupos desfavorecidos. Em outros termos: o Estado tem a obrigação de desenvolver normas jurídicas para tornar efetivos os direitos fundamentais (MARMELSTEIN, 2019, pp. 300-301).

Cumprе salientar que a norma disposta no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos⁷, subscrita pelo Brasil, reconhece a saúde como direito fundamental, ao afirmar que é condição necessária à vida digna, referindo-se também ao estado de velhice.

⁷Art.25. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Depreende-se que o direito fundamental social à saúde, embora declarado na Carta Magna de 1988 e em mandamentos infraconstitucionais, não é cumprido em plenitude, deixando à margem grupos necessitados. Urge, contudo, a implementação de políticas públicas de saúde ao segmento idoso, de modo que seja garantido tal direito, considerando o envelhecimento conquista social que merece respeito e proteção.

2.6 PROTEÇÃO SOCIAL PARA VELHICE

Em consonância com Di Geovanni (1999), reproduzido por Teixeira (2007), os sistemas de proteção social são estruturas parcialmente institucionalizadas, constituídos como instrumentos de proteção dos membros da sociedade. Esses sistemas são voltados para atender aos problemas de especificidade natural ou social, quais sejam: a velhice que se encontra ao desamparo, infortúnio e o desprovimento das pessoas mais necessitadas, principalmente aquelas portadoras de enfermidades. Ainda, os referidos sistemas de proteção dispõem de distribuição de bens materiais e culturais, além disso, concedem assistência e cuidado específicos.

Teixeira (2007) aclara que, no século XIX, no decorrer de extenso período do capitalismo, na época em que imperava o liberalismo, não cabia ao Estado a administração dos aludidos sistemas, de sorte que prevaleceu o padrão da proteção primária, na solidariedade de pessoa a pessoa, de forma direta, em que o núcleo familiar se firmou como principal responsável desse modelo de proteção social, incumbindo ao Ente estatal somente intervenção nas questões emergenciais que tratavam de alarmante estado de pauperismo, e a promoção de medidas impositivas contra o ilícito vadiagem, tipificado como contravenção na legislação penal.

Os sistemas de proteção social públicos despontam nos países capitalistas do ocidente, observando aspectos sociais, sendo, pois decorrentes das lutas dos movimentos sociais, que reivindicaram pleitos alusivos aos problemas sociais, pelos quais são “[...] transformados em demandas políticas, introduzindo-as no campo das disputas políticas e das prioridades de políticas públicas” (TEIXEIRA, 2007, p. 46).

E adiciona a escritora Teixeira (2007, p.46), que as lutas sociais e de classes estão na gênese dos diversos paradigmas públicos de proteção social, “sob a denominação de *Welfare State*, aliados a outros dois fatores: as estruturas de coalizões políticas de classe; e o legado histórico da institucionalização do regime”.

Teixeira (2007) delinea os principais modelos de proteção social públicos alinhados por Esping-Anderson (1991):

[...] destacam-se: o liberal, o corporativo e o social-democrata. No primeiro, o Estado intervém *expost*, quando os canais naturais de satisfação de necessidades (indivíduo, família, mercado, redes comunitárias) mostrem-se insuficientes, portanto, a intervenção é seletiva e assistencial, focalizada em grupos e indivíduos vulneráveis, com a utilização de testes de meio e controle dos beneficiários. O segundo o conservador-corporativista, é discriminatório, determinado pela inserção profissional, com direitos e obrigações ligados ao status, ocupação ou produtividade. O terceiro, o social-democrata, baseia-se na universalidade (cidadania, com garantia de distribuição de bens e serviços extramercado a todos os cidadãos), com ampla cobertura de riscos e contingências (TEIXEIRA, 2007, p.47).

É de se ressaltar, que no século XX, principalmente na Europa, o Estado adquiriu legitimidade como agente responsável pela organização, gestão e normatização dos sistemas de proteção social.

Nessa dinâmica, os sistemas públicos de proteção preservaram relações de interações e complementaridades com os sistemas privados, mas se revelam hegemônicos. Nos países capitalistas periféricos, até no Brasil, o sistema público é caracterizado pelas desigualdades sociais, e ainda marcado pela frequente interação com o setor privado, de modo mercantil ou não mercantil. A parceria mercantil ocorre com a transferência de recursos públicos.

No ordenamento jurídico brasileiro, o sistema público expandiu-se com o advento da Carta Magna de 1988, no entanto “[...] se faz numa lógica de assistencialização, de mínimos sociais, nas políticas de acessos à renda, e de precarização de serviços, mesmo os formalmente universais, como a saúde pública” (TEIXEIRA, 2009, p.73).

No âmbito do envelhecimento, como leciona Teixeira (2009), as modalidades de proteção social aos trabalhadores que envelhecem nas sociedades capitalistas percorreram de um padrão clássico liberal para uma acentuada interferência do Estado, e, atualmente, a volta do neoliberalismo com novos

contornos de execução. Em todos esses modelos, notou-se completividade entre a proteção pública e a privada.

Notabiliza a autora (2009, p.70) que, “Na fase do momento, reatualiza-se a proteção privada, não como forma subsidiária, mas, de modo coordenado e sistemático... sob o discurso de ampliação da esfera pública, de uma nova institucionalidade do público não estatal”. Ou seja, ligações entre as esferas públicas e privadas para a construção de proteção social.

Dessa feita, a proteção social à classe longeva agrega as iniciativas das esferas privadas e públicas, constituindo-as um “[...] modo de fazer política social, que se torna hegemônico na década de 1990, um modelo (neo) liberal de proteção social” (TEIXEIRA, 2009, p.71).

É de se reconhecer que a Norma Ápice de 1988 evoluiu no padrão de proteção social, mediante a consolidação dos direitos sociais como parte da condição de cidadania. Para tanto, foi inserido capítulo destinado à Seguridade Social, em que é extinta a cobertura exclusiva somente a setores atrelados ao mercado formal, produzindo meios redistributivos e solidários, com a concessão de benefícios de acordo com a necessidade, mediante a proteção universal, com base no princípio de Justiça Social.

Fleury (2005) pontifica que o novo padrão de proteção social apresenta dois princípios, quais sejam: a participação da sociedade e a descentralização política-administrativa. E que o novo modelo das políticas sociais teria de intensificar a dinâmica de democratização, operando-se a partir da esfera central em direção à esfera local, e desde o Estado em caminho à sociedade.

O sistema de proteção social encontra-se acobertado pelo modelo da política social expresso na Constituição Federal. Como assevera Fleury (2005):

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado e participativo (FLEURY, 2005, p.13).

Nesse prisma, o sistema de proteção social, voltado ao segmento idoso, assentou-se nas políticas da seguridade social, que têm como um dos princípios basilares a solidariedade⁸.

A concepção de um sistema de seguridade social iniciou-se na Inglaterra, nos anos de 1940. O país passava por dificuldades no plano social e econômico, após a Primeira Guerra Mundial. Diante dessa circunstância, a Coroa Britânica instituiu comissão para realizar um plano técnico referente aos problemas sociais, para tal elaborando políticas públicas sociais. Dos trabalhos da Comissão, surgiu o Relatório Beveridge, apresentado por William Beveridge ao Parlamento Inglês.

O Plano Beveridge passaria a ser considerado como uma referência na produção das políticas públicas de proteção social. O seu objetivo constituía-se em assegurar de modo universal proteção social a todas as pessoas, bem como cobertura integral as suas necessidades (BEVERIDGE, 1943).

O constituinte de 1988 iluminou-se no modelo inglês, restando claro que o Sistema de Seguridade Social no Brasil adotou procedimentos constantes no Relatório de Beveridge. Santos (2003) esclarece que:

[...] deve-se a Beveridge o destaque do papel do Estado na seguridade social, como implemento de políticas públicas destinadas a garantir proteção social em casos de necessidade. Suas conclusões (...) influenciaram grandemente a legislação social que se seguiu por toda a Europa e América, e até hoje têm reflexos nos sistemas de seguridade social (SANTOS, 2003, p.155).

Portanto, com base no paradigma britânico, o modelo de seguridade social preconizado no Texto Maior é expresso como “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”⁹ (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194).

Novelino (2016) define seguridade social, à luz do ensinamento de Martinez (2001), como:

⁸A formação de uma sociedade solidária é um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, nos termos do art. 3º, inciso I, da Carta Magna. Na assistência social, o princípio se evidencia na gratuidade dos serviços e benefícios indicados tão somente para a população de baixa renda, independentemente de qualquer contribuição, consoante a norma inserta no art. 203 da CF.

⁹Sob esse tripé é erigida a estrutura da seguridade na Carta de 1988, a qual, organizada como gestão pública, permite a participação e o controle da sociedade civil, representada por suas entidades de classe, trabalhadores, empregadores, aposentados, pensionistas e pela comunidade em geral (BULOS, 2015, p.1566).

Técnica de proteção social, custeada solidariamente por toda a sociedade segundo o potencial de cada um, propiciando universalmente a todos o bem-estar das ações de saúde e dos serviços assistenciais em nível mutável, conforme a realidade socioeconômica, e os das prestações previdenciárias (NOVELINO, 2016, p.792).

Enfatiza-se que a saúde e a assistência social integram sistema não contributivo, custeado mediante recursos oriundos da arrecadação de tributos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados àqueles usuários que necessitam da prestação, não sendo imposta contribuição de modo direto. Ao passo que a previdência social incorpora um sistema contributivo, em que o segurado é obrigado a contribuir para ter direito a um benefício.

Na assistência social, um dos objetivos é a proteção à velhice, independentemente de contribuição à seguridade social, garantindo, ainda, a concessão de um salário-mínimo mensal a título de benefício ao idoso que demonstre não possuir meios de prover o próprio sustento, ou de ser provido pela própria família (BRASIL, 1988, art. 203).

No entanto, mesmo com os avanços no Sistema de Seguridade Social, é necessário promover reformas, especificamente à política de previdência social, visando combater a vulnerabilidade que assola os trabalhadores no meio social, inclusive aqueles que pertencem ao segmento idoso, com as suas ínfimas aposentadorias e pensões que, muitas vezes, são insuficientes para prover o próprio sustento.

Além da Constituição Federal ora vigente, merece destaque a legislação infraconstitucional voltada a esse contingente populacional, nomeadamente a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, que estabelecem proteção social ao longo, no sentido de responder às necessidades, entre elas, a prestação ao direito à saúde.

Contudo, assenta Teixeira (2009, p. 75), que “[...] sua garantia concernente aos direitos sociais, é camuflada pelo campo nebuloso do público não estatal (que só pode ser campo de ajuda, esporádica, eventual, inconstante, local), e pela divisão de responsabilidades com a sociedade civil”.

Desse modo, em conformidade com a escritora, as respostas hodiernas à problemática social do envelhecimento envolvem as políticas de seguridade social, desde que reformadas, essencialmente, uma política nacional direcionada aos

longevos como classe etária, e o Estatuto do Idoso considerado como sistema jurídico de proteção dos direitos dessa parcela da população (TEIXEIRA, 2007, p.04).

Então, a legislação estabelece as responsabilidades dos poderes públicos quanto à problemática social do envelhecimento e, ainda instituem preceitos referentes à repartição de responsabilidades com a área privada, nas modalidades de proteção social, abrangendo a relação público e privado nas prestações de serviços, como também valorizando a participação popular e o princípio da descentralização, insculpidos na vigente Norma Constitucional.

Preleciona Teixeira (2009) sobre a matéria em deslinde:

Assim, os programas da filantropia para idosos, a política setorial nacional e o Estatuto do Idoso compõem um desenho de política social para idosos, que é refratário (parte constituinte e constituída) das tendências de uma 'nova' cultura de fazer política social, aquela que divide responsabilidades sociais no trato das refrações da questão social com a sociedade civil, não mediante financiamento via impostos progressivos, no qual aumenta a tributação do contribuinte, à medida que cresce sua renda (realidade que não se aplica ao Brasil, que retira a maior parte de sua receita de tributos indiretos e cumulativos que incidem sobre o consumo), mas por sua ação direta das organizações da sociedade civil, como espaço de proteção social, de execução da política social (com ou sem recursos públicos). Essa tendência de redução da demanda do Estado restringe a sua ação à normatização, ao estabelecimento de diretrizes e princípios, de regras e normas que uniformizam as ações dispersas, os mecanismos de fiscalização etc. (TEIXEIRA, 2009, p.75).

No tocante à Política Nacional do Idoso (PNI), além de nortear as iniciativas nas esferas públicas e privadas quanto às ações de proteção aos longevos, firmando princípios e diretrizes, passou a legitimar os institutos do setor privado como responsáveis pela execução da política, segundo as palavras de Teixeira (2007, p.09), “[...] instituindo um “novo” e, ao mesmo tempo, um “velho” *metier* de fazer política social no Brasil, marcados por continuísmos históricos nas formas de proteção social”.

O teor do primeiro artigo da PNI, elencando os objetivos em prol dessa categoria consiste em: “[...] assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”¹⁰ .

¹⁰Lei nº 8.842/94. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

A PNI é uma legislação contemporânea, composta de proteção social, que engloba diretrizes de leis internacionais referentes à política social, sobretudo não atribuindo somente ao Ente estatal a função de assegurar esses direitos, mas também repartir as obrigações de proteção social com a sociedade civil, mediante a promoção de ações produzidas pela coletividade, família e Organizações Não Governamentais (ONG), sem fins lucrativos, que atuam nas áreas onde haja necessidade social.

Essa parceria entre público e privado resulta da consecução de programas destinados aos idosos, porém os programas que recebem recursos federais, de modo integral, são mais eficazes, no sentido de remover os longevos da situação de miséria.

Dessa maneira, a divisão de obrigações sociais com a sociedade civil encontra-se estatuída nas normas preconizadas na PNI¹¹, compondo descentralização participativa. A mencionada legislação firma os tipos de prestação de serviços na esfera social que devam ser executados pelas entidades privadas direcionadas à proteção social, como a convivência e a ocupação dos prolectos, nomeadamente, as modalidades de defesas destinadas à parcela desse grupo que demanda novas tutelas sociais, a exemplo de lazer, educação, cultura, e outras, como também as habituais, isto é, a previdência, assistência e saúde.

Relevante destacar que restou evidenciada a participação da sociedade civil na concretização da proteção ao idoso, primordialmente a família. A Constituição Federal contemplou integral proteção a essa categoria, valorizando a participação da família e da sociedade, quando prescreve, no artigo 229, aos filhos maiores o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Aliás, preceitua a norma escrita do artigo 230 que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, velando pela dignidade e bem-estar destas.

Assim, percebe-se que a Carta Magna transferiu, parcialmente, à família, a incumbência de conceder atenção e cuidados aos idosos. Castro reconhece que:

¹¹ - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; o segundo também expressa essa responsabilidade social, logo da sociedade para com os idosos: II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos (Art. 3º, inciso I, da Lei nº 8.842/94).

No tocante à saúde do idoso, a família é vislumbrada como principal responsável pelo cuidado a essas pessoas, em um panorama complexo, delineado por um quadro de limitações crônicas que exigem atenção especializada”. [...] A redescoberta da família como locus de proteção social é um traço característico na condução de políticas públicas contemporâneas (CASTRO, 2017, p.174).

Ora, é de bom alvitre observar que o núcleo familiar, às vezes, é revestido de fragilidade estrutural para o idoso viver, composto pela presença de fatores impeditivos que inviabilizam a convivência, como exemplos a precária condição econômica de cada prole, a existência de rupturas, desarmonias, desencontros e violências, que prejudicam a integralidade física e mental do longevo no seio doméstico.

Cabe mencionar as palavras de Alcântara (2010), na tese de doutorado em Antropologia Social, concernente ao tópico “Os velhos e as suas famílias: gerações em foco”, a saber:

A tendência de boa parte da literatura é considerar que a instituição *família* é e sempre foi a garantia certa no amparo aos membros mais velhos, independentemente dos contextos sociais e dos períodos históricos. Dessa perspectiva, essa instituição é compreendida como natural, universal e imutável. Entender por esse viés é desconsiderar as novas configurações ou o contexto multidimensional que “coloca em xeque” a família nuclear. É improvável abordar a questão do envelhecimento no contexto brasileiro, hoje, sem contemplar a família. Assim, pensar a velhice, tomando a família como perspectiva, é adentrar no âmbito das relações, de maneira a conhecer os modos pelos quais os indivíduos lidam com as peculiaridades de cada geração, além dos papéis que cada um desempenha no grupo, apesar de o fator idade não ser mais tão determinante para definir as competências no grupo familiar (ALCÂNTARA, 2010, p.98).

No posicionamento da referenciada autora, atualmente, é duvidoso o discurso convencional de que a responsabilidade da proteção às pessoas que se encontram na fase da velhice é da família, pois ao considerar o fator socioeconômico do Brasil, existem jovens integrantes do núcleo familiar que dependem dos longevos (mesmo recebendo aposentadorias com valores insuficientes), para arcar com suas despesas e da família, uma vez que não almejam estabilidade no mercado de trabalho.

Sob esse aspecto, Teixeira (2007) leciona acerca da valorização da família na prestação de proteção social ao idoso, ressaltando que os auxílios familiares e comunitários são estimulados e reconhecidos na área das políticas

públicas, considerando a circunstância de redução das funções do Estado, despontando formato novo de políticas sociais, tanto nas agendas públicas nacionais, como na internacional. Todavia, afirma a autora que o enaltecimento do apoio de solidariedade no panorama familiar “[...] é pura retórica, a medida que tem significado deixar a família à sua própria sorte, obrigando-a a buscar os serviços no mercado ou perecer na pobreza, para os incapazes de pagar pelos serviços” (2007, p.12).

Nessa perspectiva, Miotto e Lima (2005) sustentam que se afigura cada vez mais longínqua a viabilidade de a família possuir recursos disponíveis para arcar com as necessidades sociais surgidas, principalmente, nas proles desprovidas de condições financeiras, acentuadas com o desemprego e a insegurança na esfera do trabalho.

Oportuno frisar que o abandono material pela família aos ascendentes longevos é tipificado como figura delituosa, nos termos da norma disposta no artigo 244 do Código Penal: “Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários [...]”.

No que diz respeito ao orçamento, voltado à proteção social do contingente idoso, há distribuição de recursos públicos entre Municípios, Estados e instituições sociais, além do compartilhamento de responsabilidades, formando descentralização que efetivamente passou a integrar o desígnio da política social.

Nesse prisma, é de se reconhecer que a garantia da proteção social aos prolectos, incluindo o direito à saúde, é atribuição prioritária do Poder Público. Então, mesmo sendo as responsabilidades divididas com a sociedade civil, deve-se considerar que o campo é limitado relativamente à ação e ao financiamento. Portanto, apenas o Estado pode assegurar os direitos aos idosos na integralidade, regido pelo manto do princípio da universalidade, e, quando tais direitos não se consolidam, esse segmento pode recorrer ao instituto da judicialização.

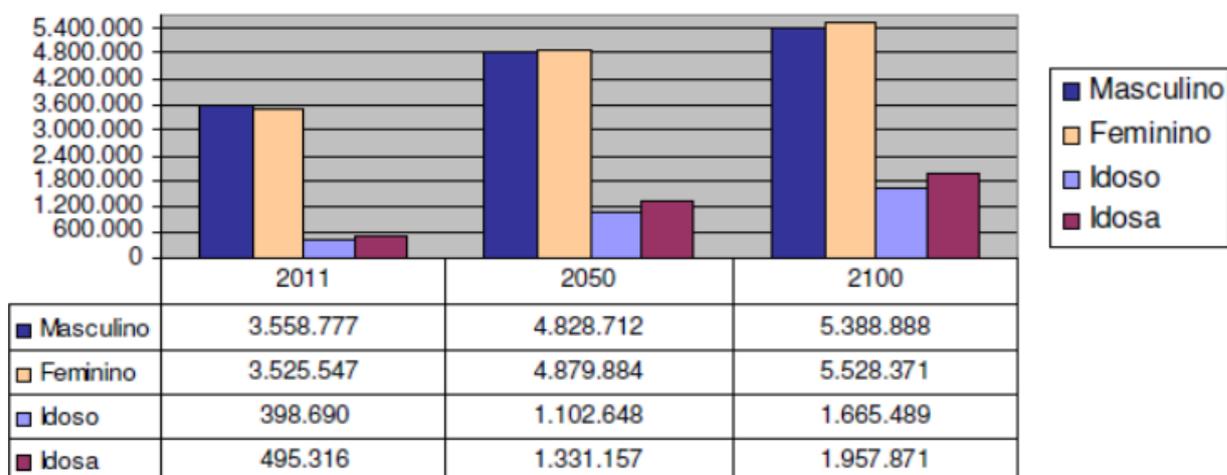
2.7 DADOS ACERCA DO ENVELHECIMENTO

Nas sociedades contemporâneas, de acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), a população mundial está envelhecendo em ritmo acelerado, sucedendo tal fenômeno não somente nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento.

Em conformidade com a UNITED (2011, p.1), no mundo, em 2050, serão mais de 2 bilhões de pessoas idosas, sendo que cerca de 80% pertencerão aos chamados países em desenvolvimento ou emergentes.

É louvável salientar as projeções realizadas pela Organização das Nações Unidas – ONU (UNITED, 2011, p.1), acerca do envelhecimento global da população, para o período de 2011 a 2100, quanto aos idosos:

Gráfico 1 – Projeção da população mundial total e de idosos e idosas – 2011, 2050 e 2100



Fonte: *United Nations. World Population Prospects, 2010.*

Da leitura dos dados do gráfico, nota-se que as projeções indicam crescimento de 168,75% de mulheres idosas e de 176,57% de homens idosos até o ano 2050, totalizando envelhecimento da população mundial de 25,07%. Afere-se que as mulheres idosas continuarão ocupando a maior parcela da população, mesmo sendo o percentual de crescimento superior dos homens idosos.

Pontifica Sálvea Paiva (2014):

Os países que apresentam maior número de idosos(as) são a Grécia e a Itália, onde 24% da população é envelhecida. Em termos de regiões, a maioria dessas pessoas (53%) reside na Ásia, enquanto a Europa apresenta a segunda maior população envelhecida (24%). Na América Latina e Caribe, vivem 8% dos(as) idosos(as) da população mundial. Com relação ao processo de envelhecimento observado na Europa, constata-se ainda que a participação das pessoas com 60 anos ou mais na população geral nos anos 1950 e 2000 correspondia a 12,1% e 20,3% respectivamente, havendo projeções para atingir o patamar dos 36,6% em 2050. Na América Latina e Caribe, a proporção era de 5,9% e 8% nos mesmos períodos, com projeção para atingir 22,5% em 2050 (PAIVA, 2014, p.26).

No Brasil, a população com 60 anos ou mais superou a marca dos 30,2 milhões no ano de 2017, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões, ou seja, 56% dos idosos, ao passo que os homens totalizam 13,3 milhões, com 44% desse segmento (IBGE, 2018). Para o ano de 2025, o Brasil será o 6º país com maior número de pessoas idosas¹² (OMS, 2005).

No Estado do Ceará, também, a população idosa está crescendo, consoante os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), alusivos ao ano de 2017, em torno de 1.260.000 pessoas estão acima dos 60 anos de idade, representando 13,7% da população total do Estado.

Enquanto isso, na capital do Ceará, Fortaleza, o contingente longevo, no ano de 2017, totalizou 337 mil, sendo 207 mil mulheres e 131 mil homens (IBGE, 2017).

¹²Consoante aos dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil, no ano de 2025, será o sexto País do mundo com maior número de pessoas idosas (OMS, 2005).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE PROTEÇÃO AO IDOSO

“[...] que o problema grave de nosso tempo em relação aos direitos humanos não era o de fundamentá-los, senão o de protegê-los” (BOBBIO, 1981, p.9).

É imprescindível a efetivação de políticas públicas de acesso à saúde, direcionadas à classe do idoso, para beneficiar esse segmento vulnerável da população, que requer cuidados e assistência, especialmente, a parcela desse grupo cujas capacidades cognitiva e física estão debilitadas. Contudo, quando não implementadas, ante a inércia do Estado, o instituto da judicialização emerge como instrumento judicial a proporcionar a prestação desse direito social.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Inicialmente, sob esse prisma, urge que se demarque o conceito de políticas públicas. Na concepção de Hofling (2001, p. 31), políticas públicas:

Se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HOFLING, 2001, p. 31).

Segundo Comparato (1998, p.45): “[...] a política aparece antes de tudo, como uma atividade, isto é, um conjunto de normas e atos tendentes à realização de um objetivo determinado”. E, ainda, menciona Ronald Dworkin como um dos autores contemporâneos a elaborar tecnicamente o conceito de política, como desígnio a alcançar, e como ação de melhoria no aspecto econômico, político ou social da comunidade.

Nesse contexto, entende-se que as políticas públicas são instrumentos de programas executados pelo Poder Público, com o escopo de assegurar igualdade de oportunidade a toda coletividade, além de garantir condições dignas de existência, envolvendo, contudo, processo complexo.

De acordo com Lindblom (1991), políticas públicas requerem a análise de problemas sociais, no sentido de estabelecer metas e satisfazer as necessidades da sociedade, com a apresentação de decisões céleres que permitam a resolução a

conteúdo da problemática, dando-se prioridade em razão de urgência e relevância.

Discorre o autor:

En el mundo democrático liberal, las dos cuestiones mas sobresalientes sobre la política gubernamental se centran en su eficacia en la solución de problemas y en el grado de respuesta al control popular. [...] Para mejorar el proceso de políticas públicas, el ciudadano debe de participaren él. Ya sea influyendo en una política concreta o en el proceso global, el ciudadano tiene una tarea a realizar formidable. La elaboración de políticas es laboriosa para todas las personas que quieren alcanzar algo más allá del efecto mínimo. La elaboración de las políticas reserva la mayor participación e influencia a aquéllos que reconocen que uno participa en el juego del poder no como un privilegio sino como una tarea o carrera muy exigente. En un último análisis, no se juega en el juego del poder. Uno se debe fatigar trabajando en él (LINDBLOM, 1991, p.157).

Cabe trazer a lume os pais fundadores da área de políticas públicas: H. Laswell (1936), H.Simon (1957), C.Lindblom (1959;1979) e D. Easton (1965), citados por Souza (2006), a qual tece reflexões de cada fundador:

Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesses e governo.

Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. A racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores, etc., mas a racionalidade pode ser maximizada até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadre o comportamentos dos autores, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios.

Lindblom (1959;1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório o que não teria necessariamente um fim ou um princípio.

Easton (1965) contribuiu para a área ao definir a política pública com um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente. Políticas públicas recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos (SOUZA, 2006, p.23).

O processo de elaboração de políticas públicas é conhecido como ciclo de políticas públicas (*policy cycle*), constituindo-se esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes, como a identificação do problema; a formação de agenda; formulação de alternativas; tomadas de decisões; implementação; avaliação e

extinção. Ademais, os critérios adotados para o ciclo de políticas públicas funcionam como eficiente ferramenta, capaz de auxiliar os gestores públicos a instituírem objetivos e concretizarem metas, conforme Secchi (2013).

Em suma, políticas públicas são elaboradas pelo Poder Público e têm como finalidade atender demandas e necessidades sociais, para fins de solucionar conflitos e desigualdades sociais, sendo medidas de ação coletiva que relacionam Estado e sociedade. Portanto, políticas públicas são promovidas na esfera social, política e econômica, com a participação e o controle da sociedade, traduzindo direitos garantidos na Carta Magna e nas leis infraconstitucionais, incluindo os direitos sociais.

Assenta Dallari Bucci (2006, p. 39), que direitos sociais como o direito à saúde são efetivados por meio de política pública, constituindo-se em: “programa de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”.

Pois bem, as políticas públicas apresentam caráter universal, que buscam trazer melhorias e qualidade de vida a todos os cidadãos, conduzindo na sua essência ação que ampare sempre o coletivo. Nesta perspectiva, ao tratar de políticas públicas, remete-se à questão orçamentária, porquanto é por intermédio da previsão orçamentária¹³ de recursos que se procede à programação de gastos públicos, priorizando as matérias de maior relevância. Na Carta Magna de 1988, tal assunto é reportado nos dispositivos 163 a 169, no Capítulo II – “Das Finanças Públicas”, e no Título VI – “Da Tributação e do Orçamento”. Ainda, os diplomas normativos que regulamentam a matéria: a Lei do Orçamento Anual (LOA)¹⁴, a Lei do Plano Plurianual (PPA)¹⁵ e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)¹⁶.

¹³A previsão orçamentária, além de ato de planejamento das atividades financeira do Estado, é um ato de caráter jurídico, "criador de direitos e de obrigações". Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/290513/previsao-orcamentaria>>. Acesso em: 10 jan.2019.

¹⁴A Lei Orçamentária Anual (LOA) é uma lei produzida pelo Poder Executivo que determina as despesas e as receitas que serão realizadas no próximo ano. A CF normatiza que o Orçamento deve ser votado e aprovado até o final de cada ano.

¹⁵O Plano Plurianual (PPA) é um planejamento de médio prazo, que deve ser efetivado por meio de lei. Nesse plano, são identificadas as prioridades para o período de quatro anos e os investimentos de maior porte. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ppa>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

¹⁶A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estabelece quais serão as metas e prioridades para o ano seguinte. Determinando o montante de recursos que o governo pretende economizar, ainda designa

Acerca dos gastos públicos, convém mencionar a proposta de emenda à Constituição (PEC), que, após tramitação na Câmara dos Deputados, sob o nº 241/2016, e no Senado Federal, nº 55/2016, tratando da mesma proposta, apenas com números registrados diferentes para cada Casa legislativa, foi aprovada e publicada em dezembro de 2016 (BRASIL, 2016a; 2016b). A PEC instituiu novo regime fiscal determinando teto para os gastos públicos, limitando-os pelos próximos vinte anos, sendo passível de revisão depois dos primeiros dez anos da emenda por meio de projeto de lei complementar.

Promulgada, assim, a Emenda Constitucional nº 95/2016 (que limita por vinte anos os gastos públicos), cuja vigência iniciou no ano de 2017, quando o teto é fixado com esteio na despesa primária paga em 2016, mais os restos a pagar com a correção de 7,2%, índice previsto da inflação (BRASIL, 2016c).

Na área de saúde, para o ano de 2017, restou estabelecido o gasto de 15% da receita corrente líquida. A Educação ficou com 18% da arrecadação de tributos. Em 2018, o critério seguiu o da inflação. Sendo, pois, reduzidos consideravelmente os recursos com a saúde pública e educação.

Santos (2018), sobre esse novo regime fiscal, aponta dois aspectos:

A EC-95/2016 visa a constitucionalizar o fim do SUS (com base em que pacto social, cara pálida?). Essa EC restringe o cálculo das despesas federais primárias exclusivamente à correção da inflação do ano anterior. Isto é, desconsidera o crescimento populacional, a incorporação de tecnologias na qualidade dos serviços, o aumento do número de idosos e o subfinanciamento que se arrasta nos últimos 30 anos. Não por coincidência, a Agência Nacional de Saúde (ANS) atua na legalização do mercado de oferta de planos privados com franquia: mensalidades baixas com franquia alta e vice-versa, visando à adesão de segmentos sociais mais pobres, sob o lema “o consumidor precisa sentir no bolso (SANTOS, 2018, p.20).

Paiva (2017, p.98) comenta que a PEC 241/2016 foi encaminhada ao Congresso Nacional, “[...] com o grave objetivo de congelar as despesas com a saúde e a seguridade social por 20 anos, limitando o crescimento das despesas ao valor da inflação do ano anterior alcunhada pelos movimentos sociais de PEC da Morte”.

regras, vedações e limites para as despesas dos Poderes; autoriza o aumento das despesas com pessoal; regulamenta as transferências a entes públicos e privados; disciplina o equilíbrio entre as receitas e as despesas. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ldo>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

A Emenda Constitucional em análise afetou a população, sobretudo aquela mais pobre e o contingente que está envelhecendo, que necessita dos serviços públicos de saúde, em virtude do congelamento dos gastos nessa esfera pelo prazo de 20 anos, sem investimentos, caracterizando-se esse novo regime um quadro de austeridade fiscal, com a redução drástica dos gastos com a área de saúde.

Ao contrário, o Estado deve prever disponibilidade de recursos para concretização de políticas públicas que promovam a satisfação das necessidades da coletividade.

Afirma Canotilho (2001) que a realização dos direitos sociais se constitui:

Um importante problema de competência constitucional: ao legislador compete, dentro das reservas orçamentais, dos planos econômicos e financeiros, das condições sociais e econômicas do país, garantir as prestações integradoras dos direitos sociais, econômicos e culturais. (CANOTILHO, 2001, p.369).

E arremata o referido autor que “[...] os textos constitucionais devem estabelecer as premissas materiais fundantes das políticas públicas num Estado e numa sociedade que se pretendem continuar a chamar de direito, democráticos e sociais” (CANOTILHO, 2001, p.109).

Nesse passo, é relevante evidenciar que a Carta Constitucional de 1988 delinea as formas, diretrizes e parâmetros de se fazer política pública, valorizando a participação comunitária ativa e estabelecendo os conselhos, fóruns e outros instrumentos legítimos da sociedade civil para atuar em parceria com o Poder Público¹⁷.

No entanto, quando o Poder Público não executar as políticas públicas para garantir a concretude dos direitos fundamentais dispostos na Norma Ápice e nas Leis Ordinárias, cabe à interferência do Judiciário para satisfação do bem social à saúde do segmento longo.

¹⁷Os programas e projetos governamentais devem se ajustar aos princípios e diretrizes constitucionais ou, inelutavelmente, serão considerados como inválidos, juridicamente insubsistentes e, desse modo, sujeitos ao mesmo controle jurisdicional da constitucionalidade a que se submetem as leis (PONTES FILHO, 2003 *in* FREIRE JÚNIOR, 2005, p. 49).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O sistema de proteção social à saúde no Brasil até o final da década de 1980, baseava-se no sistema de modelo previdenciário. A história da previdência brasileira foi marcada pela instituição da Lei Eloy Chaves, em 1923, que estabeleceu a criação de Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para empresas. E depois, a fundação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), em 1932, no governo de Getúlio Vargas, voltados às categorias profissionais, sendo aos poucos acentuada a prestação de assistência à saúde por parte de cada Instituto.

O desenvolvimento dos direitos sociais no País evoluiu em paralelo com o cenário mundial, iniciando-se nos anos de 1930, na Era de Getúlio Vargas, quando, nesse governo, foram fixados os primeiros direitos trabalhistas, com a instituição do salário-mínimo, seguros contra a velhice e invalidez e o reconhecimento dos sindicatos.

Observa-se que, em 1964, durante o regime ditatorial, foi afetado o exercício dos direitos civis e políticos, no entanto, nesse período, houve prosperidade no sistema previdenciário brasileiro, com a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que propiciou a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAP). E, em 1977, a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – Órgão coordenador das ações de saúde relacionadas ao patamar médico-assistencial da previdência social (BRASIL, 2002).

Conforme Escorel (2012), o sistema de saúde tinha gestão centralizada e organização fragmentada, realizada a prestação de serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e, após, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O acesso aos serviços de saúde somente era concedido àquelas pessoas inseridas no mercado de trabalho formal, seguradas da previdência social.

Desse modo, as classes vulneráveis ao sistema não logravam assistência à saúde, vez que contemplava apenas os segurados da previdência social, configurando-se, então, um sistema de saúde caracterizado pelo acesso injusto, ensejando desigualdades sociais.

Ainda, segundo Escorel (2012), na década de 1980, praticamente não houve crescimento econômico no país, todavia, foi marcada pela progressão dos direitos civil, políticos e sociais, por conta da organização da sociedade civil, aliada à realização de movimentos sociais que batalhavam por melhores condições que viessem a satisfazer os elementos básicos de sobrevivência. Inclusive, no final desse decênio, foi extinto o INAMPS e constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, quando se verificou importante conquista à população mais carente, com o fim da imposição para o atendimento nos hospitais públicos e conveniados da rede pública restringir-se exclusivamente aos segurados da previdência social.

Esse sistema aproximou-se mais de uma cobertura universal de saúde e serviu como elemento de base, juntamente com o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde à edificação do SUS, no sentido de reformar o setor saúde.

Assim, em 1988, com o advento da Constituição Federal, foi implantada a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo tal Texto Constitucional nos dispositivos 196 e 198, os princípios e as diretrizes do SUS¹⁸

Dessa feita, a Carta da República consagrou o direito à saúde como direito social fundamental assegurado a todos, brasileiros e estrangeiros, e dever do Estado de prestá-lo, adotando os princípios da universalidade e igualdade, atribuindo ao Poder Público a responsabilidade de viabilizar ações de promoção, proteção e recuperação. Ademais, conferiu relevância pública às ações e serviços de saúde, designando normas de fiscalização, avaliação e controle, nos termos dos preceitos constitucionais dispostos nos artigos 6º e 197, respectivamente:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (grifo da autora).

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação,

¹⁸Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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.

fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

De acordo com o teor das referidas normas constitucionais, o Estado está compelido a implementar políticas públicas no âmbito da saúde, visando a promoção desse direito, bem como garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde a toda coletividade.

Então, para possibilitar melhor acesso à prestação de serviço à saúde, surgiram diversas iniciativas jurídico-institucionais que culminaram na criação de leis infraconstitucionais e demais instrumentos normativos, quais sejam:

- Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a organização e estrutura do funcionamento dos serviços de saúde.
- Lei nº 8.142/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.
- Portaria nº 545/1993, determina normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, que aprovou a Norma Operacional Básica do SUS, nº 01/1996.
- Portaria nº 3.916/1998, trata da Política Nacional de Medicamentos.
- Portaria nº 373/2002, aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2002 – NOAS-SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica e determina o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; institui mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e realiza a atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios.
- Lei nº 12.401/2011, alterou as diretrizes da Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Plano Nacional de Saúde (2016-2019), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com diretrizes a serem seguidos pelo Poder

Público, encontra-se em conformidade com o processo de debates que o Ministério da Saúde estabeleceu com o Conselho durante o ano de 2015.

Nessa oportunidade, é louvável tecer considerações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que, em conjunto com a Lei nº 8.142/1990, constituem a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Depreende-se que a principal política pública de saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sediada em Brasília, em 1986, que determinou as bases doutrinárias de um novo sistema de saúde. O evento foi um marco histórico da política de saúde, porquanto contou com a participação da sociedade civil.

Em conformidade com essa Conferência, o Sistema Único de Saúde representa a edificação de um novo arcabouço institucional, separando a questão saúde da seara da previdência, mediante intensa reforma sanitária (BRASIL, 2011a):

Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência foi convocada pelo Ministro Carlos Sant'ana, promovida sob a gestão do Ministro Roberto Santos, e nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, e tinha como temas oficiais: 1) Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento Setorial (presidente José Sarney, 1985-1990). Essa Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração do Sistema Único de Saúde. Em 1987, com a assistência médica ainda no Inamps, foi implantado, no Executivo Federal, um arranjo institucional denominado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O SUDS foi, portanto, contemporâneo da Constituinte, da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011a, p.15).

Releva frisar que está designada a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema "Democracia e Saúde", em Brasília, em data de 04 a 07 de agosto de 2019.

Vasconcelos e Pasche (2006) conceituam o Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto organizado, que operacionaliza os serviços e as ações de saúde, dando suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, nos níveis

municipal, estadual e nacional, bem como aos serviços privados de saúde que o integram, de modo complementar para prestação de serviços aos usuários do sistema, quando contratados ou conveniados.

Percebe-se que, durante os últimos anos, a implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua concepção na Constituição Federal, em 1988, são objeto de inúmeros instrumentos normativos, como forma de regulamentar esse sistema e colocar em prática seus objetivos, princípios e diretrizes¹⁹.

O SUS tem como objetivo integrar e coordenar as ações de saúde nas três esferas de governo, à luz das disposições constantes no art. 4º do diploma legal nº 8.080/90, nos seguintes termos:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Neste passo, elencam-se os princípios doutrinários que regem o Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e a equidade.

3.2.1 Universalidade

A universalidade é a garantia do direito à saúde a todo cidadão, por parte do Estado (art.196 da CF e art. 7º, inciso I, da Lei nº 8.080/90). Como a prestação do serviço público de saúde foi universalizada, todos os brasileiros passaram a ser titulares do direito à saúde, sem discriminação de sexo, raça, cor ou de classe social. Esse princípio é marcante para a democracia, pois toda a população passou a se beneficiar com esses serviços, enquanto no regime político anterior, repisa-se, eram restritos para os trabalhadores inseridos no mercado formal, somente acessível para os que fossem segurados da previdência social.

¹⁹Os princípios são a base do sistema, enquanto as diretrizes são os caminhos que devem ser percorridos, para que sejam cumpridos os objetivos constitucionais (AITH, 2007).

O entendimento de Duarte (2017) acerca do princípio da universalização:

A incorporação do princípio da universalização dos direitos sociais se deu de modo tardio no Brasil. Diferentemente de países europeus, que adotaram o Estado de Bem-estar Social na fase do capitalismo industrial, do pós-guerra, a Constituição Federal de 1988 adotou o modelo de Estado Social numa fase em que, no cenário internacional, vigorava o capitalismo financeiro, pautado na ideia do forte controle dos gastos públicos. Isso acabou gerando uma situação de permanente conflito (DUARTE, 2017, p.90).

3.2.2 Integralidade

O princípio da integralidade tem previsão constitucional no artigo 198, inciso II, da CF, sendo considerado base para atenção à saúde, mediante o implemento de ações oferecida pelo SUS, de promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo prevenção de riscos e agravos, bem como de assistência a doentes. Na esfera infraconstitucional, o artigo 7º, da Lei nº 8.090/90, estabelece a integralidade como “[...] um 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”.

Da exegese extraída do dispositivo legal ora referido, o atendimento à saúde deve ser pleno, envolvendo todas as fases de cuidados, inserindo ações de prevenção, recuperação e a reabilitação, além de assegurar prestação de serviços, como tratamentos de elevada complexidade em saúde, realização de cirurgia e o fornecimento de medicamento de alto custo. A integralidade representa a organização de sistema multidirecional, dirigido à atenção plena aos cuidados da pessoa e não somente ao tratamento da doença.

Nessa conjuntura, existem dificuldades para se garantir o direito à saúde em sua integralidade, tanto que o Poder Judiciário tem se colocado como garantidor inarredável desse direito, aumentando cada vez mais a judicialização da saúde, por via de demandas judiciais, objetivando o alcance do cumprimento das prestações do aludido direito social pelo Estado. Em decorrência de obstáculos para concessão integral do direito à saúde, surgiu a Lei nº 12.401/2011, que alterou a Lei nº 8.080/90, normatizando regras para assistência terapêutica integral na estrutura do SUS, determinando que:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I – dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II – oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Então, da leitura das retrocitadas disposições, a dispensação de medicamentos e produtos para a saúde atenderá às diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico, ou de acordo com as tabelas firmadas pelos gestores, nos moldes do artigo 19-P, do diploma legal nº 12.401/2011.²⁰ E, ainda, a oferta de procedimentos terapêuticos consubstanciada nas listas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS).

Indubitável, o legislador limitou a abrangência do princípio da integralidade ao estipular a adoção de regras técnicas aos gestores do SUS, nos respectivos níveis federativos, por meio do cumprimento das diretrizes terapêuticas, como também, ao adotar as listas de serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, incluindo os procedimentos e medicamentos a serem oferecidos.

