

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Aldilene Abreu de Azevedo

A efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde na 1ª instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

Aldilene Abreu de Azevedo

A efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde na 1ª instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vania Reis Girianelli.

Coorientador: Prof. Dr. Renato José Bonfatti.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: The effectiveness of the priority law for the elderly in judicial health demands in the 1st instance of the Court of Justice of the State of Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A994e Azevedo, Aldilene Abreu de.
 A efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas
 judiciais de saúde na 1ª instância do Tribunal de Justiça do Estado do
 Rio de Janeiro / Aldilene Abreu de Azevedo. -- 2021.
 102 f. : il. color. ; graf. ; tab.

 Orientadora: Vania Reis Girianelli.
 Coorientador: Renato José Bonfatti.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

 1. Direitos dos Idosos. 2. Idoso de 80 Anos ou mais. 3. Legislação.
 4. Judicialização da Saúde. 5. Direitos Humanos. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.6098153

Aldilene Abreu de Azevedo

A efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde na 1ª instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 04 de março de 2021.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr.^ª Miriam Ventura da Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva

Prof^ª. Dr.^ª Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof^ª. Dr.^ª Jeane Glaucia Tomazelli

Instituto Nacional de Câncer - Coordenação de Prevenção e Vigilância

Prof. Dr. Renato José Bonfatti (Coorientador)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof^ª. Dr.^ª Vania Reis Girianelli (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pela grande oportunidade de cursar este mestrado e por todo crescimento profissional e pessoal proporcionados nos últimos dois anos.

À professora Vania Reis Girianelli, desejo manifestar um especial agradecimento pelo seu apoio constante, orientação, ensinamentos, dedicação profissional, comprometimento, segurança e força que só uma verdadeira mestra e amiga poderia me oferecer!

Ao professor Renato José Bonfatti, que desde o começo me acolheu com tanto carinho e atenção. Muitíssimo obrigada por ter a honra de tê-lo em minha trajetória, o senhor sem dúvida é uma rara união de competência profissional, humildade e gentileza.

Aos meus pais, por serem minha fortaleza e inspiração. Agradeço-lhes o amor e carinho que tenho a oportunidade de receber, sem vocês nada seria possível.

Aos meus familiares e amigos, principalmente ao saudoso Anselmo Rotta, que comemorou comigo a conquista de entrar para o mestrado, sempre me lembrarei das suas palavras de alegria e amizade.

E finalmente, a pequena família que consegui construir, ao meu marido, Kleilton de Carvalho Araujo pela compreensão e paciência demonstrada durante todo esse período, principalmente o meu Bebê que sem dúvida é um anjinho que Deus colocou na minha vida.

O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico. ...

Gro Harlem Brundtland, Diretor-Geral, OMS, 1999

RESUMO

O crescimento progressivo da população idosa é um evento mundial. No Brasil esse processo tem ocorrido de forma mais acelerada, apesar das diferenças regionais, e o estado do Rio de Janeiro é o que apresenta maior proporção de idosos do país. Como consequência há um aumento na utilização dos serviços de saúde, bem como nas ações judiciais para garantir o direito à saúde, assegurado na Constituição. O estudo teve por objetivo avaliar a efetividade da Lei de prioridade dos idosos quanto às demandas judiciais de saúde na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro, RJ, Brasil. Foi realizado um estudo transversal descritivo dos processos referentes aos idosos distribuídos no período de 2018 a 2019. Os dados foram acessados no sítio eletrônico do tribunal buscando pelo nome da parte ré, sendo considerados dois planos de saúde com maior vigência no município do Rio de Janeiro, que tramitaram na competência Cível. A efetividade jurídica da lei foi avaliada considerando o pedido de prioridade e a decisão judicial. Já a efetividade social baseou-se na comparação do tempo de tramitação dos processos entre as pessoas ≥ 80 anos com os demais idosos, e entre os idosos (≥ 60 anos) com os adultos maduros (40 a 59 anos). Um total de 1.040 processos foi identificado, mas apenas 240 elegíveis (23,0%). O serviço de internação domiciliar foi à principal demanda (26,3%), em particular para os idosos com 80 anos ou mais (54,7%). A efetividade jurídica da lei de prioridade para faixa etária de 60 a 79 anos foi 86,0% e 97,3% para os demais idosos (prioridade especial), aumentando para 90,1% e 98,7%, respectivamente, quando o juiz agiu de ofício. A efetividade social, no entanto, não ocorreu, pois, o tempo de tramitação do processo foi menor para os adultos maduros do que para as pessoas idosas ($p=0,020$) e não houve diferença estatisticamente significativa em os idosos com 80 anos ou mais e demais idosos ($p=0,400$). O acompanhamento da repercussão dessa lei na sociedade é fundamental, pois o idoso se encontra em uma fase da vida em que a questão temporal é essencial, em particular quando a demanda está relacionada à saúde.

Palavras-Chave: Direitos dos Idosos. Idoso de 80 anos ou mais. Legislação. Judicialização da Saúde. Direitos Humanos.

ABSTRACT

The progressive growth of the elderly population is a worldwide event. In Brazil, this process has occurred more rapidly, despite regional differences, and the state of Rio de Janeiro has the highest proportion of elderly people in the country. As consequence, there is an increase in the use of health services, as well as in legal actions to guarantee the right to health, guaranteed in the Constitution. The study aimed to evaluate the effectiveness of the Law on the priority of the elderly regarding the judicial health demands in the 1st. Instance of the Court of Justice of the State of Rio Janeiro, RJ, Brazil. A cross-sectional descriptive study of the processes related to the elderly distributed in the period from 2018 to 2019 was carried out. The data were accessed on the court's website searching for the name of the defendant, and two health plans with greater validity in the municipality of Rio de Janeiro were considered, which were processed in the Civil jurisdiction. The legal effectiveness of the law was assessed considering the priority request and the court decision. Social effectiveness, on the other hand, was based on comparing the time taken to process cases between people aged ≥ 80 years with other elderly people, and between elderly people (≥ 60 years old) and mature adults (40 to 59 years old). A total of 1,040 processes was identified, but only 240 eligible (23.0%). The home care service was the main demand (26.3%), particularly for the elderly aged 80 and over (54.7%). The legal effectiveness of the priority law for the age group from 60 to 79 years old was 86.0% and 97.3% for the other elderly (special priority), increasing to 90.1% and 98.7%, respectively, when the judge took offense. Social effectiveness, however, did not occur, because the processing time of the process was shorter for mature adults than for elderly people ($p = 0.020$) and there was no statistically significant difference in the elderly aged 80 and over and other elderly ($p = 0.400$). Monitoring the repercussion of this law in society is essential, as the elderly are in a phase of life in which the temporal issue is essential, particularly when the demand is related to health.

Keywords: Aged Rights. Aged, 80 and Over. Legislation. Health's Judicialization. Human Rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Manchete do Jornal do Commercio em 04 de agosto de 1960.....	21
Figura 2. Pirâmide demográfica do Rio de Janeiro e Brasil em 2010 e 2060.....	24
Figura 3. Diagrama do procedimento para identificação dos processos judiciais relacionados à saúde dos adultos maduros e pessoas idosas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019.....	60
Figura 4. Curvas de tempo entre a distribuição do processo e a decisão judicial por grupo etário na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2018 – 2019.....	70
Figura 5. Curvas de tempo entre a decisão judicial e a publicação por grupo etário na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2018 – 2019.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos réus por grupo etário dos autores nos processos ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019.....	61
Tabela 2. Distribuição das características sociodemográficas por grupo etário dos autores dos processos ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019.....	62
Tabela 3. Distribuição das varas dos processos por grupo etário dos autores ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019 (continua).....	63
Tabela 3. Distribuição das varas dos processos por grupo etário dos autores ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019 (conclusão).....	64
Tabela 4. Distribuição das características dos processos por grupo etário dos autores ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019.....	65
Tabela 5. Distribuição das decisões das liminares por grupo etário ajuizadas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019.....	66
Tabela 6. Distribuição das demandas de saúde por grupo etário dos autores ajuizadas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019.....	67
Tabela 7. Distribuição das demandas de saúde por desfecho processual ajuizadas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019.....	68
Tabela 8. Distribuição das demandas de saúde referentes à solicitação de medicações e seus respectivos desfechos processuais na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, ajuizados no período de 2018 a 2019.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH- Atenção do Atendimento Pré Hospitalar

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

AMIPID - Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos idosos e pessoas com deficiência

ANG - Associação Nacional de Gerontologia

ANS - Agência Nacional de Saúde

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CBMERJ - Corpo de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro

CCJ - Constituição e Justiça e de Cidadania

CDC - Código de Defesa do Consumidor

CEPAL- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CIDH - Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CIDOSO - Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa

CNDI- Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ- Conselho Nacional de Saúde

CNM- Confederação Nacional de Municípios

COBAP- Confederação dos Aposentados e Pensionistas

CONTAG - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CONSU- Conselho de Saúde Suplementar

CPC- Código de Processo Civil

CRFB- Constituição da República Federativa do Brasil

DCNTs- Doenças não transmissíveis

DPRJ- Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

DPU- Defensoria Pública da União

DUDH- Declaração Universal dos Direitos Humanos

EC- Emenda Constitucional

ELSI- Estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

FENASAÚDE- Federação Nacional de Saúde Suplementar

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

GBM- Grupamentos de Bombeiros Militares

HIV- Human Immuno deficiency Virus

HUAP- Hospital Universitário Antônio Pedro

IDEA- Instituto de Direito Econômico Aplicado

IESS- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

MDH- Ministério dos Direitos Humanos

MMFDH- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

MOSAP- Movimento de Servidores Aposentados Pensionistas

MPRJ- Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

OCDC- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OEA- Organização dos Estados Americanos