Aliás, as diretrizes terapêuticas têm como meta estabelecer o tratamento mais indicado para cada tipo de enfermidade, com fundamento nas prescrições terapêuticas aprovadas pela comunidade científica, aferido quanto à eficácia, segurança, efetividade e ao custo-efetividade, à luz do preceito estabelecido no artigo 19-O, parágrafo Único, da Lei nº 12.401/2011.²¹

²⁰Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I – com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II – no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III – no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.

²¹Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Para fins de concreção das normas inseridas no diploma legal em comento, foi instituída a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) que, após, regulamentou a constituição de uma Rede Nacional de Serviços de Saúde (RENASES), disposta no Decreto 7.508, de 2011, na qual consta a relação nacional de todas as ações e serviços públicos que o SUS garante ao usuário, com intuito de atender à integralidade da assistência à saúde. Ainda, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista de fármacos que deve satisfazer as necessidades prioritárias da população e que rege o atendimento e assistência farmacológicos do SUS.

3.2.3 Equidade

O princípio doutrinário da equidade tem estreita relação com as concepções de igualdade e justiça. Tal princípio visa diminuir as desigualdades sociais em relação ao acesso às ações e serviços de saúde. No SUS, a equidade se destaca, por intermédio do atendimento as pessoas consoantes suas necessidades. Nesse princípio, almeja-se reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde de grupos ou pessoas, tratando desigualmente os desiguais, para se proporcionar a igualdade de oportunidades de acesso ao direito à saúde.

Com efeito, a equidade na saúde representa o reconhecimento de diferenças culturais, regionais e sociais. Esse princípio é norteador da elaboração de políticas públicas, considerando as necessidades de grupos específicos, com programas de saúde que favoreçam idosos, pessoas com deficiências, índios, dentre outros, com o desígnio de que seja assegurado igualmente a todos esse direito fundamental.

Além dos princípios doutrinários nomeados, cabe destacar os princípios organizativos do SUS, arrolados no artigo 198 da Carta Maior e no dispositivo 7º da Lei nº 8.080/90: regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.

3.2.4 Regionalização e hierarquização

Deduz-se da norma constitucional expressa no art.198, que as ações e os serviços públicos de saúde integram rede regionalizada e hierarquizada, constituindo sistema único organizado, em consonância com as seguintes diretrizes: a) descentralização; b) atendimento integral; c) e participação da comunidade.

Os princípios da regionalização e hierarquização estabelecem que os serviços de saúde devem ser organizados conforme o grau de complexidade tecnológica dos respectivos serviços, restritos a uma área geográfica e dirigidos à determinada população para atendimento e assistência.

A regionalização tem como essenciais objetivos a garantia do direito à saúde, a redução das desigualdades sociais e territoriais, promoção da equidade e a integralidade na atenção à saúde, a resolutividade e qualidade às ações e aos serviços, racionalização dos gastos, otimização dos recursos. Igualmente, potencializar o processo de descentralização, de forma a fortalecer Estados e Municípios para desempenharem a função de gestores e organizarem as demandas, segundo as necessidades de cada região (BRASIL, 2006).

Ademais, além dos benefícios ofertados pela regionalização, como o aprimoramento da coordenação e a integração da assistência em saúde e a redução de custos, ainda, revela desafios, entre eles, os empecilhos para realizar a integração e coordenação das ações e os serviços, em diversas localidades geográficas, com distintas gestões desenvolvendo planejamento mediante critérios epidemiológicos, para atender com melhor qualidade as necessidades de saúde e demandas da população. Torna-se essencial, por conseguinte, a efetivação de políticas públicas atinentes à saúde com enfoque regional, respeitando-se os aspectos histórico-culturais da região.

Quanto à integração de recursos e de pessoal na gestão do SUS, verifica-se que tem como escopo garantir eficácia e eficiência ao sistema de saúde. A integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas, envolve dois fatores, um é a hierarquização dos serviços que admite a produção de ações de várias complexidades, seja nos setores primário, secundário e terciário, em razão da natureza da enfermidade; outro é a que integra a realização de ações de

naturezas diversas, como promoção, prevenção e recuperação no enfrentamento da enfermidade.

Os níveis de complexidade de atenção à saúde se classificam em: nível primário de atenção, que corresponde às Unidades Básicas de Saúde; nível secundário, que equivale aos centros de especialidades; e nível terciário representado pelos hospitais.

3.2.5 Descentralização

No que se refere à descentralização das políticas de saúde e da gestão, preconizada no artigo 198 da Constituição Federal e artigo 7º, inciso IX, da Lei nº 8.080/90, essa diretriz retrata a distribuição de poder e de responsabilidade entre as esferas de governo – União, Estados e Municípios –, colimando prestação de serviços com eficiência e qualidade e com a participação da sociedade. A descentralização ocorre com direção única, segundo regra constitucional, em que cada nível de governo tem autonomia para proferir decisões e atividades, apenas preservando os princípios gerais.

Desse modo, a autoridade sanitária do SUS é exercida, no âmbito da União, pelo ministro da saúde; nos Estados, pelos secretários estaduais de saúde; e, nos Municípios, pelos secretários municipais de saúde. Cada nível tem atribuições específicas definidas em leis.

3.2.6 Participação popular

Mais uma diretriz organizativa é a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista no artigo 198 do Texto Fundamental, e no artigo 7º, inciso VIII, dos diplomas legais 8.080/90 e 8.142/90. É assegurada à população a participação do processo de formulação e avaliação das políticas de saúde, e do controle de sua execução em todos os níveis do governo. A participação ocorre por meio dos conselhos de saúde, representando os usuários, constituídos com metade de componentes, e a outra metade, por integrantes do governo, profissionais de saúde e prestadores do setor privado de serviços.

Afigura-se que, com o advento da Lei Orgânica da Saúde, sucederam avanços jurídicos expressivos, quanto ao estabelecimento de relevância pública dos serviços de saúde, como a institucionalização de um arcabouço jurídico-normativo e organizativo do Sistema Único de Saúde – SUS, com princípios doutrinários e operacionais.

Mas, não obstante, o progresso na constituição do SUS, identificam-se diversos óbices impeditivos na prestação de serviço de saúde, entre os quais, recursos insuficientes destinados à operacionalização e ao financiamento, que não satisfazem as necessidades demandadas pela sociedade. Profere Santos (2018) que:

Os 30 anos da intrincada relação financiamento/modelo de atenção. Há um inegável subfinanciamento federal do SUS, gerando distorções e desvios na sua implementação. Eis alguns fatores centrais nesse sentido: Desconsideração da indicação constitucional do mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social - OSS na base de cálculo e, desde 1993, a subtração do Fundo da Previdência Social. O financiamento federal permaneceu desde então entre 1/3 e 1/2 do que foi inicialmente determinado na Constituição. O gasto federal com o SUS é mantido por volta de 1,7% do PIB que, juntado ao dos Municípios e Estados, totaliza entre 3,6 e 3,9% do PIB, muito aquém dos 7% a 8% aplicados pelos bons sistemas públicos de saúde no mundo; Desvio indevido de ponderáveis recursos do SUS para outras prioridades de governo; Aprovação no Congresso Nacional da EC 95/2016 que reduziu a correção anual do financiamento federal da área social, inclusive do SUS, zerando o crescimento real ao substituir o piso vinculado à evolução da receita pública pelo teto vinculado à inflação do ano anterior. Tais restrições e estrangulamentos vêm desestruturando os eixos estratégicos e constitucionais do SUS, deixando-o com financiamento e recursos humanos e materiais insuficientes. O que dá lugar aos serviços privados que deveriam ser complementares ou assumir os riscos próprios do mercado (SANTOS, 2018, p.18).

Bahia e Scheffer (2018, p.158/171) fazem reflexão após trinta anos da Carta Constitucional de 1988, da saúde e do SUS, afirmando que houve avanços, impasses e retrocessos, portanto, ensejando a realização de debate para buscar soluções efetivas que melhorem a saúde pública. Expressam que “Nessa conjuntura, caracterizada pela crise econômica e política e por cortes de recursos para a saúde, torna-se especialmente relevante estabelecer um debate sobre as relações entre a recessão, as políticas de austeridade, a situação de saúde e o SUS”.

É louvável descrever alguns desafios do SUS quanto a: execução das políticas públicas, ocorrendo falhas nos processos administrativos na área de

vigilância e de atenção à saúde; força de trabalho, com a insuficiência de profissionais ou lotações inadvertidas; no abastecimento observam-se a falta de planejamento correspondente e a morosidade nos procedimentos de aquisição e de logística; e, ainda, estrutura insuficiente na Rede de Atenção à Saúde (PERY, 2019).

Dessarte, o direito à saúde, como direito social de primeira grandeza, é contemplado na Carta Magna vigente como princípio fundamental do ser humano, atribuindo-se ao Poder Público a responsabilidade de promover a sua efetividade, para tanto, traçando políticas públicas.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO

No âmbito internacional, destacaram-se duas assembleias das Nações Unidas, atinentes à agenda de políticas públicas para saúde do segmento idoso: a de Viena, em 1982, e a de Madri, em 2002.

3.3.1 Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena (1982)

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, em 1982, foi a primeira conferência universal que tratou da temática do envelhecimento da população, aprovando plano global de ação, com propósito de comover e influenciar os governos a elaborarem políticas públicas voltadas para os idosos. O escopo da reportada Assembleia foi assegurar aos longevos proteção econômica e social, além disso, detectar meios para inclusão social destes, de forma a proporcionar bem-estar social a essa categoria, especialmente àqueles dos países desenvolvidos.

Releva evidenciar que o Plano de Ação Mundial eleito nessa primeira Conferência foi constituído de 66 recomendações para os Estados-Membros, alusivas às áreas da saúde, nutrição, bem-estar social, família, moradia, meio ambiente, previdência social, trabalho, educação e proteção ao consumidor idoso. Nas palavras de Camarano e Pasinato (2004):

A concepção do idoso traçada no plano era a de indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas

necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado por uma visão da medicalização do processo de envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.255).

É de se esclarecer que às respectivas recomendações dessa assembleia, mesmo sendo destinadas aos países desenvolvidos, influenciaram de modo preponderante os países em desenvolvimento, que passaram a inserir nas agendas de políticas públicas matéria volvida a essa parcela populacional. Inclusive, o Brasil estabeleceu políticas e programas aplicados ao envelhecimento saudável nas normas dispostas na Carta Constitucional de 1988, e em legislações infraconstitucionais.

Oportuno discorrer, antes de tecer considerações relativas ao Plano de Madri, que a década de 1990 foi relevante em relação a esta temática, com ênfase na realização, em 1991, da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que estabeleceu 18 princípios em benefício da categoria dos idosos, englobando a promoção da independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade²².

No ano seguinte, em 1992, a Conferência Internacional da ONU prosseguiu com o Plano de Ação, aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento. Na sequência, determinou o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso, adotando o *slogan* “Uma sociedade para todas as idades”. E determinou a data de 1º de outubro como o Dia Mundial do Idoso, por identificar o processo de envelhecimento como um fato global. No Brasil, desde o ano de 2006, o Dia

²²1. As pessoas de idade devem ter acesso à alimentação, água, moradia, vestimenta e atenção à saúde adequada, através de recursos (renda), apoio de suas famílias e da comunidade e sua própria autossuficiência.

7. As pessoas de idade devem permanecer integradas a sociedade, participando ativamente na formulação e aplicação das políticas que afetam diretamente seu bem-estar, e compartilhar seus conhecimentos e habilidades com as gerações mais novas.

11. As pessoas de idade devem ter acesso aos serviços de atenções à saúde que as ajudem a manter ou recuperar um bom nível de bem-estar físico, mental e emocional, assim como prevenir ou retardar o aparecimento de qualquer enfermidade.

15. As pessoas de idade devem poder aproveitar as oportunidades para desenvolver plenamente seu potencial.

17. As pessoas de idade devem poder viver com dignidade e segurança, e verem-se livres de exploração e maus-tratos físicos e mentais.

18. As pessoas de idade devem receber um tratamento digno, independentemente da idade, sexo, raça ou origem étnica, dependência/incapacidade e outras condições, e ser valorizadas sem que isto dependa de sua contribuição (ou capacidade) econômica.

Nacional do Idoso passou a ser comemorado na mesma data do Dia Internacional do Idoso, com arrimo na Lei 11.433/2006, alterando a data festiva, que antes era o dia 27 de setembro (BRASIL, 2006b).

3.3.2 Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri (2002)

Na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Madri, no ano de 2002, foram aprovados uma nova Declaração Política e um notável Plano de Ação Internacional, objetivando o desenvolvimento de política universal direcionada ao envelhecimento para o século XXI. Nesse fórum, houve a colaboração firmada entre o Estado e a sociedade civil, mas, competindo, principalmente, aos governos executar o Plano de Ação, embora importantes as parcerias entre o governo e a sociedade civil, setor privado e o próprio segmento idoso.

O Plano de Ação consistiu em três prioridades centrais: as pessoas idosas e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar na velhice; e, ainda, o ambiente propício e favorável ao envelhecimento. A primeira prioridade relativa às pessoas idosas e ao desenvolvimento traduz-se na efetivação de políticas que possibilitem a participação ativa dos idosos na sociedade²³, bem como a luta contra a pobreza, mediante políticas de trabalho, integração social e seguridade.

A segunda prioridade se relaciona à promoção do envelhecimento saudável, por meio de políticas preventivas que assegurem desenvolvimento sadio desde a fase da infância, e, para isso, o acesso universal aos serviços de saúde pública, com proteção contra enfermidades e incapacidades e nutrição apropriada.

Finalmente, a terceira prioridade tem como finalidade garantir ambiente propício e favorável, viabilizando políticas públicas direcionadas à família e à comunidade, para melhorar as condições de vida dos longevos, com adequada habitação e, também, fomentando a solidariedade intergeracional, além de

²³O potencial dos idosos constitui sólida base para o desenvolvimento futuro. Permite à sociedade recorrer cada vez mais a competências, experiência e sabedoria dos idosos, não só para tomar a iniciativa de sua própria melhoria, mas também para participar ativamente em toda a sociedade (artigo 10, da Declaração Política da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento).

impulsionar para que eles possam contribuir na sociedade. Foi tratada essa prioridade na declaração política, no art 6^o²⁴.

Desse modo, o Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento em Madri, no ano de 2002, requereu mudanças de políticas e procedimentos em todos os âmbitos, para afirmar o envelhecimento da população com segurança e dignidade, ensejando a essa categoria a participação em suas sociedades como cidadãos, desfrutando de plenos direitos. Aliás, restou determinada a necessidade de incorporar o envelhecimento nas estratégias políticas, sociais e econômicas, e que as políticas efetivas teriam de variar de acordo com as condições de cada país.

Outro aspecto reconhecido na II Assembleia refere-se à imprescindibilidade de integrar uma perspectiva de gênero em todas as políticas e programas, de forma a considerar as necessidades e experiências de mulheres e homens longevos, nos termos preconizados no dispositivo 8^o da referida Declaração Política.

3.3.3 Conferências Regionais sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe

No ano de 2003, a Comissão Econômica Para a América Latina e o Caribe (CEPAL) organizou a I Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento da América Latina e Caribe, em Santiago do Chile, para formular estratégias regionais, com o desígnio de implantar as metas e os objetivos estabelecidos pelo Plano de Ação Internacional do Envelhecimento em Madri.

A II Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe foi efetuada no ano de 2007, em Brasília. Teve como intento identificar os desafios e prioridades de cada região e promover uma sociedade para todas as idades, prestando os serviços sociais e de saúde, de conformidade com as necessidades das pessoas idosas. A referência central desse conclave residiu na constituição da Declaração de Brasília, um acordo intergovernamental para priorizar

²⁴Quando o envelhecimento é aceito como um fim, o aproveitamento da competência, experiência e recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas (art. 6^o, da Declaração Política supracitada).

a matéria do envelhecimento mediante políticas públicas que possibilitem oferecer condições de vida digna aos idosos²⁵.

Convém trazer à baila excertos da Declaração em exame:

Reconhecemos a necessidade de incentivar o acesso equitativo aos serviços de saúde integrais, oportunos e de qualidade, de acordo com as políticas públicas de cada país, e fomentar o acesso aos medicamentos básicos de uso continuado para as pessoas idosas;

Enfatizando que é indispensável que o envelhecimento da população não se circunscreva às atuais gerações de pessoas idosas e que é fundamental avançar no sentido da construção de sociedades mais inclusivas, coesas e democráticas, que rechacem todas as formas de discriminação, inclusive as relacionadas com a idade, e consolidar os mecanismos de solidariedade entre gerações (CEPAL, 2008, p.2-3).

A III Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe ocorreu em São José da Costa Rica, em 2012, tencionando analisar os resultados decorrentes do pacto celebrado na Declaração de Brasília. Nessa Convenção, houve análise sobre novos desafios pertinentes aos idosos, com a fundação da Carta de San José, que constituiu novo plano de ação e diretrizes políticas para proteção dos direitos humanos e sociais desse grupo populacional na América latina e no Caribe.

Por fim, ocorreu a IV Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos dos idosos na América Latina e Caribe, em Assunção, em 2017, aprovando a Declaração de Assunção, em que os países signatários reafirmaram o compromisso de promover e tutelar os direitos e liberdades fundamentais desse contingente populacional, de modo a incorporar esse tema em suas políticas: “Construindo Sociedades Inclusivas: Envelhecimento com Dignidade e Direitos”²⁶ (CEPAL, 2017).

²⁵Leva-se em conta o fato de que uma transformação demográfica de tais dimensões tem profundas repercussões na sociedade e nas políticas públicas, e que, com o envelhecimento, aumenta a demanda por um exercício efetivo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais em todas as idades. Sublinha-se que a preocupação dos Estados com os direitos das pessoas idosas vem há alguns anos aumentando e se traduzindo na criação de marcos legais de proteção, embora persistam brechas na implementação desses direitos e muitas pessoas idosas ainda não tenham acesso a benefícios da seguridade social, à assistência à saúde ou aos serviços sociais (CEPAL, 2008).

²⁶Incentivamos a implementação de políticas e programas para a prevenção, a atenção, os cuidados paliativos e o tratamento e manejo de doenças não transmissíveis, inclusive a doença de Alzheimer e outras formas de demência, bem como a promoção de um envelhecimento saudável para melhorar a qualidade de vida e aliviar a carga de doenças não transmissíveis na população, na economia e nos serviços e sistemas de saúde (CEPAL, 2017).

Portanto, fazendo-se reflexão a respeito das propostas introduzidas na agenda mundial relacionadas aos Planos de Ação Internacional sobre o Envelhecimento em Viena (1982) e Madri (2002), percebe-se que ambos impulsionaram de modo preponderante os debates e o enfrentamento de desafios sobre o envelhecimento na América Latina e no Caribe. As Conferências Regionais Intergovernamentais buscaram retratar e adaptar as normas internacionais à realidade regional. Em outras palavras, a elaboração de políticas públicas para o grupo de longevos em consonância com as especificidades de cada região.

3.3.4 Políticas públicas de saúde do idoso no Brasil

No que concerne às políticas públicas de saúde do idoso no Brasil, a legislação pátria incorporou as recomendações das assembleias internacionais e regionais, representando avanço relevante nessa temática, com normas protetivas elencadas na Carta Magna de 1988 e em leis infraconstitucionais, contudo urge a efetiva implementação de políticas públicas para propiciar uma vida saudável a esse segmento populacional, e não restringir tão somente ao campo da regulamentação.

Nessa perspectiva, Camarano e Pasinato (2004) revelam duas iniciativas que influenciaram no Brasil o desenvolvimento de políticas públicas dirigidas ao longo. Ou seja, a primeira foi a fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em 1961, tendo como meta precípua estimular iniciativas e obras sociais de proteção à velhice. A segunda iniciativa ocorreu em 1963, organizada pelo Serviço Social do Comércio (SESC), quando comerciários em São Paulo desenvolveu trabalho de assistência social a esse grupo, em decorrência da preocupação com o desamparo e a solidão dos idosos, o que culminou na elaboração de políticas voltadas a essa classe.

O marco inicial das ações do Poder Público na prestação de assistência à categoria em voga aconteceu no ano de 1974, por intermédio da instituição da Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, que criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social, o qual tratou das questões relacionadas à saúde, à renda e à prevenção/atendimento asilar (BRASIL, 1974a).

Ainda, em 1974, foram constituídos benefícios não contributivos em favor dos idosos desfavorecidos, que consistiam em aposentadorias para os trabalhadores rurais e proteção previdenciária, conhecida como Renda Mensal Vitalícia (RMV), criada pela Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974 (BRASIL, 1974b). A RMV ²⁷ foi medida de amparo ao portador de deficiência e ao idoso carente, tanto da área urbana, quanto rural.

Ademais, em 1976, foi editado o primeiro documento pelo MPAS com diretrizes para política social específica para o segmento idoso, assente em três seminários realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza. Esses eventos abordaram as condições de vida do idoso brasileiro e os meios assistenciais disponíveis para suprir suas necessidades.

Daí resulta que as políticas para esse grupo priorizavam os idosos necessitados e dependentes. E somente na década de 1980 que essa concepção passou por alterações, em função da influência do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, em Viena (1982), que apresentou como proposta a adoção de envelhecimento saudável, sendo tal premissa introduzida na vigente Norma Ápice Fundamental.

Ressai que a Constituição Federal de 1988 assegurou um benefício mensal, no valor de um salário mínimo à pessoa idosa e ao portador de deficiência, independentemente de contribuição para Previdência Social, desde que comprovem não dispor de meios para prover a própria manutenção ou também pela própria família (art. 203, V, da CF). Tal direito foi regulamentado pela Lei 8.742/1993, a nomeada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que fundou o Benefício de Prestação Continuada (BPC), substituindo a Renda Mensal Vitalícia (RMV). O BPC abrange as pessoas com 65 anos de idade, portanto, com cobertura assistencial bem mais elevada que o benefício anterior.

Outra norma constitucional expressiva encontra-se no artigo 7º do Capítulo dos Direitos Sociais, referente à proibição de diferença de salário, de

²⁷A Renda Mensal Vitalícia (RMV) foi um benefício previdenciário voltado às pessoas maiores de 70 anos de idade e os inválidos, incapacitados de modo definitivo para o trabalho, que, não exerciam atividade remunerada e não auferiam rendimento superior a 60% do valor do salário-mínimo. Bem assim, não poderiam ser sustentados pela família, e não possuíam outro meio de manutenção. Esse benefício foi extinto em 01 de janeiro de 1996, quando entrou em vigor a concessão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BRASIL, 2015).

exercício de funções e critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

Irrefragável, a Constituição Federal trouxe progressos imensuráveis para a classe do idoso, surgindo após sua promulgação políticas públicas centradas para esse segmento, relativas aos direitos sociais, nomeadamente a saúde, as quais ressaltam-se:

- A Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei 8.842/94, e regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948/96, tem por finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, incluindo o direito à saúde, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A PNI tem como “princípio fundamental de que o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.269).
- O Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/03, editado depois de anos de luta política, após quase 10 anos da publicação da PNI, objetiva garantir os direitos e promover proteção integral aos idosos, preservando a vida e a saúde física e mental, com absoluta prioridade, e pelo atendimento ao princípio da dignidade. Esse Estatuto foi elaborado em consonância com as orientações dos Planos de Ação Internacional para o Envelhecimento, especialmente o de Madri, 2002.
- A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº 2.528/2006, cuja meta primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos longevos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.
- Política que garante prioridade aos idosos de 80 anos, a qual foi estabelecida pela Lei nº 13.466/2017, que acrescentou a Lei nº 10.741/03 (Estatuto do Idoso) a seguinte redação: “Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos,

atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos”.

Além do mais, o Pacto pela Saúde é outra política pública que contempla benefícios de saúde a essa categoria, divulgado por intermédio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, na esfera das Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como escopo promover reformas nas relações institucionais e fortalecimento da gestão do SUS, e estabelecer alterações nas relações entre os entes federados (União, Estados e Municípios), até mesmo nos procedimentos de financiamento, no sentido de alcançar a atualização e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c). Para anuência desse Pacto, os gestores consolidaram termo de compromisso, relativamente a outros três, quais sejam: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida introduziu como uma de suas prioridades a saúde do idoso, tencionando a promoção do envelhecimento ativo e saudável, bem como a implantação de serviços de atenção domiciliar, a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, objetivando a atenção integral, o fortalecimento da participação social, entre outras políticas direcionadas ao segmento.

Com efeito, denota-se que a aprovação de mencionadas políticas representa evolução na legislação brasileira, retratando progresso sócio-jurídico na tutela social para essa parcela da população. Sem dúvidas, as normas constitucionais e infraconstitucionais geraram visibilidade ao tema envelhecimento, especificamente na área de saúde.

Contudo, citadas políticas deparam com obstáculos na sua execução, não se desenvolvendo a contento, dado o aumento desse contingente e da fragilidade da estrutura do sistema de saúde pública. Assenta a antropóloga Minayo (2004):

O aparato do Estado é um grande regulador do curso da vida. E, no caso brasileiro, a posição oficial dos governos em relação aos velhos é aberta e avançada. Existem muitas leis a favor deles. [...] No entanto, falta ainda muito a fazer, no plano da implementação concreta de dispositivos que assegurem os direitos desse grupo social (MINAYO, 2004, p.32).

Dessa maneira, somente a existência de diplomas normativos não confere ao segmento idoso os seus direitos, então, é imperioso o cumprimento das legislações aplicáveis à matéria, ora enfatizadas.

Nessa linha, Alcântara (2016) ensina que:

A luta ainda não terminou. As conquistas alcançadas por meio das leis não foram o suficiente para que o velho seja tratado com respeito e dignidade. É preciso agora que se faça o cumprimento dessas leis. O velho brasileiro não quer ser objeto de assistencialismo, bondade ou caridade. Trata-se apenas de respeitar os seus direitos conseguidos através de muitos e muitos anos de persistência (ALCÂNTARA, 2016, p.336).

Logo, é de se reconhecer a urgência na concretização de políticas públicas sociais norteadas a esse contingente, sobretudo no âmbito da saúde, uma vez que houve processo de inversão na pirâmide populacional do País, ensejando aumento dessa população, como também em respeito aos direitos fundamentais.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento ativo é uma política de saúde, devidamente conceituada no documento Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde, pela Organização Mundial da Saúde como “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005).

Ao considerar o aumento da idade da população, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) oferece dados, informes, para fins de suporte de formulação de planos de ações voltados à promoção de um envelhecimento saudável e ativo, “[...] que melhore a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos”.

3.4.1 Saúde

A saúde é a base principal do envelhecimento ativo, significando bem-estar físico, mental e social, segundo a OMS (2015). A saúde é globalmente reconhecida como a condição mais primordial para viver com qualidade de vida²⁸,

²⁸“Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes nos ambientes” (OMS, 2005).

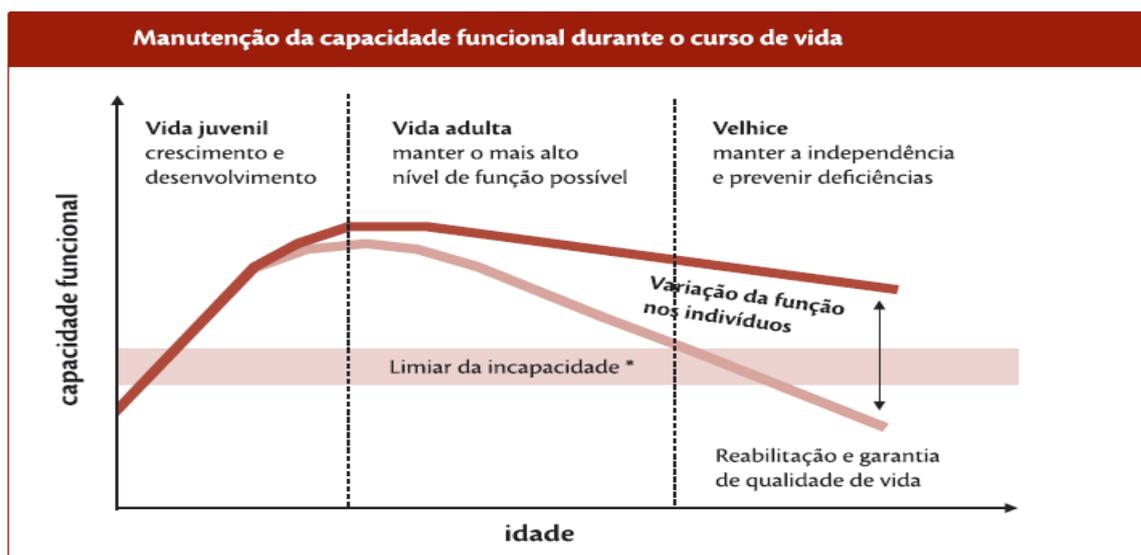
constitui o primeiro pilar do envelhecimento ativo (Centro Internacional de Longevidade Brasil – ILC, 2015).

Relaciona-se a saúde à promoção de políticas que possibilitem a prestação de serviços suficientes ao atendimento das necessidades desse grupo populacional, viabilizando ambiente seguro e adequado, para redução de fatores de riscos, e doenças, implementando estratégias como atividades físicas, acesso a tratamentos e medicamentos, dentre outros.

Além disso, louvável mencionar a concepção de que a saúde física e a mental guardam influência recíproca, de maneira positiva e negativa. A saúde mental positiva é “[...] uma característica constante das pessoas de maior capacidade funcional de todas as idades”, revelada por autoestima elevada, perspectiva favorável de vida, e também por possuir habilidades para vivenciar e superar situações com estresse, e mantendo relações pessoais satisfatórias (ILC, 2015, p.47).

Vale trazer à tona o gráfico produzido por Kalache e Kickbusch, reportado pela Organização Mundial de Saúde (2005, p.19), relacionado à capacidade funcional durante o curso de vida, no tocante ao Envelhecimento Ativo.

Figura 1 – Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida



Fonte: Kalache; Kickbusch, 1997

*Mudanças no ambiente podem diminuir o limiar da deficiência e, assim, reduzir o número de pessoas com incapacidades em uma comunidade.

Do exame do gráfico, os dados apontam que a capacidade funcional alusiva à capacidade ventilatória, cardíaca e força muscular “[...] aumenta durante a infância e atinge seu máximo nos primeiros anos da vida adulta, entrando em declínio em seguida”. Entretanto, a velocidade do declínio é determinada por fatores associados ao modo de vida na fase adulta, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física e dieta. É importante afirmar que a celeridade no estágio do declínio pode passar por “[...] influências e ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e pública” (OMS, 2005, p.15).

3.4.2 Participação

Mais um elemento no processo de otimização das oportunidades para o envelhecimento ativo é o da participação, que aborda a integração dos idosos em atividades na sociedade, abrangendo aquelas de cunho socioeconômico, cultural e espiritual. Ou seja, significa um “[...] engajamento em qualquer causa social, cívica, recreativa, cultural, intelectual ou espiritual que dê significado à vida e promova um sentimento de realização e pertencimento” (ILC, 2015, p.49).

Portanto, a atividade participativa é fator aliado à saúde positiva e ao bem-estar. Dentre essas atividades, o trabalho se destaca como relevante elemento da participação, pois é matriz da segurança econômica, isto é, assegura meios que suprem a manutenção do ser humano, conferindo dignidade e saúde.

E mais, se desempenhado após a aposentadoria, contribui para evitar a demência. Todavia, no âmbito mundial, o desemprego com índices elevados entre adultos jovens representa risco considerável no processo ativo de envelhecimento, influenciando de modo prejudicial na saúde.

Igualmente, merece realce a participação voluntária desenvolvida em organizações sem fins lucrativos, entidades de caridade e associações comunitárias, como também a participação cívica, mediante a promoção da inclusão digital pelo acesso à *internet*. Essa forma de participação voluntária é admitida pela ONU como

importante motor de cidadania, promoção de autonomia²⁹ e de evolução do ser humano.

3.4.3 Segurança

No que diz respeito à segurança, outro elemento integrante para o envelhecimento ativo, esta é focada para garantia da tutela social, física, financeira e da dignidade aos idosos, sendo de fundamental relevância, visto que sua ausência impossibilita o desenvolvimento de habilidades e de envelhecer ativamente, assim como comprometer a saúde física e mental e, conseqüentemente, o bem-estar e a qualidade de vida. Na esfera social, as ameaças à segurança, conforme a *United Nations Trust Fund for Human Security*, referidas pelo Centro Internacional de Longevidade, incluem:

os conflitos, os efeitos das mudanças climáticas, os desastres naturais, as epidemias, o crime organizado, o tráfico de pessoas, a vitimização criminal, a violência, o abuso e a discriminação interpessoal, bem como o declínio econômico e financeiro repentino e prolongado (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE, 2015, p.50).

No cenário mundial, a maioria dos longevos não têm segurança de renda, sem possibilidade para custear sua total subsistência, de tal modo que a alternativa é continuar a laborar mesmo em empregos com exíguos salários. E uma quantidade ampla de mulheres em nenhum momento da vida dispôs de emprego remunerado e são desprezadas na fase da velhice (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Outro ponto que está se destacando no processo de envelhecimento ativo é a segurança cultural, que favorece a identidade cultural e o pacto de relações harmoniosas entre grupos de majorias e minorias, em ambientes cada vez mais pluriculturais, fortalecendo a segurança individual e nas coletividades.

Ainda, de acordo com o Centro Internacional de Longevidade Brasil – ILC – Brasil (2015), no documento *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*, além dos elementos constitutivos

²⁹Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (OMS, 2005, p.14).

estruturais, como a saúde, participação e segurança, foi acrescentada como componente formador do envelhecimento ativo “[...] a aprendizagem ao longo da vida”, nos termos declarado pela Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo, realizada em Sevilha (Espanha), no ano de 2010.

3.4.4 Aprendizagem ao longo da vida

A aprendizagem também se constitui elemento basilar no envelhecimento ativo, porquanto é um “[...] recurso renovável que melhora a capacidade de se manter saudável e de adquirir e atualizar conhecimentos e habilidades para permanecer relevante e melhor assegurar a segurança pessoal” (ILC, 2015, p. 44). Logo, a aprendizagem é um pilar que ampara todos os outros componentes do envelhecimento ativo, pois proporciona bem-estar físico e mental, de modo a ensejar condição saudável, com poder de decisão e integração na sociedade. O acesso à informação e a necessidade de aprendizado tornaram-se imprescindíveis para o alcance do envelhecimento ativo. Em conformidade com o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC):

A necessidade de aprendizado é variada e constante ao longo do curso de vida. Paralelo à educação formal e às habilidades de leitura e escrita, a educação para a saúde é necessária para o autocuidado, a educação financeira é necessária para gerenciar renda e despesas e a educação tecnológica é necessária para estar plenamente conectado (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE, 2015, p.49).

Com efeito, é premente a promoção de programas de aprendizagem com a intenção de beneficiar o segmento idoso, eis que a vulnerabilidade se intensifica nas pessoas com baixa escolaridade. A instrução e a saúde em qualquer faixa etária ensejam empoderamento e participação na coletividade.

Cumpram-se as políticas eficazes que tratam os quatro pilares do envelhecimento ativo – saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança – ampliaram, significativamente, o potencial das pessoas para conseguirem os recursos necessários à resiliência e ao bem-estar, no decorrer da trajetória da vida (ILC, 2015).

3.4.4.1 Fatores determinantes do envelhecimento ativo

Nessa sequência, é relevante tratar dos fatores “determinantes” do envelhecimento ativo, que tem como meta elucidar se a população envelhece de modo ativo ou não, no decurso da vida, com fulcro nas disposições da Organização Mundial de Saúde, em 2002. Esses fatores determinantes abrangem pessoas, núcleos familiares e países, os quais se destacam: fatores transversais que envolvem a cultura e o gênero; os relacionados aos sistemas de saúde e serviço social; os comportamentais; pertinentes a aspectos pessoais; respeitantes ao ambiente físico e ao ambiente social; e econômicos determinantes (OMS, 2002).

Segue o gráfico elencando os determinantes do envelhecimento ativo, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (2005, p.19):

Figura 2 – Os determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OMS, 2005.

3.4.4.2 Fatores determinantes transversais: cultura e gênero

A cultura é um fator que molda o envelhecimento na sociedade, influenciando todos os aspectos da existência, como as estratégias utilizadas para manter a saúde e os tipos diferenciados de tratamentos para as moléstias. A cultura se manifesta por via das tradições, da língua e dos costumes e comportamentos de uma coletividade. Em suma, a cultura produz efeitos sobre os demais fatores

determinantes do envelhecimento ativo, devendo ser as políticas e os programas formuladas de modo a lhe reverenciar. Contudo, os preceitos universais a suplantam, como os direitos humanos e a ética.

Enquanto o gênero, “[...] é uma lente através da qual considera-se a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres” (OMS, 2015, p.20). Desde o nascimento, as perspectivas sobre homens e mulheres apontam as oportunidades e os riscos para envelhecer ativamente em todos os âmbitos da vida. Mundialmente, nas últimas décadas, mesmo com o progresso em muitas nações, ainda existem desigualdades marcantes entre homens e mulheres. Essas diferenças têm ocasionado grande repercussão na saúde e no bem-estar do grupo longo, gerando consequências negativas na sociedade (ILC, 2015).

Aliás, em praticamente todas as culturas, o discurso que prevalece é de que o homem é superior à mulher, resultando em condições desfavoráveis ao público feminino, acentuado por outros fatores, como a situação de miséria, invalidez e também pelo processo de envelhecimento. Consoante registrado no Fórum Econômico Mundial citado pela ILC-Brasil (2015), as mulheres estão em níveis inferiores em todos os países e nas esferas da vida, como no nível de escolaridade, na participação política e econômica, na saúde, no trabalho. Constata-se, então, a desigualdade de gênero até mesmo nos países desenvolvidos.

3.4.4.3 Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social

Os sistemas de saúde e serviço social são fundamentais para promoção do envelhecimento ativo. No entendimento da OMS (2005, p.21): “[...] os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade”. Outrossim, os serviços sociais e de saúde requerem integração, coordenação e eficácia. O fornecimento de serviços deve realizar-se sem distinção de idade, primando-se pelo tratamento digno e respeitoso.

É de se enfatizar que a promoção da saúde é um procedimento que propicia à população efetuar o controle e a melhora do próprio estado de saúde.

Enquanto isso, a prevenção de doenças compreende a realização de cuidados e de tratamentos de saúde, ocorrendo com frequência, principalmente, naquelas pessoas que estão envelhecendo.

Ao passo que a assistência, a longo prazo, é conceituada pela OMS (2005) como sistema de ações executadas por cuidadores informais, como a família e amigos, ou por especialistas de serviços sociais e de saúde, destinado à pessoa que se encontra desprovida de capacidade para se cuidar. Nessa modalidade, o desígnio é melhorar a qualidade de vida, “[...] de acordo com suas preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana” (OMS, 2005, p.22).

3.4.4.4 Fatores determinantes comportamentais

Os fatores comportamentais referem-se à adoção de hábitos saudáveis, essenciais em qualquer etapa da vida, como a prática de atividades físicas, a alimentação saudável, a abstenção para o tabagismo e o álcool, a utilização de fármacos necessários para evitar o declínio das funções e resguardar-se de enfermidades. Enfim, todas essas atitudes concorrem para expansão da longevidade, com qualidade de vida.

3.4.4.5 Fatores determinantes pertinentes aos aspectos pessoais

Os fatores quanto aos aspectos pessoais relacionam-se à Biologia e à Genética, ambas têm preponderante influência sobre o fenômeno de envelhecimento. Os fatores psicológicos que englobam a capacidade cognitiva e a inteligência são indicadores potentes de envelhecimento ativo. A capacidade cognitiva é objeto de alterações no decorrer da vida. Na juventude, a habilidade cognitiva atinge seu máximo, e, com o passar dos anos, sucede o declínio no tocante a algumas funções, como a velocidade intelectual, a habilidade de executar conjuntamente várias atividades.

Entretanto, as habilidades que se baseiam no acervo de conhecimento e experiência se estendem com a idade, a exemplo de vocabulário, conhecimento e

aptidões adquiridas mediante o desempenho de diversas ocupações no decurso dos anos (ILC, 2015).

A habilidade intelectual é bem diversificada em todas as faixas etárias, e alguns longevos possuem aptidões superiores ou equivalentes às pessoas mais jovens. Eis o entendimento de Tucker AM, Stern Y. Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res.*, mencionado pelo Centro de Longevidade Internacional-Brasil (2015):

Embora o declínio do funcionamento cognitivo e o desenvolvimento da demência estejam associados ao envelhecimento, surgem a partir de fatores sociais, ambientais e individuais que são modificáveis. Pesquisas indicam que os idosos com maior grau de escolaridade, participação social, atividades estimulantes, estilo de vida saudável e saúde mental positiva têm mais “reservas cognitivas”, apesar da presença de doença neurológica (ILC, 2015, p.64).

3.4.4.6 Fatores determinantes concernentes ao ambiente físico

São imprescindíveis ambientes físicos apropriados, com a finalidade de proporcionarem independência³⁰, especialmente para pessoas idosas. A moradia deve ser segura, para que sejam evitadas quedas no ambiente da casa, visto que esse acidente em pessoas pertencentes à classe longeva se constitui causa progressiva de lesões e mortes, aumentando, significativamente, o custo de tratamento de saúde. Assim, para tanto, é essencial a eliminação dos obstáculos, como iluminação insuficiente, assoalho irregular e inexistência de corrimão para auxílio na locomoção.

Além do mais, os idosos que residem em ambientes inapropriados, como em áreas de riscos, fator que dificulta de transitarem no cotidiano, estão mais inclinados a sofrerem de depressão e solidão, por causa do isolamento e menor condicionamento físico. Também merecem atenção específica os provectoros que vivem no campo, em área rural, logo, demandam maiores cuidados, pois as modalidades de enfermidades podem ser distintas em razão das condições do ambiente e de ausência de serviços sociais e de saúde a esse grupo (OMS, 2005, p.27).

³⁰Independência é compreendida como a habilidade de executar funções atinentes à vida diária, ou seja, a capacidade de viver independentemente na coletividade com alguma ou nenhuma ajuda de outros (OMS, 2005).

3.4.4.7 Fatores determinantes do ambiente social

Os fatores do ambiente social compreendem “[...] o apoio social, oportunidades de educação, paz e proteção contra a violência e maus-tratos”(OMS, 2005, p.28). Estes incentivam o bem-estar com saúde, participação na sociedade e segurança. O apoio social contendo os laços de família e amigos, assim como as redes sociais,³¹ contribuem para melhorar a saúde física e mental de idosos. Esse segmento populacional é uma camada da população que se encontra vulnerável ao isolamento social, posto que perdem mais entes da família e amigos, o que ocasiona solidão e até decadência na saúde.

No que tange às oportunidades de educação, aponta-se que as pessoas com nível de escolaridade mais alto têm probabilidade de viver por mais tempo, usufruindo de mais saúde, em relação àquelas de menor nível de instrução. Segundo a OMS (2005), os baixos graus de instrução e o analfabetismo estão relacionados na fase de envelhecimento a perigos maiores de incapacidades e mortes, como também aos índices elevados de desemprego.

Acerca da violência e dos maus-tratos em desfavor desse contingente, é bastante comum nos ambientes familiares, praticados por integrantes da prole ou cuidadores, sendo vítimas, principalmente, os longevos que estão em declínio e que moram sozinhos. Os maus-tratos contra esse grupo acontecem em famílias de todas as classes sociais.

O Instituto Internacional de Longevidade Brasil (ILC) reproduz excerto da Declaração de Toronto quanto à Prevenção Global do Abuso ao Idoso, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde, em parceria com a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao Idoso (INPEA), com o seguinte teor:

O abuso ao idoso é uma ação isolada ou repetida, ou a inação quando a ação é necessária, que ocorre em qualquer relação em que haja expectativa de confiança, causando prejuízo ou sofrimento ao idoso. Há várias formas de abuso: físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, a negligência, seja ela intencional ou não intencional (ILC, 2015, p.69).

³¹Na velhice, as redes sociais de apoio podem se tornar menores e se focar mais no núcleo familiar por causa de mudanças, como perda do cônjuge, alterações de saúde ou responsabilidade de cuidar da família (ILC, 2015).

A negligência como forma de abuso ao idoso refere-se à exclusão social³² e ao abandono. Porém, a privação é pertinente as opções, decisões, dinheiro e consideração. Evidencia-se que, mesmo com o aumento de abusos contra os longevos, à luz da informação da OMS, dentre os 133 países que integraram a pesquisa, 41% não têm plano de ação para debelar essa problemática (ILC, 2015).

Além do mais, a negligência perpetrada por parte dos agentes públicos que são tomadores de decisões, cuja função se presume a confiança na Administração Pública, consiste em um modo de abuso. O abuso ao grupo de idosos é uma violação aos direitos humanos, fator que acarreta lesões, enfermidades, isolamento, dentre outros. Portanto, é fundamental a intervenção conjunta do Poder Público, da sociedade, e da família, com intuito de eliminar ou reduzir a violência e os maus-tratos contra os provecos.

3.4.4.8 Fatores determinantes econômicos

A renda, o trabalho e a proteção social constituem fatores econômicos determinantes sobre o envelhecimento ativo. A renda estipula as escolhas das pessoas, alusivamente, ao local da moradia, tipo de alimentação, grau de educação, e assistência à saúde.

A ligação entre o bem-estar e a condição econômica é visível, tanto que no curso da vida, pessoas mais abastadas têm condições, significativamente, melhores de usufruírem de saúde, segurança, conforto, felicidade e participação ativa, em relação aos idosos pobres que apresentam maior risco de contrair enfermidade, inclusive doenças crônicas e sintomas de depressão³³, conforme o Estudo Longitudinal Inglês sobre o envelhecimento – ELSA (ILC, 2015, p.71).

³²Exclusão social: um processo de não reconhecimento e privação de direitos e recursos de certos segmentos da população... Levando ao isolamento social em sete dimensões: exclusão simbólica (imagens negativas ou); exclusão de identidade (a identidade da pessoa é reduzida ao fato de pertencer a um grupo); exclusão sócio-política (entraves à participação cívica/ política); exclusão institucional (redução do acesso a serviços); exclusão econômica (falta de recursos financeiros); exclusão de laços sociais significativos (ausência/perda da rede social); e exclusão territorial (redução da área geográfica de moradia, vizinhança insegura) (ILC, 2015, p.68).

³³A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo, de acordo com a OMS (369). É o problema de saúde mental mais comum na velhice e afeta cerca de 15% dos idosos integrados na sociedade, 20% dos que estão nos hospitais e até 40% dos idosos que moram em instituições de cuidado a longo prazo (ILC,2015, p.75).

O trabalho também é fator econômico fundamental para o envelhecimento ativo, pois ele confere dignidade, autoestima e realização, nomeadamente, quando se trata de um emprego com remuneração adequada e em ambientes seguros. Tanto as condições de trabalho quanto a renda favorecem o bem-estar. Por outro lado, os elevados índices de desempregos afetam a segurança econômica, bem como a saúde física e mental.

Na velhice, os mais vulneráveis pela ausência do trabalho são aqueles que não dispõem de aposentadoria ou que recebem valores insuficientes para suprirem os cuidados indispensáveis nessa fase, e ainda os que não auferem pensão ou algum benefício, ou integram núcleo familiar com baixos ganhos.

Em conformidade com o Instituto Internacional de Longevidade Brasil (2015, p.72), “O trabalho precisa ser decente para que desempenhe seu papel no Envelhecimento Ativo”. Para isso, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) lançou a seguinte definição de trabalho decente: “[...] trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna”, no sentido de que haja igualdades de oportunidades e de tratamento, bem como impugnação de atos discriminatórios em relação a gênero, cor, idade e orientação sexual e outras modalidades de segregação.

Cumprе assinalar que no Brasil, em 2006, foi instituída a Agenda Nacional de Trabalho Decente (ANTD). Resultado de Memorando firmado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e pelo Diretor-Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT), Juan Somavia.

A ANTD foi anunciada durante a XVI Reunião Regional Americana da OIT, quando nessa ocasião, o Diretor-Geral da referida Organização também apresentou o relatório “Trabalho decente nas Américas: uma agenda hemisférica, 2006-2015” (OIT, 2006).

De acordo com a OIT, as prioridades definidas na ANTD são as seguintes:

[...] a geração de mais e melhores empregos, com igualdade de oportunidades e de tratamento; a erradicação do trabalho escravo e do trabalho infantil, em especial em suas piores formas; e o fortalecimento dos atores tripartite e do diálogo social como um instrumento de governabilidade democrática (OIT, 2006, p. 9-16).

A ANTD é um compromisso tripartite, realizado entre governos e organizações de trabalhadores e empregadores, para intensificar o desenvolvimento sustentável e a inclusão social mediante a promoção do trabalho decente. Incluindo-se nesse processo as três esferas de governo, ou seja, federal, estadual e municipal (OIT, 2006).

No que concerne à proteção social, também é fator econômico determinante no modo de envelhecer ativamente. Tal ponto foi objeto de apreciação nesse trabalho, no Capítulo 2.

Ante as considerações, restou demonstrado que o objetivo da política para efetivação de envelhecimento ativo – repete-se, por oportuno – é alcançar “[...] qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo”. No entanto, as pessoas não são iguais, vez que possuem necessidades diferenciadas que devem ser supridas, como o acesso ao serviço de saúde, à alimentação saudável, moradia e educação.

De efeito, antes de refletir acerca das políticas direcionadas ao envelhecimento ativo, impõe-se pensar, primeiramente, na implementação de políticas que tenham como propósito o atendimento das necessidades básicas. Ou seja, a garantia das necessidades básicas constitui-se essencial para sobrevivência, especificamente para os longevos que se encontram em situação de vulnerabilidade. Portanto, antes de planejar ações voltadas ao envelhecimento ativo, urge assegurar as condições fundamentais de subsistência ao segmento idoso.

Assim, é imprescindível a efetividade de políticas públicas, preliminarmente, para atender às necessidades básicas desse grupo populacional, para depois promover envelhecimento ativo, com inclusão e participação, impulsionando envelhecimento saudável, com qualidade de vida, ainda que a concretização dessas políticas se realize por meio do Poder Judiciário.

4 EFEITOS DA JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DE IDOSOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

“A proteção jurídica através dos tribunais implica a garantia de uma proteção eficaz e temporalmente adequada” (CANOTILHO, 2003, p.499).

A judicialização da saúde é um instituto que emergiu no Brasil, na década de 1990, por meio da postulação de demandas judiciais, objetivando o fornecimento de medicamentos, para o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida-Aids), com característica epidêmica. Tais ações se fundamentaram na norma escrita do artigo 196 do Texto Maior Constitucional de 1988, ao estabelecer o direito à saúde de modo globalizante e a obrigação do Estado em assegurá-la pela via de políticas sociais e econômicas.

O Poder Judiciário firmou pela procedência das referidas ações, cujas decisões foram cumpridas pelo Poder Público, com a dispensação dos fármacos prescritos para moléstia. A questão teve relevante repercussão, resultando até mesmo na inclusão desses medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da resposta positiva do Judiciário, refletida na concessão do tratamento, imprescindível à sobrevivência dos suplicantes-pacientes, surgiram diversas demandas propostas por portadores de outras enfermidades.

Nos últimos anos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) expediu o Relatório Justiça em Números 2018, que tem como ano-base 2017, dispondo sobre as ações judiciais atinentes à saúde, nomeadamente, o fornecimento de fármacos e insumos, à realização de tratamentos, exames e internamentos, que aumentaram significativamente, de forma a fortalecer a atuação do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde.

Pontifica Barroso (2012) a definição de judicialização, no artigo “Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática”:

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo (...). Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras

estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro (BARROSO, 2012, p.03).

Assim, o cerne desta pesquisa reside na judicialização do direito prestacional à saúde do segmento idoso, em Fortaleza-Ceará, em razão da omissão e do precário funcionamento do Poder Público de não implementar tal direito social. Destarte, é uma realidade em todo o País a atuação do Poder Judiciário, como perspectiva de efetivação de políticas públicas na saúde, velando pelo cumprimento dos comandos constitucionais regedores da matéria.

Nesse cenário, há inúmeros desafios pela busca da prestação de serviço de saúde, de forma integral, igualitária e gratuita, nos termos idealizados na 8ª Conferência da Saúde, realizada em 1986, e, posteriormente, conforme as diretrizes instituídas na Carta Magna de 1988, ao preconizar no art. 196: “[...] a saúde é direito de todos, e dever do Estado de prestá-la”.

Além disso, existem, também, desafios concernentes à dotação orçamentária, eis que demanda a aplicação de recursos vultosos para consagração desse direito fundamental aos usuários de forma geral, sobretudo para o contingente de idosos, considerando-se o crescente aumento dessa população, bem como o desafio de como as políticas públicas devem ser implementadas, de maneira que atenda às necessidades de milhões de idosos nesse âmbito.

Então, a judicialização da saúde, no que se refere aos idosos, consiste na luta desse segmento pelo acesso aos serviços e tratamentos de saúde, mediante a propositura de ações judiciais, requestando a efetivação desse direito fundamental³⁴.

Ora, é notória a ineficiência, por parte do Estado, em gerir políticas sociais públicas que promovam o envelhecimento de modo saudável, e, em função dessa flagrante problemática, recorre-se, constantemente, ao instituto da judicialização, visando suprir o cumprimento das políticas públicas, especificamente na área de saúde, com espeque no Texto Ápice em vigor.

³⁴No Brasil, os direitos fundamentais são tratados pela Constituição como cláusulas pétreas. O enunciado da norma descrita no art. 60, § 4º, da CF, ao utilizar a expressão “tendente a abolir”, quis preservar em qualquer hipótese o cerne da Constituição, vedando de forma inequívoca que sejam sequer apreciadas e votadas pelo Congresso Nacional, não somente as propostas de emendas constitucionais que venham a suprimir quaisquer dos dispositivos distinguidos como cláusula pétrea, mas também aquelas que venham a atingi-los de forma equivalente, revelando uma tendência à sua abolição (PEDRA, 2012, p.23).

Efetivamente, após o transcurso de 30 anos da vigente Norma Constitucional, o Poder Público não teve potencial de dar concretude, dignamente, à efetivação do direito à saúde. Observa-se a superlotação de enfermos nos hospitais, o longo prazo de espera para realização de consultas, exames, além da falta de medicamentos, surgindo, então, nesta conjuntura, o Poder Judiciário, para fins de positivar esse direito social.

Afirma Duarte (2017) que o reconhecimento da saúde como direito fundamental universal impulsionou o aumento da quantidade de demandas judiciais por cidadãos ou grupos, para compelir o Estado a fornecer bens e serviços de saúde imprescindíveis aos demandantes.

A autora expressa que, quando se tratar do tema políticas públicas na saúde, reporta-se a problemas que revelam dimensões que extrapolam a esfera individual, não sendo, portanto, possível compreender a complexidade sem considerar o ponto de vista macro. Entretanto, explica que dada a importância da realização coletiva do direito à saúde no contexto de um Estado Social, é preciso evidenciar que a dimensão individual não deixa de ser, de modo algum, também relevante, ensejando, pois, sua efetivação no plano individual, mesmo que seja mediante a judicialização.

Com efeito, a existência da judicialização ocorre sempre que o Poder Judiciário, em atuação, interfere nas políticas públicas, para satisfazer as necessidades dos cidadãos:

Para Santos (2013):

[...] o confronto político do judiciário com os outros poderes do Estado dá-se quando, diante da apatia ou da incapacidade dos poderes políticos em resolver os conflitos ou em atender às demandas dos grupos sociais, o recurso aos tribunais leva o judiciário a interferir na política pública e nas condições de sua efetivação (SANTOS, 2013, p. 29).

De tal modo, o fenômeno da judicialização da saúde tem se revelado no País como meio para o acesso a tratamentos médico-hospitalares; fornecimento de medicamentos e insumos, inclusive os de alto custo; próteses, órteses, dieta enteral, pedidos de internamentos hospitalares, em Unidades De Terapia Intensiva (UTI), e pleitos para realização de consultas, exames e cirurgias em geral.

4.1 ACESSO AO PODER JUDICIÁRIO E DECISÕES ESTATAIS JUDICIAIS NA ÁREA DE SAÚDE

O princípio da inafastabilidade da tutela jurisdicional confere ao Poder Judiciário competência para apreciar qualquer lesão ou ameaça ao direito, assegurando-se a todos o acesso à justiça como garantia do Estado Democrático de Direito, com fundamento na Norma Maior Federal, ao estabelecer no art. 5º, inciso XXXV, que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”.

Nessa conjuntura, o acesso ao Poder Judiciário é universal, acessível a todos os cidadãos quando se sentirem violados nos seus direitos, para tanto, requerendo garantia jurisdicional, no sentido de alcançarem a resolutividade efetiva do problema.

Segundo o ensinamento de Capelletti (1998):

A expressão “Acesso à Justiça” é reconhecidamente de difícil definição, mas para se determinar duas finalidades básicas do sistema jurídico – o sistema pelo qual as pessoas podem reivindicar seus direitos e/ou resolver seus litígios sob os auspícios do Estado. O primeiro, o sistema deve ser igualmente acessível a todos; segundo, ele deve produzir resultados que sejam individual e socialmente justos (CAPELLETI, 1998, p.26).

Na doutrina moderna, uniformizou-se o posicionamento de que o acesso à justiça, além de assegurar ao jurisdicionado a possibilidade para dirimir controvérsias, ainda tem a garantia de que, para as questões postuladas ao Poder Judiciário, serão prolatadas soluções justas e efetivas (CAPELLETI, 1998).

A atividade jurisdicional tem característica prestacional e garantista, de relevante teor social, destacando-se na realização dos direitos sociais.

Dessa forma, com base no princípio da inafastabilidade da jurisdição, todos dispõem de acesso à justiça para pleitear tutela preventiva ou reparatória, na ocasião em que os direitos forem lesados. Ou seja, é a faculdade do direito de ação. No caso do segmento idoso, quando lhe for negada a prestação de serviços públicos de saúde na esfera da Administração Pública, é necessária a judicialização para sua implementação.

É de ser reconhecer a função do Poder Judiciário de interpretar e aplicar a Constituição Federal, com propósito de dar a integral efetividade a esse direito,

constituindo a decisão judicial mecanismo de controle de abusos e omissões dos entes federados no cumprimento de suas obrigações.

De acordo com Aith (2017), as decisões judiciais em saúde são classificadas como estatais, proferidas por autoridades judiciárias, de modo que o processo judicial preserve a observância aos princípios constitucionais do contraditório e da ampla defesa. Destaca que a decisão judicial de saúde é essencial, logo assumiu posição de relevo na democracia sanitária, uma vez que é a última garantia do cidadão contra uma lesão ou ameaça a um direito legalmente firmado.

Em suma, o autor entende que:

As decisões estatais em saúde são aquelas feitas por agentes públicos do Estado, no exercício de suas atribuições legais, para fins de proteção e promoção do direito à saúde, e pode se referir a decisões legislativas, administrativas ou judiciárias do Estado (AITH, 2017, p.120).

Além da decisão judicial estatal em saúde, o laudo do médico que desenvolve atividades na rede pública, também, é uma decisão estatal de saúde, que produzirá efeitos para o sistema. Na judicialização da saúde, o médico desempenha papel nuclear na efetivação desse direito, porquanto prescreve o tratamento ou o medicamento adequado e eficiente para cada tipo de moléstia.

As decisões estatais em saúde, na seara administrativa, constituem-se em atos administrativos³⁵, e, assim, estes devem velar pelo cumprimento dos princípios norteadores da Administração Pública, quais sejam, legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, consoante norma preconizada no artigo 37 da Carta Maior, ainda primar pelo princípio da supremacia do interesse público sobre o interesse particular.

4.1.1 Tutela processual provisória de urgência

A tutela de urgência de natureza provisória antecipada e cautelar é uma decisão proferida em caráter liminar ou após audiência de justificação pelo juiz, para

³⁵Ato administrativo é uma manifestação unilateral da Administração Pública que, agindo nessa qualidade, tenha, por fim, imediato adquirir, resguardar, transferir, modificar, extinguir ou declarar direitos, ou impor obrigações aos administrados ou a si própria (MEIRELLES, 1990, p.131).

evitar a ocorrência de danos, desde que demonstrados na petição inicial a plausibilidade do direito e o perigo de prejuízo grave.

Trata do tema a regra disposta no artigo 300 e seguintes do Código de Processo Civil – Lei nº 13.105, de 16.3.2015:

Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

§ 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la.

§ 2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificção prévia.

Pois bem, a tutela de urgência provisória antecipada é o mecanismo processual que possibilita aos julgadores nas decisões judiciais atender ao pedido antes do julgamento de mérito, isto é, antes da prolação da sentença definitiva, fazendo com que o objeto da demanda seja deferido de modo antecipado e célere, sem causar perigo de dano ao direito do demandante, ou o risco ao resultado útil do processo, no entanto o procedimento tem sua eficácia jurídica precária.

Elucidam Marinoni, Arenhart e Mitidiero (2016):

A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente (isto é, *in limine*, no início do processo, sem que se tenha citado a parte contrária – *inaudita altera parte*) quando o tempo ou a atuação da parte contrária for capaz de frustrar a efetividade da tutela sumária. Nesse caso, o contraditório tem de ser postergado para o momento posterior à concessão da tutela. Não sendo o caso de concessão de liminar, pode o juiz concedê-la depois da oitiva do demandado em justificção prévia (isto é, oitiva específica da parte contrária sobre o pedido de tutela de urgência) na audiência de conciliação ou mediação, depois da sua realização ou ainda depois da contestação. Isso quer dizer que nada obsta que a tutela de urgência seja concedida em qualquer momento do procedimento na sentença (a fim de neutralizar o efeito suspensivo da apelação) ou mesmo nos recursos (MARINONI, ARENHART; MITIDIERO, 2016, p.383).

Por conseguinte, desde que preenchidos os elementos autorizadores do pedido de tutela de urgência, quais sejam, a presença dos *fumus boni iuris* (fumaça do bom direito) e *periculum in mora* (perigo na demora)³⁶, o magistrado deverá

³⁶O *fumus boni iuris* é a comprovação da existência da plausibilidade do direito afirmado pela parte. Enquanto o *periculum in mora* é caracterizado pela urgência capaz de justificar a concessão da tutela provisória (MARINONI; MITIDIERO, p.2016).

concedê-la, entregando ao jurisdicionado prestação jurisdicional rápida, para que a demora processual não afete a eficácia do direito material em discussão.

Nery Júnior e Rosa Nery (2016) explanam sobre a matéria:

Demonstrados o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*, ao juiz não é dado optar pela concessão ou não da tutela de urgência, pois tem o dever de concedê-la. É certo que existe certa dose de subjetividade na aferição da existência dos requisitos objetivos para a concessão. Mas não menos certo é que não se pode falar em poder discricionário do juiz nesses casos, pois não lhe são dados pela lei mais de um caminho igualmente legítimo, mas apenas um (NERY JÚNIOR; NERY, 2016, p.931).

Desse modo, nas questões envolvendo o direito prestacional à saúde, por se tratar de litígio emergencial, torna-se necessário o deferimento da tutela de urgência, para impedir o agravamento das doenças, e até mesmo a morte dos postulantes, não se tratando, pois, de poder discricionário do julgador em conceder o pleito em caráter liminar.

É fundamental, para concessão da tutela de urgência antecipada nos processos de judicialização concernentes à saúde do idoso, que sejam comprovados os seguintes requisitos: a) acometimento de doença de um grupo ou de uma pessoa; b) tratamento médico prescrito como o único eficaz para debelar ou controlar a moléstia; e c) carência financeira do demandante para custear o respectivo tratamento. Estas exigências devem ser devidamente demonstradas no caderno processual.

O direito prestacional à saúde do contingente longo-vevo tem que ser concedido dentro de parâmetros legais e técnicos, à luz das regras médicas, para que, efetivamente, o resultado do tratamento seja eficaz e não apenas melhoria no estado de saúde do paciente.

Para Pivetta (2013, p. 469), nas situações em que não houver proibição legal à prestação dos tratamentos e fármacos, mas o indeferimento motivado pela Administração, tem que se observar as justificativas apontadas pelo gestor público, isto é, “[...] a) a não concessão devido à existência de tratamento alternativo ofertado pelo SUS, comprovadamente eficiente para aquele tipo de caso; b) a não concessão pelo fato de o SUS não dispor de tratamento específico para o caso”.

E, ainda, as palavras da autora:

Na hipótese aventada em “a” (existência de tratamento alternativo eficaz), o Poder Judiciário deve orientar-se, em regra, a não conceder prestação diversa àquela oferecida pelo Sistema Único de Saúde. Isso porque a adoção de determinado tratamento médico ou medicamento pelo SUS é sinal de que ele já foi devidamente referendado pela comunidade científica, ou seja, ele mostra-se mais seguro em termos de saúde pública. Por outro lado, o SUS opta, entre os medicamentos ou tratamentos eficazes, por aquele que apresenta a melhor relação custo/benefício. Isso decorre da necessidade de o Poder Público racionalizar a distribuição dos recursos existentes, viabilizando o fornecimento da prestação a um número maior de cidadãos. Na segunda hipótese, quando o SUS não dispuser de tratamento eficaz (para determinado caso), dever-se-á verificar se o tratamento disponível é experimental (de eficácia ainda não comprovada cientificamente) ou se é tratamento novo, ainda não avaliado pelo SUS. Se o tratamento pleiteado pelo paciente for experimental, o Poder Judiciário não deverá conceder a tutela. [...] Diversamente, quando se tratar de situação em que existe tratamento, cuja eficácia tenha sido chancelada pela comunidade científica, mas que ainda não tenha sido recepcionado pelo SUS, poderá ser concedida a tutela judicial (PIVETTA, 2013, p. 469-472).

Então, mesmo que o tratamento não tenha sido aceito pelo SUS, porém se a sua eficácia foi comprovada pela comunidade científica, neste caso, imperioso que seja deferida a tutela de urgência. Logo, o cidadão tem direito de usufruir de tratamento de saúde digno, adequado e eficaz no combate à enfermidade, para garantir o direito à vida, à saúde, os maiores direitos fundamentais consagrados constitucionalmente e, portanto, invioláveis.

É importante enfatizar que, no caso de descumprimento de ordem judicial pelo Poder Público, como a inobservância da medida concedida de antecipação dos efeitos da tutela de urgência, pertinente ao fornecimento de medicamento ou quaisquer outros tipos de tratamento de saúde, o Estado-Juiz tem a possibilidade de determinar bloqueio de verbas públicas.

A realização do bloqueio de valores públicos para assegurar o fornecimento de medicamentos encontra-se em conformidade com a diretriz jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal (RE 607.582) e do Superior Tribunal de Justiça (Resp 1.069.810) e outras decisões prevalentes nesses Tribunais.

É oportuno trazer à colação ementa de acórdão da Corte Suprema (STF), no tocante ao assunto em referência:

E M E N T A: RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS. POSSIBILIDADE. REPERCUSSÃO GERAL DA MATÉRIA QUE O PLENÁRIO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL RECONHECEU NO JULGAMENTO DO RE 607.582-RG/RS, REL. MIN. ELLEN GRACIE. REAFIRMAÇÃO, QUANDO DA APRECIÇÃO DE MENCIONADO

RECURSO, DA JURISPRUDÊNCIA QUE O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL FIRMOU NO EXAME DESSA CONTROVÉRSIA. RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. Acórdão: A Turma, por votação unânime, negou provimento ao recurso de agravo, nos termos do voto do Relator (STF – ARE 949341 AGR/SP, Relator: Celso de Mello, Data do julgamento: 21/06/2016. Data da Publicação: 01/07/2016).

Ademais, o bloqueio de verbas públicas em desfavor da Fazenda Pública, é matéria pacificada nos Tribunais, sempre que a Administração Pública não cumprir julgados que determinarem o fornecimento de fármacos e tratamentos para pacientes que sofrem de graves riscos à saúde. É de se considerar que não há jurisdição sem efetividade, vale dizer, o Poder Judiciário somente é útil se tiver força para determinar o cumprimento de suas decisões.

4.1.2 Prioridade do idoso na celeridade do processo

O segmento idoso tem prioridade no trâmite processual das ações judiciais, sendo relevante esse privilégio, pois essa parcela populacional, quando postula em juízo, requestando o direito à saúde está acometida de enfermidades, na maioria graves, somando-se esse fator à avançada idade. Portanto, é digna de tratamento com primazia, consoante dicção do artigo 1.048³⁷, do Estatuto Processual (CPC) e do dispositivo 71 da Lei nº 10.741, de 2003, do Estatuto do Idoso.

Os preceitos constantes nas supracitadas leis infraconstitucionais em benefício do idoso são importantes, eis que a prestação jurisdicional, às vezes, é lenta, morosa, em razão da quantidade excessiva de processos em tramitação, por ausência de estrutura do Poder Judiciário.

³⁷Art. 1.048. Terão prioridade de tramitação em qualquer juízo ou tribunal os procedimentos judiciais: I – em que figure como parte ou interessado pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos ou portadora de doença grave, assim compreendida qualquer das enumeradas no art. 6.º, inciso XIV, da Lei n.º 7.713, de 22 de dezembro de 1988; II [...].

§ 1º A pessoa interessada na obtenção do benefício, juntando prova de sua condição, deverá requerê-lo à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará ao cartório do juízo as providências a serem cumpridas.

§ 2º Deferida a prioridade, os autos receberão identificação própria que evidencie o regime de tramitação prioritária.

§ 3º Concedida a prioridade, essa não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite ou companheiro em união estável.

§ 4º A tramitação prioritária independe de deferimento pelo órgão jurisdicional e deverá ser imediatamente concedida diante da prova da condição de beneficiário (Código de Processo Civil, 2015, p.341).

Aliás, convém salientar que, quando uma das partes da ação judicial é o Poder Público – União, Estados, Municípios – ainda se têm outros fatores que impedem o andamento do processo em tempo razoável, acarretando a elasticidade do tempo processual, como a prerrogativa legal de prazos em dobro das unidades federativas em relação à parte contrária que integra a relação jurídica.

4.2 O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS

O Supremo Tribunal Federal, na condição de guardião da Carta Magna e órgão de cúpula do Poder Judiciário, decidiu no âmbito do processo judicial relacionado à matéria de saúde pública, que a responsabilidade é solidária dos entes federados. Quaisquer dos entes, no caso a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, têm legitimidade para figurar na relação jurídica, no polo passivo, em conjunto ou isoladamente, respondendo pela prestação do direito fundamental à saúde, que contempla a concessão de ações e serviços, como internações hospitalares, fornecimento gratuito de fármacos, dentre outros³⁸.

Eis o entendimento consolidado da jurisprudência da Suprema Corte Constitucional:

SUSPENSÃO DE SEGURANÇA. AGRAVO REGIMENTAL. SAÚDE PÚBLICA. DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS. ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO. AUDIÊNCIA PÚBLICA. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. POLÍTICAS PÚBLICAS. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE. SEPARAÇÃO DE PODERES. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamentos: Reminyl, Herceptin e Rituximab. Fármacos registrados na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança pública. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento (SS 3724 AGR, RELATOR(A): MIN. GILMAR MENDES (PRESIDENTE, TRIBUNAL PLENO STF, JULGADO EM 17/03/2010, DJE-076. DIVULG. 29-04-2010. PUBLIC. 30-04-2010. VOL-02399-04).

Nesse diapasão, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ)³⁹, em relação à responsabilidade solidária dos entes federados que abrangem o direito social à saúde, nas questões judicializadas.

³⁸Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 607381 AgR/SC.

³⁹Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1617381/RJ.

ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). AUSÊNCIA DE OMISSÃO NO ACÓRDÃO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. SÚMULA 83/STF. PRETENSÃO DE REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ.1. É assente o entendimento de que a Saúde Pública consubstancia direito fundamental do homem e dever do Poder Público, expressão que abarca a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, todos em conjunto. 2. O legislador pátrio instituiu um regime de responsabilidade solidária entre as pessoas políticas, para o desempenho de atividades voltadas a assegurar o direito fundamental à saúde, que inclui o fornecimento gratuito de medicamentos e congêneres a pessoas desprovidas de recursos financeiros para o tratamento de enfermidades.3. O Superior Tribunal de Justiça, em reiterados precedentes, tem decidido que o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS é de responsabilidade solidária dos entes federados, de forma que qualquer deles tem legitimidade para figurar no polo passivo de demanda que objetive o acesso a medicamentos. 4. Recurso Especial não provido (REsp 1617381/RJ, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, Segunda Turma, julgado em 23/08/2016, DJe 13/09/2016).

Com efeito, a responsabilidade pela saúde é partilhada entre as unidades federativas. Assim, pode ser requerida na esfera judicial, a prestação de tratamento em desfavor de qualquer um dos entes, de forma isolada ou em conjunto, em conformidade com a unânime jurisprudência.

4.3 AUDIÊNCIA PÚBLICA DE SAÚDE DIRECIONADA À JUDICIALIZAÇÃO

O Supremo Tribunal Federal (STF) convocou uma audiência pública realizada no ano de 2009, com a participação da sociedade brasileira e de instituições públicas – Ministério Público, Defensoria Pública, usuários e gestores do SUS, em virtude da expansão de ações judiciais alusivas ao direito à saúde, colimando promover o debate entre todos os atores envolvidos na temática e presentes ao respectivo ato.

Esse procedimento utilizado pela alta Corte Constitucional representou marco histórico e jurídico, com aprimoramento do exercício da cidadania, visto que propiciou participação mais efetiva da sociedade nas decisões de caráter político e de ampla dimensão. Tal ato público serviu como embasamento teórico para a questão da saúde, e foi também circunstância social acerca das opiniões e dos pareceres proferidos em debates (MACHADO; DAIN, 2012).

Na abertura da primeira sessão da audiência pública, o ministro Gilmar Mendes, à época Presidente do STF, mencionou os estudos de Amartya Sen, na

percepção de que o real “[...] desenvolvimento encontra-se mais na melhoria da qualidade de vida do que no aumento da produção de riquezas e o desenvolvimento de um país depende das oportunidades oferecidas à população de fazer escolhas e exercer sua cidadania” (MACHADO, 2014, p. 563).

E explanou o referido ministro a respeito dos debates que versam sobre o direito à saúde, porquanto retratam um dos mais relevantes desafios à efetividade jurídica dos direitos substanciais:

[...] no contexto em que vivemos, de recursos públicos escassos, aumento da expectativa de vida, expansão dos recursos terapêuticos e multiplicação das doenças, as discussões que envolvem o direito à saúde representam um dos principais desafios à eficácia jurídica dos direitos fundamentais. A guisa de conclusão, defendeu que posições radicais que neguem completamente a ação do Poder Judiciário ou que preguem a existência de um direito subjetivo a toda e qualquer prestação de saúde não são igualmente aceitáveis. A saída, para o ministro, seria uma posição equilibrada, capaz de analisar todas as implicações das decisões judiciais sem comprometer os direitos fundamentais dos cidadãos e em especial o direito fundamental à saúde (MENDES, STF, 2009⁴⁰).

O escopo da referida audiência pública foi apreciar a atuação do Poder Judiciário diante das ações que tratavam do direito fundamental à saúde, e as implicações para ordem jurídica, economia pública e saúde. Também, os debates abordaram três temas essenciais: a dispensação de medicamentos, a distribuição de recursos e a função e inter-relação dos três poderes.

Os participantes do ato integravam dois grupos, o que apresentava manifestação favorável e o outro contrário à judicialização. O grupo adepto ao fenômeno foi constituído por membros do Ministério Público (promotores e procuradores de Justiça), defensores Públicos, advogados e representantes da sociedade civil. E o grupo desfavorável, composto pelos gestores do SUS, os procuradores dos Estados e Municípios e os advogados da União.

No que concerne ao grupo defensor da judicialização, constata-se o apoio ao Judiciário, uma vez que este garante a efetividade do direito à saúde. Posicionando-se que tal direito não tem cunho programático constante na Constituição, posto que os direitos fundamentais sociais gozam de eficácia imediata.

⁴⁰STF: Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.aspx?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

Assinala Canotilho (2003), as normas programáticas⁴¹ constitucionais devem ser extintas, ou seja, defende a “morte das normas programáticas”. E, ainda, externa que:

Às normas programáticas é reconhecido hoje um valor jurídico constitucionalmente idêntico ao dos restantes preceitos da Constituição. Não deve, pois, falar-se de simples eficácia programática (ou directiva), porque qualquer norma constitucional deve considerar-se obrigatória perante quaisquer órgãos do poder político (CANOTILHO, 2003, p. 1102).

Deduz-se, pois, que a concepção do jurista português se constitui na estruturação igualitária de todas as normas constitucionais.

Bucci (2017, p.10-29) elucida que “Um dos efeitos da aplicabilidade das normas programáticas é a proibição de omissão dos Poderes Públicos na realização dos direitos sociais”. E, de outro lado, seria absolutamente ineficaz, “do ponto de vista político, aceitar a inexecutabilidade dos direitos sociais”.

Assim, para os apoiadores da judicialização, a atuação do Judiciário é essencial para proteção e concretização dos direitos sociais, máxime à saúde, quando a máquina pública operar de forma insatisfatória, negando a prestação de serviço fundamental para a sobrevivência humana. Sendo certo que, quando ao menos o mínimo existencial não é dado pelo Estado, cabe a intervenção judicial para efetivar a política.

Marques (2008) ensina que:

O Poder Judiciário, não pode deixar sem resposta os casos concretos que são submetidos à sua apreciação, vem enfrentando dilemas e decisões trágicas, frente a cada cidadão que clama por um serviço e/ou um bem de saúde, os quais, muitas vezes, apresentam-se urgentes para que uma vida seja salva e um sofrimento minimizado. E as políticas públicas, por sua vez, encontram-se dispersas em diversos atos normativos, sem uma sistematização clara e, muitas vezes, com trâmites que contrastam com as necessidades postas nos autos (MARQUES, 2008, p. 66).

Então, o direito à saúde é um direito público subjetivo, devendo o Poder Judiciário, mediante prestação jurisdicional, solucionar as controvérsias apresentadas e garantir a concessão desse direito fundamental.

⁴¹A doutrina traz uma classificação relativa às normas constitucionais, que se dividem em: normas constitucionais de eficácia plena ou imediata, de eficácia contida e de eficácia limitada ou reduzida. Nesta última categoria se compreendem as normas definidas como programáticas. A norma de eficácia plena é aquela em que a Constituição Federal estabelece um direito com aplicação imediata (SILVA, 2018). Enquanto as programáticas dependeriam de legislação ordinária no intuito de almejem sua eficácia plena, isto é, a aplicabilidade da norma está limitada ao surgimento de norma infraconstitucional posterior, segundo Oliveira (2019).

Para Hans Kelsen (2002), o direito público subjetivo pressupõe mais do que o direito de ação, pois exige ainda a existência de dever a ele correspondente, acompanhado de sanções aplicáveis na hipótese de descumprimento.

No tocante ao grupo que discorda desse instituto, a principal refutação é de que a Judicialização da saúde produz efeitos negativos no orçamento público, dado que há muitas ações judiciais com súplicas de acesso ao direito à saúde, em comparação aos insuficientes recursos públicos, inclusive, na maioria das vezes, pedidos de medicamentos de alto custo. Nesse quadro, a Administração Pública efetua o remanejamento de recursos para cumprir a ordem judicial e, em consequência o ditame jurisdicional, interfere na governabilidade e gestão, concorrendo para o desequilíbrio do orçamento do ente federativo demandado – União, Estados e Municípios.

Além disso, os adversários sustentam, como contestação à judicialização, que se aplicam exorbitantes recursos em favor de poucos requerentes, quando na realidade esses recursos poderiam ser empregados em favor de mais pessoas. E, ainda, defendem a limitação da atividade administrativa acobertada pela cláusula da “reserva do possível”.

4.4 ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NA PRESTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A garantia do direito à saúde pelo Poder Público tornou-se questão conflituosa, porquanto a não satisfação de tal direito pelo Sistema de Saúde Pública, resultou no encaminhamento dos cidadãos ao Judiciário, buscando a entrega de prestação positiva jurisdicional.

Consoante abordado existe corrente que defende a não ingerência do Judiciário nas temáticas relacionadas às políticas públicas, especificamente à saúde, utilizando-se, além das considerações reportadas, o poder de discricionariedade e conveniência do Poder Executivo, ou seja, a atribuição exclusiva do Poder Estatal de decidir em que área devem ser aplicados os recursos públicos e a disponibilidade desses recursos.

Amorim e Cyrino (2016, p.328), sobre a matéria em deslinde, lecionam que descabe oposição à atuação do Judiciário, em face da discricionariedade, visto

que há de “[...] entender pela sua postura baseada na equidade e na ponderação de bens”. E que, também, a argumentação estatal não se justifica quanto à insuficiência de recursos, sem comprovação, para materialização do direito constitucional à saúde. Para tanto expõem:

O que se observa em muitos casos concretos é que não há que se criticar a postura do Judiciário em suas decisões, por estar indo de encontro à discricionariedade administrativa (neste caso, entendida como a margem de liberdade absoluta decisória do administrador público) ou violando o Princípio da Separação de Poderes, mas, antes disto, entender pela sua postura baseada na equidade e na ponderação de bens. Defende-se que não merece guarida a simples alegação de que não há recursos suficientes para cumprir com a obrigação constitucional referente ao direito à saúde, mais especificamente, ao fornecimento de medicamentos. Isto porque deve ser feito um estudo minucioso acerca do orçamento público e do que efetivamente o poder público tem realizado em termos de políticas públicas, principalmente, tendo em vista que o direito de saúde deve ser permanente até que não haja mais a sua necessidade (AMORIM; CYRINO, 2016, p. 328).

Dessa maneira, a Administração Pública não pode se revestir de poder discricionário absoluto, logo o caráter absoluto do ato impossibilita o respectivo controle judicial, quanto à legalidade, razoabilidade e proporcionalidade. Assim, a liberdade absoluta do administrador não se harmoniza com os princípios constitucionais, ensejando, pois, atividade administrativa voltada à consecução dos interesses públicos, no Estado Democrático de Direito.

Por outro lado, na judicialização da saúde, o julgador deve agir com cautela, ponderando os princípios, direitos e bens aplicáveis, nas questões que se reportam aos direitos sociais fundamentais. Alexy (2008) externa que:

Considerando os argumentos contrários e favoráveis aos direitos fundamentais sociais, fica claro que ambos os lados dispõem de argumentos de peso. A solução consiste em um modelo que leve em consideração tanto os argumentos a favor quanto os argumentos contrários. Esse modelo é a expressão da ideia-guia formal apresentada anteriormente, segundo a qual os direitos fundamentais da Constituição alemã são posições que, do ponto de vista do direito constitucional, são tão importantes que a decisão sobre garanti-las ou não garanti-las não pode ser simplesmente deixada para a maioria parlamentar (ALEXY, 2008, p.511).

No que diz respeito à posição do Poder Judiciário em garantir o direito à saúde, ela está vinculada à percepção de ativismo judicial, sendo caracterizado esse ativismo pela imensa e acentuada participação do Judiciário na efetivação dos direitos constitucionais, com a intervenção nas esferas dos Poderes Executivo e

Legislativo. Nas palavras de Barroso (2012, p.6), o ativismo judicial “[...] é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance”.

No âmbito da saúde, a postura ativista representa a imposição judicial ao Poder Público para implementação desse direito fundamental, como a decisão do magistrado, impondo o fornecimento de medicamento, a internação de pacientes em leitos de clínicas particulares, ante a ausência de vagas em hospitais da rede pública, dentre outras. Mencionadas atitudes ativistas situa o Judiciário em posição de destaque na sociedade, em decorrência da efetivação do direito social constitucional à saúde.

Aliás, é de se reputar que o Supremo Tribunal Federal, por meio de Ação de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental⁴², firmou que o Poder Judiciário intervenha para concretização de políticas públicas, com o escopo de assegurar os direitos pertinentes às necessidades daqueles que recorrem à justiça, visando propiciar qualidade de vida com condições mínimas e dignidade. Além do mais, proferiu decisão quanto à obrigatoriedade de internação de enfermo hipossuficiente em leito de Unidade de Terapia Intensiva em hospital da rede privada, custeado pelo Poder Público, quando faltarem vagas em leitos públicos⁴³.

Com efeito, a judicialização da saúde refere-se à busca ao Judiciário como última possibilidade de obter o fornecimento do tratamento e/ou medicamento indeferido pelo SUS. Referido indeferimento se consubstancia por ausência de previsão na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), por questões orçamentárias ou falha no serviço público.

4.5 SEPARAÇÃO DOS PODERES DA FEDERAÇÃO

Os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário são independentes e harmônicos entre si, conforme preceito 2º da Carta da República, cabendo ao Legislativo a função de elaborar as leis, os comandos legislativos para regulamentar o Estado e a sociedade. Enquanto isso, o Executivo desempenha a função

⁴²Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45/RS, 2004.

⁴³Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário com Agravo (ARE) nº 867.023/RJ.

administrativa de governar e administrar os interesses públicos, aplicando as políticas sociais. Já o Judiciário tem como função precípua a aplicação da lei, garantindo os direitos fundamentais, individuais ou coletivos, e também as resoluções dos litígios apresentados na esfera judicial, nos termos das disposições constitucionais e legais.

Pode-se mencionar, pois que todos os Poderes do Estado, por meio de agentes públicos, têm o dever de velar pelo respeito aos princípios fundamentais, para constituir uma sociedade justa e solidária, em especial, pela observância dos princípios da igualdade e da dignidade do ser humano.

A organização dos Poderes, na Carta Constitucional de 1988, seguiu a teoria da separação dos poderes instituída por Aristóteles, na obra *Política*, que expressava como finalidade cessar o poder absoluto do rei⁴⁴; após a doutrina de Jonh Locke, no livro *Segundo Tratado do Governo Civil*; e, ao final, aperfeiçoada por Montesquieu, no clássico *O Espírito das Leis*, criando três poderes autônomos e independentes entre si, em que cada poder não tinha predominância sobre o outro, mas adotando-se sistema de “freios e contrapesos”, sem separação absoluta das funções, conquanto todos atuem harmoniosa e equilibradamente.