OIT- Organização Internacional do Trabalho

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

PEC - Proposta de Emenda à Constituição

PROADESS- Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

REsp- Recurso Especial

[s.d.] - Sem Data

SBGG- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UN- United Nations

UNESA- Universidade Estácio de Sá

UNFPA- Fundo das Nações Unidas para a População

UVA- Universidade Veiga de Almeida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3. JUSTIFICATIVA.....	19
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	20
4.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E SEU IMPACTO NA SAÚDE E NAS AÇÕES JUDICIAIS.....	20
4.1.1 Envelhecimento da população.....	20
4.1.2 A magnitude da população idosa no Mundo e no Brasil.....	22
4.1.3 O impacto do envelhecimento na saúde.....	24
4.1.4 O impacto do envelhecimento nas ações judiciais.....	27
4.1.5 Vulnerabilidades da pessoa idosa.....	31
4.2 A LEGISLAÇÃO DA PESSOA IDOSA.....	34
4.2.1 Marcos Normativos Internacionais de proteção.....	34
4.2.2 Marcos Normativo Nacionais de proteção.....	39
4.3 A EFETIVIDADE.....	47
4.3.1 Conceitos sobre Efetividade.....	47
4.3.2 Efetividade no Direito.....	49
5. METODOLOGIA.....	53
5.1 TIPO DE PESQUISA	53
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	53
5.3 COLETA DE DADOS.....	53
5.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	54
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	56
7. RESULTADOS.....	57
8. DISCUSSÃO.....	72
9. CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	82

APRESENTAÇÃO

Comecei minha trajetória acadêmica, quando ingressei no curso de Enfermagem na Universidade Federal Fluminense e, quando estava no 4º período da graduação fui aprovada para acadêmica bolsista da Prefeitura do Município de Duque de Caxias, atuando no Centro Municipal de Duque de Caxias, no setor Saúde da Mulher e, posteriormente no Hospital Municipal Maternidade de Xerém, no berçário, alojamento conjunto e centro cirúrgico, onde permaneci até a conclusão do curso.

Imediatamente, após concluir minha graduação tive a oportunidade de atuar no Hospital Municipal Carlos Tortelly, em Niterói /RJ, inicialmente no setor de Trauma e, em seguida na Unidade de Terapia Intensiva, permanecendo nesse setor por quase 10 anos. Durante esse período também atuei em outras unidades hospitalares, como no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), na Unidade de Terapia Intensiva e na Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência (VOT), atuando no CTI Cardíaco Intensivo, entre outros.

E dentro dessa caminhada profissional, acabei sendo aprovada na seleção realizada pelo Corpo de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), para integrar como Enfermeira na linha de atenção do Atendimento Pré Hospitalar (APH), do Programa Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atuando como chefe de equipe da ambulância intermediária. Tive a oportunidade de ficar aquartelada em inúmeros Grupamentos de Bombeiros Militares (GBM), mas passando o maior período no 28º GBM- Méier. Após alguns anos recebi o convite para integrar a Central de Comando do SAMU, como integrante civil do controle da equipe de Atendimento Pré Hospitalar.

Apesar de estar no SAMU e trabalhar no CTI Municipal, recebi outro convite para atuar no Grupo Geriatric's com enfermeira da Clinic Care e, acabei trabalhando com idosos em quadros graves, subagudos ou em cuidados paliativos. Foi durante esse período que resolvi iniciar um curso de Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia, na Universidade Veiga de Almeida (UVA), apesar de ser um plano antigo, já pensado desde o primeiro emprego como enfermeira. O título da minha monografia foi à época “O perfil da Gerontologia no Brasil: Quadro Atual”, sendo o meu primeiro trabalho com o tema idoso.

Com o passar dos anos resolvi iniciar uma nova jornada acadêmica e ingressei no curso de Direito, na Universidade Estácio de Sá (UNESA), mas o tema idoso ainda me acompanhava, pois mais uma vez o escolhi para realização do Trabalho de Conclusão e Curso (TCC). Meu título foi “Uma Análise Jurídica sobre a Aplicabilidade do Estatuto do Idoso no Combate a

Violência”. Assim, depois de estar em posse da minha OAB dei início a um novo ciclo, agora como advogada, passando a atuar principalmente em demandas relacionadas aos idosos.

Meu primeiro curso de Pós-Graduação na minha nova profissão foi em Direito Público (Constitucional, Administrativo e Tributário). Depois, realizei outras especializações como em Direito Tributário, Previdenciário e Responsabilidade Fiscal, em Direito do Consumidor, em Direito Médico e Saúde, em Direito da Diversidade Sexual, Racial e Religiosa e, por fim, Direitos Humanos e Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), estando presente o tema idoso, direta ou indiretamente, em quase todos os TCCs.

Hoje cursando o Mestrado em Saúde Pública, na presente instituição e, realizando uma análise da minha trajetória acadêmica e profissional, pode-se evidenciar que o tema idoso sempre foi algo que sensibilizou a minha atuação, tanto como enfermeira quanto advogada. Diante disso, divido a minha vida em três fases: primeiro com enfermeira de pacientes graves e subagudos, que em sua grande maioria esmagadora eram idosos, depois como advogada atuando em demandas que sempre envolviam idosos e a minha atual fase que trata da união dessas duas profissões que tive o prazer de realizar, atuando na defesa dos idosos em relação às demandas de saúde.

Em virtude, disso se faz necessário analisar um ponto fundamental da defesa dos direitos dos idosos, trata-se da garantia da prioridade da tramitação de processos e procedimentos e na execução de atos e diligências judiciais. Atualmente, temos dois tipos de prioridades vigentes entre os idosos no sistema judiciário brasileiro, dos idosos de 60 a 79 anos (prioridade comum) e dos 80 anos ou mais (superprioridade).

Evidentemente, temos que questionar se esta prioridade tem efetividade, pois este contingente populacional precisa que esse direito consagrado seja devidamente aplicado, não só devido às fragilidades da saúde que decorrem do processo envelhecimento, mas por ser um direito conquistado de lutas para o reconhecimento da importância do ser idoso em nossa sociedade.

Nesse contexto, meu projeto expressa o meu interesse pelos idosos e tem como Tema “Prioridade dos idosos”, tendo como Objeto da Pesquisa “Efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas de saúde na 1ª instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro”. O projeto foi estruturado visando responder à questão “A lei de prioridade dos idosos em relação às demandas de saúde é aplicada na 1ª instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro?”

1 INTRODUÇÃO

O crescimento progressivo da população idosa é um evento mundial (IBGE, 2018). Além do aumento da expectativa de vida, particularmente nos países desenvolvidos, há uma tendência de redução da taxa de fecundidade total implicando numa maior proporção da população idosa (UN, 2019). Alguns países, como Brasil, China e Índia têm ocorrido um processo de transição demográfica mais acelerado (OMS, 2015).

No Brasil, a população idosa que era de 10,7 milhões em 1991, quase dobrou em 20 anos, correspondendo a mais de 20,5 milhões no último censo. Estima-se que a proporção de idosos no Brasil será de 29,4% da população em 2050 (SIMÕES, 2016). A transição demográfica brasileira, entretanto, apresenta certas peculiaridades e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento, trazendo mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, diferenciados entre os estados brasileiros (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Atualmente, os estados do Rio de Janeiro (19,3%) e do Rio Grande do Sul (19,0%) têm a maior proporção de idosos do país (IBGE, 2018).

O aumento da população idosa sempre foi tratado como um fato inegável, mas desde o início da pandemia já se encontra quem duvide da continuidade do envelhecimento populacional. Isto porque apesar do surto pandêmico afetar pessoas de todas as idades, são as idosas as mais vulneráveis a doença e as que enfrentam as mais altas taxas de letalidade. O número de idosos que foram a óbito vítimas da Covid-19 são altíssimos, estudos apontam que quando o Brasil ultrapassou 100 mil mortos 75% eram idosos (SBGG, 2020). Segundo Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento da Fiocruz (2020) no estado e município do Rio de Janeiro, três de cada quatro mortos pela Covid-19 são pessoas com 60 anos ou mais, esse fato se torna mais preocupante quando se verifica que houve um aumento no total de mortos entre os idosos, também envolvendo outras doenças. Porém, apesar de todo o contexto de incertezas vivenciado, existem posicionamentos que a pandemia não afetará as tendências do envelhecimento da população (ALVES, 2021), mas devido ao pouco tempo e complexidade da pandemia tais conclusões podem ser consideradas ainda prematuras (ROSA, 2020).

Contudo, apesar do quadro pandêmico que assola o mundo, o aumento da população idosa foi crescente nos últimos séculos, e esse crescimento é sem dúvida digno de muito orgulho, mas também é um motivo de grande preocupação, pois as desigualdades sociais cada vez mais são acentuadas no país. O Brasil, todavia, é um país relativamente jovem com cabelos brancos (VERAS, 1994), mas diferentemente dos países desenvolvidos que primeiramente se

tornaram nações ricas para depois ocorrer o envelhecimento de sua população, esse está se tornando velho antes de atingir o crescimento econômico adequado, dificultando possibilidade de dar condições dignas para as pessoas idosas, segundo relatório do Banco Mundial (2011).

A população idosa é mais acometida por doenças crônicas não transmissíveis, e também apresenta doenças que estão associadas às diversas comorbidades (IESS, 2016). Como consequência há um aumento na utilização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede privada, gerando intenso impacto nas despesas com saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A vulnerabilidade física, que decorre do processo natural de envelhecimento, leva os idosos a buscar mais atendimento e assistência à saúde do que os demais grupos etários. Apesar do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e outras legislações vigentes no país, muitos idosos não conseguem efetivar o direito à saúde, o que tem levado a um aumento de ações judiciais para garantir direitos a medicamentos, atendimentos e outras demandas, tanto no âmbito privado como no público (EFING, 2014).

O Brasil assinou a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 2015, que é o primeiro tratado internacional sobre os direitos humanos dos idosos. O documento, no entanto, ainda se encontra em processo de ratificação, que é um ato administrativo unilateral em que o Estado, pessoa jurídica de direito internacional público, convalida a assinatura previamente consignada na Convenção (RAMOS, 2018; MAZZUOLI, 2018). O país, contudo, acabou instituindo através de uma lei Ordinária (BRASIL, 2018b), 2018 como o Ano da Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa e também criou a Subcomissão Especial, para reformular e atualizar o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, a qual foi aprovada pelo Plenário da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CIDOSO) (BRASIL, 2018a).