Para Bonavides (2017), a jurisprudência dos tribunais constitucionais envolvidos pela ordem jurídica do Estado de Direito adota o princípio da separação de poderes como a principal das garantias de proteção da Carta Magna democrática, liberal e pluralista. O constitucionalista expõe que:

A presença, pois, de autores contemporâneos que continuam vendo no princípio uma das mais excelsas garantias constitucionais do Estado de Direito não diminuiu na literatura jurídica deste século. Não diminuiu provavelmente em razão da virtude que tem ele – conforme Montesquieu já assinalara, com a clarividência de um pensamento meridianamente lógico – de limitar e controlar poderes, restando assim a concentração de sua titularidade num único órgão ativo da soberania. A concentração seria, sem dúvida, lesiva ao exercício social da liberdade humana em qualquer gênero de organização do Estado. Titular exclusivo dos poderes da soberania na esfera formal da legitimidade, é tão somente a Nação politicamente organizada, sob a égide de um Estado de Direito (BONAVIDES, 2017, p. 568).

Segundo a posição de Bulos (2015), no Brasil, o equacionamento de forças entre Poderes não poderá utilizar a concepção de modo absoluto da

⁴⁴O Poder do Rei Luís XIV restou demonstrado na frase “O estado sou eu”. O soberano exercia as funções de editar, administrar as leis e julgar àqueles que violavam os mandamentos legais.

separação das funções estatais, explanando que, atualmente, cada uma dessas funções não se mostra absoluta. É essencial atentar para o caráter atípico que as evidenciam, com a preservação de elementos próprios e intrínsecos por natureza, para manter a harmonia e cooperação entre os Poderes, porém sustenta que o modelo tradicional que propõe separar totalmente as atividades legislativa, executiva e jurisdicional merece reavaliação.

Nessa senda, para proteção dos direitos fundamentais no Estado Social, é necessário que as atividades dos Poderes da Federação não se apresentem de forma absoluta. Logo, quando se tratar da concretização dos direitos fundamentais, a intervenção do Poder Judiciário constitui-se legítima, na ocasião em que o Executivo não cumprir com sua função, não se configurando usurpação da função dos outros Poderes, visto que o Judiciário está somente garantindo políticas públicas e econômicas, colimando efetivar o direito fundamental à saúde, com esteio na norma disposta no artigo 196, da Constituição Federal de 1988.

Em conformidade com Amorim e Madeira (2013), o Poder Judiciário tem legitimidade para ditar decisões aos outros poderes federativos, lecionando:

[...] que todo o exercício da jurisdição constitucional brasileira possui expressa previsão, conforme preceitua os arts. 101 e 102 da Constituição Federal de 1988, refletindo a vontade do Poder Constituinte originário, dotada, portanto, do mais alto grau de legitimidade. Admitir a ilegitimidade desse Poder para dirimir questões constitucionais, seria admitir no Brasil, a adoção de normas constitucionais inconstitucionais, o que é vedado no ordenamento jurídico brasileiro (AMORIM; MADEIRA, 2013, p. 8).

O Poder Judiciário, portanto, deve atuar quando houver transgressão aos direitos dos cidadãos, para tanto, ressalta-se o princípio da inafastabilidade da jurisdição. No exercício da sua função típica, deve dizer quem tem o direito na relação jurídica conflituosa, impedindo omissões e ineficiências do Poder Público na consolidação do acesso aos serviços e tratamentos de saúde do segmento longo. Tal situação não configura violação ao princípio da separação de poderes, mas a defesa dos direitos fundamentais no Estado Social, em consonância com o ordenamento jurídico.

Nessa linha, a jurisprudência da Suprema Corte (STF) consolidou entendimento unânime, no sentido de que é legítimo ao Judiciário determinar à Administração Pública, no caso de inércia da sua atividade, a obrigação de fazer

para efetivação dos direitos fundamentais, estampados no Texto Constitucional, sem macular a teoria da separação de poderes.

O posicionamento de Andreas Joachim Krell (2002), lançado pelo ministro Celso de Melo, por ocasião do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45 (ADPF):

Em princípio, o Poder Judiciário não deve intervir em esfera reservada a outro Poder para substituí-lo em juízos de conveniência e oportunidade, querendo controlar as opções legislativas de organização e prestação, a não ser, excepcionalmente, quando haja uma violação evidente e arbitrária, pelo legislador, da incumbência constitucional. No entanto, parece-nos cada vez mais necessária a revisão do vetusto dogma da Separação dos Poderes em relação ao controle dos gastos públicos e da prestação dos serviços básicos no Estado Social, visto que os Poderes Legislativo e Executivo no Brasil se mostraram incapazes de garantir um cumprimento racional dos respectivos preceitos constitucionais (STF, RELATOR: MINISTRO CELSO DE MELO, 2000, ADPF 45).

Por conseguinte, afigura-se substancial a intervenção do Judiciário para preservação da vida, diante da omissão estatal, no que se refere à concretização das políticas públicas de saúde, deste modo, não quebrando o princípio da separação de poderes. Pois, somente assim, há observância do Estado Constitucional Democrático de Direito.

4.6 PODER EXECUTIVO E LIMITAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

Para o Poder Executivo, a interferência do Judiciário na efetivação de políticas públicas, sobretudo da saúde, desorganiza o orçamento público, além de violar os princípios da reserva do possível e da independência dos poderes, esse último tratado no item imediatamente anterior.

Bucci (2017) preleciona que a percepção dos agentes do Poder Executivo é de que a ordem judicial tem natureza individual e não influencia a elaboração de políticas públicas de saúde. Ao contrário, pode até dificultar sua formulação. Também sustenta que, por causa das limitações orçamentárias e financeiras, os recursos reservados a outro setor da saúde que favorece o coletivo, muitas vezes, faltam, posto que são dirigidos a atender à decisão judicial.

Ainda revela a autora que a judicialização de saúde no Brasil se tornou excessiva, desde o final da década de 1990; e que o ingresso exorbitante das ações

para prestação do direito à saúde ocasionou impactos econômicos negativos, devido ao alto custo que os direitos prestacionais envolvem.

Ora, compete ao Poder Público, por meio de políticas sociais e econômicas, proporcionar aos necessitados o tratamento mais adequado e eficaz, devendo ter prioridade em relação às finanças da Administração, em consonância com o posicionamento unânime da jurisprudência pátria.

Nesse quadro, julgado do Supremo Tribunal Federal, de modo uníssono, decidiu que, quando o caso concreto denotar urgência e plausibilidade jurídica, com o desígnio de proteger a inviolabilidade do direito à vida, à saúde, assegurados pela própria Constituição Federal (art.5º, *caput*), deve-se esvair o interesse financeiro e secundário do Estado e prevalecer o respeito indeclinável à vida (STF. Petição: Pet 1246 MC/SC).

Igualmente, o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, em julgado da relatoria do desembargador Emanuel Albuquerque, em sede de Agravo de Instrumento assentou que⁴⁵:

[...] No mais, cabe ao Estado fornecer o medicamento uma vez que o direito à vida e à saúde são invioláveis, e estão assegurados na Constituição Federal de 1988 (arts. 5º, *caput* e § 1º; 6º, 195 e 196), prevalecendo sobre interesses financeiros da Administração". Neste sentido, cito decisão deste colendo Tribunal, *in verbis*: "EMENTA: PROCESSO CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA DO RELATOR QUE NEGOU SEGUIMENTO AO AGRAVO DE INSTRUMENTO MANIFESTAMENTE EM CONFRONTO COM A JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ. SUS. PESSOA HIPOSSUFICIENTE. FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTO. RESPONSABILIDADE DO ESTADO. PROTEÇÃO A DIREITOS FUNDAMENTAIS. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER CONSTITUCIONAL. PRECEDENTES DAS CORTES SUPERIORES E DESTE TRIBUNAL DE JUSTIÇA. 1. Prova inequívoca da necessidade de receber o medicamento, conforme a prescrição médica. Os direitos à vida e à saúde, que são direitos públicos subjetivos invioláveis, devem prevalecer sobre os interesses administrativos e financeiros do Estado federado. 2. A distribuição gratuita de medicamentos deve ser tornada como certa às pessoas carentes, qualificando-se como ato concretizador do dever constitucional que impõe ao Poder Público a obrigação de garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira. Agravo de instrumento conhecido, mas improvido. AGRAVO DE INSTRUMENTO 1083280200580600000. RELATOR(A): EMANUEL LEITE ALBUQUERQUE. Comarca: Fortaleza. Órgão Julgador: 1ª Câmara Cível. Data de Registro: 30/03/2011.

⁴⁵Agravo de Instrumento 1083280200580600000. Relator: Des. Emanuel Leite Albuquerque. Comarca: Fortaleza. Órgão Julgador: 1ª Câmara Cível. 30/03/2011.

Irrefutável, os direitos à vida, e à saúde são bens jurídicos que merecem tutela dos Órgãos Públicos e, na hipótese de o Executivo não implementar a política pública adequada ou não elaborar tal política, compete ao Judiciário atuar como instrumento de garantia dos direitos fundamentais, especificamente o direito da saúde do idoso, sempre observando que esses direitos devem preponderar sobre os interesses financeiros da Administração Pública. Nessa situação, não há afronta à função estatal do Poder Executivo.

4.7 TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL

A teoria da reserva do possível surgiu na Alemanha, na década de 1970, perfilhando a concepção de que somente se pode impor a prestação positiva ao Estado, mediante o exame da razoabilidade na questão concreta. No Brasil, essa teoria foi recepcionada, entretanto, o Poder Executivo, equivocadamente recorre à reserva do possível para justificar o descumprimento do direito social à saúde, com base na escassez de recurso financeiro.

Tal carência apontada pelo Poder Público merece ser devidamente fundamentada, para, desta forma, propiciar a aplicação da reserva do possível, desde que seja assegurado o mínimo existencial de sobrevivência ao cidadão. Logo, caso não demonstrado pelo Executivo a escassez de recursos, aludida teoria não pode ser invocada para desobrigação dos preceitos fundamentais da Carta de 1988.

O ministro Celso de Melo, no julgamento da ADPF nº 45, proferiu que: “[...] comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política”. Todavia, nas palavras do aludido ministro, não são legais as justificativas indevidas do Poder Público, ao manipular sua atividade, especificamente na esfera financeira, para impossibilitar aos cidadãos o acesso às condições mínimas de existência.

E, ainda, complementa o citado membro da Corte Constitucional:

Cumprindo 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 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 (STF, RELATOR: MINISTRO CELSO DE MELO, ADPF 45. Julgamento: 29/04/2004).

Barcellos (2002) sustenta que a limitação de recursos é uma condição que não se pode desconsiderar. Deve-se perceber, contudo, que o propósito do Órgão Público ao arrecadar recursos, e após, aplicá-los em políticas públicas, destina-se a consolidar os direitos fundamentais descritos na Carta Maior. O núcleo medular dos Textos Constitucionais contemporâneos, inclusive a Constituição de 1988, consiste na promoção do bem-estar do homem, que externa como desígnio inicial garantir as condições de dignidade, abrangendo a tutela dos direitos individuais e condições materiais mínimas para sobrevivência. Nessa situação, ao verificarem os requisitos fundamentais que englobam o mínimo existencial, estão estabelecendo precisamente os objetos prioritários dos gastos públicos. Somente depois de alcançá-los, é que se poderá abordar em relação aos recursos remanescentes.

E defende a autora: “O mínimo existencial, como se vê, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível” (BARCELLOS, 2002, p. 245-246).

Assim, a condição mínima de existência merece proteção positiva, por parte do Estado, o qual deve garantir os direitos considerados de segunda geração, dentre eles, saúde, trabalho e segurança, não sendo admissível incidir o princípio da reserva do possível para a omissão estatal, porquanto o mínimo existencial deve integrar essa reserva do financeiramente possível. Para o filósofo alemão Alexy (2008), é dever de o Estado garantir aos cidadãos as condições básicas para que se tenha vida com dignidade.

Infere-se, então, que o Judiciário, ao analisar o princípio da reserva do possível, deve apreciar a razoabilidade da pretensão deduzida em juízo em desfavor do Poder Público e a existência de disponibilidade de recursos financeiros, mas sempre respeitando o padrão do mínimo existencial, nomeadamente no âmbito da saúde.

Portanto, urge a implementação de políticas públicas de saúde do segmento idoso para assegurar o mínimo existencial, em atenção ao princípio da dignidade humana, com arrimo no preceito do artigo 1º, inciso III da Constituição

Federal; no caso da Administração Pública não tornar efetiva as prestações pleiteadas, é facultado à parte interessada recorrer ao Poder Judiciário para alcançar sua pretensão.

4.8 ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

O Ministério Público é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, conforme disposição constante na redação dos artigos 127 e 129 da Norma Ápice Constitucional.

Carbonier⁴⁶(2002) reproduzido por Aith (2017, p.128) ensina que, “[...] a instituição se define como um composto de regras de direito que abarca uma série de relações sociais tendentes aos mesmos fins”.

A instituição ministerial vela pela integral proteção aos direitos fundamentais e sociais preceituados na Constituição Federal, sobretudo a tutela do direito à saúde do idoso. Além da previsão constitucional em defesa da saúde dessa categoria vulnerabilizada, tem atribuições expressas em prol desse contingente no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/03⁴⁷.

Por conseguinte, para viabilizar a efetividade do direito à saúde do longo, o membro do Ministério Público pode exercer sua atividade no âmbito judicial como substituto processual da pessoa idosa, funcionando como parte no processo, nas hipóteses estabelecidas em lei. Também, atua como fiscal da ordem jurídica em defesa dos direitos e interesses dessa classe, sendo imprescindível a sua intervenção, sob pena de nulidade, com arrimo nas diretrizes previstas na Carta

⁴⁶CARBONNIER, JEAN. *Droit Civil: introduction, les personnes*. 27. ed. Paris: PUF, 2002.n.1. Tradução: Fernando Mussa Abujamra Aith.

⁴⁷Art. 74. Compete ao Ministério Público: I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso; II – promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco; III – atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei; IV – promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar; V – instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo.

Magna e nos artigos 178 do Código de Processo Civil, bem como nos dispositivos 43, 74, 75 inciso II, do Estatuto do Idoso.

A atuação institucional do Ministério Público realiza-se, ainda, na esfera extrajudicial, em defesa dessa categoria, para a materialização do acesso aos serviços de saúde. Para isso, o promotor de Justiça efetua atendimentos às pessoas que se socorrem do amparo ministerial, instaura procedimentos administrativos e inquéritos civis, expede recomendações, celebra termos de ajustamentos de condutas e promove ou participa de audiências públicas procedidas por outros entes públicos.

Quando o precário funcionamento do serviço público impedir a prestação desse direito social, o *parquet*⁴⁸, inicialmente, funcionará de maneira desburocratizada, utilizando-se de instrumentos que venham a propiciar solução efetiva para controvérsias que tratam da prestação do direito à saúde do contingente longo, como a instauração de inquérito civil para elucidação dos fatos, com respaldo na reclamação do cidadão, em notícias veiculadas na mídia, juntando-se, para esse fim, a demonstração de elementos probatórios relativos ao tratamento médico indicado e a urgência que a situação requer.

A instituição ministerial, para alcançar tal desiderato, mantém canais de diálogo diretamente com o particular ou agente público, determinando a expedição de recomendações, que tencionam a efetividade dos direitos e interesses defendidos pelo Ministério Público, ou firmar acordos, mediante realização de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), fundamentado no art. 5º da Lei 7347/85 e no art. 14 da Recomendação do CNMP nº 16/10⁴⁹, para retificar e adequar a conduta aos diplomas legais.

⁴⁸*Parquet* é um termo jurídico utilizado como sinônimo de Ministério Público. De origem francesa, e significa literalmente 'assoalho'. Tal expressão surgiu de uma antiga tradição francesa, que utilizava a palavra *parquet* para se reportar aos procuradores do rei, que permaneciam sobre o assoalho da sala de audiências, naquela época.

⁴⁹Art. 14. O Ministério Público poderá firmar compromisso de ajustamento de conduta, nos casos previstos em lei, com o responsável pela ameaça ou lesão aos interesses ou direitos mencionados no artigo 1º desta Resolução, visando à reparação do dano, à adequação da conduta às exigências legais ou normativas e, ainda, à compensação e/ou à indenização pelos danos que não possam ser recuperados.

§ 6º. Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial.

O TAC é um acordo celebrado entre o Ministério Público e o violador de determinado direito coletivo, com o desígnio de obstar a continuidade da situação de ilegalidade, reparar o dano ao direito coletivo e conter a ação judicial, nos termos assentado no Portal de Direitos Coletivos do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP, 2013).

Além do mais, o MP tem a competência exclusiva para instaurar inquérito civil. É um procedimento que objetiva investigar se um direito coletivo foi afrontado, para isso, o integrante ministerial poderá requestar perícia, ouvir testemunhas, realizar inspeções, e requisitar elementos documentais para formar a sua convicção, com fulcro no teor do § 1º do art. 8º da Lei 7347/85⁵⁰.

Contudo, quando extenuadas as estratégias para solucionar a controvérsia de modo extrajudicial, sem que tenha almejado a prestação positiva, resta somente ao *parquet* o ingresso de ação civil pública para garantir o direito à saúde do idoso, o qual não foi atendido pelo Poder Público.

A função do Ministério Público, ao ajuizar ação civil pública, tem previsão constitucional, com esteio na norma escrita do art.129, II, III e IV, da Carta Maior de 1988, no entanto, sem exclusividade (art. 129, § 1º), porquanto sua legitimidade é concorrente com a de outros colegitimados (art. 5º, da Lei 7.347/85). Essa ação tem como intuito proteger os direitos de interesse da coletividade, em especial, os direitos coletivos, difusos e individuais homogêneos⁵¹, e, ainda, visa prevenir ou reprimir danos ao patrimônio público e social, ao meio ambiente, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. Referido instrumento de natureza constitucional está disciplinado na Lei 7.347/85.

⁵⁰Art. 8º, § 1º. O Ministério Público poderá instaurar, sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias úteis.

⁵¹Os direitos coletivos, em sentido amplo, dividem-se em direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos. Nos direitos difusos, os titulares são indeterminados e indetermináveis; não é possível determinar quem são os titulares de um direito difuso. Exemplo: Direito a Segurança Pública, ao meio ambiente equilibrado. Direitos coletivos, em sentido estrito, são direitos de grupo, categoria ou classe de pessoas, sendo possível determinar quem são os seus titulares. Direitos individuais homogêneos são direitos individuais tutelados de forma coletiva, com o objetivo de melhorar o acesso à Justiça e a economia processual. Mesmo que sejam homogêneos, são direitos individuais, sendo também possível o ingresso de ação individual.

O Supremo Tribunal Federal proferiu decisão, quanto à legitimidade do Ministério Público para propor ação civil pública, nas questões que envolvem o direito à saúde:

O Ministério Público tem legitimidade para ajuizar ação civil pública objetivando o fornecimento de remédio pelo Estado. Com base nesse entendimento, a Turma proveu recurso extraordinário em que se questionava a obrigatoriedade de o Estado proporcionar a certa cidadã medicamentos indispensáveis à preservação de sua vida. No caso, tribunal local extinguiu o processo sem julgamento de mérito, ante a mencionada ilegitimidade ativa ad causam do parquet, uma vez que se buscava, por meio da ação, proteção a direito individual, no caso, de pessoa idosa (Lei 8.842/94, art. 2º). Sustentava-se, na espécie, afronta aos artigos 127 e 129, II e III, da CF. Assentou-se que é função institucional do parquet zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo medidas necessárias a sua garantia (STF, REL. MIN. MARCO AURÉLIO. RE 407902/RS, DJE 26.5.2009).

Em razão da judicialização da saúde, as promotorias de Justiça da Fazenda Pública em Fortaleza-Ceará recebem ações, constantemente, funcionando o membro ministerial na prolação de pareceres, na interposição de recursos, em prol da acessibilidade desse direito material pelo segmento longo.

No que tange à intervenção do Poder Judiciário para concretizar o direito à saúde desse contingente ante a inércia da máquina estatal, o Órgão Ministerial considera de suma importância, eis que essa postura ativista judicial salva vidas, enseja melhor qualidade de sobrevivência. Manifesta-se, entretanto, que o aumento excessivo da Judicialização não resolve o problema do Sistema de Saúde Pública nem o da coletividade, uma vez que, quando o sistema falha na prestação desse direito, apenas se beneficia quem se socorreu da tutela jurisdicional. Na situação dos idosos, aqueles que não se utilizaram da judicialização padecem de assistência de saúde universal e integral.

No Seminário “Reflexões sobre a Judicialização da Saúde: um diálogo interinstitucional”, realizado no auditório da sede do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), em Brasília-DF, em 29/11/2018, a presidente, Raquel Dodge, defendeu “[...] que as políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde sejam mais eficientes, pensadas de forma estratégica, para evitar que tantas demandas individuais sejam levadas à Justiça”. Asseverou que a atuação do Órgão Ministerial e do Poder Judiciário pode contribuir para solucionar as vicissitudes da saúde no

Brasil, além das demandas individuais direcionadas a pessoas específicas (DODGE, 2018).

E, ainda, sobre a judicialização se reportou:

Devemos, aqui neste seminário, cuidar de intervenções que melhorem o desenho da política pública e de seus objetivos fundamentais: qualidade, acessibilidade e cobertura para todos. O momento é de avaliação da estratégia porque a excessiva judicialização que se vê hoje coloca os gestores em uma posição de inércia. É a correção das políticas para a área da saúde que salva e melhora vidas (DODGE, CNMP - Seminário, 2018).

Desse modo, o Ministério Público colabora com estratégias para reduzir a judicialização, que se encontra em demasia, no momento em que promove acordos, TAC, debates interinstitucionais, com intuito de melhoramento, operacionalidade do Sistema Único de Saúde; e ainda impulsiona a participação dos usuários nesse tema prioritário, que é a saúde.

Assim, a judicialização da saúde é necessária, desde que demonstrada a plausibilidade do direito e a urgência, especialmente para o grupo de idosos, parcela populacional, geralmente, sofrida e discriminada. Mas, o cenário ideal para esse contingente é a elaboração de políticas públicas sérias e executáveis, pois, beneficiará maior quantidades de pessoas, e com isso salvará mais vidas.

4.9 ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA

O ingresso das ações judiciais na Comarca de Fortaleza-Ceará, em favor da consolidação do direito individual à saúde da população idosa, é promovida, de modo geral, pela Defensoria Pública do Estado do Ceará. Quando o patrocínio é procedido por advogados particulares, a demanda é aquém em comparação às instituições públicas. A definição de Defensoria Pública Pública⁵² encontra-se preconizada na redação do *caput*, do dispositivo 134, do Texto Constitucional.

De acordo com o excerto da decisão do ministro Celso de Mello, a Defensoria Pública se configura:

⁵²A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal (*caput* do art.134 da CF).

[...] como instrumento de concretização dos direitos e das liberdades de que são titulares as pessoas carentes. É por essa razão que a Defensoria Pública não pode (e não deve) ser tratada de modo inconsequente pelo Poder Público, pois a proteção jurisdicional de milhões de pessoas – carentes e desassistidas -, que sofrem inaceitável processo de exclusão jurídica e social, depende da adequada organização e da efetiva institucionalização desse órgão do Estado (STF. REL. MIN. CELSO DE MELO. ADI 2.903, DJE 19-9.2008).

É uma instituição indispensável à função jurisdicional do Estado, que tem como atribuição essencial assegurar assistência jurídica integral e gratuita às pessoas que são desprovidas de condições financeiras para custeá-la, sempre em defesa dos direitos dos necessitados, dos cidadãos hipossuficientes, tanto atuando na esfera judicial, como na extrajudicial, no auge de sua missão constitucional.

Segundo a opinião da Defensoria, a judicialização da saúde é fundamental para concessão da prestação positiva desse direito, garantindo-se o mínimo existencial, quando o Poder Público se exime do seu dever constitucional.

Nas palavras do defensor Público Tiago Fensterseifer (2008, p.438): “Apenas as medidas prestacionais sociais não incluídas no conteúdo do mínimo existencial estarão subordinadas ao princípio orçamentário da reserva do possível”. E arremata: quando se tratar de medida necessária a proteger o mínimo existencial, a eficácia da norma constitucional gera efeitos de aplicação direta e imediata, autorizando o Judiciário estabelecer a efetivação desses direitos, independentemente de possibilidade no orçamento público e da intermediação legislativa.

Reconhece, entretanto, a Defensoria Pública que está ocorrendo uma demanda exagerada na postulação de tal direito fundamental, eis que muitos tratamentos e fornecimentos de medicamentos poderiam ser concedidos sem a intervenção judicial.

Sobre essa questão, Rascovski (2017) pontua que a Administração apresenta entraves na prestação do serviço de saúde, falta planejamento na elaboração das políticas e articulação da Secretaria de Saúde com os operadores dessa área. Por exemplo, na dispensação de medicamentos, os profissionais de saúde prescrevem um fármaco a que estão adaptados, mas que não consta na rede pública, enquanto outros se encontram disponíveis com igual princípio ativo.

Nessa situação, o cidadão não recebe o medicamento e, diante dessa negativa, busca o Judiciário para satisfação do seu direito. Da mesma maneira, carece de interlocução entre as Secretarias de Saúde e instituições, como a Defensoria Pública, o Ministério Público e também o Poder Judiciário. Desta forma, agindo em conjunto, poderiam ser muitas questões afetas à saúde solucionadas sem a interposição de demanda judicial.

4.10 ATUAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ)⁵³, “[...] é uma instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual”. É um órgão do Poder Judiciário brasileiro, instituído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004, tem sede em Brasília/DF, constituído por 15 membros, dentre eles, o Presidente do Supremo Tribunal Federal, ministros dos tribunais superiores, desembargadores, juízes, membros do Ministério Público, advogados e cidadãos indicados pela Câmara dos Deputados, com suporte nos artigos 92, inciso I-A e 103-B da Constituição da República.

Nesse prisma, evidencia-se que compete ao respectivo órgão a atuação administrativa e financeira do Judiciário, do cumprimento e dos deveres dos magistrados, assim como assegurar o controle da transparência da polícia judiciária, da gestão, sempre pautando pela observância aos princípios da legalidade, moralidade, eficiência, impessoalidade e publicidade, com fulcro no art. 37 da Constituição Federal.

4.10.1 Instituição do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde

Por efeito do elevado número de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde e do significativo dispêndio de recursos públicos para a satisfação desse direito, o Conselho Nacional de Justiça instituiu o Fórum Nacional do Poder Judiciário, mediante a publicação da Resolução nº 107, de 2010, para

⁵³Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

monitoramento e solução das demandas de assistência à saúde⁵⁴, colimando apresentar iniciativas para dar eficiência na resolução dos litígios judiciais que questionam a prestação a assistência à saúde.

O Comitê Executivo Nacional do Fórum de Saúde criou os comitês estaduais para formação de fóruns estaduais, em consonância com a Portaria 40/2014⁵⁵. No Fórum Nacional de Saúde, expediu-se recomendação para mobilizar os atores da área de saúde, incluindo os integrantes do sistema de justiça e do sistema de saúde, dentre eles, membros do Judiciário, do Ministério Público, Defensorias Públicas, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), gestores das Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, médicos, farmacêuticos, com o desígnio de fomentar debates entre esses protagonistas, para o cumprimento da decisão judicial que determinou a efetivação do direito à saúde, e mais a discussão acerca da possibilidade de concessão desse direito fundamental na esfera administrativa.

Destaca-se a Declaração do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, em 2010⁵⁶, a qual enfatiza o papel do Judiciário na materialização do direito à saúde, confirmando que “[...] a atuação do Poder Judiciário é de crucial importância para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito fundamental à saúde, ainda que se argumente que do seu exercício advenham tensões perante os gestores e executores das políticas públicas”.

É de bom alvitre trazer à tona trecho da aludida Declaração, em que se extrai a relevância do debate entre os integrantes, que buscam o aprimoramento das políticas públicas de saúde e a redução das controvérsias judiciais:

O que se presenciou nesse momento ímpar não foram apenas dados técnicos e meros relatos, mas, principalmente, a matéria-prima colhida de um debate democrático e plural, portanto, público, transparente e legitimado pelos mais variados protagonistas por excelência, que oportunizou o emergir de subsídios para o efetivo aprimoramento das políticas de saúde (DECLARAÇÃO DO I ENCONTRO DO FÓRUM NACIONAL DO JUDICIÁRIO PARA A SAÚDE, 2010).

⁵⁴Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

⁵⁵Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/imagens/portarias/2014>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

⁵⁶Declaração do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, em 2010. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/imagens/programas/forum de saúde/declaracao](http://www.cnj.jus.br/imagens/programas/forum%20de%20saude/declaracao)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

O Fórum de Saúde e seus Comitês Estaduais produziram resoluções, recomendações, deliberações, análises técnicas e planos de monitoramento das demandas alusivas à saúde, inclusive abrangendo o grupo de idoso, na esfera do Poder Judiciário. Igualmente, o Fórum Nacional realizou as Jornadas de Direito à Saúde, do CNJ, com a edição de enunciados para racionalizar o instituto da judicialização.

A I Jornada Nacional de Saúde ocorreu em 2014, e a II Jornada, em 2015, e a III Jornada, em março de 2019. As primeiras intitularam o tema “Jornada de Direito da Saúde – A Justiça faz bem à saúde”, com a meta de “ produzir, aprovar, publicar e divulgar enunciados interpretativos sobre o direito à saúde”⁵⁷.

A III Jornada Nacional de Saúde, sucedeu nos dias 18 e 19 de março, “[...] para debater os problemas inerentes à judicialização da saúde e produzir, aprovar e divulgar enunciados interpretativos sobre o direito à saúde”⁵⁸.

Com efeito, os enunciados dirigidos ao próprio Poder Judiciário, aos Poderes Legislativo e Executivo e aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborados nas Jornadas Nacionais da Saúde, promovidos pelo Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), objetivam a redução do fenômeno judicialização, sem prejudicar o exercício da cidadania, de modo a se efetivar o direito indeclinável à saúde.

4.11 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A JUDICIALIZAÇÃO

A Assistência Terapêutica integral, Lei nº 12.401/2011, que alterou as diretrizes da Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080/90 - a qual regulamenta o Sistema Único de Saúde(SUS), incluiu importante componente, a assistência farmacêutica, consoante o teor do preceito disposto no art. 6º, inciso I, alínea “d”, do citado diploma legal:

Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

d) de assistência terapêutica integral, inclusive FARMACÊUTICA.

⁵⁷Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programaseações/jornada-da-saude>>. Acesso em: 12 abril 2019.

⁵⁸Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/eventos-campanhas/evento/777-iii-jornada-da-saude>>. Acesso em: 12 abril 2019.

Na perspectiva atual, constata-se que a assistência farmacêutica não foi devidamente implementada pelo Poder Público, o que impulsionou, ainda, o aumento da judicialização do direito à saúde. As ações judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos tornou-se questão nuclear de pedidos de prestações ao Estado, consistindo essas demandas em pleitos de dispensação de medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ou aqueles que não figuram da mencionada relação, mas que deveriam ser garantidos, em atenção ao princípio da integralidade.

4.11.1 Medicamentos dos componentes básico, especializado e estratégico

A RENAME, relação de medicamentos que tem como suporte a lista de medicamentos essenciais recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi criada em 1978, com a incumbência de nortear a política de fármacos dos Países-Membros que integram a citada Organização. Do mesmo modo, no Brasil, a lista de medicamentos tem como desiderato possibilitar o acesso à assistência farmacêutica e promover o uso seguro e racional de fármacos, como estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2018, publicada pelo Ministério da Saúde, no dia 23 de novembro de 2018, atualizando o elenco de medicamentos e insumos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e estipulando a responsabilidade pela compra e distribuição desses fármacos entre os entes federativos.

A reportada lista apresenta 878 medicamentos, é uma estratégia relevante do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, destaca que:

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País (BRASIL, PNM, 1998).

A relação de medicamentos disponibilizados por intermédio de políticas públicas compreende os seguintes blocos: I - Medicamentos do Componente Básico

da Assistência Farmacêutica; II - Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III - Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV - Insumos Farmacêuticos; e V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar, nos termos das disposições inseridas no art. 4º da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 1 de 17.01.2012, que aprovou as diretrizes nacionais da RENAME na esfera do SUS (BRASIL, 2012a).

No campo da assistência farmacêutica, os medicamentos disponíveis estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), integrados por três componentes de financiamento: Básico, Especializado e Estratégico. Os medicamentos que fazem parte do componente Básico da Assistência Farmacêutica ocupam o nível primário, são aqueles que o cidadão tem acesso à liberação pelas unidades da rede de atenção básica, isto é, nos centros de saúde.

Enquanto isso, os medicamentos do componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pela Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, encontram-se no nível ambulatorial, e destinam-se ao tratamento permanente ou a longo prazo de moléstias, com a utilização, geralmente, de medicamentos de custos exorbitantes, a título de exemplo, doenças de Parkinson, Alzheimer, Diabetes. Esses tratamentos realizam-se de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde, como prescreve o art. 2º, da Portaria GM/MS nº 1554/13.

Ao passo que os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) são indicados para moléstias que representam problemas de saúde pública, como os antiretrovirais (DST/AIDS); doenças endêmicas, como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doenças de chagas, e outras; inseridas, também, as doenças hematológicas, bem como os programas para controle de tabagismo, influenza e deficiências nutricionais, ainda as vacinas, soros e imunoglobulinas. O tratamento para o acesso a medicamentos e insumos relacionados às doenças desse grupo estratégico ocasionam impactos socioeconômicos e, em geral, afetam populações vulneráveis.

É louvável visualizar as competências do Ministério da Saúde e das respectivas Secretarias na Figura 3.

Figura 3 - Competências do Ministério da Saúde e das Secretarias



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Extraí-se da ilustração que a competência das instituições referente aos medicamentos e insumos estratégicos, é dividida em: Ministério da Saúde financia, adquire e distribui aos Estados e Distrito Federal. As Secretarias Estaduais são responsáveis pelo recebimento, armazenamento e distribuição aos Municípios. E as Secretarias Municipais, pelo armazenamento, distribuição às unidades de saúde, programação e liberação (BRASIL, 2017)⁵⁹.

Em relação à assistência oncológica, o SUS disponibiliza medicamentos para controle e/ou cura dos pacientes portadores de câncer (CA); seu financiamento “[...] inclui-se no bloco da Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade (MAC), com ressarcimento mediante produção de procedimentos específicos, cirúrgicos, radioterápicos, quimioterápicos e iodoterápicos” (BRASIL, 2014, p.7).

Cumpra esclarecer que a Oncologia é uma das especialidades médicas mais preocupantes pela confrontação diária do médico e paciente, na luta entre a

⁵⁹Brasil. Ministério da Saúde. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacautica/medicamentos-rename/cesaf>>. Acesso: 14 abr. 2019.

vida e a morte. É uma área que necessita de soluções rápidas, seja pela existência de doenças simultâneas na mesma pessoa, seja pelos distintos estádios de evolução e dos tratamentos de neoplasias, considerando-se uma das “[...] especialidades mais carentes de ensaios clínicos⁶⁰ de grande porte, muitas vezes pela raridade da condição clínica outras vezes pela gravidade dela” (BRASIL, 2014, p.11).

Nesse quadro, estratégias de tratamento inovadoras recebem atenção especial de agências reguladoras ou dos profissionais da saúde, sempre na espera de novo tratamento. Porém, há risco de introdução de tecnologias de modo prematuro que não oferecem segurança e eficácia, constituindo-se esse fator preocupação da comunidade científica internacional, nomeadamente para o Poder Público, incumbido da elaboração de políticas públicas de saúde.

Atualmente, as ações judiciais propostas se referem, preponderantemente, às demandas para disponibilização de leito de UTI e, ainda, englobando o fornecimento de fármacos, de médio e alto custo, especialmente aqueles indispensáveis aos tratamentos oncológicos. À vista disso, é acentuada a repercussão da judicialização da saúde em face desses casos que superlotam o Judiciário.

4.12 DECISÕES DO STF RELATIVAS À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Depreende-se que os julgados proferidos pelo Poder Judiciário, no âmbito da saúde, inclinam-se quase na totalidade à proteção do direito à vida e à saúde prevalecente sobre os recursos orçamentários, fazendo valer esses direitos indeclináveis e afastando-se da defesa do Executivo quanto à alegação de impacto das decisões na esfera do orçamento público.

⁶⁰Ensaio Clínico é qualquer investigação conduzida no ser humano, indicada a elucidar ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou os outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, objetivando apurar a respectiva segurança ou eficácia (ROCHE, 2018). Disponível em: <<https://www.roche.pt/corporate/index.cfm/farmaceutica/ensaios-clinicos/o-que-e-um-ensaio-clinico/>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

A esse respeito, a decisão do ministro Gilmar Mendes, como presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), pertinente ao fornecimento de medicamento de alto custo. No julgamento, restou indeferido o pleito de suspensão de tutela antecipada⁶¹, envolvendo o fornecimento do fármaco nomeado Elapraxe (Idursulfase), cujo tratamento anual equivale próximo a R\$ 2.600.000,00 (dois milhões, seiscentos reais), em prol de portador da síndrome de Hunter⁶².

Confira-se o trecho do acórdão:

Em relação aos direitos sociais, é preciso levar em consideração que a prestação devida pelo Estado varia de acordo com a necessidade específica de cada cidadão. Assim, enquanto o Estado tem que dispor de um valor determinado para arcar com o aparato capaz de garantir a liberdade dos cidadãos universalmente, no caso de um direito social como a saúde, por outro lado, deve dispor de valores variáveis em função das necessidades individuais de cada cidadão. Gastar mais recursos com uns do que com outros envolve, portanto, a adoção de critérios distributivos para esses recursos. Assim, em razão da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, enfatiza-se que a formulação das políticas sociais e econômicas voltadas à implementação dos direitos sociais implicaria, invariavelmente, escolhas alocativas. Tais escolhas seguiriam critérios de justiça distributivas (o quanto disponibilizar e a quem atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem “escolhas trágicas” pautadas por critérios de macrojustiça. É dizer, a escolha da destinação de recursos para uma política e não para outra leva em consideração fatores como o número de cidadãos atingidos pela política eleita, a efetividade e eficácia do serviço a ser prestado, maximização dos resultados (STF – REL. MIN. GILMAR MENDES, Suspensão de Tutela Antecipada: STA n.198-MG no Agravo de Instrumento 2007.01.00.043356-3, do TRF da 1ª Região. DJE 22.12.2008).

O julgado ora descrito expressa que a efetivação do direito à saúde enfrenta resistência estatal, na proporção em que se vislumbra a escassez dos recursos e a indispensabilidade de serem efetuadas “escolhas alocativas”. Essas escolhas trágicas adotariam bases da justiça distributiva⁶³. A interpretação da

⁶¹Supremo Tribunal Federal – Decisão da Presidência. Suspensão de Tutela Antecipada (STA) n.198-MG. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19137159/suspensao-de-tutela-antecipada-sta-198-mg-stf>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

⁶²Síndrome de Hunter, intitulada como Mucopolissacaridose tipo II ou MPS II, é uma doença genética rara mais constante em homens caracterizada pela deficiência de uma enzima, Iduronato-2-Sulfatase, que é necessária para o funcionamento correto do organismo. Em virtude da diminuição dessa enzima, há o acúmulo de substâncias dentro das células, ocasionando rigidez das articulações, alterações nos sistemas cardíaco, respiratório e neurológico, e demais. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sindrome-de-hunter/>>. Acesso em 20 abr. 2019.

⁶³A justiça distributiva abrange o conceito de bens primários, que se entrelaçam com os fins da justiça como equidade enquanto concepção política, de acordo com as necessidades dos cidadãos, considerando-os pessoas livres e iguais. Ressaltando que os bens primários como liberdades, oportunidades, riquezas e os suportes sociais da auto-estima devem ser distribuídos de forma igual, a

decisão é de que se deverá dar importância a fatores como a quantidade de pessoas que serão afetadas pela política nomeada, a efetividade e a eficácia das prestações a serem implementadas, bem assim a melhoria dos resultados.

Embora o magistrado tenha denegado a suspensão dos efeitos da tutela concedida, observa-se na sua decisão evidências de mudança, segundo se compreende na suas palavras que, ao determinar a concessão de uma prestação positiva de saúde, “[...] o julgador precisa assegurar-se de que o Sistema de Saúde possui condições de arcar não só com as despesas da parte, mas também com as despesas de todos os outros cidadãos que se encontram em situação idêntica” (GILMAR MENDES, STA nº 198).

Por oportuno, é válido salientar outro voto do reportado ministro que do mesmo modo indeferiu o pedido de Suspensão de Tutela Antecipada - STA nº 175, interposto pela União, e o de nº 178, formulado pelo Município de Fortaleza, ambos de igual conteúdo, contra acórdão pronunciado pela 1ª Turma do Tribunal Regional Federal-5ª Região, nos autos da Apelação Cível 408729/CE (2006.81.00.003148-1).

No Juízo de 1º Grau, foi proposta ação civil pública pelo Ministério Público Federal, em desfavor da União, do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza, cujo objeto consistia no fornecimento de medicamento de alto custo, chamado ZAVESCA (miglustat), em benefício de portadora da patologia denominada Niemann-Pick tipo C, doença neurodegenerativa rara, para o custeio do tratamento de saúde por um dos entes federativos, no valor de R\$ 52.000,00 (cinquenta e dois mil reais) por mês.

A decisão interlocutória foi proferida em favor do direito individual, haja vista ter sido demonstrado pela clínica médica que o referido fármaco é o único eficaz a impossibilitar o avanço da moléstia, aumentando a sobrevida e a melhora na qualidade de vida da paciente, além da comprovação da existência de registro do remédio na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e ausência de condições da paciente para custear o tratamento.

Na questão sob análise, não se constatou grave lesão à ordem, à economia e à saúde pública, pelo contrário, defendeu-se a necessidade inarredável de conceder proteção aos direitos fundamentais à vida, à saúde.

Essa matéria relacionada ao fornecimento de fármacos de alto custo está próxima de ser decidida pela Suprema Corte Constitucional, que já reconheceu a repercussão geral⁶⁴, no Recurso Extraordinário nº 566.471/RN, tratando acerca de um direito individual de uma idosa, a qual requesta prestação de alto custo que pode gerar perigo para a assistência coletiva. A requerente de 81 anos, portadora de hipertensão pulmonar, postula o fornecimento do fármaco Revatio, no valor de R\$ 2.800,00 (dois mil, oitocentos reais), por mês. Tal remédio aprovado pela ANVISA, porém na época da propositura da ação, não constava na relação de fármacos do SUS.

A paciente longeva relata, desde o ano de 2011, dificuldades para obter a medicação com regularidade; que, em 2016, até o final de 2017, faltava continuamente na Unidade Central de Medicamentos, alegando a Administração que a demora para dispensação era por causa de processo de licitação⁶⁵.

Aliás, já foi apresentado o voto do ministro Marco Aurélio do STF, relator do RE 566.471/RN⁶⁶, externando que somente pode se impor ao órgão público a prestação positiva de fornecer fármacos de alto custo não integrado em política nacional de medicamentos ou em programas de medicamentos de liberação em caráter excepcional, quando devidamente comprovado risco ao mínimo existencial do suplicante-paciente. Para isso é fundamental:

- A prova da essencialidade do fármaco quanto à eficácia e segurança para melhora na qualidade de vida e no aumento da sobrevivência do paciente, bem como atestar a impossibilidade de substituição por outro medicamento contemplado na lista do Sistema Único de Saúde; e

⁶⁴Repercussão Geral é um instituto processual pelo qual se reserva ao STF o julgamento de temas trazidos em recursos extraordinários que apresentem questões relevantes sob o aspecto econômico, político, social ou jurídico e que ultrapassem os interesses subjetivos da causa. Foi incluído no ordenamento jurídico pela Emenda Constitucional nº 45/2004 e regulamentado pelos arts. 322 a 329 do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal e pelos arts. 1.035 a 1.041 do Código de Processo Civil (Lei n. 13.105/2015).

⁶⁵Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/noticias/1700>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

⁶⁶Disponível em: <[http://www.stj.jus.br/RE 566.471/RN](http://www.stj.jus.br/RE%20566.471/RN)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

- Demonstração da incapacidade financeira do postulante (paciente) para custear o medicamento, ou respectiva família, em regime de solidariedade, considerando as regras aplicáveis alusivas ao dever de prestação de alimentos no âmbito cível.

Todavia, após a primeira sessão do julgamento da respectiva Repercussão Geral, defendeu que apenas pode determinar ao Estado a dispensação de medicamentos quando registrados na ANVISA, exceto, em questões inusitadas, que não são habituais, como no caso de medicamento passível de importação e inexistente similar nacional, contanto que haja a prova de que o remédio é necessário para manutenção da saúde do paciente, e que tenha registro nos órgãos competentes no país de origem.

Infere-se que o acesso ao direito à saúde no Brasil é tão precário, moroso – como se verifica nos elementos probatórios anexos aos processos judiciais – que, mesmo após os pacientes almejarem decisões favoráveis, em que a autoridade judicial determina ao SUS a entrega da prestação positiva, ainda há reveses que dificultam o recebimento de medicamento ou do tratamento requestado, como os trâmites burocráticos no próprio Sistema de Saúde, incluindo abertura de processos licitatórios, parecer médico, desabastecimento do fármaco e, às vezes, o enfrentamento de longas filas para alcance da pretensão.

4.13 PARÂMETROS DAS DECISÕES DO STF E STJ RELACIONADAS AO FORNECIMENTO DE FÁRMACOS

Cabe mencionar a recente decisão da Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) - REsp 1.657.156 - ⁶⁷, como recurso repetitivo, proferida em 25 de abril de 2018, ao definir regras para concessão de fármacos que não constam em atos normativos do SUS, desde que se observe no caso concreto o preenchimento, de modo cumulativo, dos seguintes requisitos:

- Evidenciação pelo requerente da ação, por meio de laudo médico, fundamentado (emitido pelo médico que assiste o paciente), quanto à

⁶⁷REsp 1.657.156. Relator Ministro Benedito Gonçalves. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunicação/Primeira-Seção>. Acesso em: 20 abr. 2019.

imprescindibilidade do fármaco em comparação aos assegurados pelo Sistema de Saúde (SUS), bem como evidenciar a ineficácia dos medicamentos fornecidos pelo SUS para tratamento.

- Comprovação da incapacidade financeira do postulante (paciente) para custear o medicamento.
- Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Respectiva decisão tem “efeito repetitivo”, vale afirmar, servirá como diretriz para todos os tribunais do País que julgarem a mesma matéria. Então, em consonância com o julgamento de recurso repetitivo do STJ, o Poder Público tem obrigação de fornecer medicamentos, mesmo que não estejam incorporados na lista (RENAME) do SUS, desde que satisfeitas as condições supra alinhadas.

Sarlet (2018) lançou considerações que abrangem tanto julgado do Superior Tribunal de Justiça (STJ), como os proferidos pela Corte Constitucional (STF), em relação ao reconhecimento do direito individual ao fornecimento de medicamento pelo Estado:

A decisão do STJ, por sua vez, deve ser situada num contexto mais amplo, visto que no STF, pelo menos desde o julgamento da STA 175 (2010), não apenas já vinham sendo estabelecidos alguns critérios, como já foi reconhecida a Repercussão Geral da matéria, designadamente nos RE - RG 566.471 e 657.718, cujo julgamento, contudo, ainda não foi encerrado, colhidos apenas os votos do relator e de alguns ministros. No caso do RE 566.471/RN, relator ministro Marco Aurélio, discute-se a obrigação do Estado no sentido de dispensar medicamento de alto custo não incluído na Política Nacional de Medicamentos, a portador de doença grave carente de recursos financeiros para a sua aquisição no mercado. Já no RE 657.718/MG, igualmente relatado pelo ministro Marco Aurélio, o que está em questão é a possibilidade de se obrigar, mediante ação judicial, o poder público a fornecer medicamento não registrado pela Anvisa. Assim, numa primeira e rápida mirada, já se pode verificar que embora exista um elo comum entre o caso do STJ ora apresentado e o objeto das duas Repercussões Gerais, qual seja, o fato de que o fármaco pleiteado não está contemplado pelas políticas públicas de saúde, há algumas diferenças a serem consideradas, visto que os processos que tramitam no STF dizem respeito: a) apenas a medicamentos de alto custo, e b) a medicamentos não registrados pela Anvisa (SARLET, 2018)⁶⁸.

Ao cotejar as decisões do STJ e STF, percebe-se que a decisão ora ventilada do Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem vinculação com as repercussões

⁶⁸STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-abr-27>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

gerais da questão no STF, nos RE 566.471/RN e 657.718/MG, no sentido de que o medicamento solicitado não figura nos regulamentos normativos do SUS, no entanto a controvérsia jurídica que permanece tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) refere-se ao fornecimento de fármacos de alto custo, visto que, quanto aos medicamentos não registrados na Agência de Vigilância Sanitária, essa Corte Constitucional decidiu essa questão no dia 22 de maio de 2019.

4.14 JULGAMENTO DO STF CONCERNENTE A MEDICAMENTOS SEM REGISTRO NA ANVISA

Nesta sequência, é essencial destacar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), uma vez que averigua a eficácia, a segurança e a qualidade do produto, bem como a regulação econômica dos medicamentos e examina a fixação do preço do produto indicado, considerando o benefício clínico e o custo do tratamento, antes de proceder o registro.

A referenciada Agência foi instituída pela Lei nº 9.782/99, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo “[...] por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária[...]”, nos termos do art. 6º do citado diploma legal.

Importa evidenciar que a ANVISA poderá dispensar de registro medicamentos e insumos adquiridos por via de organismos multilaterais internacionais, para uso de programas em saúde pública pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, como preceitua o § 5º do art. 8º, da mencionada lei.

Quanto aos medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os em fase experimental, o Supremo Tribunal Federal⁶⁹, em recente julgamento no Recurso Extraordinário (RE) 657718/MG, em 22/05/2019, com repercussão geral, da relatoria do ministro Marco Aurélio, decidiu como regra geral que a Justiça não pode determinar ao Poder Público a obrigação de fornecer medicamento experimental ou sem registro na ANVISA, salvo em casos excepcionais, eis que se trata de órgão responsável, especificamente, pela

⁶⁹Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=411857>>. Acesso em: 24 maio 2019.

avaliação e certificação da segurança e eficácia dos fármacos produzidos ou comercializados no País.

E, ainda, determinou que a dispensação dos medicamentos em fase de pesquisas e testes não se faz obrigatória, contudo pode ser liberado para programas de testes clínicos, fator impreterível para certificação e registro.

Manifestou-se, também, a Corte Suprema no que se refere aos medicamentos denominados 'novos', isto é, aqueles que passaram por testes de segurança, porém não registrados na ANVISA, que é possível a concessão do fármaco mesmo sem o registro da agência, em caráter excepcional, como os das doenças raras e ultrarraras.

Além disso, nesse julgamento restou consolidado que é possível a concessão judicial de medicamento sem o respectivo registro, na hipótese de irrazoável demora da Agência de Vigilância Sanitária em analisar o pleito de registro, quando preenchidos, cumulativamente, os critérios a seguir relacionados: a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, ressalvado no caso de remédios feitos exclusivamente para doenças raras e ultrarraras; a comprovação de registro da medicação em reputadas agências de regulação no exterior; e a ausência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

Importa ressaltar que a Suprema Corte Constitucional e o Superior Tribunal de Justiça estabelecem preceitos seguros, coerentes e plausíveis, e diretivas destinadas a nortear as instâncias judiciárias ordinárias em matéria de saúde.

Assim, é necessária a judicialização da saúde, embora reconhecendo a sua excessividade, quando o segmento idoso tiver negado seu direito fundamental à saúde pelo ente público, de modo a preservar o direito indeclinável que é a vida, considerando, ainda, o longo tempo um grupo que enseja cuidado e atenção especial na tutela de direitos constitucionais. Portanto, esse contingente pode se socorrer da máquina judiciária para alcance da efetivação da devida prestação social.

5 RESULTADOS

5.1 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL EM 2017, COM BASE NOS NÚMEROS DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA- CNJ

O Conselho Nacional de Justiça-CNJ apresentou a 14ª edição do Relatório Justiça em Números 2018, contemplando as ações judiciais relacionadas à saúde, ajuizadas de 2014 até 31/12/2017, de natureza cível, e em trâmite na 1ª e 2ª Instâncias, nos juizados especiais, no Superior Tribunal de Justiça, com o seguinte panorama da judicialização no Brasil.

Tabela 1 - Processos acerca da saúde no Brasil, de 2014 até 31/12/2017

Assuntos	Quantidades
Saúde (Direito Administrativo e outras matérias de Direito Público)	152.201
Fornecimento de medicamentos – SUS	420.930
Tratamento médico-hospitalar – SUS	135.849
Tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos – SUS	242.684
Assistência à saúde/servidor público	35.356
Ressarcimento ao SUS	4.474
Reajuste da tabela do SUS	3.004
Convênio médico com o SUS	1.350
Repasse de verbas do SUS	1.044
Terceirização do SUS	1.328
Planos de saúde (Direito do Consumidor)	564.090
Serviços hospitalares – consumidor	32.172
Planos de saúde (Direito do Trabalho)	76.090
Doação e transplante órgãos/tecidos	1.255
Saúde mental	6.739
Controle social e conselhos de saúde	2.850
Hospitais e outras unidades de saúde	13.125
Erro médico	83.728
Total	1.778.269

Fonte: Justiça em Números 2018: CNJ -2014/até dez de 2017.

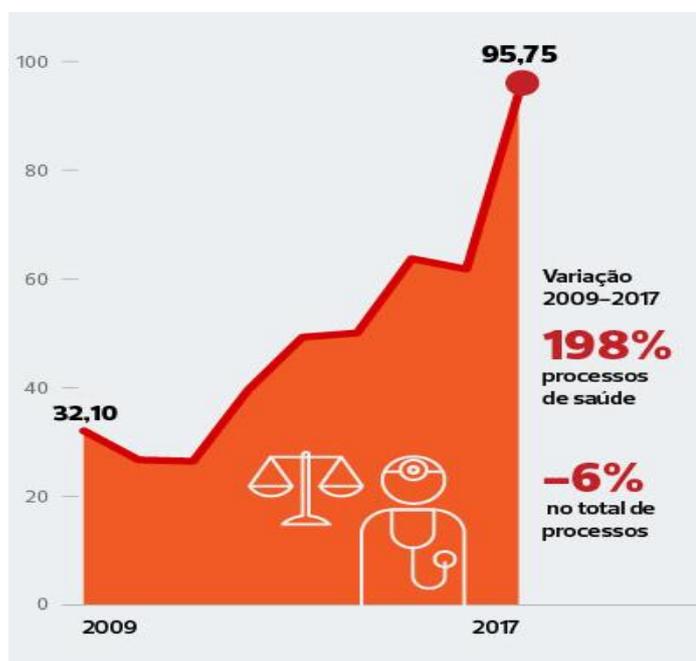
Da Tabela 1, extrai-se que foram 1.778.269 processos judicializados no âmbito da saúde no País, compreendendo o período de 2014 a 2017. Verifica-se que o fornecimento de medicamentos, tratamentos médico-hospitalar e tratamento

médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde importou no total de 799.463 ações judiciais.

Segundo o CNJ, o novel diagnóstico revelou que houve, de 2016 até 2017, acréscimo em torno de 400 mil ações judiciais. Diante da acentuada litigiosidade na saúde, o Conselho em comento, por meio do Fórum da Saúde, passou a elaborar políticas, com propósito de auxiliar os magistrados na solução das controvérsias relativas à judicialização da saúde.

Em recente pesquisa, neste ano de 2019, produzida pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), encomendada pelo Conselho Nacional de Justiça, restou concluído que, no Brasil, no período de 2009 a 2017, a quantidade anual do número de processos quase que triplicou na 1ª instância da Justiça, atinentes a saúde.

Gráfico 2 - Ações Judiciais no Brasil triplicam na primeira instância



Fonte: Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de soluções (2019)

Deduz-se, então, do Gráfico 2 que, no lapso temporal de 2009 a 2017, o número de demandas que tratavam do direito à saúde aumentou de maneira rápida no indicador de 198%, já o total de processos relativos a outras matérias diminuiu em 6%. Ressalta-se que, no ano de 2017, tramitavam 95,7 mil ações no Poder

Judiciário brasileiro referentes a esse direito social, que versavam sobre plano de saúde, seguro e saúde. Na saúde, as questões mais solicitadas foram medicamentos, insumos e tratamentos médico-hospitalares.

Enfatiza-se que a União teve como custos com a judicialização da saúde R\$ 1,6 bilhão em 2016, e para tanto alocou recursos de outros programas.

No que diz respeito ao Estado do Ceará, conforme a mesma pesquisa realizada pelo referido Instituto (2019), nomeada “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução”, procedida também no mesmo período, que o Ceará é o segundo Estado no Brasil em números de ingressos de demandas judiciais, no tocante ao direito à saúde, na 1ª e 2ª instâncias de Justiça. A pontuação do Estado atingiu 78,52 ações judiciais na esfera da saúde para cada segmento de 100 mil habitantes. A maioria das questões julgadas no Estado se reporta a controvérsias de atendimento suplementar, ou seja 67% das ações são relacionadas a seguros, 11% tratam sobre planos de saúde, enquanto 10% versam acerca de rogos dirigidos à saúde pública, entre eles: internamentos hospitalares, em UTI, cirurgias, exames, alimentação, dispensação de medicamentos.

De acordo com o CNJ:

O principal objetivo dessa pesquisa foi o de contribuir para a compreensão da judicialização da saúde por meio de uma análise de representatividade nacional, com classificação que identifique tipos de demandas e características das decisões judiciais. Esse diagnóstico oferece elementos que podem orientar políticas judiciais para o aprimoramento da solução de conflitos na área (INSPER-CNJ, 2019).

5.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO EM FORTALEZA/CEARÁ, NO ANO DE 2017, DA 1ª INSTÂNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL

Este estudo investigou os processos judiciais no âmbito da saúde do contingente longo que tramitaram na Comarca de Fortaleza/Ceará, em 2017, no 1º Grau da Justiça Estadual, considerando na pesquisa a análise por amostra de 302 demandas do total dos feitos judicializados, sob os seguintes aspectos: Patrocínio quanto aos litígios ajuizados, por meio de defensores públicos ou advogados particulares; a situação econômica dos demandantes; o número de ações judiciais propostas contra o Poder Público por gênero; faixa etária dos

demandantes e proporção dos processos por gênero e idade; classificação das doenças catalogadas nos processos pelos idosos; doenças especificadas por gênero e idade; tipos de tratamentos pleiteados judicialmente; tratamentos por gênero e idade; medicamentos registrados ou não na ANVISA; medicamentos e insumos disponíveis no RENAME; deferimento ou indeferimento de tutela de urgência antecipada; sentenças proferidas procedentes, improcedentes, ou sem resolução de mérito; custos dos tratamentos e processos judicializados da saúde do idoso, alusivos aos anos de 2017, 2018 e 2019.

5.2.1 Quantidade de processos judicializados da saúde do idoso, em Fortaleza

Infere-se, então, que os processos judicializados na saúde do grupo idoso, em Fortaleza-Ceará, nas Varas da Fazenda Pública, concernentes ao ano de 2017, totalizaram 771 ações que, deste universo, 302 demandas, por amostra, foram pesquisadas, à luz dos dados alocados no sistema do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará – SAJ (Portal de Serviços), relativos a Justiça Estadual de 1º Grau.

Tabela 2 - Quantidade de Processos Judicializados da Saúde do Idoso, pertinente ao ano 2017

Vara	Juizado Especial Cível	Processos
1ª	Sim	138
2ª	Sim	138
3ª	Não	13
4ª	Não	19
5ª	Não	17
6ª	Sim	122
7ª	Não	8
8ª	Não	38
9ª	Não	24
10ª	Não	29
11ª	Sim	134
12ª	Não	3
13ª	Não	25
14ª	Não	24
15ª	Não	39
Total		771

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do Tribunal de Justiça -TJ/CE E-SAJ

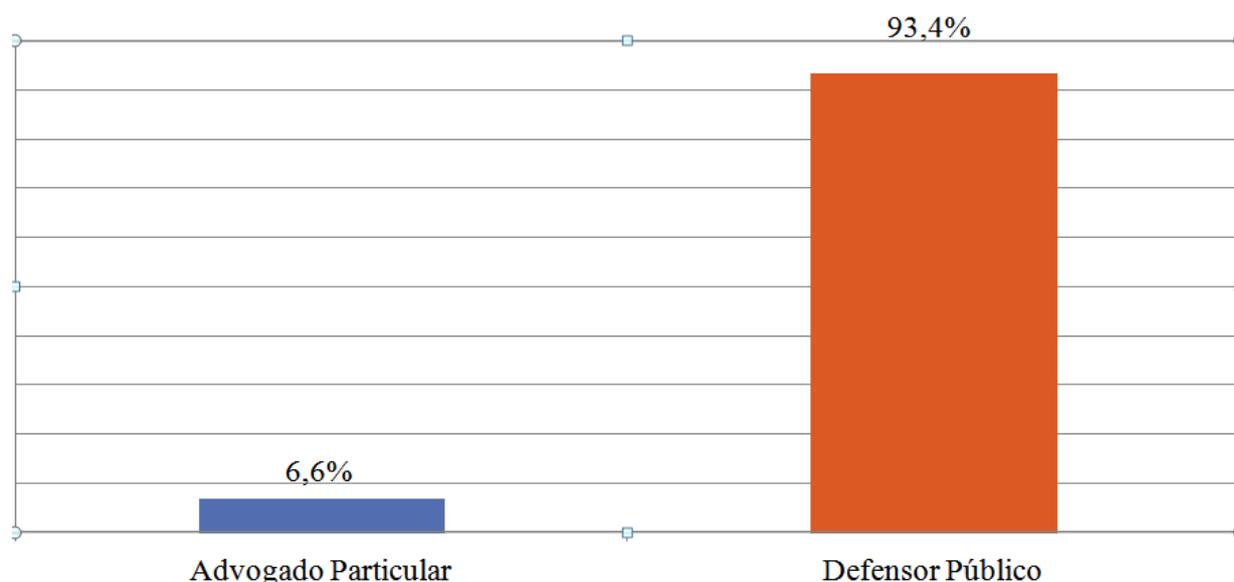
Das questões aventadas nas demandas judiciais, merecem relevo:

- O fornecimento gratuito de medicamentos, por parte do poder público aos idosos;
- Pedido de internamento em Unidade de Tratamento Intensivo-UTI, bem como a disposição de vaga em leito de hospital público ou privado;
- Fornecimento de alimentação especial e insumos;
- Pleitos para realização de procedimentos cirúrgicos e exames.

5.2.2 Quantidade de demandas patrocinadas por defensor público ou advogado particular

Cabe examinar o ingresso de ação judicial pelo segmento idoso, patrocinado por defensor público ou advogado particular.

Gráfico 3 - Números de ações judiciais patrocinadas por defensor público ou advogado particular



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE E-SAJ

Do Gráfico 3 se traduz que as controvérsias judiciais que envolvem a judicialização da saúde desse grupo, no ano de 2017, considerando a amostra de

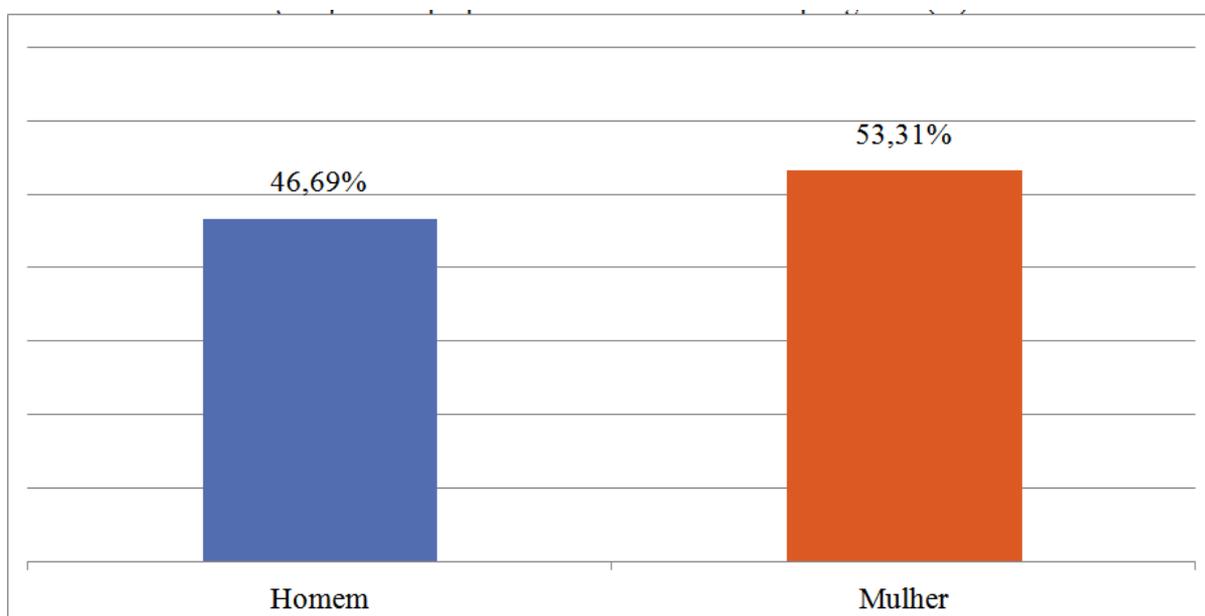
302 processos, são em maioria promovidas por defensor público, no indicador de 93,4%, sendo 281 pleitos em números absolutos, enquanto que por advogado particular, somente o índice de 6,6%, correspondendo a 21 demandas.

Tal panorama reflete que os idosos demandantes são carentes de recursos e, portanto, necessitam do serviço da Defensoria Pública para suplicarem pela prestação jurisdicional positiva relacionada ao direito de saúde.

5.2.3 Quantidade de ações postuladas, consoante o gênero

No que concerne à quantidade de ações judiciais ajuizadas em desfavor do Poder Público, atinente ao gênero, isto é, se foi o homem idoso ou a mulher idosa que demandou mais contendas na justiça em prol da saúde, segue o perfil estatístico:

Gráfico 4 - Número de ações judiciais propostas contra o Poder Público por gênero (%)



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE E-SAJ

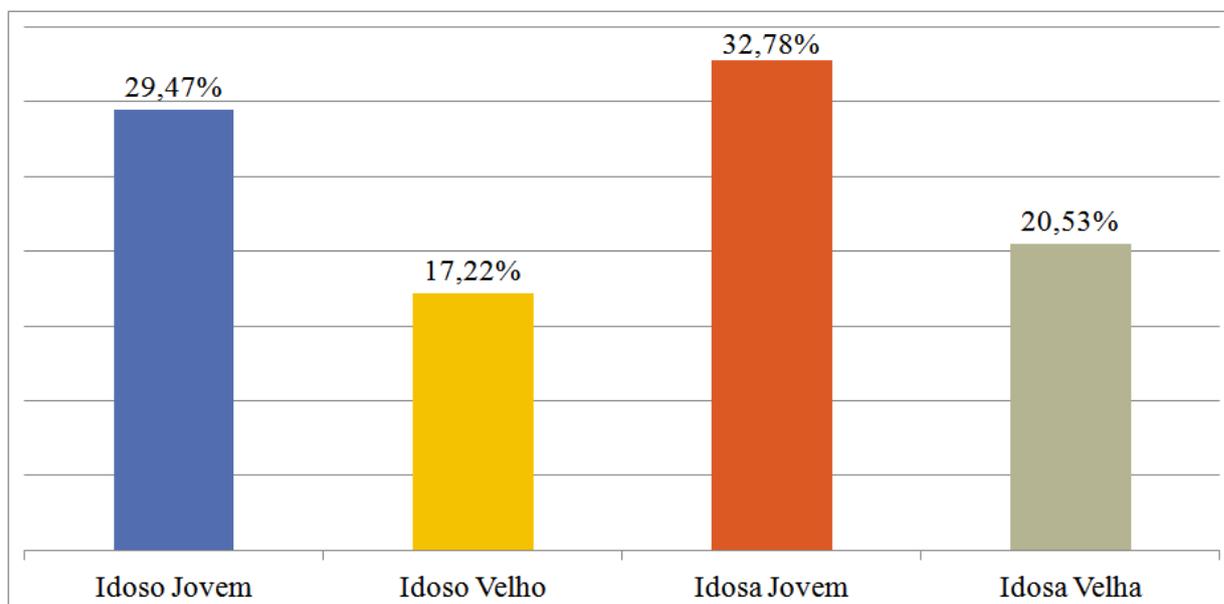
Da interpretação do Gráfico 4, observa-se que a providência jurisdicional pleiteada, objetivando a efetivação do direito à saúde, a qual foi superior na esfera feminina, sendo o percentual de 53,31% de ações judiciais propostas por mulheres,

representando a taxa em números absolutos de 161 demandas; para os homens, o índice de 46,69%, importando na propositura de 141 demandas, demonstrando, pois, que o gênero feminino adoeceu mais em comparação ao masculino (BRASIL, 2012b).

5.2.4 Faixa etária dos demandantes

No tocante à faixa etária dos longevos demandantes em lides judiciais, classificam-se conforme a idade em idosos jovens, que estão no interregno de 60 até 75 anos, e idosos velhos que se encontram no intervalo etático superior a 75 anos. Os idosos jovens pertencem à terceira idade, conhecida como a fase do lazer e ainda da produtividade⁷⁰.

Gráfico 5 - Proporção dos processos por gênero e idade dos demandantes (%)



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE E-SAJ

Em análise do Gráfico 5, observa-se que os idosos jovens, no percentual de 29,47% (homem) e 32,78% (mulher), perfazendo 62,25%, intentaram demandas

⁷⁰Ensina Peixoto (2007, p.76) que “a unificação de todas as idades na rubrica aposentado, sob a etiqueta terceira idade, apresenta um outro recorte nas faixas de idade: parece agora importante distinguir os jovens idosos dos idosos velhos. Em consequência, surge uma nova expressão na nomenclatura francesa para classificar as pessoas de mais de 75 anos: é a quarta idade (...) os representantes da quarta idade – os muito velhos – à imagem tradicional da velhice, ou seja, à decadência ou incapacidade física.

judiciais em uma quantidade mais elevada que os idosos velhos, que requereram 17,22% (homens) e 20,53% (mulheres), no índice total de 37,75%. Da amostra investigada (302 processos), em números absolutos, foram demandantes 188 idosos jovens, sendo 89 no universo masculino e 99 no feminino, enquanto 114 idosos velhos, equivalendo a 52 homens e 62 mulheres.

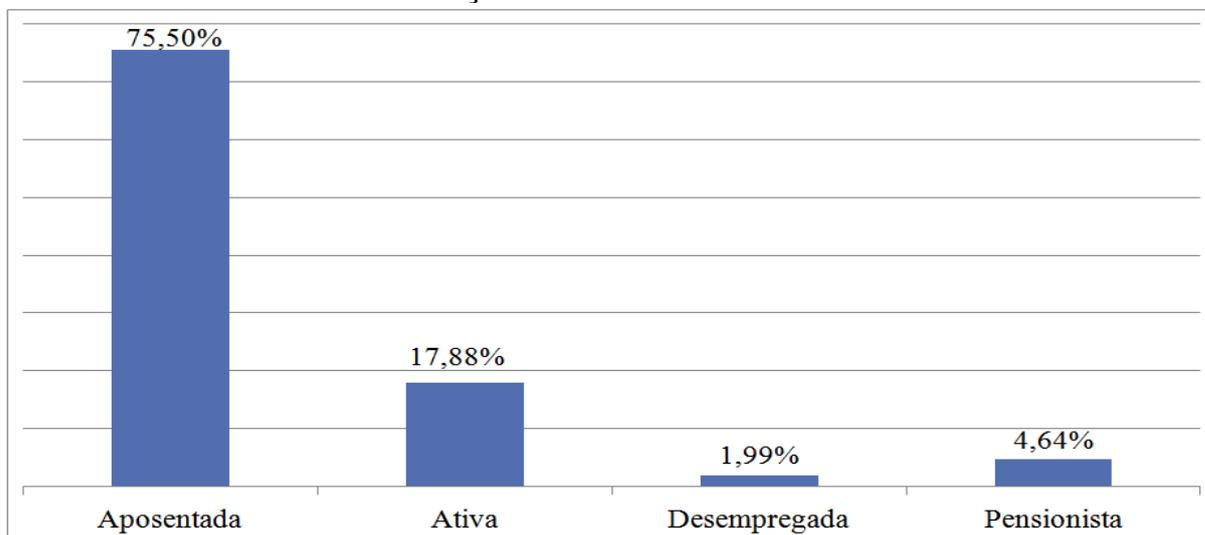
Assim, os longevos jovens, mesmo com idade inferior a dos senis velhos, envolvendo os gêneros masculino e feminino, requestaram em número superior a prestação jurisdicional para o alcance dos serviços e tratamentos de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), significando que eles foram acometidos de mais enfermidades.

Nessa conjuntura, tal situação pode ter ocorrido em função do estresse, da crise econômica que gera desemprego no País, da ânsia dos idosos jovens de permanecerem no mercado de trabalho para sobreviverem com dignidade e da falta de tratamentos preventivos para o envelhecimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

5.2.5 Situação econômica dos demandantes

Nesse prosseguimento, a condição econômica desse contingente, abrangendo a classe de idosos por gênero e idade (jovens e velhos), é retratada nos gráficos que seguem.

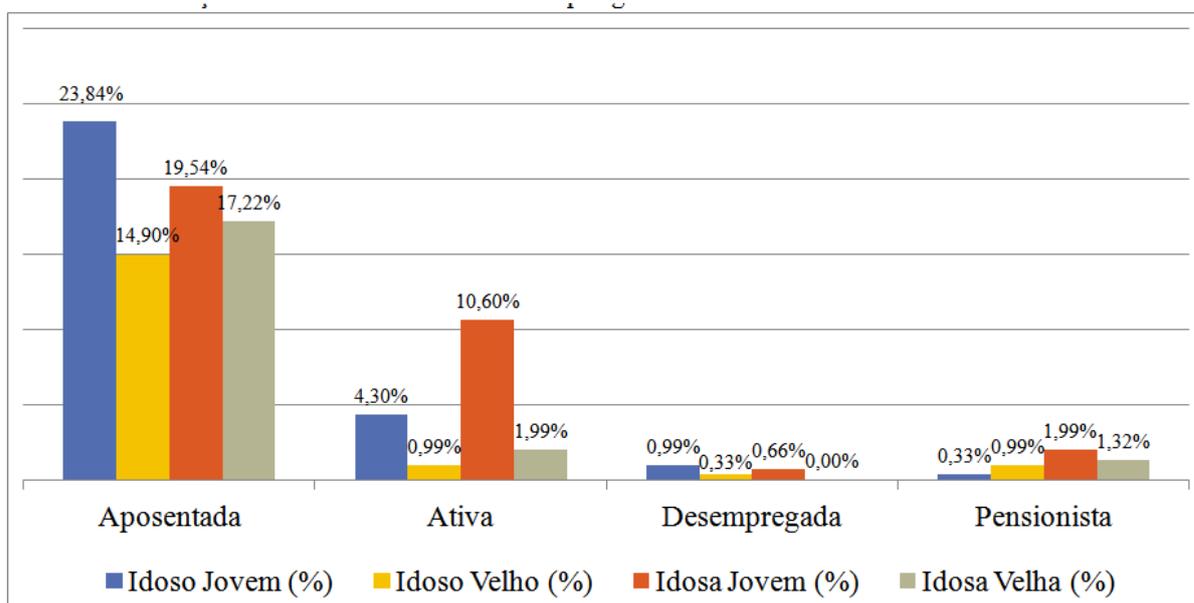
Gráfico 6 - Situação econômica dos demandantes



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE E-SAJ

Do exame do diagrama, deduz-se o segmento de idosos que postulou no Judiciário, para fins de alcançar tratamentos e serviço de saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, abrange a categoria de aposentados (75,50%); os da ativa (17,88%); os pensionistas (4,64%); e os que se encontram desempregados (1,99%).

Gráfico 7 - Situação econômica dos demandantes por gênero e idade



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados do TJ/CE E-SAJ

Percebe-se que os aposentados (homem e mulher) da classe de idosos jovens (43,38%) têm predomínio em relação aos idosos velhos (32,12%), incluindo os gêneros feminino e masculino, contudo, o idoso jovem (masculino) apresentou proporção superior (23,84%) em comparação aos demais longevos. É variável relevante a aposentadoria ou outro benefício, pois se referem aos ganhos dessa parcela da população, das quais dependem para prover as despesas na velhice.

Em relação aos idosos que se encontram na ativa, ou melhor, aqueles que continuam laborando no mercado de trabalho, os idosos jovens (homem e mulher), no percentual de 14,90%, superam em demasia os idosos velhos (2,98%). A idosa jovem aponta o maior índice (10,60%) na integração dos laboriosos, quanto aos outros longevos.

Relativamente aos pensionistas, os dados mostram que os benefícios auferidos pelos idosos jovens (2,32%) representam quase o mesmo indicador dos recebidos pelos idosos velhos (2,31%), inseridos nessa avaliação o homem e a mulher.

Quanto aos desempregados, foram computados mais idosos jovens (1,65%) do que idosos velhos (0,33%), englobando os grupos masculino e feminino, justificando-se porque os idosos velhos praticamente não fazem mais parte da classe produtiva.

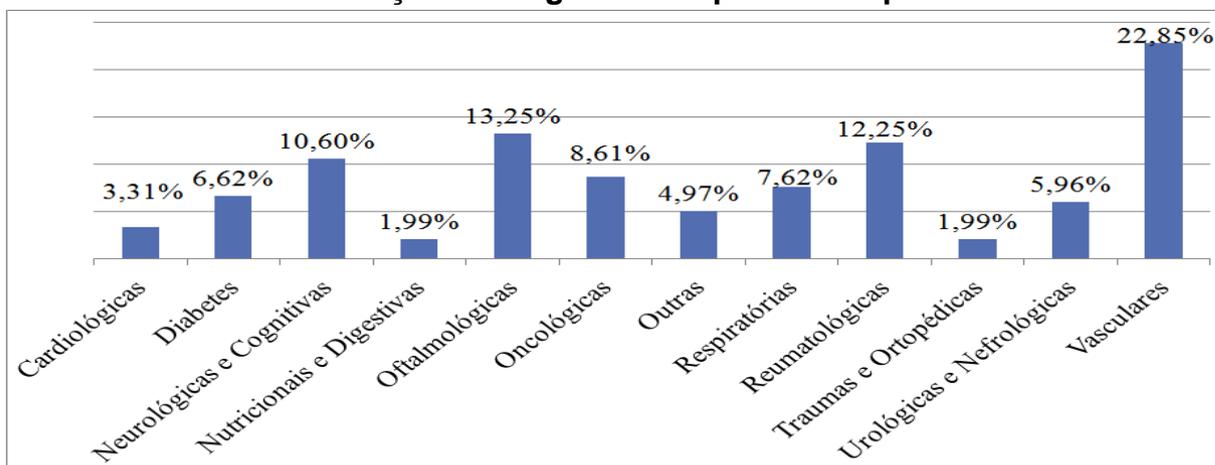
Sob esse prisma, denota-se que os idosos jovens e velhos (homem e mulher), mesmo recebendo aposentadoria ou pensão, muitos deles lutam para permanecer na ativa, no sentido de complementarem suas despesas básicas, considerando que os valores das aposentadorias, pensão ou outro benefício são geralmente insuficientes.

Tal fato restou comprovado neste estudo, uma vez que 93,4% de idosos requereram a prestação jurisdicional, por meio de defensor público, usufruindo dos benefícios da Justiça gratuita, por não possuírem meios suficientes para arcar com o custo do processo, sem prejudicar a própria manutenção ou da família.

Ademais, segundo Camarano (2003), os estudos populacionais que tratam da aposentadoria e dos benefícios denotam que o contingente idoso consome quantidade maior do que seus rendimentos lhes permitem.

5.2.6 Doenças mais frequentes em idosos

As enfermidades mais frequentes por essa parcela da população, que foram catalogadas nos processos judicializados da saúde, no ano de 2017, em Fortaleza-Ceará, registram-se as seguintes moléstias, de acordo com o gráfico 7.

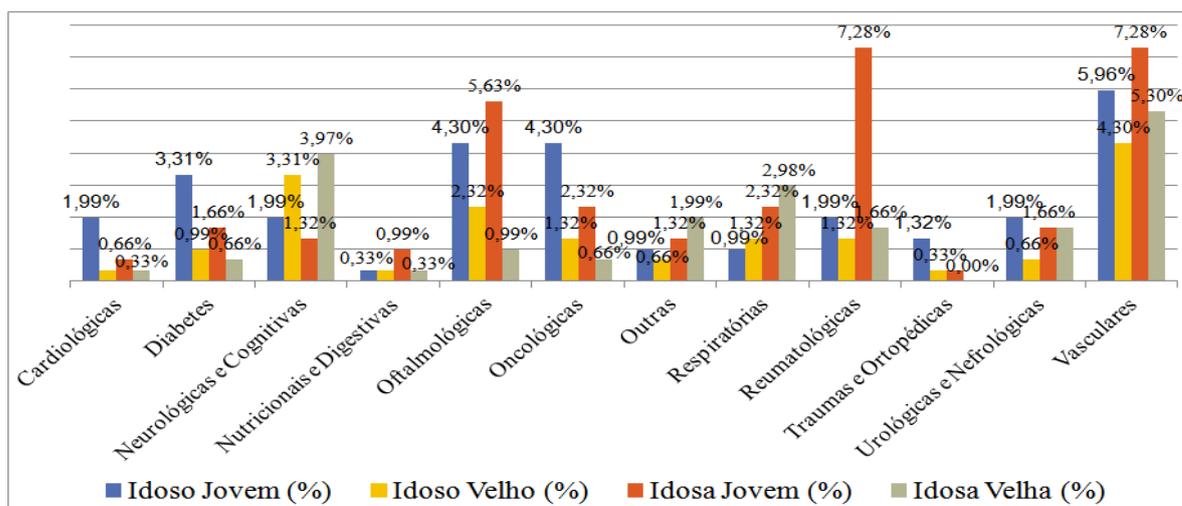
Gráfico 8 - Doenças catalogadas nos processos pelos idosos

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE E-SAJ.

Da averiguação dos dados, afere-se que as enfermidades mais presentes na vida dos idosos, considerando a amostra de 302 ações, estão as vasculares (22,85%); as oftalmológicas (13,25%); as reumatológicas (12,25%); as neurológicas e cognitivas (10,60%); as oncológicas (8,61%); as respiratórias (7,62%); a diabetes (6,62%); as urológicas e nefrológicas (5,96%); as denominadas “outras” (4,97%); as cardiológicas (3,31%); e as ortopédicas e traumas (1,99%), e em igual índice as nutricionais e digestivas (1,99%).

5.2.6.1 Doenças especificadas em idosos por gênero e idade

Gráfico 9 - Doenças especificadas por gênero e idade



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE E-SAJ

No cenário da pesquisa, foi identificado por gênero e idade quanto às doenças:

- Vasculares: No tocante aos idosos jovens (13,24%), ou seja, com idade de 60 a 75 anos, há predominância do sexo feminino (7,28%) em relação ao masculino (5,96%). Igualmente, os idosos velhos (9,60%), com faixa etária superior a 75 anos. E, ainda, a superioridade nessa moléstia do público idoso jovem em comparação ao grupo de idoso velho, visto que a proporção de idosos jovens (homem e mulher) apresenta-se maior do que a proporção de idoso velho (homem e mulher).
- Oftalmológicas: Na classificação de idosos jovens (9,93%), visualiza-se a supremacia do sexo feminino (5,63%), em comparação ao sexo masculino (4,30%). No entanto, no grupo de idoso velho (3,31%), foi preponderante o homem (2,32%) sobre a mulher (0,99%). Entre idoso jovem e velho, prevaleceu o primeiro.
- Reumatológicas: Maior número de pedidos acomete as idosas jovens (7,28%).
- Neurológicas e cognitivas: Há de se observar que nessas modalidades de moléstias, os idosos novos (3,31%) ficam aquém dos idosos velhos, logo se manifestam principalmente em maiores proporções nos proventos com idade mais avançada (7,28%), ingressando estes com mais ações judiciais para fins de tratamentos de saúde, objetivando

debelar ou controlar o avanço das referidas doenças. A título de exemplos: Alzheimer, demência e Parkinson.

Na classe dominante (idosos velhos), o predomínio foi do sexo feminino (3,97%), eis que o masculino denotou o percentual de (3,31%). Registra-se, então, nessas moléstias a superioridade dos longevos velhos, ao contrário das enfermidades supra analisadas que foram em números maiores as demandas promovidas pelos longevos jovens.

- Oncológicas: Nessa moléstia, os idosos jovens (6,62%), tanto os homens como as mulheres, foram mais acometidos do que os idosos velhos (1,98%). Nos idosos jovens, prevaleceu a maioria do sexo masculino (4,30%), em proporção ao sexo feminino (2,32%), diferentemente das doenças antes examinadas, em que predominaram os pleitos requeridos pelas mulheres.
- Respiratórias: Idosos velhos (4,3%) no percentual superior aos idosos jovens (3,31%), incluindo homem e mulher. Ainda nos idosos velhos, a predominância foi do sexo feminino (2,98%), em relação ao sexo masculino (1,32%). Também as longevas velhas e jovens juntas (5,30%), estão com pedidos de tratamentos nessa especificidade acima dos senis velhos e jovens (2,31%).
- Diabetes: Constatou-se que os idosos jovens (4,97%) apresentaram taxa mais elevada como portadores de diabetes do que os velhos (1,65%). Nos senis jovens, evidenciou-se proporção superior no gênero masculino (3,31%), enquanto no feminino (1,66%). Identicamente no contingente de idosos velhos, correspondendo (0,99%) masculino e (0,66%) feminino.
- Urológicas e nefrológicas: Nessas patologias, os idosos jovens com (3,65%) manifestaram maior proporção em comparação aos velhos (2,32%). Nos propectos jovens, o sexo masculino (1,99%) foi em maioria. As idosas jovens e velhas, ambas com (1,66%), postularam demandas judiciais em iguais percentuais, ao passo que os longevos velhos (0,66%) requestaram em menor proporção.