Todavia, o país já havia se sensibilizado com o tema levando a sancionar uma lei que alterou os artigos 3º, 15 e 71 do Estatuto do Idoso, dando preferência especial aos idosos com 80 anos ou mais (BRASIL, 2017d). Apesar das legislações existentes garantirem os direitos fundamentais dos idosos, em particular dos idosos com 80 anos ou mais, nem sempre elas são efetivas, ou seja, são aplicadas como previstas.

A análise da dimensão de uma norma jurídica se baseia no estudo de alguns de seus aspectos, entre eles o estudo da efetividade. A efetividade, para alguns autores, é também conhecida como eficácia social, ou seja, trata-se do reconhecimento e cumprimento de normas pela sociedade, e desta forma, sendo materializado na vida social (BARROSO, 1994).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da Lei de prioridade dos idosos quanto à tramitação processual das demandas judiciais de saúde na Comarca da Capital na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as características dos idosos e suas demandas judiciais.
- b) Identificar os processos em que o advogado solicitou a prioridade para o idoso e para o idoso com 80 anos ou mais.
- c) Identificar as decisões judiciais que contemplaram a prioridade para o idoso e para os idosos com 80 anos ou mais.
- d) Comparar o tempo de tramitação dos processos dos idosos com 80 anos ou mais com os demais idosos e dos idosos com os adultos maduros.

3 JUSTIFICATIVA

A proteção dos idosos sempre foi um tema sensível à humanidade, principalmente pela sua vulnerabilidade física.

O aumento da expectativa de vida é uma conquista, mas traz grandes desafios em função do seu impacto em todos os aspectos da sociedade, principalmente na área da saúde.

No Brasil esta situação tem ainda maior relevância, porque o processo de envelhecimento da população tem ocorrido de forma acelerada e o Estado do Rio de Janeiro se destaca com o maior percentual de idosos do país.

A avaliação da efetividade da Lei de Prioridade dos Idosos nos processos judiciais que versam sobre o direito à saúde é fundamental para compreender a repercussão desta lei na coletividade.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na esfera jurídica, bem como dar maior visibilidade ao tema à sociedade, já que o crescimento da população idosa é fato incontroverso.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E SEU IMPACTO NA SAÚDE E NAS AÇÕES JUDICIAIS

Este capítulo aborda o conceito sobre envelhecimento e a transição demográfica vivenciada no mundo, e em particular no Brasil, resultando numa população mais idosa e o consequente impacto na saúde, levando a judicialização para garantir este direito fundamental; e discute a condição de vulnerabilidade deste segmento.

4.1.1 Envelhecimento da população

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como:

“[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPS, p. 30, tradução nossa).

Este conceito traz uma relação direta entre o processo de envelhecimento e o fim da vida. Apesar do processo de envelhecimento e da morte serem fenômenos inelutáveis, esses envolvem sentimentos distintos conforme os múltiplos aspectos da vida humana, sendo considerados eternos obstáculos a serem superados e não elementos que constituem a arte de viver (ZINN; GUTIERREZ, 2008).

O envelhecimento tem sido definido cronologicamente através da passagem do tempo, e de forma funcional, como as alterações nas capacidades físicas e mentais, mas existem diversas Teorias sobre o Envelhecimento que buscam fornecer um referencial para compreendê-lo a partir de diferentes perspectivas. Dentre elas as Teorias Biológicas, Teorias Fisiológicas, Teorias do Desenvolvimento, Teorias Sociológicas, Teorias Psicológicas e Teoria de Enfermagem (FIGUEIREDO; TONINI, 2006). Estas teorias apresentam diferentes conceitos para o envelhecimento, mas em última análise o trata como um processo natural, que envolve alterações no organismo, nas relações sociais e na capacidade de adaptação ao meio ambiente (SILVA, 2007).

Enquanto fenômeno biológico, o envelhecimento pode se apresentar em cada ser humano de modo singular. Ao considerar esse processo através da diminuição da capacidade de cada órgão, a velhice seria interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida.

Já que é vista como um processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, o idoso não necessariamente fica incapacitado quando envelhece, podendo viver bem e com qualidade (MARTINS *et al.*, 2007).

Neste caminho, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005, p.13) ao final dos anos 90, desenvolveu o conceito de envelhecimento ativo “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”, transmitindo uma ideia de maior abrangência do que o conceito de “envelhecimento saudável”, pois reconhecem que além da saúde, existem outros fatores que contribuem para o processo de envelhecimento. Este conceito difere da conexão direta entre envelhecimento e morte, pois o envelhecimento deve ser expresso com uma experiência positiva. Obviamente quando acompanhada dos suportes contínuos necessários para uma vida mais longa, sendo a morte não vista mais como o ponto final da existência humana, mas apenas como parte integrante do ciclo da vida.

Além das características biológicas e psicológicas individuais, diversos aspectos sociais, econômicos e ambientais, entre outros, interagem com a cultura em que o indivíduo está inserido (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Desta forma, a definição da idade para classificação da velhice pode variar de acordo com o momento histórico e social, que em última análise, se expressa na expectativa de vida da população. Em 1960, por exemplo, o Jornal do Commercio estampava em sua capa a manchete: “Ônibus entrou na casa humilde e foi apanhar a velhinha de 42 anos” (Figura 1). Quando a reportagem foi publicada, a expectativa de vida do brasileiro era de 45 anos, e quando o jornal foi fundado, em 1904, era de 34 anos (JORNAL GAZETA DO BAIRRO, 2018).

Figura 1 – Manchete do Jornal do Commercio em 04 de agosto de 1960



Fonte: JORNAL GAZETA DO BAIRRO, 2018

Apesar de inúmeras divergências conceituais sobre o idoso é necessário, para efeitos de planejamento em saúde e jurídicos, definir um limite de idade que diferencie essa parcela da população; e a partir dessa limitação determinar direitos, assistência em saúde e garantias específicas. Num mesmo contexto histórico e social, contudo, é possível encontrar diferentes classificações, tanto internacionais quando nacionais.

No âmbito internacional, a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População ocorreu em 1982, através da Resolução 39/125, determinando que a velhice se inicia oficialmente aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento (ONU, 1982a). Este foi o primeiro documento oficial específico sobre o assunto, chamado de Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento.

No âmbito nacional, este conceito foi incorporado pelo Ministério da Saúde (EFING, 2014) e, posteriormente, pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), considerando idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos de idade. A Carta Magna de 1988, no entanto, tem previsões constitucionais que determinam a idade mínima de 65 anos de idade para obtenção de determinados direitos entre eles a disposição do art. 230, § 2º, no qual prevê a gratuidade dos transportes coletivos públicos (BRASIL, 1988).

No âmbito estadual, no Rio de Janeiro, entrou em vigor recentemente a Lei nº 7.916/2018, regulamentando a idade do idoso para 60 anos ou superior, e prevê que as demais leis vigentes tenham que alterar para esta faixa etária e as futuras deverão se coadunar, conforme também estabelecido no Estatuto do Idoso (RIO DE JANEIRO, 2018a). Tal norma, no entanto, encontra-se submetida à Ação de Inconstitucionalidade (RIO DE JANEIRO/ TJRJ, 2018b).

4.1.2 A magnitude da população idosa no Mundo e no Brasil

O processo de envelhecimento é um fenômeno que a população mundial está atravessando, pois grande parte dos países está apresentando um significativo aumento, tanto no quantitativo como nas proporções dos idosos de sua respectiva população, e tal transformação tem um impacto extenso em diversos setores da sociedade. Ademais, ao longo da história da humanidade, foi evidenciado que o nível do envelhecimento populacional de cada país é, fundamentalmente, influenciado por diferentes fatores determinantes, mas principalmente pelas taxas de fecundidade, mortalidade e migração, que estão diretamente interligadas com as transformações socioeconômicas de cada país (UN, 2019); como também

pelas guerras e epidemias, essas geralmente acometem os mais jovens por ainda não terem tido contato com o microrganismo, e por isso são suscetíveis.

Em alguns países, como Brasil, China e Índia, têm ocorrido um processo de transição demográfica mais acelerado (WHO, 2015). O Brasil já se encontra na sexta posição em número de idosos no mundo (UN, 2017). O rápido envelhecimento da população tem sido considerado um dos maiores desafios da história do país. Este processo tem se assemelhado, inclusive, a outros tipos de eventos históricos que influenciaram diretamente na formação da sociedade, como os fenômenos da urbanização acelerada e industrialização (ALVES *et al.*, 2010).

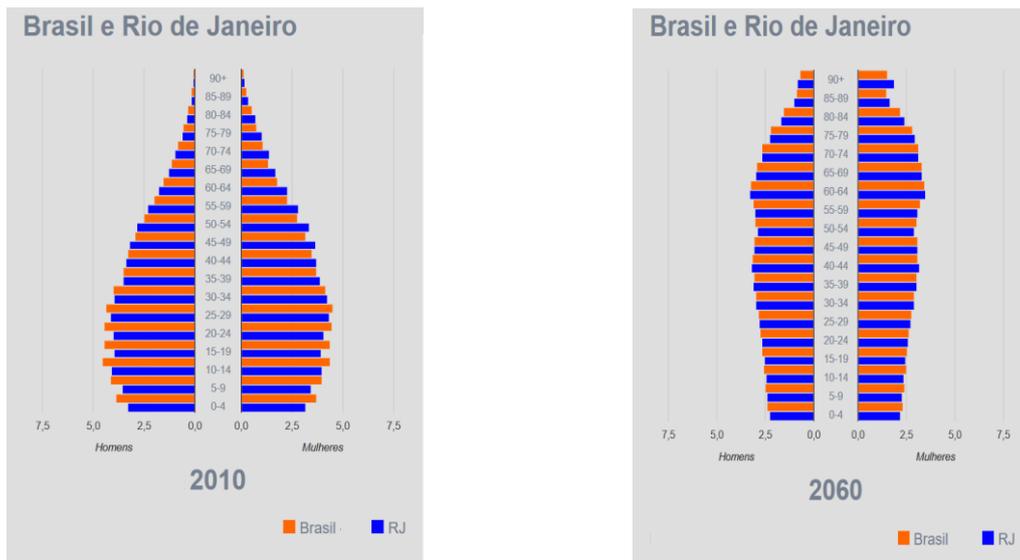
Ao analisar as pirâmides etárias da população brasileira nas últimas décadas, verifica-se que o perfil demográfico está em progressiva transformação, passando de um formato triangular, com uma base larga, para um encurtamento da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015). Estima-se que a proporção de idosos atingirá 29,4% da população em 2050, passando dos atuais 24 milhões para 66,5 milhões (SIMÕES, 2016).