- **Cardiológicas:** Os longevos jovens, compreendendo o homem e a mulher, totalizaram (2,65%) mais lides judiciais que a categoria de velhos (0,66%). Nos idosos jovens, o grupo masculino (1,99%) superou os pedidos elaborados pelo feminino (0,66%). Na classe de idosos velhos (0,33%), tanto os homens como as mulheres socorreram-se do Judiciário com idênticos números de súplicas.
- **Traumas e ortopédicas:** Os idosos jovens (1,65%) foram superiores em comparação aos (0,33%) idosos velhos (homem e mulher). E, ainda, o idoso velho apresentou a mesma quantidade de demandas da idosa jovem (0,33%). Nessa amostra, contudo, não ocorreu registro de pedido de tratamento pleiteado pela longeva velha.
- **Nutricionais e digestivas:** No grupo de idosas jovens (0,99%), houve a solicitação de prestação positiva para efetivação de tratamento, em percentual maior que os homens, incluindo os idosos jovens e velhos (0,33%), e também em comparação à idosa velha (0,33%).
- **Outras:** Essa classificação refere-se a outras doenças, que juntas perfazem o índice de 4,96%, as quais são: adinamia tosse, chikungunya, choque séptico, suspeita de arbovirose, entre outras.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu as principais doenças crônicas que afetam o segmento longevo no campo mundial, as quais se destacam:

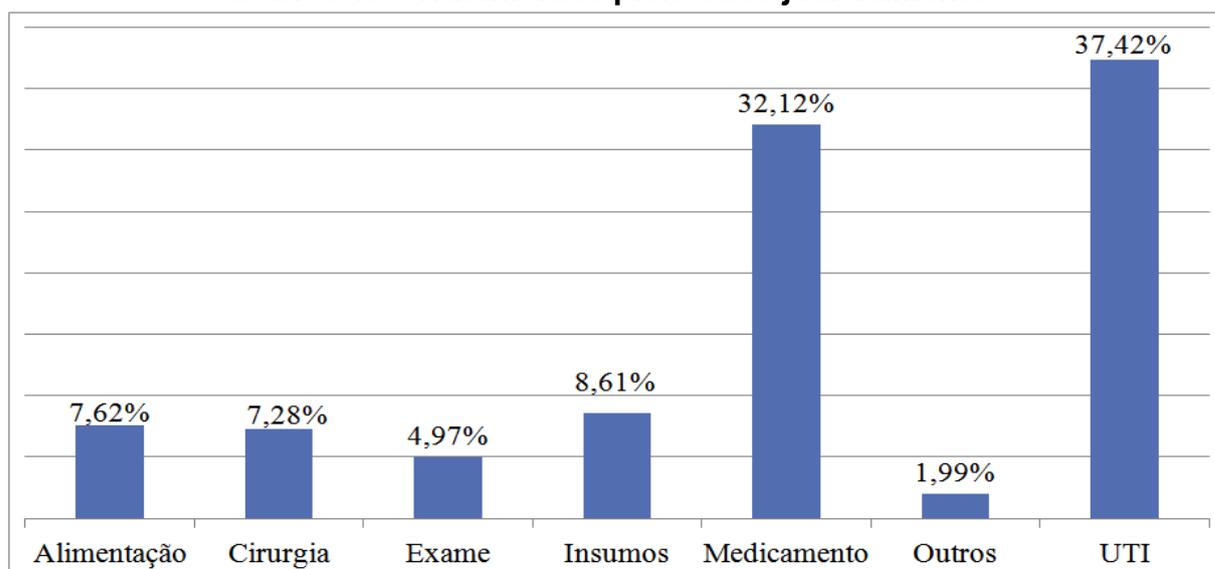
- Doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana)
- Hipertensão
- Derrame
- Diabete
- Câncer
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Doenças musculoesqueléticas (como artrite e osteoporose)
- Doenças mentais (principalmente demência e depressão)
- Cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005).

Referidas Doenças Não Transmissíveis (DNT) são consideradas “[...]as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento. As DNTs, enfermidades típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos, as famílias e o Estado” (OMS, 2005, p.15).

5.2.7 Tipos de tratamentos de saúde mais requestados pelos idosos

As modalidades de tratamentos de saúde mais reivindicados por essa parcela da população pela via judicial, nos termos dos indicadores.

Gráfico 10 - Tratamentos pleiteados judicialmente

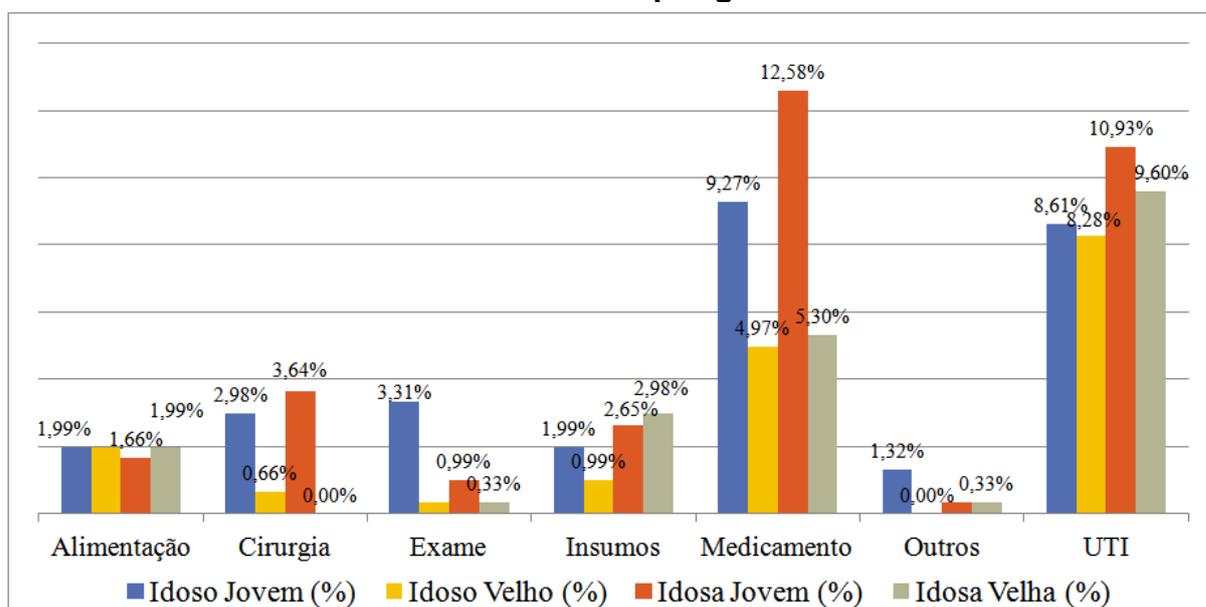


Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE - E-SAJ.

Revela-se, em primeiro lugar, o tratamento alusivo ao internamento em Unidade de Terapia Intensiva – UTI (37,42%), com 113 pedidos; em segundo, o fornecimento de medicamentos (32,12%), equivalente a 97 petições; em terceiro, os insumos (8,61%), correspondentes a 26 súplicas; em quarto, alimentação especial (7,62%), com 23 pleitos; em quinto, as cirurgias (7,28%), perfazendo 22 intervenções; em sexto, os exames (4,97%), em números absolutos de 15, e, por último, a classificação de “outros” tratamentos que, juntos, resultaram no índice (1,99%), com seis ações judiciais.

5.2.7.1 Tratamentos de saúde por gênero e idade

Ressaltam-se os reportados tratamentos de saúde solicitados pelo contingente longevo, consoante à classificação por gênero e idade.

Gráfico 11 - Tratamentos por gênero e idade

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

Assentam-se considerações desses tratamentos de saúde, com esteio nos indicadores demonstrados nos gráficos:

- Unidade de Terapia Intensiva – UTI: O tipo de tratamento mais buscado na judicialização da saúde é o internamento em Unidade de Terapia Intensiva. Os idosos jovens, tanto do gênero feminino como masculino (19,54%), ultrapassaram os idosos velhos (17,88%), feminino e masculino. A idosa jovem superou com o indicador de 10,93% em comparação às demais classificações.
- Fornecimentos de medicamentos: Os idosos jovens (homem e mulher) apresentaram superioridade no número de pleitos de dispensação de fármacos (21,85%) em relação aos idosos velhos (10,27%), seja homem ou mulher. As mulheres senis jovens (12,58%) também foram as que mais postularam o fornecimento de remédios.
- Insumos: O grupo dos idosos jovens (4,64%), mulher e homem, reivindicaram em proporções maiores do que os idosos velhos (3,97%), inseridos a mulher e o homem. No entanto, há predomínio das idosas velhas, com o percentual de 2,98%.

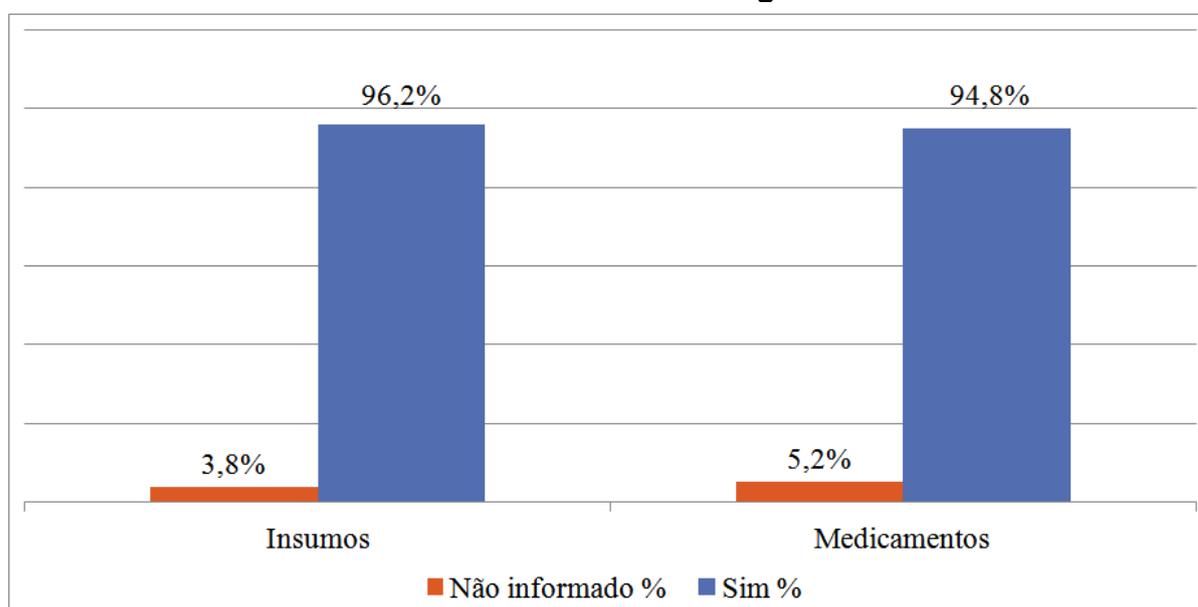
Importa relevar que o termo insumo com origem no latim “insumere”, na área de saúde, é um material utilizado na complementação de tratamento, e ainda

para fazer uso na medicação. Por exemplo, as tiras reagentes, seringas, agulhas e lancetas, que são destinados ao monitoramento da glicemia para os portadores do diabetes.

- Alimentação especial: Observa-se que os idosos jovens (masculino e feminino), e os idosos velhos solicitaram a mesma quantidades de pedidos, representando (1,99%), sendo que os provectoros velhos (homem e mulher) com o índice de 3,98% demonstraram prevalência quanto aos idosos jovens (3,65%), abrangendo o universo masculino e feminino.
- Cirurgias: Os idosos jovens (homem e mulher) demandaram a realização de intervenções cirúrgicas em proporções bem superiores (6,62%) do que os idosos velhos (0,66%).
- Exames: Também se verificou que os pedidos de exames foram requisitados pelos idosos jovens (homem e mulher) em volume maior (4,3%) relativamente aos idosos velhos (0,66%), incorporados os gêneros masculino e feminino. Tem realce o idoso jovem, que requereu o indicador equivalente a 3,31%.
- Outros: Os idosos jovens (homem e mulher) suplicaram por tratamentos (1,65%) mais que as idosas velhas (0,33%). Ausentes pedidos de idosos velhos. Esses tratamentos classificados como “Outros” englobaram vagas em leitos especializados; oxigenoterapia hiperbarica; consulta especializada e transferências.

5.2.8 Medicamentos e insumos registrados na ANVISA

Nesse seguimento, passa-se a analisar acerca da existência ou não de registro na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) dos fármacos e insumos propostos pelos idosos, de acordo com este estudo.

Gráfico 12 – Medicamentos e insumos registrados na ANVISA

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

Do Gráfico 12, interpreta-se que os medicamentos, no percentual (94,8%) e insumos (96,2%) se encontram contemplados na ANVISA, somente os indicadores (5,2%) dos fármacos e (3,8%) dos insumos não informados.

Logo, os medicamentos e insumos requestados por essa parcela populacional, praticamente em integralidade, foram registrados na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem como meta fiscalizar a eficácia, a segurança e a qualidade do produto, além de examinar o benefício clínico e o custo do tratamento. Portanto, o registro na agência é de extrema importância para acessibilidade desse direito material.

Dessa feita, salienta-se que o Superior Tribunal de Justiça (STJ), no REes 1.657.156, em 25/04/2018, ao estabelecer regras para concessão de medicamentos que não constam nos atos normativos do SUS, decidiu que um dos requisitos obrigatórios para a dispensação de fármacos e insumos é a existência de registro na ANVISA, junto com a comprovação da incapacidade financeira do demandante e o elemento probatório, por meio de laudo médico referente à indispensabilidade dos produtos em comparação aos apresentados pelo SUS, como também provar a ineficácia dos respectivos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.

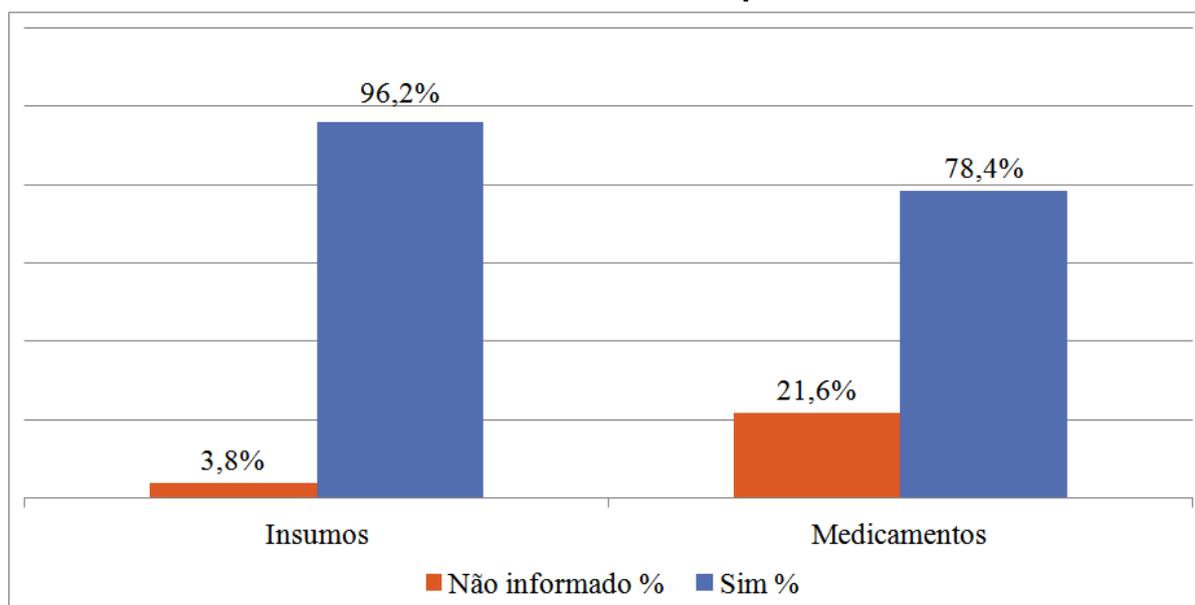
Ainda o Supremo Tribunal Federal, em recente julgamento, no Recurso Extraordinário 657718/MG, em dia 22/05/2019, proferiu como regra geral que a

Justiça não pode determinar ao Poder Público a responsabilidade de fornecer medicamentos em fase experimental ou sem registro na ANVISA, salvo em caráter excepcional, como as doenças raras e ultrararas.

5.2.9 Medicamentos e insumos constantes na RENAME

Na sequência, visualiza-se o percentual de medicamentos e insumos inseridos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É uma lista de fármacos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando-se que contava com 869 itens, no ano de 2017 (BRASIL, 2017).

Gráfico 13 – Medicamentos e insumos disponíveis na RENAME %



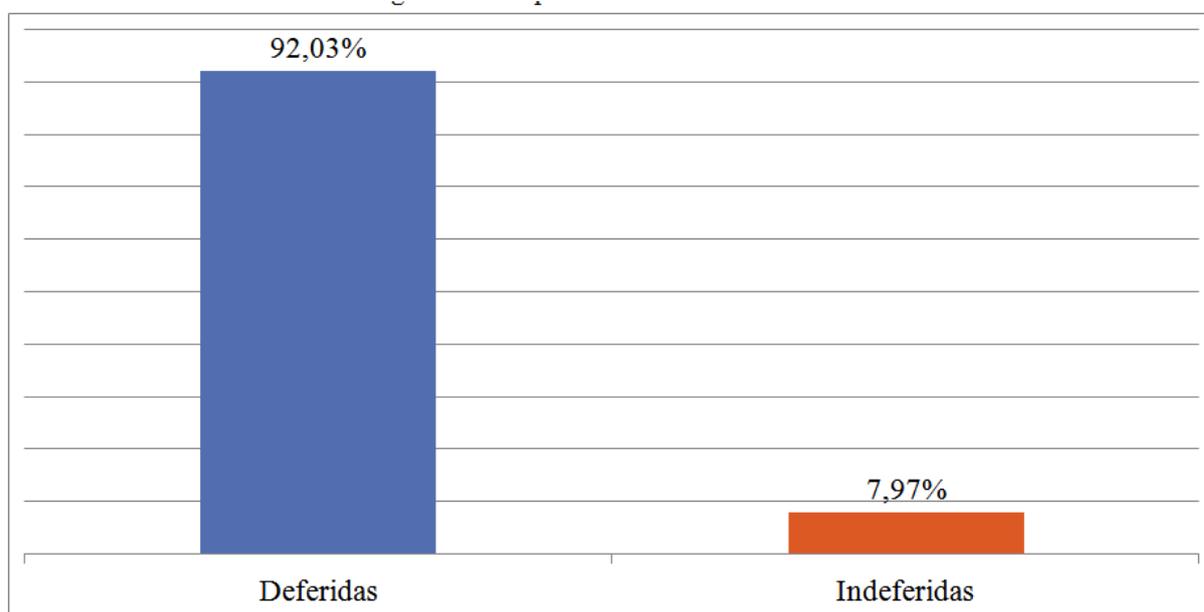
Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

Os medicamentos (78,4%) e insumos (96,2%) quase em totalidade dos que foram pedidos judicialmente figuram na RENAME (SUS). Apenas o percentual de 21,6% quanto aos fármacos e 3,8% relativos aos insumos não foram informados. Revela-se que o Poder Público tem a obrigação de fornecer medicamentos e insumos mesmo que não estejam incorporados na lista do SUS, desde que haja demonstração, por laudo médico, da imprescindibilidade daquele fármaco ou insumo requestado na ação judicial, quando comprovado risco ao “mínimo existencial” do suplicante-paciente, com arrimo na jurisprudência do STF e STJ.

5.2.10 Pleitos de tutela de urgência antecipada

Relevante enfatizar o percentual, quanto ao deferimento e indeferimento, das ações judiciais propostas pelos idosos, em que postularam tutela de urgência provisória, para alcançarem a concretização do direito fundamental à saúde, de natureza antecipada.

Gráfico 14 – Deferimento ou indeferimento de tutela de urgência antecipada



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

Dos dados constantes no Gráfico 13, nota-se que 92,03% dos pedidos do grupo idoso, correspondendo a 279 demandas, visando acesso aos serviços de saúde pelo SUS, foram devidamente deferidos pela autoridade judiciária, em caráter antecipado, sem a oitiva da parte adversa. Por outro lado, somente 7,97% foram indeferidos, perfazendo 23 postulações.

No caso de indeferimento de tutela de urgência de modo antecipado, mesmo que seja determinada quando da prolação da sentença definitiva, há o perigo de dano para o demandante idoso, pois poderá sofrer prejuízo irreparável ao direito à saúde, amplamente resguardado na Carta Magna de 1988.

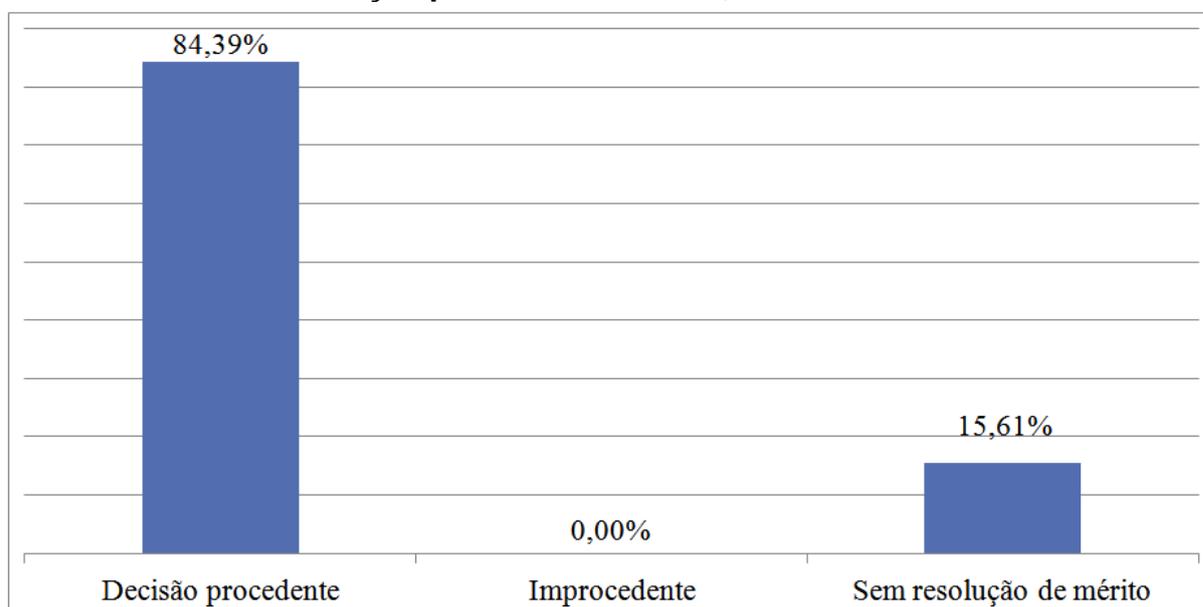
Assim, do total da amostra investigada, constata-se que o direito prestacional à saúde do idoso, em 2017, por meio do instituto da judicialização,

materializou-se, porquanto atendeu (92,03%) das prioridades desse contingente, em sede de tutela antecipada, abrangendo os tratamentos de saúde elencados.

5.2.11 Sentenças relativas à saúde do longo vivo.

Nessas controvérsias envolvendo a matéria sobre a saúde do idoso, as sentenças classificaram em procedentes, improcedentes e sem resolução de mérito.

Gráfico 15 – Sentenças proferidas em 2017, alusivas à saúde do idoso



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

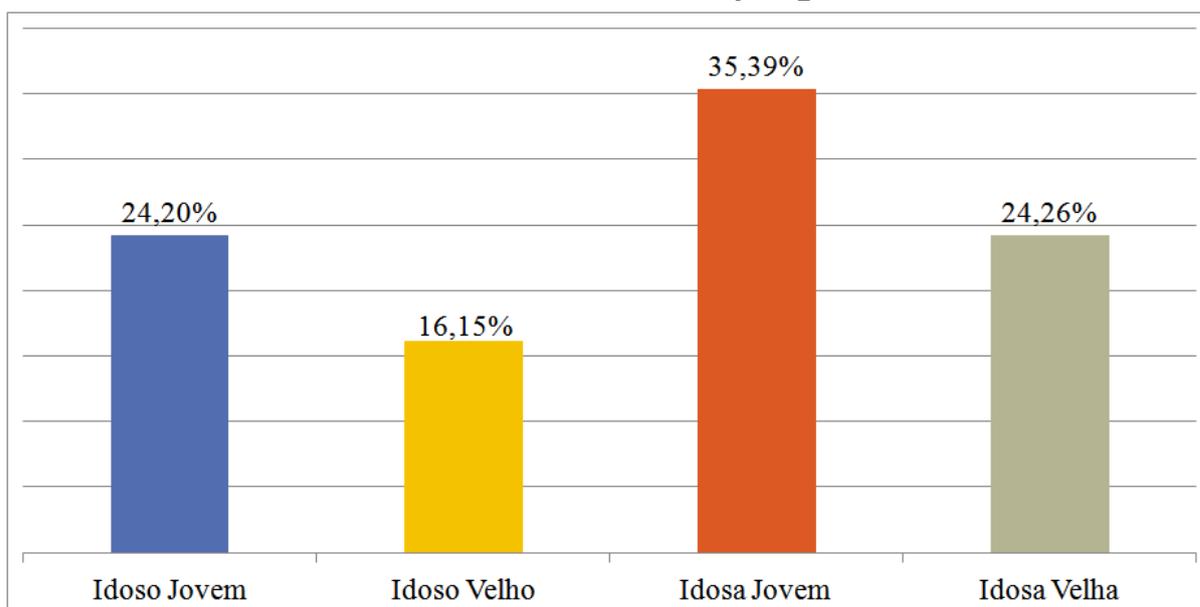
Das sentenças proferidas pelos juízes da Comarca de Fortaleza/Ceará, (84,39%), julgaram as demandas procedentes, condenando o Poder Público a fornecer o tratamento de saúde aos idosos, o que correspondeu a 255 ações. Observou-se que nenhuma sentença julgou as súplicas dos demandantes improcedentes com o exame do mérito da ação. Ainda, julgaram algumas lides sem resolução de mérito, no percentual (15,61%), equivalente a 47 sentenças, sendo que, em 23 litígios (7,63%), os magistrados concederam o tratamento de saúde, e em 24 causas judiciais (7,98%) não apreciaram os pedidos pelos seguintes motivos: petição inicial indeferida, por ausência de documentos, óbito do autor da ação, declinação de competência.

Então, 278 julgados foram favoráveis à prestação jurisdicional reclamada, representando 92,02% e somente o mérito das questões não foi analisado em 24 sentenças, no percentual de 7,98%. Tais dados confirmam que o direito à saúde foi efetivado pelo instituto da judicialização.

5.2.12 Custos dos tratamentos por gênero e idade

Nessa perspectiva, a análise dos custos dos tratamentos supra reportados foi de crucial importância para verificar os gastos na judicialização da saúde do grupo longo, no ano de 2017.

Gráfico 16 – Custos dos Tratamentos por gênero e idade %



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

Dessume-se que os custos dos tratamentos de saúde dos idosos jovens (59,59%), tanto o grupo de homem e mulher, para o Sistema Público de Saúde, foi superior aos gastos dos tratamentos dos idosos velhos (40,41%), incluindo homem e mulher. Infere-se que a idosa jovem (35,39%) teve gastos superiores com os tratamentos em comparação aos demais grupos.

5.2.13 Custos dos tratamentos por doenças

É de bom alvitre mencionar os dispêndios com os tratamentos de saúde custeados pelo Poder Público, em cumprimento as decisões judiciais, no ano de 2017, consoante às moléstias que acometem os idosos.

Gráfico 17 – Custos dos tratamentos completo por doenças



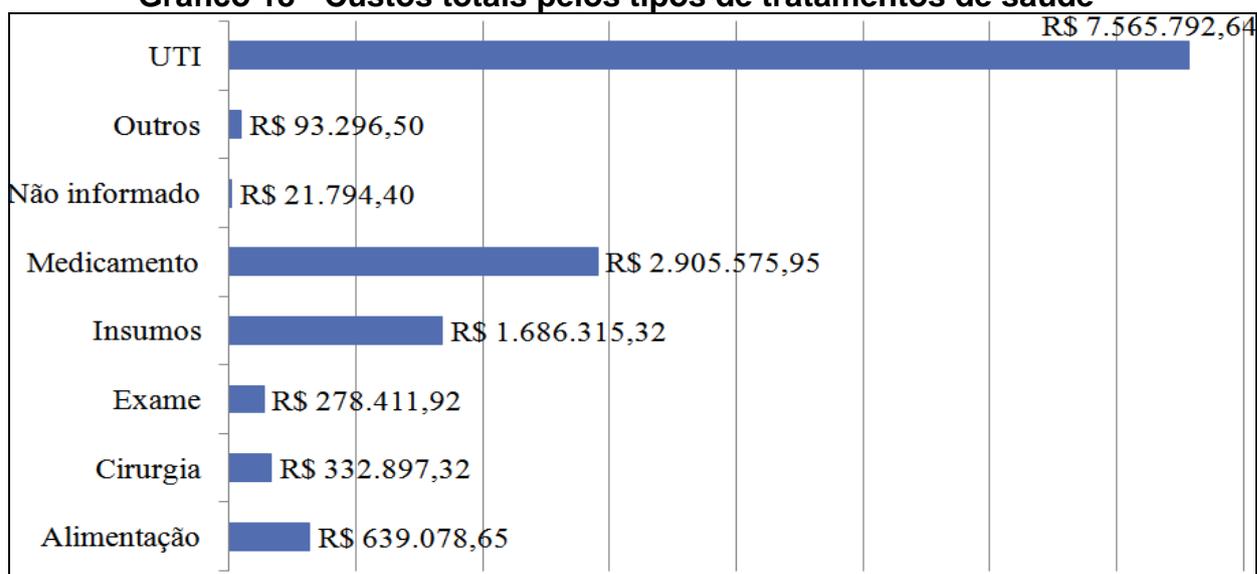
Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

Depreende-se do Gráfico 17 que os custos dos tratamentos completos arcados pelo Estado por doenças, pleiteados em sede judicial, classificaram-se em: Vasculares, em primeiro lugar (R\$ 3.165.778,38); Respiratórias, em segundo (R\$ 2.001.644,50); Reumatológicas, em terceiro (R\$ 1.949.925,97); Neurológicas e cognitivas, em quarto (R\$ 1.268.100,50); Diabetes, em quinto (R\$ 1.020.649,72); “Outras”, em sexto (R\$ 987.573,49); Urológicas e Nefrológicas, em sétimo (R\$ 973.568,50); Otorrinolaringológicas e oftalmológicas, em oitavo (R\$ 647.192,03); Cardiológicas, em nono (R\$ 629.018,29); Oncológicas, em décimo (R\$ 625.574,72); Nutricionais e Digestivas, em décimo primeiro (R\$ 228.531,30); Traumas e Ortopédicas, em décimo segundo (R\$ 25.605,30).

5.2.14 Custos totais pelos tipos dos tratamentos

Seguem os custos totais pagos pelo Poder Público, de acordo com os tipos de tratamentos de saúde requeridos pelo contingente longevo no Judiciário, atinentes ao ano de 2017.

Gráfico 18 - Custos totais pelos tipos de tratamentos de saúde



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

No Gráfico 18, o perfil estatístico demonstrou que os dispêndios totais dos tratamentos judicializados resultou no montante de R\$ 13.523.162,70 (treze milhões, quinhentos e vinte e três mil, cento e sessenta e dois reais, setenta centavos). O tratamento que custou mais caro para os cofres públicos foi o internamento em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, no valor de R\$ 7.565.792,64 (sete milhões, quinhentos e sessenta e cinco mil, setecentos e noventa e dois reais, sessenta e quatro centavos).

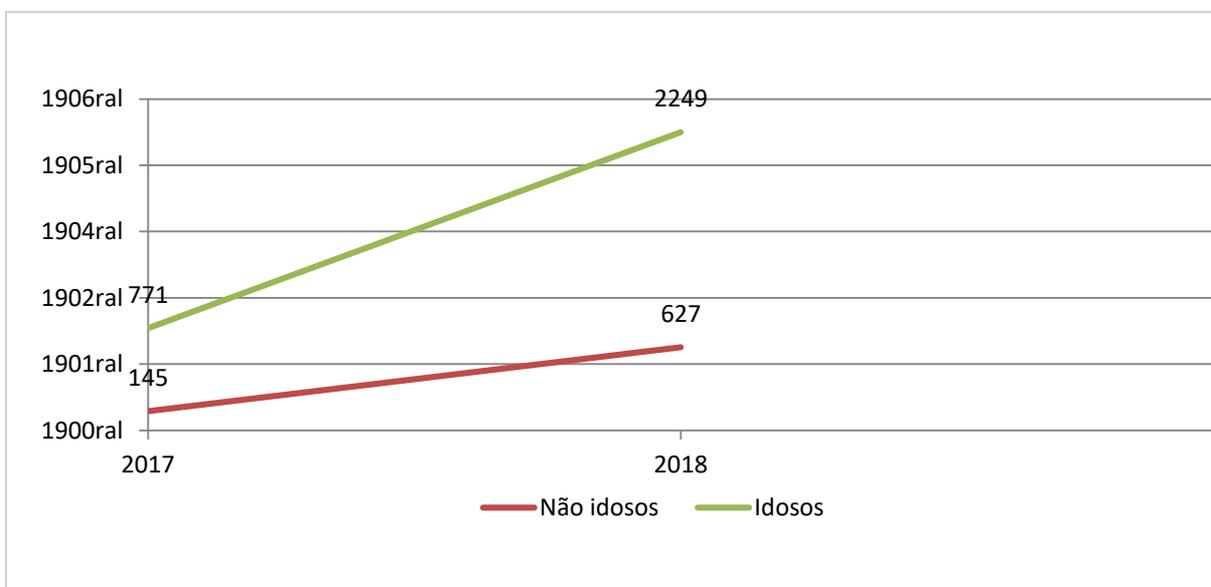
Em seguida, ocupando a segunda posição, os medicamentos, no importe de R\$ 2.905.575,95 (dois milhões, novecentos e cinco reais, quinhentos e setenta e cinco reais, noventa e cinco centavos). Após, na terceira posição, os insumos, no custo de R\$ 1.686.315,32 (um milhão, seiscentos e oitenta e seis mil, trezentos e quinze reais, trinta e dois centavos). A alimentação especial ocupou a quarta posição, na soma de R\$ 639.078,65 (seiscentos e trinta e nove mil, setenta e oito reais, sessenta e cinco centavos).

Enquanto as intervenções cirúrgicas, na quinta posição, no total de R\$ 332.897,32 (trezentos e trinta e dois mil, oitocentos e noventa e sete reais, trinta e dois centavos). Na sexta posição, os exames no numerário de R\$ 278.411,92 (duzentos e setenta e oito mil, quatrocentos e onze reais, noventa e dois centavos). E, ao final, na sétima posição, diversos tratamentos que estão sob a designação “outros”, na cifra de R\$ 115.090,90 (cento e quinze mil, noventa mil, noventa centavos).

5.2.15 Quantidades de processos judicializados da saúde do idoso e não idoso, nos anos de 2017 e 2018

As demandas da saúde do segmento idoso e do grupo não idoso, relativas aos anos de 2017 e 2018, traduzem informações significativas quanto à dimensão da judicialização em Fortaleza, nesses períodos.

Gráfico 19 – Histórico dos processos judicializados da saúde do idoso e não idoso de 2017 a 2018



Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do TJ/CE – E-SAJ.

Do Gráfico 19, extrai-se que, no ano de 2017, foram propostos pelo contingente longo 771 processos; no ano de 2018, esse grupo demandou 2.249 ações.

Com essas informações, observou-se que está ocorrendo excessiva judicialização da saúde dos idosos, visto que a proporção de processos no ano de 2017, em relação aos postulados em 2018, praticamente, triplicou, na Justiça de 1º Grau Estadual, em Fortaleza/Ceará, o que denota enfraquecimento do Sistema Único de Saúde.

Por outro lado, os feitos judicializados da saúde intentados também na 1ª Instância Estadual, pela população não idosa (faixa etária até 59 anos), em 2017, perfizeram 145 controvérsias, em 2018, contou 627 ações, evidenciou-se, pois, quantidade de processos ajuizados aquém em relação ao segmento idoso, considerando a amostra de dados deste estudo. Assim, esse segmento apresentou súplicas superiores na esfera da saúde, até porque considerando a faixa etária avançada, na maioria das vezes, em estado de vulnerabilidade.

A judicialização na esfera da saúde do idoso em Fortaleza/Ceará, à luz desta pesquisa, demonstrou-se excessiva, há deslocamento de verba pública para cumprir as decisões judiciais que, muitas vezes, compromete o orçamento público, desarticula as ações e serviços de assistência farmacêutica, e ainda gera benefícios imediatos somente para a parcela de idosos que suplicaram pela concessão de tutela jurisdicional, além de que os processos sobrecarregam e trazem mais custos para a máquina judiciária. Por tais motivos, recomenda-se que seja controlada a judicialização relacionada a esse direito.

Segundo Horácio Frota e Costa (2016):

[...] a busca pelo Poder Judiciário para concretizar determinada política pública pode se tornar algo demorado, exaustivo, caro e, sobretudo, culminar numa gestão inadequada do conflito, eis que a decisão judicial, tipicamente adjudicada (imposta) não leva em consideração, muitas vezes, os reais interesses dos demandantes e demandados. Diante desses e de outros problemas decorrentes da judicialização das políticas públicas é que autores começaram a identificar a possibilidade desses conflitos serem discutidos sob o ponto de vista jurídico, mas sem levá-los ao Judiciário. Tal situação é o que se denomina de juridicização das políticas públicas, em que o conflito de cunho sociopolítico é solucionado por instituições jurídicas de modo alternativo à demanda judicial (FROTA; COSTA, 2016, p.197).

No entanto, a interferência do Poder Judiciário é legítima e necessária para garantir o direito inviolável à saúde, quando o Poder Público, por questões de falhas na Administração e de ordem orçamentária, não prestar o devido atendimento à classe longeva, uma vez que a saúde integra o cerne dos direitos fundamentais, com assente no artigo 196 da Norma Ápice Constitucional.

6 RECOMENDAÇÕES

O diagnóstico deste estudo apresenta dados que podem nortear políticas públicas para evitar, ou ao menos reduzir, a judicialização no âmbito da saúde do idoso em Fortaleza, no Ceará, com as seguintes recomendações:

- Efetivar o Poder Público políticas públicas de saúde para esse segmento, de modo a beneficiar a população idosa, garantindo acesso universal e igualitário, visto que, quando há negação desse direito pelo SUS, somente alcançam a concretude do tratamento aqueles que se socorrem do Poder Judiciário, enquanto os demais restam prejudicados no tocante à consumação do direito fundamental à saúde.
- Traçar o Poder Executivo políticas públicas para evitar o surgimento das doenças catalogadas nesta pesquisa, ou seja, as que mais acometeram os idosos, sobretudo as vasculares, reumatológicas, oftalmológicas, diabetes, cardiológicas, respiratórias, oncológicas, e cognitivas, com a criação de ambientes de apoio em locais custeados pelo Estado, como forma de prevenção das enfermidades, para fins de proporcionar a essa parcela da população,
 1. A prática de atividades físicas regulares, para fins de ajudar no controle dos fatores de riscos. Como nas doenças vasculares, o exercício físico estimula a circulação arterial; ainda nas reumatológicas, que fortalecem os ossos, articulações. Segundo esta averiguação, foram as idosas jovens que mais adoeceram dessa enfermidade, o que se denota a ausência de atividades físicas. Enfim, o exercício físico auxilia a produção de serotonina, neurotransmissor que propicia bem-estar, fortalecendo o sistema imunológico do ser humano, com isso, afasta o adoecimento.
 2. Promoção de ações, palestras para conscientizar esse grupo da importância de manter alimentação equilibrada, com frutas e verduras, com o consumo reduzido de sal e açúcar, vez que podem obstar diabetes e hipertensão.
 3. Cadastramento dos idosos para efetivação de exames de sangue periódicos, eletrocardiogramas, ecocardiogramas, controle da pressão

arterial, para avaliar o funcionamento de doenças cardíacas, e demais procedimentos relacionados a diagnósticos de outras moléstias, com o respectivo acompanhamento do longo tempo.

4. Realização de aulas de música, de artes, jogos ou qualquer atividade em que se pratique a ginástica cerebral, para melhorar o funcionamento do cérebro e prevenir ou retardar as doenças neurológicas e cognitivas, além de uma alimentação saudável. As doenças crônico-degenerativas, como o Alzheimer, Parkinson, demência, esclerose múltipla, geralmente, acometem a categoria de idosos velhos, confirmando-se esse indicador nesta pesquisa.

5. Viabilização de palestras para a categoria longeva, chamando atenção para prevenção das doenças oculares, com adoção de hábitos essenciais, como usar óculos de sol, com proteção UVB, e possibilitar as consultas regulares com especialistas, aumentando o quadro de oftalmologistas no Sistema Único de Saúde, porquanto, nesta análise, foi a enfermidade que atingiu esse grupo significativamente, ocupando a segunda posição em comparação às demais.

Assim, a prevenção é imprescindível, logo evitará ou retardará o adoecimento, como também ensejará a contenção da realização de procedimentos mais caros, como as cirurgias, fornecimentos de medicamentos, internamentos, ocasionando, portanto, menores impactos nos custos dos serviços de saúde e, ainda, redução de judicialização no âmbito da saúde do idoso.

No que concerne aos tratamentos de saúde reivindicados neste estudo, recomenda-se ao Poder Público que:

- Organize a atenção de urgência/emergência, com a disponibilização de quantidades maiores, em caráter de urgência, de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ponderando que foi o tipo de tratamento mais solicitado pelos idosos, no ano de 2017.
- Viabilize o fornecimento de medicamentos e insumos pelo Sistema Único de Saúde, quando prescritos por médico como imprescindível ao tratamento, com registro na ANVISA, e desde que comprovada a hipossuficiência do demandante.

- Possibilite a capacitação de mais profissionais e ampliação dos serviços, para que seja facilitado a dispensação de medicamentos, realização de intervenções cirúrgicas, de exames, e demais tratamentos, na ocasião solicitada pelo grupo idoso, fortalecendo, deste modo, o Sistema Único de Saúde, no sentido de que a demora na prestação positiva pelo Estado não venha a acarretar danos irreversíveis ao paciente, e que este tenha atendimento pela rede pública de forma digna e eficiente.
- Promova ações, campanhas junto às empresas que atuam no mercado de trabalho, para admitir longevos que demonstrem capacidade de laborar, de modo que os rendimentos auferidos, muitas da vezes, somados com os da aposentadoria ou pensão, viabilizarão uma condição de saúde com dignidade; além disso, esse contingente mantendo-se na ativa, exercendo uma profissão, contribuirá para a sua inclusão e valorização no meio social, o que evitará doença, e o ingresso de ações judiciais.