A transição demográfica brasileira, entretanto, apresenta certas peculiaridades e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento, trazendo mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, diferenciados entre os estados brasileiros (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). No último censo (IBGE, 2011), pode-se observar um aumento da idade média da população brasileira em todas as regiões do país, mas principalmente entre as Regiões Sudeste e Sul, tanto na área urbana quanto na rural. Cabe ainda ressaltar, que a Região Sul apresentou uma população mais envelhecida, principalmente na zona rural, pois 9,5% desse grupo possuem idade superior a 65 anos, em oposição a 7,8% na área urbana.

Já a estimativa para 2018 sinaliza uma maior proporção de idosos na região Sudeste (17,1%), seguida da região Sul (16,9%) corroborando a tendência de envelhecimento populacional nessas regiões. Os estados que se destacam no país são Rio de Janeiro (19,3%) e Rio Grande do Sul (19,0%) (IBGE, 2018).

O processo de envelhecimento da população fica evidente no Estado do Rio de Janeiro. Em 2010 é possível verificar que a proporção da população idosa no Brasil é menor do que no Rio de Janeiro, principalmente entre as mulheres. Na pirâmide estimada para 2060, contudo, verificamos um crescimento mais homogêneo, mas ainda é possível destacar um aumento expressivo entre as mulheres a partir da faixa etária de 75 anos ou mais, com grande ênfase entre 90 anos ou mais (Figura 2).

Figura 2 – Pirâmide demográfica do Rio de Janeiro e Brasil em 2010 e estimativa para 2060



Fonte: IBGE, 2019

O Brasil já vem experimentando um progressivo aumento de sua população idosa, desde a década de 80. A perspectiva de aumento de anos vividos passou a ser fruto de pesquisas, que objetivam buscar meios para superar o desafio das transformações demográficas em curso e projetadas. Principalmente, pela estimativa de um processo de superenvelhecimento, em médio prazo, como visto no Japão (CAMARANO, 2014).

O processo acelerado de envelhecimento da população brasileira gera vários impactos na sociedade, com destaque na saúde, na previdência e no judiciário; exigindo planejamento e monitoramento das políticas públicas. O país, contudo, ainda não se encontra preparado para recepcionar de maneira digna esses cidadãos, que necessitam de um olhar diferenciado como grupo e singular como indivíduo.

4.1.3 O impacto do envelhecimento na saúde

Numa sociedade que se encontra em rápido envelhecimento, é necessário estabelecer algumas alternativas que auxiliem na construção de meios que satisfaçam as necessidades da população idosa, principalmente, em relação à saúde. A definição de saúde é um tema que se discute amplamente na literatura, por ter um caráter multidimensional, ou seja, pode ser examinado através de inúmeros prismas, entre eles o período histórico e até mesmo o lugar onde a definição é concebida (OPAS/OMS, [2017?]). A Organização Mundial de Saúde considera que a saúde deve ser tratada não apenas como mera ausência de enfermidade, mas

como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1947 *apud* OPAS/OMS [2017?]). Apesar de o conceito ter sido elaborado em 1947, e ter validade até os dias atuais, não o impede de receber inúmeras críticas e reflexões sobre sua formulação, que o caracteriza muitas vezes como declaração do que seria saúde e não como uma acepção do termo propriamente dito (NARVAL; PEDRO, 2008). Este conceito busca superar a concepção negativa da saúde, em contraponto a teoria biomédica, mas traz uma ideia de bem-estar que é utópica e inalcançável (BATISTELLA, 2007).

O Brasil adotou um conceito ampliado de saúde, que foi construído durante a ditadura em face a crise dos serviços de saúde, e concretizado na VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir do movimento da Reforma Sanitária:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

O conceito ampliado de saúde foi incorporado na Constituição de 1988 “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). Essa perspectiva da saúde, entretanto, não tem sido aplicada e o modelo biomédico ainda é hegemônico, contribuindo para fomentar a crise na saúde.

Ademais, além da transição demográfica vivencia-se uma transição epidemiológica que, em geral, ocorrem concomitantes com um conjunto de outras transformações (SCHRAMM *et al.*, 2004). A transição epidemiológica expressa uma mudança de padrões na saúde e na doença e, na morbidade e mortalidade, que acabam gerando a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento de doenças não transmissíveis (DCNTs) (LEBRÃO, 2007).

A população idosa é mais acometida por doenças crônicas não transmissíveis. E como consequência natural, o número de idosos que buscam atendimento na saúde, tanto no sistema público quanto no privado, tende a aumentar. Adicionalmente, as inovações tecnológicas têm permitido que as pessoas possam viver cada vez mais, mas também projeta um aumento nos custos dos diagnósticos e tratamento em saúde, o que faz gerar um impacto direto sobre os gastos com saúde (EFING, 2014).

O primeiro estudo longitudinal sobre idosos realizados no Brasil (ELSI- Brasil) constatou que mais de 70% possuem algum tipo de doença crônica (NUNES *et al.*, 2018). Adicionalmente, mais 11% foram internados pelo menos uma vez no último ano e 73,5% dependem unicamente do Sistema Único de Saúde (MELO-SILVA *et al.*, 2018); gerando grande impacto no âmbito da saúde pública. Os gestores e as políticas públicas de saúde estão sendo desafiados a reestruturar suas ações para atender à necessidade desse contingente populacional (CAMARANO, 2014). Ademais, com os avanços de recursos tecnológicos e científicos, doenças que eram consideradas graves hoje são crônicas, e assim, podem ser controladas ou até mesmo superadas, o que faz gerar uma maior necessidade de investimento no serviço público de saúde (ISTOE; MANHÃES; SOUZA, 2018). Este cenário, de aumento da população idosa brasileira, poderá ser visto como ameaça à economia pública, e não como avanço da humanidade, pois gera a maior proporção de gastos na saúde (BARROSO, 2019).

Assim, fazem-se necessários estudos sobre as condições da saúde dos idosos e de suas necessidades por serviços médicos e sociais, para que dessa forma possa se estabelecer políticas públicas voltadas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

No âmbito da Saúde Suplementar também prevê um impacto expressivo do envelhecimento, pois toda sua estrutura financeira é baseada na diluição de riscos entre um grupo de pessoas (mutualismo) e os beneficiários jovens arcam com as despesas dos mais idosos (pacto intergeracional) (FENASAUDE, 2016). O aumento de beneficiários idosos em relação aos demais gera impacto direto na sustentabilidade econômico-financeira da Saúde Suplementar (IESS, 2017a). Ademais, os beneficiários de planos de saúde no Brasil apresentam um maior nível socioeconômico familiar, seja pela escolaridade, renda, índice de bens, ou inserção no mercado de trabalho (FONTENELLE, 2017). Em situação de redução da renda familiar, os beneficiários tendem a renunciar o plano de saúde na expectativa de retomá-lo quando a crise passar. Para os idosos, contudo, o plano de saúde é uma prioridade e só desistem após reduzir as demais despesas. Isto tem contribuído para um crescimento do número de beneficiários neste segmento, passando de 23,2% para 29,7%, entre 2007 a 2017, e entre os idosos com 80 anos ou mais, o aumento foi de 62% nos últimos três anos (FENASAUDE, 2018).

A internação é um dos itens de mais relevância na saúde suplementar, e segundo as projeções aumentará de 29,9% (2017) para 39,4% (2030), considerando o envelhecimento da população. Em relação, aos gastos com assistência médico-hospitalar, a faixa etária de 80 anos ou mais terá alcançado o patamar de 18,3% do total de despesas até 2030. E a partir dos 59 anos ou mais passará de 39,0% (2017) para 50,2% (2030). Tais valores sinalizam um grande

crescimento de gastos entre a população idosa, passando de R\$ 58,1 bilhões para R\$ 95,8 bilhões em 2030 (IESS, 2018).

Ademais, os idosos beneficiários de planos de saúde aumentaram de 1,7% entre o período de março de 2016 a março de 2017. Em contrapartida, houve uma queda de 2,0% no total de beneficiários no mesmo período. Mais uma vez, a faixa etária que mais cresceu foi a de 80 anos ou mais (3,3%), seguida da faixa de 70 a 74 anos (3,1%) e de 65 a 69 anos (2,4%). Em março de 2017, os idosos representavam 13,0% do total de beneficiários, enquanto que há dez anos eram 11,2%. Mesmo diante da presente crise econômica instaurada no país, os idosos mantiveram sua representatividade aumentada em relação ao total de beneficiários, confirmando posteriores projeções. Estima-se, ainda, que os idosos representarão 20,5% dos beneficiários em 2030 (IESS, 2017b). Recentemente, ratificando as pesquisas e projeções, foi constatado que, entre setembro/2018 a setembro/2019, 41.647 mil beneficiários de planos de saúde passaram a ter 80 anos ou mais. Os beneficiários com 60 anos ou mais foram os únicos que cresceram no país, com um aumento de 150.758 mil beneficiários (ANS, 2019).