Em relação ao idoso recomenda-se quando não almejar a prestação positiva pelo Estado busque atendimento perante Ministério Público e Defensoria Pública, para que essas instituições celebrem acordo com o agente público, mediante a realização de Termos de Ajustamento de Conduta – TAC, objetivando alcançar a efetivação do direito à saúde no âmbito extrajudicial.

A adoção dessas recomendações contribuirá para o acesso igualitário aos serviços de saúde, eis que abrangerá a classe de idosos, isto é, haverá a realização da “igualização de situações sociais desiguais” (SILVA, 2018, p.286), desta forma, afastando ou reduzindo o deslocamento da questão para o Poder Judiciário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetividade do direito à saúde do idoso requer prioridade por parte do Poder Público, porquanto é um direito fundamental à sobrevivência humana. Para tanto, é imperioso traçar políticas públicas sociais e econômicas, nos termos do art. 196 da Constituição Federal, mediante ações articuladas e harmonizáveis, que envolvem planejamento, direcionamento de recursos e interesse dos agentes públicos, na perspectiva do Estado Democrático Social de Direito.

Nesse cenário, em especial para o segmento idoso, há necessidade urgente de concretização da prestação positiva desse direito social, considerando o envelhecimento global acelerado, inclusive no Brasil e nomeadamente no Município de Fortaleza, somados aos fatores determinantes sociais no curso da vida dos prolectos, com o propósito de minimizar as doenças crônicas e as deficiências desse contingente e proporcionar um envelhecimento ativo.

Então, no atual contexto, constatou-se que as políticas públicas da saúde do idoso no Brasil são inúmeras, notadamente a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portanto, retratando evolução socio jurídica na tutela social para essa categoria.

No entanto, mesmo tendo esse grupo populacional garantido o direito à saúde no Texto Maior de 1988 e na legislação infraconstitucional, a concretude desse direito social não se realiza de modo satisfatório pelo Sistema Único de Saúde, gerando prejuízos para essa classe, na maioria, carente de recursos financeiros e afetivos, que sofre com a discriminação social, econômica e etária, sendo até mesmo considerados por uma parcela da população inaptos para exercer os atos da vida civil.

Revelou-se, assim, a inércia do Poder Executivo, para fins de prestar assistência à saúde de forma universal, integral e igualitária, voltada à velhice, nos moldes do comando constitucional. Portanto, diante dessa nefasta situação, e em razão da urgência, surgiu o ajuizamento de inúmeras ações individuais para buscar ao Poder Judiciário a consumação de tal direito. Ou seja, a efetivação dessas políticas públicas operando-se por meio da máquina judiciária.

O instituto da judicialização da saúde é imprescindível para ser assegurado aos idosos, ao menos, “o mínimo existencial”, preservando-se o direito à saúde como corolário do direito à vida, impondo-se o deferimento de tutela jurisdicional de urgência, antecipadamente, para o acesso a um adequado e eficaz tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou em rede conveniada.

Dessa forma, esse fenômeno produz efeitos positivos, ao consolidar o direito fundamental à saúde, velando pelo respeito ao princípio supremo da dignidade da pessoa humana e, além disso, incentiva a realização de políticas públicas, possibilitando, pois, a satisfação das prioridades do contingente idoso. Para a materialidade de tal desiderato, o Poder Judiciário determina ao Estado o cumprimento da disposição delineada no preceptivo 196 da Lei Maior.

Todavia, a judicialização ocasiona efeitos negativos, como a desestruturação do orçamento público, visto que há destinação de verbas de outro programa governamental, para executar decisão judicial, em sede de tutela de urgência, em caráter antecipado, envolvendo direito individual, e, raramente, direito coletivo, com destaque para o fornecimento de fármacos, incluindo os de alto custo, que, às vezes, não estão registrados na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), em detrimento da realização coletiva do direito à saúde, provocando impacto econômico nas finanças públicas.

Ademais, os litígios em excesso implicam maior movimentação da máquina judiciária, o que produz mais despesas para mobilizar esse aparelho, pagas pelos contribuintes. E, ainda, causa a judicialização desequilíbrio de acentuada proporção no orçamento dos entes federativos que têm limitada capacidade econômica, a título de exemplo: os Municípios de pequeno porte econômico.

Sob esse prisma, a judicialização da saúde do idoso, ao tutelar esse bem jurídico indisponível, constitui-se como ferramenta crucial para conferir bem-estar a esse grupo e prolongar sua existência. Entretanto, segundo a concepção de Alexy (2008), requer ponderação para resolução do caso concreto posto em juízo, com análise dos valores relacionados aos direitos postulados, considerando premissas favoráveis e contrárias.

Com efeito, o julgador deve agir com cautela, ponderando os princípios, direitos e bens aplicáveis na demanda judicial alusiva ao fornecimento de tratamentos pelo Poder Público, examinando o assunto sob o ângulo da garantia do “mínimo existencial”, para propiciar vida com dignidade aos idosos.

Aponta-se que quando o postulante pugnar pelo fornecimento gratuito de fármaco de alto custo, com indicação somente de um específico medicamento e determinado laboratório, bem como tratamento de saúde dispendioso no exterior, custeado pelo Poder Público, o magistrado não poderá deixar de lado a apreciação da teoria da reserva do possível, com base na possibilidade de existência de recursos públicos para consecução da tutela. Nesta circunstância, o julgador deverá ordenar para o Estado que apresente outra alternativa de tratamento seguro e eficaz.

Dessarte, a decisão judicial que trata das ações pertinentes ao direito em comento, além da fundamentação nos preceitos constitucionais aplicáveis a matéria, urge para procedência a comprovação, nos autos, dos seguintes requisitos:

- Demonstração, no caderno processual, do acometimento de doença de um grupo ou de um indivíduo;
- O tratamento médico prescrito como o único eficaz para debelar ou controlar a moléstia, por meio de expedição de laudo médico;
- Carência financeira – hipossuficiência - do demandante para custear o respectivo tratamento, devidamente provado nos fólios;
- Fármaco constante na lista RENAME do SUS; caso não se encontre inscrito, há necessidade de comprovação por laudo médico que ateste a indispensabilidade do respectivo tratamento de saúde;
- Medicamento registrado na ANVISA.

Entende-se, então, que o acesso aos serviços de saúde para o idoso deve ser efetivado diretamente pela rede pública, sem se valer do instituto da judicialização. A promoção e as ações da assistência a saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) requerem eficiência com a adoção de políticas de saúde e financiamento adequados para o atendimento dos tratamentos desse contingente, principalmente tratando-se de classe na qual, nessa fase, as enfermidades são mais frequentes.

Neste estudo, restou evidenciado que, no Brasil, em relação à judicialização da saúde, houve aumento do número de demandas de 198%, no lapso temporal do ano de 2009 a 2017, sendo que a quantidade anual do número de processos quase que triplicou na 1ª instância da Justiça.

Além do mais, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) revelou o diagnóstico que, de 2016 a 2017, ocorreu acréscimo em torno de 400 mil ações judiciais. A União suportou como custos com a judicialização da saúde R\$ 1,3 bilhão em 2016, e, para isso, alocou recursos de outros programas, de acordo com pesquisa realizada em 2019, do Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), a pedido do aludido Conselho.

Ainda, consoante à pesquisa do referido Instituto, o Ceará é o segundo Estado em números de ingressos de ações judiciais pertinentes ao direito à saúde, incluídas a 1ª e 2ª instâncias da Justiça.

No tocante à judicialização da saúde dos idosos, em Fortaleza-Ceará, no ano de 2017, na 1ª instância da Justiça Estadual foram ajuizadas 771 ações, que envolveram pleitos de medicamentos, internamentos hospitalares, insumos, cirurgias, procedimentos clínicos e, especialmente, pedidos de internamento em Unidade de Terapia Intensiva, com esteio nos dados coletados do sistema do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará – E-SAJ (Portal de Serviços).

Releva-se que do universo de 771 processos judicializados, nesta pesquisa foram analisadas por amostra 302 demandas, cujos tratamentos custaram para o Estado do Ceará o valor de R\$ 13.523.162,70. Nas demandas judiciais, o tratamento que mais onerou os cofres públicos foi o Internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no valor de R\$ 7.565.792,64, sendo classificado em primeiro lugar no rol de pedidos; e, em segundo, foi o de fornecimento de medicamentos, no importe de R\$ 2.905.575,95. Na terceira posição, os insumos, no custo de R\$ 1.686.315,32.

Portanto, a judicialização da saúde do provento representou gastos significativos para o Poder Público, verificando-se, também, nos resultados deste trabalho, o aumento excessivo de lides judiciais no Município de Fortaleza, isto é, em 2017, com 771 processos, já em 2018, esse grupo demandou 2.249 ações.

À vista disso, a proporção de processos no ano de 2017 em relação aos postulados em 2018, praticamente, triplicou, o que denota enfraquecimento do Sistema Único de Saúde.

Dos dados investigados acerca da concessão de tutela de urgência antecipada, nota-se que 92,38% dos pedidos desse segmento, correspondendo a 279 demandas, requerendo o acesso aos serviços de saúde pelo SUS, foram devidamente deferidos pelas autoridades judiciárias, em caráter liminar, sem a oitiva da parte adversa. Por outro lado, somente 7,62% foram indeferidos, perfazendo 23 postulações.

Em relação às sentenças proferidas nessas controvérsias, revelou-se que os juízes da Comarca de Fortaleza/Ceará julgaram 84,39% demandas procedentes, condenando o Poder Público a fornecer o tratamento de saúde aos idosos, o que correspondeu a 255 ações. Observou-se que nenhuma sentença julgou os pedidos dos suplicantes improcedentes com o exame do mérito.

Ainda, julgaram algumas lides sem resolução de mérito, no percentual de 15,61%, equivalentes a 47 sentenças, sendo que, em 23 litígios, os magistrados concederam o tratamento de saúde, e em 24 causas judiciais não apreciaram os pleitos pelos seguintes motivos: petição inicial indeferida, ausência de documentos, óbito do autor da ação, declinação de competência.

Depreende-se que, do total da amostra investigada, o direito prestacional à saúde do idoso, em 2017, por meio do instituto da judicialização, materializou-se, porquanto atendeu a 92,38% das necessidades desse contingente, em sede de tutela de urgência, e 92,0% quando da prolação das sentenças da matéria em voga.

Aliás, comprovou-se que os medicamentos, no percentual de 94,8% e insumos (96,2%) se encontram praticamente em integralidade contemplados na ANVISA. Somente os indicadores 5,2% dos fármacos e 3,8% dos insumos não foram informados. Também, examina-se que os medicamentos (78,4%) e insumos (96,2%) quase que em totalidade constam na RENAME (SUS).

Ao concluir esta pesquisa, é louvável trazer a lume algumas contribuições deduzidas, no percurso da investigação e dos resultados, com as estratégias para colaborar na redução do fenômeno da judicialização, direcionadas ao Poder Público, ressaltando-se:

- Elaborar o Executivo, em especial, melhor planejamento, promovendo mais conferências, jornadas, reuniões, com as esferas nacional, estadual e municipal, com a participação do grupo idoso, para priorizar as prementes necessidades de saúde deste;
- Realizar rediscussão, no âmbito estatal, acerca da integralidade e do acesso a ações e prestação de serviços de saúde estabelecidos nas políticas públicas, possibilitando uma melhor qualificação da rede pública, adequando uma estrutura eficiente, tanto física como de recursos humanos, que atenda os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira urgente, ou seja, no lapso temporal razoável, que não comprometa a cura e a dignidade do paciente;
- Organizar a atenção de urgência/emergência, com a disponibilização de quantidades maiores, em caráter de urgência, de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), levando-se em conta que foi o tipo de tratamento mais solicitado pelos idosos, no ano de 2017.
- Promover cursos e seminários para capacitar melhor os servidores públicos pertencentes ao quadro do SUS, incluindo médicos, enfermeiros, atendentes, auxiliares administrativos; enfim, todos os atores do sistema, para que haja dispensação de medicamentos a contento, além de tratamento eficaz de saúde;
- Instituir grupos especializados para gestão de ações planejadas do Sistema Único de Saúde nas Secretarias de Saúde, voltadas a atender, em especial, o contingente idoso, dando-lhe prioridade, à luz do artigo 1.048, do Estatuto Processual Civil (CPC) e do dispositivo 71 da Lei nº 10.741, de 2003 (Estatuto do Idoso);
- Cadastrar ações judiciais de saúde, a fim de viabilizar apreciação geral da judicialização, referente ao grupo populacional longevo, e detectar os tratamentos mais solicitados, para, assim, traçar ações e metas, preventivas e curativas, que propiciem o fornecimento de tratamentos eficientes na própria rede de saúde pública, e não apenas uma melhoria no estado de saúde do paciente, no caso, que se possa

alcançar a cura, com isso, reduzindo o ingresso de demandas na justiça;

- Disponibilizar de atendimento específico para a categoria de idoso, pois uma parcela tem dificuldades motora e cognitiva;

Em relação ao segmento idoso, quando ocorrer negativa da prestação constitucional, este poderá se encaminhar ao Ministério Público ou à Defensoria Pública, que manterá canal de diálogo com o agente público, para firmar acordo mediante a realização de Termos de Ajustamento de Conduta - TAC, com propósito de alcançar a prestação positiva, e, assim, evitar a propositura de demandas judiciais.

Insofismável, a Judicialização das demandas de saúde atinente ao grupo longo não proporciona a resolução definitiva para consumação desse direito, mas representa significativa perspectiva na efetivação do direito à saúde, portanto, quando identificada falha estatal, incapacidade operacional e financeira, que violem direitos fundamentais, sobretudo o direito à saúde do idoso, é necessário buscar mecanismos específicos, e, para tanto, o Poder Judiciário tem potencial transformador para reorganizar a estrutura, constituindo-se favorável a postura ativista judicial nessa vertente questão.

Com essas considerações, é relevante destacar a intervenção do Poder Judiciário para execução de políticas públicas, em prol da saúde do idoso, em Fortaleza/Ceará, quando a inércia ou o precário funcionamento do Poder Público apresentar obstáculos à concretização desse direito fundamental, para, desta forma, ser garantido tão indispensável direito constitucional, e, em consequência, o respeito ao princípio da dignidade humana a esse segmento, proporcionando-se, assim, o aumento da longevidade mediante envelhecimento com qualidade de vida, autônomo e ativo.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução Henrique Burigo. Belo Horizonte: EdUFMG, 2007.

AITH, F. M. A. Efetivação do Direito à Saúde em seus Múltiplos Caminhos. Novas Institucionalidades para a Solução de Conflitos em Saúde. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Org.). **Judicialização da Saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

AITH, F. **Curso de Direito Sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. 2. ed. Campinas-SP: Átomo-Alínea, 2010.

_____. **Da velhice da praça a velhice da roça**: revisitando mitos e certezas sobre velhos e famílias na cidade e no rural. 2010. 319 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

_____. Envelhecer no Contexto Rural: A vida depois do aposento. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIM, K. C. **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2016. p.322-339.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIM, K. C. (Orgs.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2016.

ALEXY, R. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

AMORIM, R. F.; CATRIB, A. M. F.; JORGE, M. S. B. (Orgs.). **Olhares da Saúde Coletiva sobre o Corpo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.

AMORIM, R. F. **O império da magreza**: o imaginário do corpo feminino na pós-modernidade. 2001. 100f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

AMORIM, R. F.; MADEIRA, D. L. H. **O Ativismo Judicial**. Instrumento de concretização de direitos ou ingerência no princípio da separação dos poderes? Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=20d039f53b4a6786>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

AMORIM, R. F.; CYRINO, R. F. Fornecimento Gratuito de Medicamento pelo Poder Público: Possibilidade de Controle Judicial? **Revista Jurídica**, Curitiba, v. 02, n. 43, p.317-350, 2016. Disponível em:

<<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/viewFile/1834/1209>>.

Acesso em: 20 abr. 2019.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Tradução: Roberto Raposo. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.

ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO I. **Plano Global de Ação**.

Viena,1982. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/e-](http://www.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html)

[psico/publicas/humanizacao/prologo.html](http://www.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html)>. Acesso em: 18 fev. 2018.

ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO II. Madri, 2002. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>.

Acesso em: 18 fev. 2018.

ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano**

de Ação. 1991. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>.

Acesso em: 21 mar. 2018.

BAHIA, L.; SCHEFFER M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.3, p.158-171, 2018. Disponível

em:<<http://www-periodicos-capes-gov.br/ez76.periodicos.capes.gov.br/?>>. Acesso

em: 14 jul. 2018.

BARBOSA, R. **Oração aos Moços**. Rio de Janeiro: Edições Casa de Rui Barbosa., 1999.

Disponível em:

<http://www.casaruibarbosa.gov.br/dados/DOC/artigos/rui_barbosa/FCRB_RuiBarbosa_Oracao_aos_mocos.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BARCELLOS, A. P. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, L. R. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**.

[S.l.;s.n], 2012. Disponível em:

<https://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pmetabusca&mn>. Acesso em:

14 fev. 2019.

BARROS, S. R. **O Poder Judiciário e as políticas públicas**: alguns parâmetros de atuação. Disponível em: <<http://www.srbarros.com.br/artigos.php?>>. Acesso em:12.

jun. 2018.

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

BEVERIDGE, W. **O Plano Beveridge**: relatório sobre o seguro social e serviços afins. Tradução de Almir de Andrade. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943.

BOBBIO, N. **Presente y porvenir de los derechos humanos**. Madrid: Universidad Complutense, 1981.

_____. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

BOSI, E. **Memória e Sociedade**: lembranças dos velhos. 14. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BRAGA, P. M. V. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, que criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 01 maio 1974a. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1974-1992/>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

_____. Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974, instituiu o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos ou inválidos, também conhecido como renda mensal vitalícia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 dez. 1974b. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1974-1992/>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

_____. Lei Complementar n. 40, de 14 de dezembro de 1981. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 dez. 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp40.htm>. Acesso em: 26 mai. 2018.

_____. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Ação Civil Pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 jul. 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347Compilada.htm>. Acesso: 26 mai. 2018.

_____. Lei nº 8.080/90. Lei Orgânica da Saúde - Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 27 mai. 2018.

_____. Lei nº 8.142, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 27 mai. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 545/1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, que aprovou a Norma Operacional Básica do SUS, nº 01/1993. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 05 jan. 2018.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 4 jan. 1994. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 26 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos (PNM)**, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916, de **30 de outubro de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 12 abr. 2019.

_____. Lei nº 9.782/99. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9782.htm>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 373/2002**. Aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2002 – NOAS-SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 05 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, 2002b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. Ministério da Justiça. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento**. Brasília: Ministério da Justiça, 2003. Disponível em:
<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 01 out. 2003. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/l10.741>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006. **A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006a. Disponível em :
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006, dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 dez. 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm>. Acesso em: 18 fev. 2018.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006c. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto**. Brasília: SIGLA MPAS, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pacto-pela-saude>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.981**, de 26 de novembro de 2009, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 abr. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm>. Acesso em: 12 abr. 2019.

_____. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec**, foi instituída pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011c. Brasília: CONITEC, 2011. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. **Relação Nacional de Ações e Serviços Públicos**, disposta no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília: RENASES, 2011d. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/20/3-a---Apresenta----o-no-RENASES-CIT.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012**. Resolução da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, 2012a. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res000117012012>. Acesso em: 16 mar. 2019.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jan. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso: 26 mai. 2018.

BRASIL. **Proposta de Emenda Constitucional nº 74/2013**. Transporte passa a ser direito social na Constituição. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/09/09/transporte-passa-a-ser-direito-social-na-constituicao>. Acesso em: 01 jul. 2019.

_____. **Portaria nº 1554/ 2013**. 30 de julho de 2013. Ministério da Saúde. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pt-gm-ms-1554-2013-alterada-1996-2013>>. Acesso em: 25 abr.2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoesprotocolosclnicosdiretrizes_terapeuticas_oncologia>. Acesso em: 18 mar.2019.

_____. **Proposta de Emenda Constitucional nº 241/2016**. Novo Regime Fiscal. Brasília: Câmara Federal, 2016a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;...241/2016>. Acesso em: 12 dez. 2019.

_____. **Proposta de Emenda Constitucional nº 55/2016**. Novo Regime Fiscal. Senado Federal. 2016b. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em: 12 dez 2019.

_____. Emenda Constitucional nº 95/2016. Teto dos Gastos Públicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 dez. 2016c. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

_____. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 jul. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2018**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Rename/Rename_2018_Novembro.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**. Disponível em:

<<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/cesaf>>. Acesso: 14 abr. 2019.

_____. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. **Renda Mensal Vitalícia**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/renda-mensal-vitalicia>>. 2015. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRITO, M. A. Chegando pra idade. In: LINS de Barros, Myriam Moraes. (org.) **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. **Judicialização da Saúde**: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

_____. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, M. P. D. **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

BULOS, U. L. **Constituição Federal anotada**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.253-289.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 3. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

_____. **Constituição dirigente e vinculação do legislador**: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas. Coimbra: Ed. Coimbra, 2001.

CAPPELLETTI, M. **Acesso à Justiça**. Tradução Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Frabris, 1998.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 19. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2015.

CASTRO, S. F. F. Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso: garantias legais x realidade efetiva. In: TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento na sociabilidade do capital**. Campinas: Papel Social, 2017. p.159-174.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-Brasil). **Envelhecimento Ativo**: um marco político em resposta à revolução da longevidade. [S.l.]: ILC, 2015. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%Adtico-ILC-Brasil_web.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CÓDIGOS DE PROCESSOS CIVIL COMPARADOS. **Lei nº 13.105, de 16.3.2015**. São Paulo: Saraiva, 2015.

COMPARATO, F. K. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. **Interesse Público**, Brasília, v. 35, n. 138, 1998. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/364/r138-04.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório Justiça em Números 2018: ano-base 2017**. Brasília: CNJ, 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/>> . Acesso em: 8 dez. 2018.

_____. **Emenda Constitucional nº 45, de 2004**. Brasília: CNJ, 2004. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. Fórum Nacional do Poder Judiciário. **Resolução nº 107 de 2010**. Brasília: CNJ, 2010. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. Comitês Estaduais de Saúde. **Portaria n 40/2014**. Brasília: CNJ, 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/imagens/portarias/2014>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

_____. **Declaração do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde**. Brasília: CNJ, 2010. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/imagens/programas/forum de saúde/declaracao](http://www.cnj.jus.br/imagens/programas/forum_de_saude/declaracao)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

_____. **Jornadas de Direito da Saúde**. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/programase ações/jornada-da-saude](http://www.cnj.jus.br/programase_ações/jornada-da-saude)>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **III Jornada de Direito da Saúde**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/eventos-campanhas/evento/777-iii-jornada-da-saude>>. Acesso em: 12 abril 2019.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Resolução do CNMP nº 23/07**. Disciplina no âmbito do Ministério Público a instauração e tramitação do inquérito civil. Brasília: CNMP, 2007. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/imagens/Normas/Resolucoes/Resoluao_23_alterada>. Acesso em: 08 dez. 2018.

_____. **Resolução do CNMP nº 16/10**. Brasília: CNMP, 2010. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/atos-e-normas/norma/270/>>. Acesso em: 8 dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Portal dos Direitos Coletivos**. Brasília: CNMP, s/d. Disponível em: <http://www.cnmp.gov.br/direitoscoletivos/>. Acesso em: 09 dez 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-OrganizaMundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude>>. Acesso em: 6 mai. 2019.

I CONFERÊNCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, 2003. In: COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). [S.d.]. Disponível em: <http://www.cepal.org/es/eventos/conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento>>. Acesso em: 01 set. 2018.

II CONFERÊNCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, 2007. Declaração de Brasília, 2008. In: COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **Declaração de Brasília**. [S.d.]. Disponível em: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/32460/P32460.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt>. Acesso em: 01 set. 2018.

III CONFERÊNCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, 2012. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, 2012. In: COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). [S.d.]. Disponível em: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf >. Acesso em: 01 set. 2018.

IV CONFERÊNCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, 2017. Declaração de Assunção sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, 2017. In: COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). Disponível em: <http://www.cepal.org/celade/n>. Acesso em: 06 set. 2018.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EdUSP: Fapesp, 1999.

_____. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 34, p. 39-56, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000130&pid=S0104-026X200900010000500014&lng=pt>. Acesso em: 03 set.2018.

_____. **Pressupostos da Reflexão Antropológica Sobre a Velhice**. [S.l.;s.n], 1998. Disponível em: < <http://www.mirelaberger.com.br/mirela/download/td13-guita.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

DEBERT, G. G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: LINS, Barro; MORAES, Myriam. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: EdFGV, 2007. p.49-67.

_____. Gênero e Envelhecimento. **Estudos Feministas**, v. 2, n.3, 1994.

Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16288/14829>>. Acesso em: 03 set. 2018.

_____. **Envelhecimento e Curso da Vida**. [S.l.;s.n], 1997. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12564>>. Acesso em: 02 set.2018.

DODGE, R. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). **Seminário Reflexões sobre a Judicialização da Saúde: um diálogo interinstitucional**. Brasília: CNMP, 2018. Disponível em:<<http://www.cnmp.mp.br/portal/todas-as-noticias/11766>>. Acesso: 04 abr. 2018.

DUARTE, C. S. **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.323-364.

FENSTERSEIFER, T. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, Ação Civil Pública e controle judicial de políticas públicas. **Revista da Defensoria Pública, Publicação Edepe**, ano 1, n.1, v.2, 2008.

FLEURY, S. Cidadania e Desenvolvimento Humano Brasil. In: SEMINÁRIO “CIUDADANÍA Y DESARROLLO HUMANO”, Bogotá, 2005. Anais eletrônicos... Disponível em : <<http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/CIDADANIA.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. **Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: EdFIOCRUZ,1994. Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.

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

FROTA, M. H. P. **Família, Gênero e Geração: temas transversais**. Fortaleza: EdUECE, 2004.

_____.; SANTOS, V. M. **O Femicídio no Ceará: machismo e impunidade?** Fortaleza: EdUECE, 2012.

FROTA, F. H. S.; COSTA, A. C. F. A. Defensoria Pública, Estado e atuação coletiva: potencializando as políticas públicas sociais e o acesso à justiça. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, Fortaleza, v.6, n.16, 2016. Disponível em: <revistaconhecer@uece.br>. Acesso em: 01 jun. 2019.

HOFLING, H. M. Estado e políticas públicas sociais. **CEDES**, v.21, n.55, p.30-41, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais 2017**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

JAMESON, F. **Pós-modernismo**: a lógica cultural do capitalismo tardio. São Paulo: Ed. Crítica. Jorge Zahar, 1993.

LENOIR, R. Objeto Sociológico e Problema Social. In: MERLLIÉ, D. **Iniciação à Prática Sociológica**. Tradução: João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1996. p.59-106.

LINDBLOM, C. E. **El proceso de elaboración de políticas públicas**: Versión en español. Traducción Eduardo Zapico Goñi. Madrid: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, S.A, 1991.

KELSEN, H. **Teoria Pura do Direito**. Tradução J. Cretella Júnior e Agnes Cretella 2.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n.4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MACHADO, T. R. C. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. **Rev Bioét.**, v. 22, n.3, p.561-568, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MARINONI, L. G.; ARENHART, S. C.; MITIDIERO, D. **Código de Processo Civil Comentado**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

MARMELSTEIN, G. **Curso de Direitos Fundamentais**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Tradução de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 2, 2008. Disponível em: <http://ggnnoticias.com.br/sites/default/files/documentos/judicializacao_rev_direito_sanitario.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 23. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1990.

NERY JÚNIOR, N.; NERY, R. M. A. **Código de Processo Civil Comentado**. 16. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

NUCCI, G. S. **Código Penal Comentado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

MINAYO, M. C. S. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____.; DESLANDES, F. S.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. Cristiane Sasso de. Quem cobre as insuficiências das políticas públicas?: aportes para o debate sobre o papel da família na provisão de bem-estar social. In: II JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, São Luís – MA, 2005. Anais eletrônicos... Maranhão, 2005. Disponível em: <<http://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinppII/>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

MOTTA, A. B. Chegando para idade. In: MORAES, M.; BARROS, L. **Velhice ou Terceira Idade**. Rio de Janeiro: EdFGV, 2007. p.223-234.

NOVELINO, M. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: JusPodivm, 2016.

OLIVEIRA, B. H. A. F. **Eficácia e aplicabilidade das normas constitucionais programáticas**. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14492&revista_caderno=9>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Trabalho decente nas Américas: uma agenda hemisférica, 2006-2015**. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-decente/WCMS_226226/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 14 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. [S.l.]: OMS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um ensaio em defesa da seguridade social. In: TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento na sociabilidade do capital**. Campinas: Papel Social, 2017. p.97-113.

PEDRA, A. S. **A Constituição Viva: Poder Constituinte Permanente e Cláusulas Pétreas na Democracia Participativa**. Editora: Lumem Juris, 2012.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.... In: MORAES, M.; BARROS, L. (Orgs.). **Velhice ou Terceira Idade**. Rio de Janeiro: EdFGV, 2007. p.69-83.

PERY, M. R. A. A Atuação do Ministério Público no Direito à Saúde. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE DIREITO E SAÚDE. A Saúde Pós Trinta Anos da Constituição Brasileira, Fortaleza/Ceará, maio, 2019.

PIOVESAN, F. Proteção dos Direitos Sociais: Desafios do *Ius Commune* Sul-Americano. **TST**, Brasília, v. 77, n. 4, 2011. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle20.500.12178/28340/004_piovesan.pdf?sequence=5>. Acesso em: 22 abr. 2019.

PIVETTA, S. L. Controle judicial do direito à saúde e a construção do conceito de democracia deliberativa como princípio interpretativo. In: BACELLAR FILHO, R. F.; HACHEM, D. W. (Coord.). In: VI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO DE DIREITO PÚBLICO DO MERCOSUL: homenagem ao Professor Jorge Luis Salomoni. Direito público no Mercosul: intervenção estatal, direitos fundamentais e sustentabilidade. **Anais...**, Belo Horizonte, Fórum, 2013.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE. **Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/cns-aprova-plano-nacional-de-saude-2016-2019/>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

PORTAL DOS DIREITOS COLETIVOS. Conselho Nacional do Ministério Público - CNMP. **Termo de Ajustamento de Conduta**. Disponível em: <<http://www.cnmp.gov.br/direitoscoletivos/index.php/4->>. Acesso em: 18. mar. 2019.

RASCOVSKI, L. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo e Sua Atuação na Área de Saúde. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017. p.276-311.

_____. **Justiça e Democracia**. Trad. Irene A. Peternot. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Uma teoria da justiça**. Trad. Almiro Piseta e Lenita Maria Rímoli Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

RAWLS, J. **Justiça com Equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SANTOS, B. S. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, M. F. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo: Ltr, 2003.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência Saúde Coletiva**, v.23, n.6, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1729-1736/pt/#>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

_____. **STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-abr-27>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning. 2013.

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2018.

SIQUEIRA NETO, J. F. Apresentação. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. **Judicialização da Saúde**: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017. p.11-23.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n.16, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Relator: Min. Marcos Aurélio. **Recurso Extraordinário: RE 657718/MG**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=411857>>. Acesso em: 24 mai. 2019.

_____. **Jurisprudências**: saúde. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

_____. **PETIÇÃO: Pet. 1246 MC/SC**. Relator: Min. Celso de Mello. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19162349/peticao-pet-1246-sc-stf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário: RE 607381/2011 SC.** Relator: Min. Luiz Fux. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8554055/recurso-extraordinario-re-607381-sc-stf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

_____. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental: ADPF nº 45/RS.** Relator: Min. Celso de Mello. Brasília/DF, 2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

_____. **Recurso Extraordinário com Agravo:** ARE 867.023/RJ. Relator: Min. Celso de Melo. Rio de Janeiro, 02 maio 2015. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/86432316/stf-24-02-2015-pg-21>>. Acesso em: 2 mai. 2019.

_____. **Recurso Extraordinário: RE 407902/RS.** Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 26 maio 2009. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2175787>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

_____. Audiência Pública. Ministro Gilmar Mendes. **Notas taquigráficas.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário com Agravo:** ARE 949341 AGR/SP. Relator: Min. Celso de Mello, 01/07/2016. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=11283844>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

_____. **Suspensão De Segurança 3724 Agr.** Relator: Min. Gilmar Mendes (Presidente), Tribunal Pleno STF, julgado em 17/03/2010, DJE-076 DIVULG. 29-04-2010 public 30-04-2010 ement vol-02399-04.

_____. **Ação Direta de Inconstitucionalidade:** ADI 2.903/PB. Relator: Min. Celso de Mello. DJE 19 set. 2008. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14735256/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-2903-pb>>. Acesso em: 02 mai. 2019.

_____. **Suspensão de Tutela Antecipada - STA 198-MG.** Decisões da Presidência. Relator: Min. Gilmar Mendes – 22.12.2008. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19137159/suspensao-de-tutela-antecipada-sta-198-mg-stf>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. **Recurso Extraordinário: RE 566.471/RN.** Relator: Min. Marcos Aurélio. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/RE 566.471/RN](http://www.stf.jus.br/RE%20566.471/RN)>. Acesso em: 05 abr. 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Suspensão de Tutela Antecipada - STA 175.

Relator: Min. Gilmar Mendes. Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Recurso Especial: REsp 1617381/RJ.**

Relator: Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 23/08/2016.

Brasília, 13 set. 2016. Disponível em:

<<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/623428441/recurso-especial-resp-1617381-rj-2016-0200413-7>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____. **Recurso Especial: REsp 1.657.156 - Recurso Repetitivo.** Relator:

Ministro Benedito Gonçalves. julgado em 25.04.2018. Disponível em:

<http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunicação/noticias/Primeira-Seção>. Acesso em: 20 abr. 2019.

TEIXEIRA, S. M. Políticas Sociais no Brasil: A histórica (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social. **Sociedade em Debate, Pelotas**, v.46, n.13, p.45-64,2007. Disponível em:

<www.revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/400/354>. Acesso em: 06 dez 2018.

_____. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, 2009.

Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/13>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

_____. **Política Social de Proteção ao Idoso:** a reafirmação da cultura privacionista no trato das refrações da questão social. Disponível em:

<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3098>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

_____. **Envelhecimento Na Sociabilidade do Capital.** Campinas: Papel Social, 2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ. **Agravo de Instrumento**

1083280200580600000. Relator: Des. Emanuel Leite Albuquerque. Comarca:

Fortaleza. Órgão Julgador: 1ª Câmara Cível. 30 mar.2011. Disponível em:

<<https://esaj.tjce.jus.br/>>. Acesso em: 02 mai. 2019.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S01041290201500020047200039&lng=en>. Acesso em: 14 mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Pan-Americana da Saúde. **Quinta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde**. Declaração do México. 5-9 de julho de 2000. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Dados dos processos distribuídos no ano de 2017, nas varas da Fazenda Pública, considerando amostra de 302 ações, à luz dos elementos alocados no sistema do tribunal de Justiça do Estado do Ceará – SAJ (portal de serviços), relativos à justiça estadual de 1º grau

	Processo	DP/Adv. Part	Gênero H/M	IDADE	Doença	UTI/Tratam/Aliment/Medicam	SITUAÇÃO/ECONOM	
1	0106560-28.2017.8.06.0001	DP	M		AVC	UTI	APOSENTADA	1
2	0108639-77.2017.8.06.0001	DP	M		DISPNEIA TOSSE	UTI	APOSENTADO	2
3	0111085-53.2017.8.06.0001	DP	M		POSSUI DIAGNOSTICO	UTI	PENSIONISTA	3
4	0122420-69.2017.8.06.0001	DP	M		COM DISPNEIA	UTI	APOSENTADO	4
5	0122436-23.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADO	5
6	0135839-59.2017.8.06.0001	DP	M		OBSTRUÇÃO INTESTINAL	UTI	APOSENTADO	6
7	0135872-49.2017.8.06.0001	DP	M		PNEUMONIA GRAVE	UTI	DO LAR	7
8	0136361-86.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADO	8
9	0137365-61.2017.8.06.0001	DP	M		SUSPEITA DE ARBOVIROSE	UTI	PENSIONISTA	9
10	0138111-26.2017.8.06.0001	DP	H		BRANDICARDIA	UTI	APOSENTADO	10
11	0139251-95.2017.8.06.0001	DP	H		DESCONFORTO	UTI	APOSENTADO	11
12	0140612-50.2017.8.06.0001	DP	H		ARRITMIA CRADIACA	UTI	APOSENTADO	12
13	0142605-31.2017.8.06.0001	DP	H		CORONARIANA AGUDA	UTI	APOSENTADO	13
14	0151052-08.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	TRANSFERENCIA	APOSENTADO	14
15	0154074-74.2017.8.06.0001	DP	M		DISPNEIA INTENSA	UTI	APOSENTADA	15
16	0157095-58.2017.8.06.0001	DP	M		EDEME PULMONAR	UTI	APOSENTADA	16
17	0159014-82.2017.8.06.0001	DP	H		CRISES CONVULSIVAS	UTI	APOSENTADO	17
18	0159537-94.2017.8.06.0001	DP	M		EPISODIO DE ENGASGO	UTI	APOSENTADA	18
19	0166706-35.2017.8.06.0001	DP	H		ASCITE A ESCLARECER	TRANS. UTI	APOSENTADO	19
20	0168157-95.2017.8.06.0001	DP	M		GASTROENTERITE	TRANSFERENCIÁ	APOSENTADA	20
21	0171302-62.2017.8.06.0001	DP	H		NEOPLASIA	MEDICAMENTO	APOSENTADO	21
22	0172117-59.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADA	22
23	0174684-63.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	FRALDAS MEDICAÇÃO	PENSIONISTA	23
24	0178193-02.2017.8.06.0001	DP	M		PARADA CARDÍACA	UTI	PENSIONISTA	24
25	0181757-86.2017.8.06.0001	DP	H		CEFALEIA HEMIPARESIA	UTI	APOSENTADO	25
26	0182312-06.2017.8.06.0001	DP	H		HIPERPLASIA PROSTÁTICA	VAGA EM LEITO ESPECIALIZAD	APOSENTADO	26
27	0184452-13.2017.8.06.0001	DP	H		SEPSE PULMONAR	UTI	APOSENTADO	27
28	0193286-05.2017.8.06.0001	AD	M		HEMORRAGIA	UTI	APOSENTADA	28
29	0763790-81.2014.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADA	29
30	0178743-31.2016.8.06.0001	DP	M		SÍNDROME DES JOGREN	MEDICAMENTO	APOSENTADA	30
31	0102986-94.2017.8.06.0001	DP	M		RETINOPATIA	MEDICAMENTO	DO LAR	31
32	0103854-72.2017.8.06.0001	DP	M		SUSPEITO DE MENINGITE	UTI	APOSENTADA	32
33	0107739-94.2017.8.06.0001	DP	M		DENTES ADJACENTES	MEDICAMENTO	APOSENTADA	33
34	0109414-92.2017.8.06.0001	DP	H		NEOPLASIA	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADO	34
35	0110030-67.2017.8.06.0001	DP	H		TROMBOEMBOLISMO	MEDICAMENTO	MOTORISTA	35
36	0111623-34.2017.8.06.0001	DP	H		MEMBRANA	MEDICAMENTO	APOSENTADO	36
37	0113195-25.2017.8.06.0001	DP	M		FIBRILAÇÃO ATRIA	MEDICAMENTO	APOSENTADA	37
38	0113483-70.2017.8.06.0001	DP	H		AMPUTAÇÃO	PROTESE	APOSENTADO	38

39	0116390-18.2017.8.06.0001	DP	H		QUADRO GRAVE	CIRURGIA ARTROPLASTIA	APOSENTADO	39
40	0116691-62.2017.8.06.0001	DP	H		DOENÇA PULMONAR	FORMOTEROL BUDESONIDA	APOSENTADO	40
41	0117204-30.2017.8.06.0001	DP	M		VISÃO EM AMBOS	MEDICAMENTO INJEÇÃO	APOSENTADA	41
42	0117553-33.2017.8.06.0001	DP	H		HIPERPLASIA PROSTÁTICA	CIRURGICO PROSTATECTOMIA	APOSENTADO	42
43	0118004-58.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO ACLASTA 5MG	APOSENTADA	43
44	0118325-93.2017.8.06.0001	DP	H		HIPERPLASIA PROSTÁTICA	CIRURGICO PROSTATECTOMIA	APOSENTADA	44
45	0119015-25.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO PROLIA	APOSENTADA	45
46	0119493-33.2017.8.06.0001	DP	H		DIAGNOSTICADO E CÂNCER	MEDICAMENTO	APOSENTADO	46
47	0119647-51.2017.8.06.0001	DP	M		BAIXA VISUALIDADE	CIRURGIA DE FACECTOMIA	APOSENTADA	47
48	0121135-41.2017.8.06.0001	AD	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	DO LAR	48
49	0122909-09.2017.8.06.0001	DP	M		PROLIA DENOSUMAB	MEDICAMENTO	PENSIONISTA	49
50	0122931-67.2017.8.06.0001	DP	M		DOENÇA PULMONAR	MEDICAMENTO SPIRIVA 2,5MG	APOSENTADA	50
51	0123263-34.2017.8.06.0001	DP	M		EDEMA MACULAR	MEDICAMENTO	APOSENTADA	51
52	0123996-97.2017.8.06.0001	DP	H		NECESSITA EM CARÁTER	EXAMES ULTRASSONOGRAFIA	APOSENTADO	52
53	0124514-87.2017.8.06.0001	DP	H		COGNITIVO SEVERO	CADEIRA DE RODES	DO LAR	53
54	0124532-11.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	CIRURGIA DE VITRECTOMIA	DESEMPREG.	54
55	0124535-63.2017.8.06.0001	DP	M		DIAGNOSTICADO CÂNCER	CIRURGIA ARTROPLASTIA	APOSENTADO	55
56	0126014-91.2017.8.06.0001	DP	H		CISTO EM EPIDIDIMO	EXAME	APOSENTADO	56
57	0126336-14.2017.8.06.0001	DP	H		RETINOPATIA DE FUNDO	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	57
58	0126977-02.2017.8.06.0001	DP	H		ALTERAÇÕES	EXMÉ RADIOGRAFIA	PEDREIRO	58
59	0127997-28.2017.8.06.0001	DP	H		RETINOPATIA DIABÉTICA	CIRURGIA DE FACOEMULSIFIC	APOSENTADO	59
60	0128008-57.2017.8.06.0001	DP	H		ALTERAÇÕES NO VALOR	EXAME DOPPLER	APOSENTADO	60
61	0130590-30.2017.8.06.0001	DP	M		LENTE INTRAOCULAR	CIRURGIA DE VITRECTOMIA	APOSENTADA	61
62	0131751-75.2017.8.06.0001	DP	M		PRÓTESE TATAL INFERIOR	PRÓTESE DENTARIA	VENDEDORA	62
63	0132008-03.2017.8.06.0001	DP	H		CLINICO DIARREIA	EXAME INTOLERANCIA	APOSENTADA	63
64	0132291-26.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE GRAVE	MEDICAMENTO PROLIA	APOSENTADA	64
65	0133172-03.2017.8.06.0001	DP	H		FRATURA DE FÊMUR	VAGA EM LEITO ESPECIALIZAD	APOSENTADO	65
66	0134647-91.2017.8.06.0001	DP	M		RETINOPATIA DIABÉTICA	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADA	66
67	0135791-03.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	MEDICAMENTO XARELTO	DO LAR	67
68	0136837-27.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERACÃO MACULAR	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO	PENSIONISTA	68
69	0138605-85.2017.8.06.0001	DP	M		HIPERPLASIA PROSTÁTICA	EXAMES ULTRASSONOGRAFIA	APOSENTADO	69
70	0138770-35.2017.8.06.0001	DP	H		NEOPLASIA DE SIGMOIDE	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	VIGILANTE	70
71	0138910-69.2017.8.06.0001	DP	H		RETINOPATIA DIABÉTICA	EXAME DE PANFOTOCOAGULA	PEDREIRO	71
72	0139461-49.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO	APOSENTADO	72
73	0139506-53.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO INSULINA	PROFESSOR	73
74	0139778-47.2017.8.06.0001	DP	H		SINDROME DE APNÉIA	APARELHO CPAP	APOSENTADO	74
75	0139806-15.2017.8.06.0001	DP	H		DOENÇA ALZHEIMER	MEDICAMENTO	APOSENTADO	75
76	0139919-66.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	EXAME POLISSONOGRAFIA	PUBLICITARIO	76
77	0139969-92.2017.8.06.0001	DP	M		SINDROME DEMENCIAL	MEDICAMENTOS MATERIAL	APOSENTADA	77