4.1.4 O impacto do envelhecimento nas ações judiciais

Nesse contexto, apesar do direito à saúde ser um direito humano, que foi incorporado a Carta Magna como fundamental, e considerado um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), o cenário político, social e econômico dificulta, principalmente, a população idosa a ter acesso à assistência à saúde. Este segmento populacional, normalmente, apresenta doenças que estão associadas às diversas comorbidades (IESS, 2016), e conseqüentemente aumenta a taxa de utilização no SUS e na rede privada, gerando intenso impacto nas despesas com saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). E dentro dessa concepção, quando o direito à saúde é violado, acabam por ensejar demandas no Poder Judiciário brasileiro para garantir seu pleno exercício assegurado na Constituição, gerando a denominada Judicialização da Saúde.

No Brasil a saúde pode ser exercida pelo poder público e iniciativa privada. No âmbito público, o direito à saúde é exercido através do Sistema Único de Saúde podendo ter a participação da iniciativa privada em caráter complementar, de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 1990a). No âmbito privado, a assistência à saúde pode ser de livre iniciativa (BRASIL, 1988), embora seja subsidiada pelos recursos financeiros públicos, na medida em que há desconto no imposto de renda com renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Em 2015 o subsídio ao plano de saúde foi de 12,5 bilhões (OCKÉ-REIS, 2018).

Antes mesmo da criação do Estatuto do Idoso, em 1998 foi criada a Lei de planos e seguros privados de assistência à saúde na tentativa de regular as operações das empresas privadas voltadas à prestação de serviços de assistência à saúde. O objetivo era estabelecer uma adequação e enquadramento dos consumidores contratantes às regras prescritas no Código de Defesa do Consumidor (CDC) (BRASIL, 1990b), sobretudo, em relação às garantias constitucionais. A referida lei sofreu inúmeras alterações, as quais foram consequência de mais de 40 medidas provisórias, sendo a última de nº 2.177-44 (BRASIL, 2001), e de regulamentações realizadas através de resoluções pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da Agência Nacional de Saúde (ANS) (EFING, 2014). As propostas formuladas nesse mosaico legal por muitas vezes trouxeram modificações que acabaram por atravancar os beneficiários dos planos de saúde e, assim, tornando-se passíveis de objeto de demanda judiciais, por afronta a Constituição, ao Código de Defesa do Consumidor (CDC) ou a própria Lei (IDEA, [entre 2006 e 2019]).

Uma das grandes demandas judiciais relacionadas aos planos de saúde dos idosos são os reajustes da mensalidade, pois podem ser de três tipos: o anual, cujo índice é definido todos os anos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que fiscaliza as operadoras; por sinistralidade¹, cuja legalidade ainda é questionável; e por mudança de faixa etária. Este último caso é previsto pela Lei de Planos de Saúde (BRASIL, 1998), que em seu artigo art. 15, determina que essa possibilidade, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas. A mesma lei, no entanto, faz uma ressalva no mesmo artigo, proibindo o reajuste para aos consumidores com mais de 60 anos, desde que sejam participantes do plano de saúde há mais de dez anos.

¹**Sinistralidade:** O reajuste por sinistralidade consiste em uma fórmula comumente prevista nos contratos dos planos e seguros de saúde coletivos, utilizada para calcular um índice de reajuste a ser aplicado sobre a mensalidade, caso a despesa anual que a operadora teve com aquele grupo de beneficiários ultrapasse um determinado percentual da receita do mesmo período. O percentual máximo de sinistralidade, também conhecido como *break even point* ou ponto de equilíbrio, deve estar previsto em contrato e é geralmente fixado pelas operadoras em 70% (setenta por cento) do valor da receita. Esta previsão contratual permite que as operadoras apliquem o reajuste por sinistralidade em percentual ilimitado, para manter as despesas desses contratos abaixo do *break even point*, garantindo uma razoável margem de lucro e eliminando o fator risco de sua atividade. A aplicação de reajustes por sinistralidade em contratos de planos de saúde coletivos é uma das matérias pouco regulamentada pela legislação e tem sido motivo de muitos litígios, apresentando-se como um dos principais temas mais discutido na Justiça, pois a lei que dispõe sobre planos de saúde não trata especificamente deste reajuste, apenas determina que o valor da mensalidade do plano de saúde e os critérios para seu reajuste devem estar claramente previstos no contrato (ROBBA, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS [s.d], apud CNM, [2018?]) recomenda de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2017) 4,7 leitos para cada mil habitantes. Em 2002, o Brasil definiu que o número ideal de leitos é de 2,5 a 3 por mil habitantes e que os leitos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) deveriam ficar, em média, entre 4% a 10% do total de leitos hospitalares (BRASIL, 2002a). Em 2015, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a) estabeleceu uma fórmula para realizar o cálculo do quantitativo de leitos hospitalares necessários para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para cada especialidade, embora a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2010; CFM, 2018) mantenha o padrão estabelecido em 2002. Em 2017, o Ministério da Saúde revogou a portaria de 2015, entre outras (BRASIL, 2017a), consolidando os seus conteúdos, mas mantendo os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da portaria anterior, conforme os art. 102 a 106 da referida portaria.

A realidade brasileira, entretanto, é heterogênea, principalmente devido a sua grande extensão territorial, as especificidades regionais e ao quantitativo populacional atendido pelo sistema brasileiro de saúde (CNM, 2018). Há, portanto, um grande desequilíbrio regional que também decorre de heranças históricas, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país. Ao considerar a utilização e incorporação de avanços tecnológicos e serviços relativos à saúde, verifica-se uma discrepância no país, com evidente concentração de profissionais, recursos financeiros e de complexos hospitalares nessas regiões (BRASIL, 2004a). Nas regiões Norte e Nordeste concentram o menor número de profissionais de saúde, fato que pode ser explicado por apresentar menor quantitativo de programas de residência nessas regiões, o que também pode ser um dos fatores que contribuem na distribuição desigual entre os médicos (GRAMANI, 2014). Em contrapartida, todos os estados da Região Sudeste encontram-se acima da média nacional quanto à distribuição de médicos, ou seja, acima de 1,72 médicos por mil habitantes, sendo que os estados do Rio de Janeiro (3,44) e São Paulo (2,49) estão acima da média internacional (BRASIL, 2017b), ou seja, acima de 1,9 médicos por mil habitantes (WHO, 2018).

Adicionalmente, o Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares (5%) em dez anos, tanto leitos SUS como não SUS, correspondendo ao fechamento de seis leitos por dia. Os leitos não SUS, em contrapartida, apresentaram um aumento de aproximadamente 18.300 leitos (CNM, 2018). A queda na oferta de leitos hospitalares, contudo, foi impulsionada, pela redução do quantitativo de hospitais gerais e especializados inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no período de 2009 a 2017. Em oito anos houve uma

redução de 3,7% dos estabelecimentos hospitalares, diminuindo assim o número de leitos hospitalares (clínicos, cirúrgicos, pediátricos e obstétricos) de 1,87 por cada mil habitantes para 1,72 por mil habitantes (PROADESS, 2019), muito abaixo da recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a). A região Sudeste, apesar de ter o maior número de leitos hospitalares, o Rio de Janeiro foi o estado que apresentou a maior redução (33%) em relação aos demais estados de sua respectiva região, entre 2008 e 2018 (CNM, 2018).

A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO/ DPRJ, 2019) tem realizado levantamentos para identificar o déficit de leitos em toda rede do SUS. Em junho de 2019, constatou a ausência de 1.071 leitos de vários tipos (UTI, enfermaria, pediátrica, entre outras). E por se tratar de grave violação de direitos humanos, esse decréscimo contínuo dos leitos no estado, foi levado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) pela DPRJ, com a atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) na modalidade de *amicus curiae*², já em 2018. O Poder Judiciário, contudo, debelou essa violação através da sentença obtida em 2 de dezembro de 2019, em resposta a Ação Coletiva movida pelo MPRJ, que contou com a atuação da DPRJ como assistente³, fazendo com que tal fato não seja mais objeto de resolução da CIDH. A sentença da 2ª Vara de Fazenda Pública da Capital determinou que o Estado e Município adotassem medidas necessárias à ampliação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de leitos clínicos na rede pública de saúde; além da internação e transferência hospitalar dos pacientes, em redes privadas conveniadas ao SUS, enquanto não houver leitos.

Em fase dessa problemática, surgiram novos desafios para justiça e para a proteção dos direitos humanos no país. As demandas judiciais que envolvem a população idosa têm aumentando significativamente, mas a estrutura do Poder Judiciário ainda está tentando se adaptar ao crescimento acelerado no ritmo dessas demandas (EFING, 2014). Nesse sentido, entre 2012 e 2017, a Defensoria Pública da União (DPU) registrou um aumento de 30% no volume das ações judiciais, sendo que dessas mais de 50% correspondiam a litígios com

²**Amicus Curiae:** a origem do instituto está atrelada à ideia de “amigo da corte” (*friend of the court* ou *freund des gericht*) ou “colaborador da corte”. Trata -se da possibilidade de um terceiro intervir no processo por iniciativa própria, por provocação de uma das partes ou, até mesmo, por determinação do magistrado com vistas a fornecer elementos que permitam o proferimento de uma decisão que leve em consideração interesses dispersos na sociedade civil e no próprio Estado (BUENO, 2016, p.179). O tema é tratado no Cap. V, art. 138 do CPC/2015 (BRASIL, 2015b).

³**Assistente:** Trata-se de modalidade interventiva de terceiro pela qual um terceiro (assistente) atua em prol de uma das partes (assistido) para se beneficiar direta ou indiretamente da decisão proferida no processo (BUENO, 2016, p.166). O Código de Processo Civil de 2015 traz a dicotomia da assistência simples (Seção II, arts. 121 a 123) e assistência litisconsorcial (Seção III, art. 124) (BRASIL, 2015b).

Previdência Social e demandas em saúde, áreas que tradicionalmente atendem principalmente pessoas idosas (BRASIL/DPU, 2017c).

4.1.5 Vulnerabilidades da pessoa idosa

Vulnerabilidade é um termo cada vez mais presente nos discursos acadêmicos, mas apesar de estar em ênfase, não é, contudo, um vocábulo de consenso, servindo para designar segmentos diferenciados da população, entre eles os idosos.