78	0140618-57.2017.8.06.0001	DP	M		DIABETES MELLITUS	INSULINA E MATERIAS	PENSIONISTA	78
79	0140682-67.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	CIRURGIA RETINA VITRECTOMIA	ARTESÃO	79
80	0143070-40.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	ACLASTA	APOSENTADA	80
81	0144252-61.2017.8.06.0001	DP	H		QUADRO CLINICO	EXAME CATETERISMO	APOSENTADO	81
82	0145151-59.2017.8.06.0001	AD	M		FIBROMIALGIA	MEDICAMENTO	AGRICULTORA	82
83	0145729-22.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERAÇÃO MACULAR	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	83
84	0148954-50.2017.8.06.0001	AD	M		RETIRADA DE HÉRNIA	CIRURGIA PEDRA NA VESICULA	APOSENTADA	84
85	0134469-45.2017.8.06.0001	DP	M		DOENÇA ALZHEIMER	INSUMOS	APOSENTADA	85
86	0152719-44.2017.8.06.0001	DP	H		EDEMA MACULAR	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADA	86
87	0153293-52.2017.8.06.0001	DP	H		RETINOPATIA DIABÉTICA	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	87
88	0153640-85.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADA	88
89	0134877-36.2017.8.06.0001	DP	H		DOENÇA ALZHEIMER	MEDICAMENTO	APOSENTADA	89
90	0154310-26.2017.8.06.0001	AD	H		ACIDENTE VASCULAR	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	MILITAR	90
91	0157132-85.2017.8.06.0001	DP	H		EDEMA MACULAR	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	91
92	0158059-51.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO	AUTÔNOMO	92
93	0158085-49.2017.8.06.0001	DP	M		MAL DE ALZHEIMER	MEDICAMENTO	APOSENTADA	93
94	0158770-56.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	TRANSFERENCIA	APOSENTADO	94
95	0158853-72.2017.8.06.0001	DP	H		DISTROFIA RETINIANA	MEDICAMENTO ANTIANGIOGENICO	TAXISTA	95
96	0159065-93.2017.8.06.0001	DP	M		CATARATA EM AMBOS	CIRURGIA DE FACECTOMIA	DO LAR	96
97	0160350-24.2017.8.06.0001	DP	M		DIAGNOSTICADO	MEDICAMENTO VELIJA	APOSENTADA	97
98	0160906-26.2017.8.06.0001	DP	M		MEMBRANA	MEDICAMENTO LUCENTIS	DO LAR	98
99	0161348-89.2017.8.06.0001	DP	M		HIPERPLASIA PROSTÁTICA	EXAME POLISSONOGRAMA	DO LAR	99
100	0161822-60.2017.8.06.0001	DP	H		DOR TORÁCICA	TRANSFERENCIA	APOSENTADO	100
101	0162603-82.2017.8.06.0001	DP	M		TRAÇÃO VITREO	VITRECTOMIA POSTERIOR	DO LAR	101
102	0163457-76.2017.8.06.0001	DP	H		CÂNCER DE PRÓTATA	FRALDAS MEDICAÇÃO	APOSENTADO	102
103	0163529-63.2017.8.06.0001	DP	M		ARTROSE PRIMÁRIA	MEDICAMENTO MOTILEX	DO LAR	103
104	0163826-70.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	PROFESSOR	104
105	0164528-16.2017.8.06.0001	DP	H		TUMOR DE MASTOIDE	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADO	105
106	0165072-04.2017.8.06.0001	DP	M		GLAUCOMA PRIMÁRIO	CIRURGIA DE IMPLANTE DE TUBO	APOSENTADA	106
107	0166254-25.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO FORTEO	AUXILIAR ADM	107
108	0167031-10.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	CIRURGIA ANGIPLASTIA	MILITAR	108
109	0167413-03.2017.8.06.0001	DP	M		INCONTINÊNCIA URINÁRIA	FRALDAS BIGFRAL	APOSENTADO	109
110	0167653-89.2017.8.06.0001	DP	H		HIV HIPERTENSÃO	EXAME DENSITOMETRIA OSSA	PEDREIRO	110
111	0167843-52.2017.8.06.0001	DP	M		CARCINOMA PAPILIFICO	MEDICAMENTO ACLASTA 5MG	APOSENTADA	111
112	0169303-74.2017.8.06.0001	DP	M		AMBOS OS OLHOS	MEDICAMENTO	DO LAR	112
113	0170934-53.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERAÇÃO MACULAR	MEDICAMENTO	APOSENTADO	113
114	0171972-03.2017.8.06.0001	DP	M		CÂNCER DE LARINGE	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADA	114
115	0172151-34.2017.8.06.0001	DP	M		DOENÇA RENAL	MEDICAMENTO MIMPARA 30MG	APOSENTADA	115
116	0174171-95.2017.8.06.0001	DP	H		MEMBRANA	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	116

0116390-18.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.602,18
0116691-62.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 104,19
0117204-30.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 26.994,00
0117553-33.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.001,71
0118004-58.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 2.172,05
0118325-93.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.001,71
0119015-25.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.500,40
0119493-33.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 21.794,40
0119647-51.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 403,00
0121135-41.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.637,50
0122909-09.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.500,40
0122931-67.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.279,88
0123263-34.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.719,75
0123996-97.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 10.000,00
0124514-87.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 21.128,90
0124532-11.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.619,67
0124535-63.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.868,40
0126014-91.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 10.000,00
0126336-14.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0126977-02.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 10.000,00
0127997-28.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.619,67
0128008-57.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 10.000,00
0130590-30.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.002,75
0131751-75.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 300,00
0132008-03.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 324,00
0132291-26.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.500,40
0133172-03.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 139,00
0134647-91.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0135791-03.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.777,40
0136837-27.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 26.994,00
0138605-85.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.170,00
0138770-35.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 3.888,00
0138910-69.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.680,00
0139461-49.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 9.645,58
0139506-53.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 29.870,64
0139778-47.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.738,00
0139806-15.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 18.923,60
0139919-66.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 10.000,00
0139969-92.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 20.854,68

78	0140618-57.2017.8.06.0001	DP	M		DIABETES MELLITUS	INSULINA E MATERIAS	PENSIONISTA	78
79	0140682-67.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	CIRURGIA RETINA VITRECTOMIA	ARTESÃO	79
80	0143070-40.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	ACLASTA	APOSENTADA	80
81	0144252-61.2017.8.06.0001	DP	H		QUADRO CLINICO	EXAME CATETERISMO	APOSENTADO	81
82	0145151-59.2017.8.06.0001	AD	M		FIBROMIALGIA	MEDICAMENTO	AGRICULTORA	82
83	0145729-22.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERAÇÃO MACULAR	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	83
84	0148954-50.2017.8.06.0001	AD	M		RETIRADA DE HÉRNIA	CIRURGIA PEDRA NA VESICULA	APOSENTADA	84
85	0134469-45.2017.8.06.0001	DP	M		DOENÇA ALZHEIMER	INSUMOS	APOSENTADA	85
86	0152719-44.2017.8.06.0001	DP	H		EDEMA MACULAR	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADA	86
87	0153293-52.2017.8.06.0001	DP	H		RETINOPATIA DIABÉTICA	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	87
88	0153640-85.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADA	88
89	0134877-36.2017.8.06.0001	DP	H		DOENÇA ALZHEIMER	MEDICAMENTO	APOSENTADA	89
90	0154310-26.2017.8.06.0001	AD	H		ACIDENTE VASCULAR	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	MILITAR	90
91	0157132-85.2017.8.06.0001	DP	H		EDEMA MACULAR	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	91
92	0158059-51.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO	AUTÔNOMO	92
93	0158085-49.2017.8.06.0001	DP	M		MAL DE ALZHEIMER	MEDICAMENTO	APOSENTADA	93
94	0158770-56.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	TRANSFERENCIA	APOSENTADO	94
95	0158853-72.2017.8.06.0001	DP	H		DISTROFIA RETINIANA	MEDICAMENTO ANTIANGIOGENICO	TAXISTA	95
96	0159065-93.2017.8.06.0001	DP	M		CATARATA EM AMBOS	CIRURGIA DE FACECTOMIA	DO LAR	96
97	0160350-24.2017.8.06.0001	DP	M		DIAGNOSTICADO	MEDICAMENTO VELIJA	APOSENTADA	97
98	0160906-26.2017.8.06.0001	DP	M		MEMBRANA	MEDICAMENTO LUCENTIS	DO LAR	98
99	0161348-89.2017.8.06.0001	DP	M		HIPERPLASIA PROSTÁTICA	EXAME POLISSONOGRAMA	DO LAR	99
100	0161822-60.2017.8.06.0001	DP	H		DOR TORÁCICA	TRANSFERENCIA	APOSENTADO	100
101	0162603-82.2017.8.06.0001	DP	M		TRAÇÃO VITREO	VITRECTOMIA POSTERIOR	DO LAR	101
102	0163457-76.2017.8.06.0001	DP	H		CÂNCER DE PRÓTATA	FRALDAS MEDICAÇÃO	APOSENTADO	102
103	0163529-63.2017.8.06.0001	DP	M		ARTROSE PRIMÁRIA	MEDICAMENTO MOTILEX	DO LAR	103
104	0163826-70.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	PROFESSOR	104
105	0164528-16.2017.8.06.0001	DP	H		TUMOR DE MASTOIDE	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADO	105
106	0165072-04.2017.8.06.0001	DP	M		GLAUCOMA PRIMÁRIO	CIRURGIA DE IMPLANTE DE TUBO	APOSENTADA	106
107	0166254-25.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO FORTEO	AUXILIAR ADM	107
108	0167031-10.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	CIRURGIA ANGIPLASTIA	MILITAR	108
109	0167413-03.2017.8.06.0001	DP	M		INCONTINÊNCIA URINÁRIA	FRALDAS BIGFRAL	APOSENTADO	109
110	0167653-89.2017.8.06.0001	DP	H		HIV HIPERTENSÃO	EXAME DENSITOMETRIA OSSEAS	PEDREIRO	110
111	0167843-52.2017.8.06.0001	DP	M		CARCINOMA PAPILIFICO	MEDICAMENTO ACLASTA 5MG	APOSENTADA	111
112	0169303-74.2017.8.06.0001	DP	M		AMBOS OS OLHOS	MEDICAMENTO	DO LAR	112
113	0170934-53.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERAÇÃO MACULAR	MEDICAMENTO	APOSENTADO	113
114	0171972-03.2017.8.06.0001	DP	M		CÂNCER DE LARINGE	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADA	114
115	0172151-34.2017.8.06.0001	DP	M		DOENÇA RENAL	MEDICAMENTO MIMPARA 30MG	APOSENTADA	115
116	0174171-95.2017.8.06.0001	DP	H		MEMBRANA	MEDICAMENTO LUCENTIS	APOSENTADO	116

0140618-57.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 372.923,72
0140682-67.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 19.420,00
0143070-40.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.920,00
0144252-61.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 614,62
0145151-59.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 352,93
0145729-22.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0148954-50.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 5.000,00
0134469-45.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 11.804,40
0152718-44.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.740,00
0153293-52.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0153640-85.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 10.000,00
0134877-36.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 22.337,04
0154310-26.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	NÃO	R\$ 10.000,00
0157132-85.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 13.497,00
0158059-51.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 26.994,00
0158085-49.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.143,90
0158770-56.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.170,00
0158853-72.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 26.994,00
0159065-93.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.286,00
0160350-24.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.263,24
0160906-26.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0161348-89.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 170,00
0161822-60.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 139,00
0162603-82.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 11.100,00
0163457-76.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 5.216,40
0163529-63.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.190,40
0163826-70.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.500,40
0164528-16.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 14.256,00
0165072-04.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 800,00
0166254-25.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 46.686,92
0167031-10.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.069,00
0167413-03.2017	NÃO INFORMADO	SIM	SIM	R\$ 3.457,92
0167653-89.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 10.000,00
0167843-52.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 41.911,40
0169303-74.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 26.994,00
0170934-53.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 23.880,00
0171972-03.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 19.821,60
0172151-34.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 8.664,00
0174171-95.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00

117	0176104-06.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADO	117
118	0176341-40.2017.8.06.0001	DP	H		DONÇA ARTERIAL	MEDICAMENTO XARELTO	APOSENTADO	118
119	0176383-89.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERACÃO MACULAR	MEDICAMENTO	APOSENTADO	119
120	0177226-54.2017.8.06.0001	DP	M		INSÔNIA RANCOS	EXAME POLISSONOGRRAFIA	APOSENTADA	120
121	0178027-67.2017.8.06.0001	DP	M		É SEQUELADA DE AVC	MEDICAMENTO XARELTO FRA	APOSENTADA	121
122	0178088-25.2017.8.06.0001	DP	M		ARRITMIA CRADIACA	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADO	122
123	0178424-29.2017.8.06.0001	DP	M		ALTERAÇÕES RETINIANAS	VITRECTOMIA POSTRIOR	APOSENTADA	123
124	0179072-09.2017.8.06.0001	DP	H		RETINOPATIA DIABÉTICA	MEDICAMENTO	PENSIONISTA	124
125	0179595-21.2017.8.06.0001	DP	H		CIRURGIA ONCOLÓGICA	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	SERVIÇOS GERAL	125
126	0180869-20.2017.8.06.0001	DP	M		DOEÇA DE PARKINSON	MEDICAMENTO CARBIDOPA	DO LAR	126
127	0183370-44.2017.8.06.0001	DP	H		GLAUCOMA PRIMÁRIO	MEDICAMENTO	APOSENTADO	127
128	0183405-04.2017.8.06.0001	DP	H		GASTROENTERITE	MATERIAL TROCA DO APAREL	APOSENTADO	128
129	0184066-80.2017.8.06.0001	DP	M		GONARTROSE BILATERAL	UTI	APOSENTADA	129
130	0184326-60.2017.8.06.0001	AD	M		GALVUS MET	MEDICAMENTO	AGRICULTORA	130
131	0184465-12.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	EXAME	PUBLICO	131
132	0184742-28.2017.8.06.0001	DP	H		HIPOGLICEMIA	MEDICAMENTO DIAZÓXIDO 50	APOSENTADO	132
133	0185810-13.2017.8.06.0001	DP	M		DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO	APOSENTADA	133
134	0186267-45.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERACÃO MACULAR	MEDICAMENTO INJEÇÃO	APOSENTADO	134
135	0187000-11.2017.8.06.0001	DP	M		ENCEFALOPATIA HEPÁTICA	MEDICAMENTO HERPA MEZ	APOSENTADO	135
136	0187161-21.2017.8.06.0001	DP	H		NEOPLASIA MUCINOSA	CIRURGIA	APOSENTADO	136
137	0187380-34.2017.8.06.0001	DP	H		DEGENERACÃO MACULAR	MEDICAMENTO	APOSENTADO	137
138	0188855-25.2017.8.06.0001	DP	M		SERVIÇO CATETERISMO	UTI	APOSENTADA	138
139	0189053-62.2017.8.06.0001	DP	H		CATARATA	CIRURGIA RETINA E CATARAT	APOSENTADO	139
140	0048010-40.2017.8.06.0001	PGJ	H		FRATURA DO FÉMUR	UTI	APOSENTADO	140
141	0189796-72.2017.8.06.0001	DP	M		CATARATA	CIRURGIA DE RETINA E CATAR	DESEMPREG.	141
142	0189844-31.2017.8.06.0001	DP	H		FRATURA DE COLO	UTI	DESEMPREG.	142
143	0190222-84.2017.8.06.0001	DP	H		CARDIOPATA	UTI	APOSENTADO	143
144	0190406-40.2017.8.06.0001	DP	M		BEXIGA NEUROGÊNICA	MEDICAMENTO	APOSENTADA	144
145	0190822-08.2017.8.06.0001	DP	H		RENAL CRONICA	MEDICAMENTO MIMPARA 30M	APOSENTADO	145
146	0191255-12.2017.8.06.0001	DP	M		DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO INJEÇÃO	PUBLICA	146
147	0191298-46.2017.8.06.0001	DP	M		RENAL CRONICA	MEDICAMENTO	PENSIONISTA	147
148	0191870-02.2017.8.06.0001	DP	H		ESTENOSE AÓRTICA	MEDICAMENTO	APOSENTADO	148
149	0192050-18.2017.8.06.0001	AD	H		DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO	APOSENTADA	149
150	0193370-06.2017.8.06.0001	AD	H		RENAL CRONICA	UTI	AUXILIAR ADMIN	150
151	0193423-84.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	CONSULTA ESPECIALIZADA	DO LAR	151
152	0195890-36.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	UTI	DESEMPREG.	152
153	0150304-73.2017.8.06.0001	DP	H		ALTERAÇÃO NA FALA	UTI	APOSENTADO	153
154	0172121-96.2017.8.06.0001	DP	M		ALZHEIMER	SUPLEMENTAÇÃO MATERIAL	APOSENTADA	154
155	0188841-41.2017.8.06.0001	AD	H		ACIDENTE VASCULAR	VAGA EM CTI CENTRO DE TER	APOSENTADO	155

0176104-06.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.640,00
0176341-40.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.927,86
0176383-89.2017	SIM	NÃO INFORMADO	NÃO	R\$ 13.497,00
0177226-54.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 600,00
0178027-67.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.744,84
0178088-25.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 27.000,00
0178424-29.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.400,00
0179072-09.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 26.994,00
0179595-21.2017	NÃO INFORMADO	SIM	SIM	R\$ 8.502,48
0180869-20.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 3.404,15
0183370-44.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 1.763,88
0183405-04.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 9.950,00
0184066-80.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.388,30
0184326-60.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	NÃO	R\$ 4.381,20
0184465-12.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 10.000,00
0184742-28.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.161,36
0185810-13.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 3.336,00
0186267-45.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 8.023,80
0187000-11.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 7.366,68
0187161-21.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 16.870,00
0187380-34.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 13.497,00
0188855-25.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 50.040,00
0189053-62.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.705,67
0048010-40.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 139,00
0189796-72.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 643,00
0189844-31.2017	SIM	NÃO INFORMADO	NÃO	R\$ 139,00
0190222-84.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 139,00
0190406-40.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 5.599,44
0190822-08.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 8.674,80
0191255-12.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 6.575,88
0191298-46.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 17.349,60
0191870-02.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 22.515,37
0192050-18.2017	NÃO INFORMADO	SIM	SIM	R\$ 271.286,00
0193370-06.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	NÃO	R\$ 5.000,00
0193423-84.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 5.000,00
0195890-36.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 139,00
0150304-73.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 139,00
0172121-96.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 132,30
0188841-41.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 14.361,60

156	0108848-46.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	156
157	0109004-34.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	157
158	0113517-45.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	158
159	0113721-89.2017.8.06.0001	DP	M		MEMBRANA	UTI	APOSENTADA	159
160	0116730-59.2017.8.06.0001	DP	M		MEMBRANA	UTI	APOSENTADA	160
161	0124510-50.2017.8.06.0001	DP	H		MEMBRANA	UTI	APOSENTADO	161
162	0124510-50.2017.8.06.0001	DP	H		MEMBRANA	UTI	APOSENTADO	162
163	0134675-59.2017.8.06.0001	DP	H		DOENÇA ALZHEIMER	MEDICAMENTO	APOSENTADO	163
164	0136586-09.2017.8.06.0001	DP	M		DEGENERAÇÃO MACULAR	UTI	APOSENTADA	164
165	0138554-74.2017.8.06.0001	DP	M		ENCEFALOPATIA HEPÁTICA	MEDICAMENTO	APOSENTADA	165
166	0138700-18.2017.8.06.0001	DP	H		PARADA CARDIORRESPIRA	UTI	APOSENTADO	166
167	0139751-64.2017.8.06.0001	DP	M		CÂNCER DE ESÓFAGO	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	APOSENTADO	167
168	0139733-43.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	APOSENTADO	168
169	0141830-16.2017.8.06.0001	AD	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	169
170	0167009-49.2017.8.06.0001	DP	M		DOR TORÁCICA	UTI	DO LAR	170
171	0168559-79.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	DO LAR	171
172	0171698-39.2017.8.06.0001	DP	M		CIRURGIÃO VASCULAR	UTI	APOSENTADA	172
173	0175538-57.2017.8.06.0001	DP	H		CÂNCER DE ESÓFAGO	UTI	APOSENTADO	173
174	0178172-26.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	174
175	0180440-53.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	175
176	0188988-67.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	176
177	0192141-11.2017.8.06.0001	DP	M		DOENÇA PULMONAR	UTI	APOSENTADA	177
178	0194953-26.2017.8.06.0001	DP	M		LINFOMA GRANDE	UTI	DESEMPREG.	178
179	0101593-37.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	179
180	0117629-57.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	MEDICAMENTO UTI	PUBLICA	180
181	0120067-56.2017.8.06.0001	DP	M		TAMANHO	FRALDAS MEDICAÇÃO	DO LAR	181
182	0122464-88.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	182
183	0127033-35.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	183
184	0127617-05.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADO	184
185	0130115-74.2017.8.06.0001	DP	H		DIAGNOSTICO DE HEMORR	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	APOSENTADO	185
186	0134654-83.2017.8.06.0001	DP	H		CIRURGIA VASCULAR	UTI	APOSENTADO	186
187	0136570-55.2017.8.06.0001	DP	M		CIRURGIA ONCOLÓGICA	UTI	APOSENTADA	187
188	0137760-53.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	UTI	APOSENTADA	188
189	0138965-20.2017.8.06.0001	AD	M		SEPSE E AVC	UTI	CONTADOR	189
190	0139441-58.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	UTI	APOSENTADA	190
191	0143908-80.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	PENSIONISTA	191
192	0156288-38.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	192
193	0156688-52.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADA	193
194	0163028-12.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	UTI	DO LAR	194

0108848-46.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0109004-34.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0113517-45.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0113721-89.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0116730-59.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0124510-50.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0124510-50.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0128192-13.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 6.399,00
0136586-09.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0138554-74.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 10.000,00
0138700-18.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0139751-64.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 30.326,40
0139733-43.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 67.054,68
0141830-16.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0167009-49.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0168559-79.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0171698-39.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0175538-57.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0178172-26.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0180440-53.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 508,63
0188988-67.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0192141-11.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0194953-26.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0101593-37.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0117629-57.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 50.040,00
0120067-56.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 5.142,85
0122464-88.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0127033-35.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0127617-05.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 22.534,56
0130115-74.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 22.938,19
0134654-83.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0136570-55.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0137760-53.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0138965-20.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	NÃO	R\$ 20.000,00
0139441-58.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0143908-80.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0156288-38.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0156688-52.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 70.392,00
0163028-12.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80

195	0166200-59.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	DO LAR	195
196	0169755-84.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	196
197	0177181-50.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	197
198	0182916-64.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	OPERARIA	198
199	0194388-62.2017.8.06.0001	DP	M		HEMORRAGIA	UTI	APOSENTADA	199
200	0100811-30.2017.8.06.0001	AD	H		HEMORRAGIA	MEDICAMENTO	ESTUDANTE	200
201	0105131-26.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	201
202	0111111-51.2017.8.06.0001	DP	M		DERRAME PLEURAL	UTI	APOSENTADA	202
203	0115695-64.2017.8.06.0001	DP	M		CRONICA DIALÍTICA	UTI	APOSENTADA	203
204	0116312-24.2017.8.06.0001	DP	M		CRONICA DIALÍTICA	UTI	APOSENTADA	204
205	0119244-82.2017.8.06.0001	DP	H		SÍNDROME FEBRIL	UTI	APOSENTADO	205
206	0122423-24.2017.8.06.0001	DP	M		SÍNDROME FEBRIL	UTI	PENSIONISTA	206
207	0128737-83.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	UTI	APOSENTADO	207
208	0128737-83.2017.8.06.0001	AD	H		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADO	208
209	0134263-31.2017.8.06.0001	DP	M		DEMÊNCIA DE ALZHEIMER	MEDICAMENTO	APOSENTADA	209
210	0137319-72.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADO	210
211	0138710-62.2017.8.06.0001	DP	M		ALHEMER	FRALDAS MEDICAÇÃO	APOSENTADA	211
212	0149818-88.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO FORTEO	APOSENTADA	212
213	0151889-63.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	UTI	APOSENTADO	213
214	0152539-13.2017.8.06.0001	DP	H		CÂNCER DE ESOFACO	MEDICAMENTO	APOSENTADO	214
215	0156654-77.2017.8.06.0001	DP	H		CÂNCER DE ESOFACO	UTI	APOSENTADO	215
216	0159635-79.2017.8.06.0001	DP	M		CIRURGIA ONCOLÓGICA	UTI	APOSENTADA	216
217	0161728-15.2017.8.06.0001	DP	M		DOEÇAGRAVE	UTI	APOSENTADA	217
218	0161736-89.2017.8.06.0001	AD	H		OSTEOPOROSE	UTI	APOSENTADO	218
219	0162283-32.2017.8.06.0001	DP	H		INTUBADO VENTILAÇÃO	UTI	APOSENTADO	219
220	0169325-35.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	220
221	0169587-82.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	221
222	0170765-66.2017.8.06.0001	AD	H		CÂNCER DE ESOFACO	MEDICAMENTO	APOSENTADO	222
223	0171568-49.2017.8.06.0001	AD	H		DOENÇA GRAVE	MEDICAMENTO	APOSENTADO	223
224	0171764-19.2017.8.06.0001	DP	H		DEMENCIA AVANÇADA	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	APOSENTADO	224
225	0173203-65.2017.8.06.0001	AD	H		DEMENCIA ALZHEIMER	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	APOSENTADA	225
226	0174953-05.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	ELETRICISTA	226
227	0178482-32.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	MEDICAMENTO	APOSENTADA	227
228	0178511-82.2017.8.06.0001	DP	H		DIABETES MELLITUS	UTI	APOSENTADO	228
229	0180402-41.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	229
230	0182906-20.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	DO LAR	230
231	0185041-05.2017.8.06.0001	AD	M		AVC CEREBROL	UTI	APOSENTADO	231
232	0189274-45.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	232
233	0191927-20.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	233

0166200-59.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0169755-84.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0177181-50.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0182916-64.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0194388-62.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0100811-30.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 3.950,00
0105131-26.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0111111-51.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0115695-64.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 183.106,80
0116312-24.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0119244-82.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 183.106,80
0122423-24.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0128737-83.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0128737-83.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 12.960,00
0134263-31.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 63.136,20
0137319-72.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 183.106,80
0138710-62.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 6.426,00
0149818-88.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 72.028,80
0151889-63.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0152539-13.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 25.488,00
0156654-77.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0159635-79.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.170,00
0161728-15.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0161736-89.2017	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	NÃO	R\$ 185.649,95
0162283-32.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 15.258,90
0169325-35.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 6.610,17
0169587-82.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.170,00
0170765-66.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 11.000,00
0171568-49.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 20.000,00
0171764-19.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 24.637,32
0173203-65.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 90.900,00
0174953-05.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0178482-32.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 3.217,32
0178511-82.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 183.106,80
0180402-41.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0182906-20.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0185041-05.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0189274-45.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90
0191927-20.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.258,90

234	0192342-03.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	234
235	0101834-11.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	235
236	0103866-86.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	AGRICULTORA	236
237	0104967-61.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	CIRURGIA ARTROPLASTIA	SERVIDORA	237
238	0106896-32.2017.8.06.0001	DP	H		CANCER DE PROSTATA	CADEIRA IMPLANTE DE ESFIN	APOSENTADO	238
239	0109657-36.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	CIRURCIA ARTROPLASTIA	AGRICULTORA	239
240	0135836-07.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	FRALDAS MEDICAÇÃO	AGRICULTORA	240
241	0137347-40.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	241
242	0137475-60.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADO	242
243	0137507-65.2017.8.06.0001	DP	H		OSTEOPOROSE	UTI	APOSENTADO	243
244	0140356-10.2017.8.06.0001	DP	M		INSUFICIECIA VENOSA	UTI	APOSENTADA	244
245	0141004-87.2017.8.06.0001	DP	M		NECROSE UMIDA	VAGA EM LEITO	APOSENTADO	245
246	0141053-31.2017.8.06.0001	DP	M		NECROSE UMIDA	VAGA EM LEITO	DESEMPREG.	246
247	0141471-66.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	UTI	DESEMPREG.	247
248	0141478-58.2017.8.06.0001	AD	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	248
249	0141610-18.2017.8.06.0001	DP	H		NEOPLASIA MALIGNA	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADO	249
250	0141653-52.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTES VASCULARES	CADEIRA DE RODES	APOSENTADO	250
251	0143076-47.2017.8.06.0001	DP	H		DOENÇA ARTERIAL	EXAME RESSONÂNCIA MAGNE	APOSENTADO	251
252	0143360-92.2017.8.06.0001	DP	M		PREVIO AVC	TRANSFERENCIA	APOSENTADA	252
253	0143783-15.2017.8.06.0001	DP	H		OTITE EXTERNA MALIGNA	OXIGENOTERAPIA HIPERBARI	APOSENTADO	253
254	0146038-43.2017.8.06.0001	DP	H		ACIDENTE VASCULAR	TRANSFERENCIA	APOSENTADO	254
255	0147125-34.2017.8.06.0001	DP	M		NEOPLASIA MALIGNA	TRANSFERENCIA PARA LEITO	APOSENTADA	255
256	0147165-16.2017.8.06.0001	DP	H		CANCER DE BORDA	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	DESEMPREG.	256
257	0147406-87.2017.8.06.0001	DP	H		HIPERTROFIA DE PROSTA	CIRURGIA DE RESSECÇÃO	APOSENTADO	257
258	0147688-28.2017.8.06.0001	DP	M		DONÇA ARTERIAL	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	APOSENTADA	258
259	0148188-94.2017.8.06.0001	DP	H		DOENÇA MACULAR	MEDICAMENTO	APOSENTADO	259
260	0150015-43.2017.8.06.0001	DP	M		ACIDENTE VASCULAR	UTI	APOSENTADA	260
261	0150289-07.2017.8.06.0001	DP	H		OCLUSÃO DE VEIA	MEDICAMENTO	APOSENTADO	261
262	0150642-47.2017.8.06.0001	DP	M		DOENÇA DE CANCER	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	APOSENTADA	262
263	0153119-43.2017.8.06.0001	DP	M		CHOQUE SEPTICO	CAMA HOSPITALAR ALIMENTA	APOSENTADA	263
264	0153615-72.2017.8.06.0001	DP	M		SINDROME DEMANCIAL	CADEIRA DE RODES	APOSENTADA	264
265	0109758-73.2017.8.06.0001	DP	M		DEMENCIA	INSUMOS	APOSENTADA	265
266	0110766-85.2017.8.06.0001	DP	M		EDEMA DA MÁCULA	MEDICAMENTO	DO LAR	266
267	0111166-02.2017.8.06.0001	DP	M		EDEMA DA MÁCULA	MEDICAMENTO	APOSENTADA	267
268	0116319-16.2017.8.06.0001	DP	H		PSA TOTAL	EXAMES	AGRICULTOR	268
269	0117972-53.2017.8.06.0001	DP	M		RETINOPATIAS	MEDICAMENTO	APOSENTADA	269
270	0119617-16.2017.8.06.0001	DP	M		OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	DO LAR	270
271	0119697-77.2017.8.06.0001	DP	M		DIABETE	FRALDAS	APOSENTADA	271
272	0119982-70.2017.8.06.0001	DP	M		AVC	TRANSF. UTI	APOSENTADA	272

0192342-03.2017	SIM	SIM	NÃO	R\$ 4.127,05
0101834-11.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.170,00
0103866-86.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 15.500,40
0104967-61.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 27.000,00
0106896-32.2017	NÃO INFORMADO	SIM	SIM	R\$ 29.000,00
0109657-36.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 1.602,18
0135836-07.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 7.652,81
0137347-40.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 5.000,00
0137475-60.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 5.000,00
0137507-65.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.835,92
0140356-10.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 480,00
0141004-87.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 139,00
0141053-31.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 139,00
0141471-66.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 11.579,65
0141478-58.2017	SIM	NÃO INFORMADO	SIM	R\$ 10.000,00
0141610-18.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 35.424,40
0141653-52.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 2.487,20
0143076-47.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 361,25
0143360-92.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 50.040,00
0143783-15.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 5.540,00
0146038-43.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 50.040,00
0147125-34.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.170,00
0147165-16.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 29.111,40
0147406-87.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 594,68
0147688-28.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 24.310,80
0148188-94.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0150015-43.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 20.446,80
0150289-07.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0150642-47.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 25.308,84
0153119-43.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 21.969,52
0153615-72.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 399,99
0109758-73.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 8.552,22
0110766-85.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 26.994,00
0111166-02.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0116319-16.2017	NÃO INFORMADO	NÃO	SIM	R\$ 97,00
0117972-53.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 13.497,00
0119617-16.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 197.425,00
0119697-77.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 43.182,00
0119982-70.2017	SIM	SIM	SIM	R\$ 4.170,00

273	0123684-24.2017.8.06.000	PART.	M	DIABETE	MEDICAMENTO	APOSENTADA	273
274	0123783-91.2017.8.06.000	DP	M	RETINOPATIAS	MEDICAMENTO	PENSIONISTA	274
275	0125721-24.2017.8.06.000	DP	M	INS.HEMODINAMICA	TRANSF. UTI	PENSIONISTA	275
276	0127769-80.2017.8.06.000	DP	M	PARKINSON	MEDICAMENTO	APOSENTADA	276
277	0125836-45.2017.8.06.000	DP	M	AVC	ALIMENTAÇÃO	APOSENTADA	277
278	0125966-35.2017.8.06.000	DP	H	RETINOPATIAS	CIRURGIA	TAXISTA	278
279	0125974-12.2017.8.06.000	DP	M	RETINOPATIAS	ALIMENTAÇÃO	DO LAR	279
280	0126222-75.2017.8.06.000	DP	M	AVC	ALIMENTAÇÃO	PENSIONISTA	280
281	0126766-63.2017.8.06.000	DP	H	ESCLEROSE	INSUMOS	APOSENTADO	281
282	0126928-58.2017.8.06.000	PART.	M	RETINOPATIAS	TRATAMENTO	DO LAR	282
283	0127756-54.2017.8.06.000	PART.	M	ARTROSE	CIRURGIA	SERVIDORA	283
284	0128650-30.2017.8.06.000	DP	M	ALZHEIMER	ALIMENTAÇÃO	DO LAR	284
285	0130531-42.2017.8.06.000	DP	H	JOELHO	CIRURGIA	APOSENTADO	285
286	0131524-85.2017.8.06.000	DP	H	DIVERTICULITE	TRANSF. UTI	AUTONOMO	286
287	0131545-61.2017.8.06.000	DP	M	AVC	MEDICAMENTO	APOSENTADA	287
288	0133475-17.2017.8.06.000	DP	M	NEOPLAS. DE ESOF.	INSUMOS	APOSENTADA	288
289	0133853-70.2017.8.06.000	DP	M	GLICEMIA	INSUMOS	PEDAGOGA	289
290	0134469-45.2017.8.06.000	DP	M	ALZHEIMER	INSUMOS	APOSENTADA	290
291	0153932-70.2017.8.06.000	DP	M	HIPERTENSÃO ARTERIAL	SUPLEMENTAÇÃO MATERIA	APOSENTADO	291
292	0156708-43.2017.8.06.000	DP	H	DIABETES MELLITUS	UTI	APOSENTADO	292
293	0157439-39.2017.8.06.000	DP	H	HIPERTENSA	CIRURGIA DE CATARATA	PENSIONISTA	293
294	0158237-97.2017.8.06.000	DP	M	OSTEOPOROSE	MEDICAMENTO	APOSENTADA	294
295	0158844-13.2017.8.06.000	DP	H	DIABETES MELLITUS	MEDICAMENTO	APOSENTADO	295
296	0158888-32.2017.8.06.000	DP	H	DIABETES MELLITUS	TRANSFERENCIA PARA LEI	APOSENTADO	296
297	0158910-90.2017.8.06.000	DP	H	DEMENCIA	MEDICAMENTOS MATERIAL	APOSENTADO	297
298	0158964-56.2017.8.06.000	DP	M	DOENÇA PULMONAR	ALIMENTAÇÃO	APOSENTADA	298
299	0158982-77.2017.8.06.000	DP	H	SINDROMEDEMENCIAL	MEDICAMENTO	APOSENTADO	299
300	0159350-86.2017.8.06.000	DP	H	EPILEPSIA	MEDICAMENTO	COMERCIÁRIO	300
301	0159359-48.2017.8.06.000	DP	H	DEMENCIA SENIL	ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA	APOSENTADO	301
302	0163446-47.2017.8.06.000	DP	H	DESNUTRIÇÃO PROTEICA	ALIMENTAÇÃO	APOSENTADO	302
		TOTAL=22A	TOTAL= 160M		TOTAL= 105 UTI	TOTAL= 137 APOS.	
		280 DP	TOTAL= 142H		TOTAL= 99 MEDICAMENTO	TOTAL=17 PENS.	

ANEXOS

ANEXO A – Quantidade de processos da saúde do idoso, nos anos de 2017 e 2018.

- 2017**

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 04/04/2019 - 17:28:34
Página: 1 de 27

Parâmetros do relatório:

Listar os incidentes, ações incidentais, recursos e execuções de sentenças

Foro:

Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua

Vara(s):

48 - 2ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 49 - 1ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 50 - 3ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 51 - 4ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 108 - 5ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 109 - 6ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 110 - 7ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 120 - 8ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 121 - 9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 234 - 10ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 235 - 11ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 236 - 12ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 237 - 13ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 238 - 14ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 239 - 15ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)

Distribuído entre:

01/01/2017 a 31/12/2017

Distribuído

Redistribuído

Estatuto do idoso (Sim)

Polo:

Todos

Processos:

Físicos, digitais

Ordenação: Vara(ascendente)

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 04/04/2019 - 17:28:34
Página: 27 de 27

Processo	Segredo	Classe	Vara	Situação
0188184-02.2017.8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em grau de recurso
0192211-28.2017.8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em grau de recurso

Total de processos: 771

- 2018

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 04/04/2019 - 17:38:00
Página: 1 de 76

Parâmetros do relatório:

Listar os incidentes, ações incidentais, recursos e execuções de sentenças

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
 Vara(s): 48 - 2ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 49 - 1ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 50 - 3ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 51 - 4ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 108 - 5ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 109 - 6ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 110 - 7ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 120 - 8ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 121 - 9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 234 - 10ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 235 - 11ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 236 - 12ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 237 - 13ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 238 - 14ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 239 - 15ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)
 Distribuído entre: 01/01/2018 a 31/12/2018
 Distribuído: Redistribuído
 Estatuto do idoso (Sim)
 Polo: Todos
 Processos: Físicos, digitais
 Ordenação: Situação(ascendente)

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 04/04/2019 - 17:38:01
Página: 76 de 76

Processo	Segredo	Classe	Vara	Situação
0107702-33.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0108861-11.2018. 8.06.0001	N	Procedimento do Juizado Especial Cível	11ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0111849-05.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0116449-69.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0116471-30.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0117204-93.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	15ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0119582-22.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0120345-23.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0123868-43.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão
0125497-52.2018. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Suspensão

Total de processos: 2249

ANEXO B – Quantidade de processos da saúde do segmento não idoso, nos anos de 2017 e 2018.

• 2017

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 23/05/2019 - 10:16:46
Página: 1 de 6

Parâmetros do relatório:

Listar os incidentes, ações incidentais, recursos e execuções de sentenças

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
 Vara(s): 48 - 2ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 49 - 1ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 50 - 3ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 51 - 4ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 108 - 5ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 109 - 6ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 110 - 7ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 120 - 8ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 121 - 9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 234 - 10ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 235 - 11ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 236 - 12ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 237 - 13ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 238 - 14ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 239 - 15ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)

Situação(ões) do processo: T - Em andamento
 Distribuído entre: 01/01/2017 a 31/12/2017
 Distribuído: Redistribuído
 Estatuto do idoso (Não)
 Polo: Todos
 Processos: Físicos, digitais
 Ordenação: Vara(ascendente)

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 23/05/2019 - 10:16:46
Página: 6 de 6

Processo	Segredo	Classe	Vara	Situação
0142778-55.2017.8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0150714-34.2017.8.06.0001	N	Ação Civil Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0180014-41.2017.8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0182054-93.2017.8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0183601-71.2017.8.06.0001/01	N	Cumprimento de Sentença contra a Fazenda Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0183601-71.2017.8.06.0001/02	N	Cumprimento de Sentença contra a Fazenda Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento

Total de processos: 145

• 2018

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 23/05/2019 - 10:19:26
Página: 1 de 22

Parâmetros do relatório:

Listar os incidentes, ações incidentais, recursos e execuções de sentenças

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
 Vara(s): 48 - 2ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 49 - 1ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 50 - 3ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 51 - 4ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 108 - 5ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 109 - 6ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 110 - 7ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 120 - 8ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 121 - 9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 234 - 10ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 235 - 11ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 236 - 12ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 237 - 13ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 238 - 14ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I), 239 - 15ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)

Situação(ões) do processo: T - Em andamento
 Distribuído entre: 01/01/2018 a 31/12/2018
 Distribuído: Redistribuído
 Estatuto do idoso (Não)
 Polo: Todos
 Processos: Físicos, digitais
 Ordenação: Vara(ascendente)

TJ/CE - COMARCA DE FORTALEZA
Consulta de Processos

Emitido em : 23/05/2019 - 10:19:26
Página: 22 de 22

Processo	Segredo	Classe	Vara	Situação
0002741-27.2007. 8.06.0001	N	Ação Civil Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0008238-85.2008. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0020184-54.2008. 8.06.0001/01	N	Cumprimento de Sentença contra a Fazenda Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0055759-60.2007. 8.06.0001/02	N	Cumprimento de Sentença contra a Fazenda Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0108465-20.2007. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0391796-08.2010. 8.06.0001/02	N	Cumprimento de Sentença contra a Fazenda Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0095472-71.2009. 8.06.0001	N	Procedimento Comum	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento
0010974-42.2009. 8.06.0001	N	Ação Civil Pública	9ª Vara da Fazenda Pública (SEJUD I)	Em andamento

Total de processos: 627