A gênese do conceito de vulnerabilidade nas pesquisas científicas também é controvertida. O seu primeiro uso conhecido data de 1605 (SILVA, 2015). O termo vulnerável é derivado do substantivo latino *vulnus* ("ferida"), levando ao verbo latino *vulnerare*. E, posteriormente, ao adjetivo latim *vulnerabilis*, que se tornou "vulnerável" em inglês no início dos anos 1600 (MERRIAM-WEBSTER, [entre 2013- 2020a]). Também há conexão dos vocábulos em latim *vulnerare*, com o vocábulo *bilis*, o que teria dado origem à palavra vulnerabilidade (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Assim, essa primeira aproximação do termo, já denota a amplitude que a palavra alcança. Ademais o conceito de vulnerabilidade é abordado de forma diferente nas diversas áreas de estudo (SILVA, 2015). Há necessidade também de compreender vulnerabilidade como conceito relativo e não absoluto, para que a expansão inadequada não acabe por transformar todos os seres humanos pertencentes a pelo menos um grupo vulnerável (ANJOS FILHO, 2010).

A esse respeito, a vulnerabilidade pode ser conceituada como uma condição inerente ao ser humano, pois se encontra ligada a condição da existência, uma vez que nasce frágil, totalmente sem a capacidade auto proteção (MORAIS; MONTEIRO, 2017). Adicionalmente, são os inúmeros fatores produzidos pela sociedade, intrínsecos e extrínsecos, que podem contribuir para tornar o ser humano mais ou menos vulnerável (BARRETO, 2010). Também deve ser considerada a distinção entre vulnerabilidade e vulneração. A vulnerabilidade é uma possibilidade de ser ferido, tanto no aspecto físico quanto social e, trazendo consigo duas acepções distintas, a generalizada, na qual se enquadram todos os seres vivos e a específica, a qual correlaciona vulnerabilidade com grupos específicos, incluindo os idosos (SOTERO, 2011). A vulnerabilidade não pode ser confundida com vulneração, pois trata-se de um conceito *sui generis*, sendo uma mera potencialidade de ser ferido, mas não necessariamente será (condições potenciais), já a vulneração refere-se a uma vulnerabilidade consubstanciada, pois nem todos são vulneráveis concretamente (condições concretas), dependem de pertencimentos

sociais, éticos, raciais, econômicos e de gênero, de condições de vida e estados de saúde (SCHRAMM, 2006; SOTERO, 2011).

Sob o ponto de vista da saúde, a utilização do termo vulnerabilidade teve início na década de 1980, através dos estudos sobre a epidemia de *Human Immuno deficiency Virus* (HIV) /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as quais compartilhavam conceitos específicos da área de Direitos Humanos (CARMO; GUIZARDI, 2018). Esse ramo do direito apresenta uma inclinação à identificação de grupos que necessitam de atenções especiais, por tratarem de sujeitos que sofrem a supressão de direitos básicos para uma vida digna.

Existem também conceitos específicos que conectam diretamente a vulnerabilidade humana ao processo de envelhecimento. Alguns autores associam vulnerabilidade à condição do declínio de funções biofisiológicas, os quais levam ao aumento de riscos funcionais (MAIA *et al.*, 2012). Para outros, nem sempre é possível fazer essa conexão de forma precisa, em virtude do grande número de fatores que pode envolver esse processo, ficando o conceito de vulnerabilidade sempre em sentido amplo (BARBOSA *et al.*, 2017). No âmbito da saúde brasileira, após sofrer algumas adaptações transculturais no país, o protocolo do Instrumento de Identificação do Idoso Vulnerável, *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) é utilizado para identificar os vulneráveis que apresentem possíveis riscos relacionados à saúde (LUZ *et al.*, 2013). Este instrumento contribui para a adequação dos serviços e ações de saúde (BARBOSA *et al.*, 2017).

No âmbito do Direito, a vulnerabilidade tem sido objeto de inúmeros ramos jurídicos, mas é inerente aos Direitos Humanos e, em sua essência, afetam ao que se refere ao valor humano, a dignidade da pessoa humana. Desta forma, as Ciências Jurídicas trazem, assim, a promessa de vencer a vulnerabilidade. Para alguns autores, o conceito de vulnerabilidade configura-se em um conceito jurídico impróprio, ou seja, tomada por “empréstimo”, de uma linguagem comum, mas que nem por isso deve ser aplicado com descuido. Já para outros, o Direito não recolhe conceitos, pois o Direito tem que fundamentar um dever e, portanto, os conceitos legais têm sempre um significado normativo mais ou menos marcado. Outra possibilidade, é que embora os Direitos Humanos não façam discriminação entres os indivíduos, se reconhece a existência de disparidade sociopolíticas ou culturais que impedem o livre exercício a certas pessoas, ou seja, os vulneráveis (SILVA, 2015).

A ideia de uma natureza humana vulnerável está intimamente associada aos direitos fundamentais, pois a certeza dessa fragilidade humana fez com que inúmeros direitos fossem clamados, como o direito à vida, o direito à saúde, direito à integridade física e a liberdade; mas tal fragilidade é geral e compartilhada entre todos e quaisquer seres humanos. Desta forma, os

Direitos Humanos utilizam a vulnerabilidade como um argumento de caráter universal (SILVA, 2015).

Ademais, há diferença entre a vulnerabilidade genérica e a vulnerabilidade específica, que é condicionada a certos grupos de pessoas, e também deve ser considerado o grupo de “vulneráveis dos vulneráveis” ou vulnerabilidade agravada ou hipervulneráveis. A existência de várias categorias somente prova como é difícil tentar elencar grupos de vulneráveis, até mesmo porque a definição de vulnerabilidade é abrangente, além de ser culturalmente condicionada (SILVA, 2015).

No âmbito jurídico repete-se a referência da expressão hipervulnerabilidade pela jurisprudência em decisões recentes, tendo sido uma das pioneiras a decisão em Recurso Especial (REsp) nº 586.316/MG, do relator Ministro Hermam Benjamim, da Segunda Turma, julgado em 17/04/2007, publicado em 19/03/2009 (BRASIL/STJ, 2009, pág. 26):

Ao Estado Social importam não apenas os vulneráveis, mas sobretudo os **hipervulneráveis**, pois são esses que, exatamente por serem minoritários e amiúde discriminados ou ignorados, mais sofrem com a massificação do consumo e a "pasteurização" das diferenças que caracterizam e enriquecem a sociedade moderna. [grifo nosso]

Este ministro foi quem cunhou o termo desta vulnerabilidade agravada (hipervulnerabilidade), que também foi acompanhada pela doutrina da área e demais juízes em outros Tribunais (GAUDENCIO, 2015)

Assim, passamos a encontrar outras decisões versando sobre o referido termo, como na decisão do Recurso Especial (REsp) nº 931.513/RS, do relator Ministro Carlos Fernando Mathias, R.P/ Acórdão Ministro Hermam Benjamim, da Primeira Seção, julgado em 25/11/2009, publicado em 27/09/2010 (BRASIL/STJ, 2010, pág. 02):

Ao se proteger o **hipervulnerável**, a rigor quem verdadeiramente acaba beneficiada é a própria sociedade, porquanto espera o respeito ao pacto coletivo de inclusão social imperativa, que lhe é caro, não por sua faceta patrimonial, mais precisamente por abraçar a dimensão intangível e humanista dos princípios da dignidade da pessoa humana e da solidariedade. Assegurar a *inclusão judicial* (isto é, reconhecer a legitimação para agir) dessas pessoas hipervulneráveis, inclusive dos sujeitos intermediários a quem incumbe representá-las, corresponde a não deixar nenhuma ao relento da Justiça por falta de porta-voz de seus direitos ofendidos. [grifo nosso]

A Constituição brasileira se reveste do direito fundamental em relação à proteção do consumidor, e apresenta a proteção do idoso, no artigo 230, caput, ao dispor que “a família, a

sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. No primeiro parágrafo deste artigo também determina que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares (BRASIL, 1988). Nesse sentido, surgiram legislações infraconstitucionais que promovem essa proteção, entre elas o Código de Defesa do Consumidor e o Estatuto do Idoso, os quais servem para analisar a hipervulnerabilidade dos idosos e as formas legais de sua proteção (EFING, 2014).

Deste modo, é mister investir esforços na compreensão do sistema protetivo deste grupo populacional que cresce aceleradamente. As legislações infraconstitucionais permitem uma vasta gama de direitos e garantias aos idosos, cabendo ao Poder Judiciário utilizar de riquezas normativas para promover tal proteção, bem como o Poder Executivo investir em Políticas Públicas para efetivar esses direitos.

4.2 A LEGISLAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Neste capítulo são apresentadas normas internacionais e nacionais que versam sobre a tutela dos direitos das pessoas idosas que acabaram contribuindo para a evolução desta proteção jurídica no Brasil.

4.2.1 Marcos Normativos Internacionais de proteção

A crescente longevidade obtida pela humanidade e o conseqüente envelhecimento populacional mundial sensibilizaram a Organização das Nações Unidas (ONU) bem como a Organização dos Estados Americanos (OEA), que nas últimas décadas passaram a ventilar sobre o tema, com a adoção de alguns textos normativos.

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão foi influenciada pela Revolução Americana (1776), a qual levou a Declaração de Independência dos Estados Unidos, em 04 de julho de 1776, e também em ideais filosóficos iluministas. Sua aprovação ocorreu em 26 de agosto de 1789 pela Assembleia Nacional Constituinte Francesa, mas votada definitivamente em 02 de outubro do mesmo ano (MALHEIRO, 2016). O referido diploma foi o primeiro texto revolucionário a proclamar as liberdades individuais e os direitos fundamentais do homem, principalmente os direitos à igualdade e a dignidade da pessoa humana, de modo que todo ser humano tem direito pelo simples fato de ser pessoa, inclusive o ser idoso (EFING, 2014).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, a qual o Brasil é signatário, foi elaborada pela extinta Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (COMPARATO, 2017), reconhecendo especificamente, o que tange aos idosos o amparo à velhice, ao determinar na redação do seu artigo:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU/DUDH, 1948, art. 25, item 1).

Em 1947, a ONU já registrava atividades sobre o envelhecimento populacional (UN, [2001?]). A temática, contudo, somente ganhou destaque após 1º Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, convocada pela ONU em 14 de dezembro 1978, através da Resolução 33/52 (UN, 1978), e realizada em 1982, na cidade de Viena, na Áustria. Esta assembleia resultou no Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, através da Resolução 37/51 (ONU, 1982a), sendo o primeiro documento internacional específico sobre a temática, além de fornecer uma base para a formulação de políticas e programas sobre envelhecimento. Este plano apresenta 62 recomendações para ações de pesquisa, coleta e análise de dados, treinamento e educação, bem como várias áreas setoriais, entre elas, saúde e nutrição, proteção do consumidor idoso e bem-estar social.

Em 1991, a Assembleia Geral adotou os Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, através da Resolução nº 46/91, enumerando 18 direitos, divididos em relação à independência, à participação, ao cuidado, à autorrealização e a dignidade (ONU, 1991). Entretanto, por se tratar de norma de *soft law*⁴, o documento não possui força vinculativa, não sendo obrigatório para os Estados, mas tais princípios contidos no documento direcionam os Estados na implementação e proteção dos direitos dessa categoria de pessoas (MAZZUOLI, 2018).

⁴**Soft Law:** Trata-se de uma das naturezas jurídicas de uma norma internacional, cujo respeito não é propriamente cogente para os Estados que os concluem, senão apenas de cumprimento facultativo e destituídos de sanção propriamente jurídica. Não obstante, não se descarta a importância desses documentos para os Estados, sobretudo os de boa vontade, por representarem verdadeiro guia a ser seguido em matéria de proteção dos direitos dos idosos, podendo, inclusive, ser utilizados pelo Poder Judiciário quando da resolução de casos concretos (MAZZUOLI, 2018, p. 314). Ao contrário do que ocorre no *Hard Law* que são normas cogentes, ou seja, obrigacional imperativo (MAZZUOLI, 2018).

Posteriormente, a Resolução 47/5, convocou a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento, realizada em 15 e 16 de outubro de 1992, em virtude do décimo aniversário da adoção do Plano de Ação Internacional de Viena, adotando a Proclamação do Envelhecimento. Ao final do documento a Conferência recomenda que o ano de 1999 seja declarado como Ano Internacional das Pessoas Idosas, em reconhecimento à maioria demográfica da humanidade e a promessa de amadurecimento de atitudes e políticas com objetivo de paz e de desenvolvimento global no próximo século (UN, 1992).

As resoluções 52/80 (ONU, 1997) e 53/109 (ONU, 1998), tratam do Ano Internacional das Pessoas Idosas, e solicitam que os Estados Partes e demais interessados construam uma “sociedade para todas as idades”, utilizando o ano de 1999 para criar uma maior consciência do desafio colocado pelo envelhecimento demográfico das sociedades, individual e social dos idosos. O Dia Internacional das Pessoas Idosas, no entanto, foi comemorado pela primeira vez em 1º de outubro de 1991. A “sociedade para todas as idades” traz a ideia de uma sociedade para todos, ajustando suas estruturas e funcionamento, como também seus planos e políticas, as necessidades de todos (UN, [2001?]).

Em 2001, a Assembleia Geral da ONU procedeu à avaliação do Ano Internacional das Pessoas Idosas e preparou planos futuros (UN, [2001?]). A Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento das Nações Unidas, foi realizada em Madri, de 8 a 12 de abril de 2002, a qual acabou dando origem a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. Ambos os documentos citados incluem compromissos assumidos pelos governos e medidas para serem adotadas em todos os níveis, nacionais e internacionais. Ademais, traz mais de 100 recomendações de ação baseadas em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento; a promoção da saúde e bem-estar na velhice e a conquistas de ambientes emancipatórios e propícios. Também determinou que as comissões regionais traduzissem o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento em Planos de Ação Regionais e prestassem assistência às instituições nacionais que solicitarem a implementação e supervisão das medidas que adotar em relação ao envelhecimento (ONU, 2002).

No Plano de Madri, portanto, foi assentado que todos os Estados Partes da ONU deveriam segui-lo para efetivar suas recomendações. Desta forma, as Comissões Regionais como a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), que é um órgão vinculado às Nações Unidas desde 1948, passaram a realizar conferências regionais planejando dar continuidade às recomendações preestabelecidas, como também propondo estratégias para sua devida implementação (BRASIL, 2019a).

A primeira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento foi realizada de 19 a 21 de novembro de 2003, em Santiago do Chile, na sede da CEPAL, como parte do processo de acompanhamento da Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Ela foi desenvolvida pelo Grupo Interinstitucional sobre o Envelhecimento (GIE), criada em março de 2002 e composta pelo Programa de Envelhecimento Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Mundial e CEPAL, instituições internacionais cujas competências estão direta ou indiretamente relacionadas à melhoria das condições de vida dos idosos. A Conferência resultou em um documento intitulado Estratégia de Implementação Regional para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri para o Meio Ambiente (ONU/CEPAL, 2003).

A segunda Conferência Regional ocorreu entre os dias 04 a 06 de dezembro de 2007, em Brasília – Brasil, tendo como objetivo avaliar a Estratégia de Implementação Regional para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento e identificar os desafios e prioridades de ação para os próximos cinco anos (ONU/CEPAL, 2007a). O evento resultou na Declaração de Brasília (ONU/CEPAL, 2007b), o documento traz algumas reafirmações e novas propostas, entre elas, se destaca o item 12:

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;

[...]

A terceira Conferência ocorreu em São José da Costa Rica, entre 08 a 11 de maio de 2012, e teve como tema central o “Envelhecimento, solidariedade e proteção social: o tempo de avançar para a igualdade”. O objetivo foi examinar as realizações na implementação dos compromissos internacionais assumidos pelos países membros na segunda conferência, resultando na Carta de São José (ONU/CEPAL, 2012). Além de reiterar a necessidade da adoção, por parte da ONU, de uma Convenção internacional com caráter vinculante (MAZZUOLI, 2018). O governo brasileiro participou desta conferência e tem promovido grandes avanços institucionais e nas políticas públicas voltadas à promoção dos direitos humanos das pessoas idosas (SILVA; YAZBEK, 2014).

É nessa perspectiva que, em maio de 2014, através da resolução 24/20 (UN, 2013), o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas nomeou o primeiro Especialista Independente para zelar pelos direitos humanos das pessoas idosas, Ms. Rosa Kornfeld-Matte, por um período de três anos. Sua nomeação decorreu devido a sua longa carreira no mundo acadêmico, perpassando como Diretora Nacional do Serviço Nacional para Idosos no Chile, onde projetou e implementou a Política Nacional para Idosos e também foi fundadora do programa de idosos da Pontifícia Universidade Católica do Chile (ONU, [entre 2014-2019]). Seu mandato foi prorrogado por mais três anos, através da resolução 42/12 (ONU, 2019).

No plano interamericano, a Organização dos Estados Americanos (OEA) deu um importante passo ao aprovar a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, em 15 de junho de 2015. Esta foi a primeira convenção internacional no mundo a proteger de forma específica os direitos humanos das pessoas idosas e, efetivando assim, os itens 25 e 26 apresentados na Declaração de Brasília. Trata-se de um documento juridicamente vinculante e deve ser seguida pelos Estados Parte da OEA (RAMOS, 2018; MAZZUOLI, 2018). A Convenção determina em seu corpo que os Estados promovam e protejam os direitos humanos das pessoas idosas, respeitando o princípio da igualdade e da dignidade da pessoa humana, e que sejam consagrados meios específicos de proteção decorrentes da condição própria de idoso (RAMOS, 2018). O Brasil foi o primeiro país a assinar o documento, mas ainda se encontra em processo de ratificação no Congresso Nacional.

A quarta Conferência Regional foi realizada na cidade de Assunção - Paraguai, no período de 27 a 30 de junho de 2017, resultando na Declaração de Assunção, com o tema “Construindo Sociedades Inclusivas: Envelhecimento com Dignidade e Direitos”, representando o terceiro ciclo de revisão e avaliação do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o envelhecimento (ONU/CEPAL, 2017c). O objetivo principal foi examinar as realizações no cumprimento dos compromissos assumidos pelos países membros da CEPAL na Carta do São José e identificar as principais ações para estender a proteção dos direitos dos idosos nos próximos cinco anos, principalmente aquelas que facilitam a implementação da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas (ONU/CEPAL, 2017d).

É necessário destacar que durante as conferências regionais realizadas pela CEPAL, as organizações não-governamentais fomentaram reuniões da sociedade civil, trazendo o debate sobre o tema da efetivação da proteção da pessoa idosa (BRASIL, 2019a). Na última Conferência Intergovernamental, por exemplo, ocorreu a IV Reunião Regional da Sociedade Civil da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, chamada Madrid+15, com o tema:

“Os direitos humanos das pessoas idosas – Aqui e Agora”, sendo realizada na cidade de Ypacaraí, Paraguai, no período de 24 a 27 de junho de 2017, reunindo 350 representantes de 18 países da América Latina e Caribe. A finalidade foi dar seguimento à implementação do Plano Internacional de sobre o Envelhecimento (Madri, 2002), a Carta de São José (Costa Rica, 2012) e a Declaração de Três Rios (Costa Rica, 2012). Além de solicitar a ONU, através da CEPAL, que a Terceira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a ser realizada em 2022, ocorra em um país da América Latina e Caribe (ONU/ CEPAL, 2017e), e o Brasil está sendo considerado.

A Conferência Internacional de especialistas sobre os Direitos Humanos das Pessoas Idosas ocorreu em 12 e 13 de novembro 2018, em Viena na Áustria, tendo sido organizada pelo Ministério Federal do Trabalho, Assuntos Sociais, Saúde e Defesa do Consumidor da República da Áustria. O objetivo foi trocar experiências sobre os novos desafios e oportunidades relacionados aos direitos humanos das pessoas idosas, incluindo seu direito à educação e aprendizagem ao longo da vida, relacionados a desenvolvimentos tecnológicos como digitalização, robótica, automação e inteligência artificial, dando origem a Declaração de Viena sobre os Direitos Humanos da pessoa idosa (HROP, 2018).

A ONU considera o período entre 1975 a 2015 como a “Era do Envelhecimento” (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

4.2.2 Marcos Normativo Nacionais de proteção

A consolidação da tutela jurídica do idoso no Brasil ocorreu lentamente. Inicialmente, tanto a Constituição Imperial de 1824 e a primeira Constituição Republicana de 1891 foram omissas em relação ao direito das pessoas idosas (NOGUEIRA, 2012; BALEEIRO, 2012).

A terceira Constituição Brasileira promulgada em 1934, decorrente do rompimento da ordem jurídica ocasionado pela Revolução de 1930 (POLETTI, 2012), costuma ser apontada pela doutrina como a primeira a se preocupar em enumerar os direitos fundamentais sociais, e foi inspirada na Constituição de Weimar, da Alemanha de 1919 (PAULO; ALEXANDRINO, 2011). É considerado o primeiro documento constitucional a tratar dos direitos dos idosos (EFING, 2014) ao determinar em seu texto a proibição de diferença salarial por motivo de idade e a previdência social do trabalhador em favor da velhice (BRASIL, 1934).

Art. 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País.

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

a) **proibição de diferença de salário para um mesmo trabalho, por motivo de idade, sexo, nacionalidade ou estado civil;** [grifo do nosso]

[...]

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, **a favor da velhice**, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte; [grifo do nosso]

[...]

O presidente Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937 dissolveu a Câmara e o Senado, revogou a Constituição de 1934 e outorgou a Carta de 1937, dando início ao período ditatorial conhecido como “Estado Novo” (PORTO, 2012), sendo frequentemente chamada de “Constituição Polaca”, em alusão à Constituição Polonesa de 1935, a que teria inspirado (PAULO; ALEXANDRINO, 2011). Embora contivesse um rol de pretensos direitos fundamentais, muitos deles permaneceram letra morta (EFING, 2014), prevalecendo em seu texto à deficiência na proteção jurídica do idoso, uma vez que apenas estipulou-se a instituição de “seguros de velhice”, em seu art. 137, alínea m: “a instituição de seguros de velhice, de invalidez, de vida e para os casos de acidentes do trabalho” (BRASIL, 1937).

Em 1946 foi promulgada a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, elaborada com base nas Constituições de 1891 e de 1934, retomando os direitos fundamentais e com importantes acréscimos (BALEEIRO; LIMA SOBRINHO, 2012). Em relação ao idoso, porém, limitou-se a abordar a questão da previdência social no art. 157, inciso XVI, tal como já previsto na Constituição de 1934, não trazendo nenhuma inovação (BRASIL, 1946).

Art. 157 - A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão nos seguintes preceitos, além de outros que visem a melhoria da condição dos trabalhadores:

[...]

XVI - previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as consequências da doença, **da velhice**, da invalidez e da morte; [grifo nosso]

Depois do golpe militar de 1964, foi promulgada uma nova Constituição em 24 de janeiro de 1967, fortemente inspirada na Carta de 1937. Ela apresentava um rol de direitos fundamentais, mas com redução dos direitos individuais, embora com maior definição dos direitos dos trabalhadores (CAVALCANTE; BRITO; BALEEIRO, 2012). E assim, como a Constituição anterior restringiu-se em seu art. 158, inciso XVI, unicamente ao aspecto previdenciário da pessoa idosa, permanecendo, portanto, inalterável quando ao tratamento de outros aspectos do tema (BRASIL, 1967).

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

[...]

XVI - previdência social, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, para seguro-desemprego, proteção da maternidade e, nos casos de doença, **velhice**, invalidez e morte; [grifo nosso]

[...]

Esta constituição, contudo, teve curtíssima duração, pois foi editada a Emenda Constitucional 1 (EC 1), em 17 de outubro de 1969, com entrada em vigor em 30 de outubro de 1969 (BRASIL, 1969). Apesar da EC 1/69 ser formalmente uma Emenda à Constituição de 1967, é considerada por muitos constitucionalistas uma nova Constituição, denominando a si mesma o nome de Constituição da República Federativa do Brasil de 1969 (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

Nota-se que até este momento da história as Cartas Magnas Brasileiras foram praticamente omissas em relação aos direitos e garantias fundamentais das pessoas idosas, apresentando apenas previsões relativas aos direitos trabalhistas e previdenciários, sujeitando a essa parcela da população a uma verdadeira exclusão (EFING, 2014). Essa ausência de direitos também pode ser evidenciada no plano infraconstitucional, pois somente em 11 de dezembro de 1974 foi aprovada a Lei nº 6.179, que instituiu direitos previdenciários para maiores de setenta anos de idade e para inválidos (BRASIL, 1974):

Art. 1º **Os maiores de 70 (setenta) anos de idade** e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferam rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2º, não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural, conforme o caso, desde que: [grifo nosso]

A partir dos anos 70 cresce a mobilização brasileira contra o regime autoritário e pela volta do Estado Democrático de Direito. E essa pressão pela redemocratização obteve vitórias, como a anistia, e derrotas, como a proposta de eleições diretas chamada de Emenda Dante de Oliveira⁵, a qual não foi aprovada (BRASIL, 2013). Com o fim dos governos militares e com o processo de redemocratização do Brasil, mostrou-se evidente a necessidade de adotar uma nova Constituição. Então, foi encaminhada ao Congresso a proposta de emenda à Constituição de 1969 que resultou na EC 26, de 27 de outubro de 1985 (BRASIL, 1985), que convocava a Assembleia Nacional Constituinte, sendo instalada em 01 de fevereiro de 1987, e seus trabalhos foram concluídos em 05 de outubro de 1988, com a promulgação da Constituição, hoje vigente (BRASIL, 1988). Somente com o advento da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, chamada pelo então presidente da Assembleia Nacional Constituinte, Dr. Ulysses Guimarães, de “Constituição Cidadã”, ocorreu a implementação jurídica dos idosos, sendo considerado um marco jurídico à proteção dos direitos e garantias fundamentais (EFING, 2014).

Assim, a Constituição vigente consagrou o Estado Democrático de Direito, adotando como um de seus fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988):

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em **Estado Democrático de Direito** e tem como fundamentos:

[...]

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana; [grifo nosso]

[...]

Nesse passo, não devemos olvidar que as disposições de um ordenamento jurídico não devem se dirigir somente aos Estados, mas também aos indivíduos, devendo ser aplicadas de forma que se possa atingir a toda pessoa humana (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

⁵**Emenda Dante de Oliveira ou Emenda das Diretas:** Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n° 05, de 1983, de autoria da Câmara dos Deputados, de iniciativa do então Deputado Federal Dante de Oliveira (PMDB-MT) e outros, objetivava o fim da ditadura no Brasil, por meio da exigência de eleição direta para Presidente da República, mas foi rejeitada em 25 de abril de 1984 (BRASIL, 1983).

O dispositivo acima mencionado subtrai que o Estado Brasileiro se compromete em conceder aos indivíduos, incluindo os idosos, condições para uma vida digna. E apesar de existir diferentes concepções de digna e indigna, pois podem variar em virtude da cultura, dos costumes de cada sociedade, entre outros fatores; mas a dignidade é intrínseca ao ser humano, não é apenas um fundamento estático, mas dinâmico, uma vez que propicia emprego de condições de vida em conexão com um piso vital mínimo de existência do ser humano (MALHEIRO, 2016).

A Constituição de 1988, embora tenha reconhecido os direitos e garantias fundamentais, ainda era insuficiente para a plena efetivação dos direitos dos idosos. Existem, contudo, divergências entre os doutrinadores jurídicos em relação à classificação de normas, implicando na necessidade da criação de leis infraconstitucionais para regulamentar ou não a sua aplicabilidade (EFING, 2014).

A Carta Magna vigente prevê em seu art. 203 que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social. Dentre seus objetivos, mais precisamente no inciso V, encontra-se garantido um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e aos idosos com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, denominado Benefício de Prestação Continuada (BPC) (BRASIL, 1988). Essas regras constitucionais estão regulamentadas pela Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que instituiu o BPC ao idoso e ao deficiente:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao **idoso com 65 (sessenta e cinco) anos** ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. [grifo nosso]

[...]

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou **idosa** a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. [grifo nosso]

[...]

Posteriormente, ela foi alterada pela Lei 12.435 de 06 de julho de 2011, que reitera a renda prevista constitucionalmente (BRASIL, 2011).

A Política Nacional do Idoso foi promulgada pela Lei nº 8.842 em 04 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994) e regulamentada pelo Decreto n. 1948/1996 (BRASIL, 1996), sendo, posteriormente, revogado pelo Decreto nº 9.921/2019 (BRASIL, 2019b). Esse último veio

consolidar em um único diploma legal vários atos normativos, os quais foram editados pelo Poder Executivo Federal, realizando revogações formais e, assim, incorporando-os em sua nova redação. Haja vista, que alguns dos atos normativos encontravam-se dispersos no ordenamento jurídico, como também apresentavam muitas vezes características conflitantes ou até mesmo sobrepostas. O objetivo desta política é assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A referida Lei também cria os Conselhos dos Idosos no âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal; sendo órgãos permanentes, paritários e deliberativos. Eles são compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área, tendo competência para supervisão e acompanhamento, na fiscalização e na avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas (BRASIL, 1994).

Apesar da disposição na Constituição e de algumas escassas legislações infraconstitucionais, como por exemplo, a LOAS e a Política Nacional do Idoso, estas não possuíam magnificência necessária, por si mesmas, de atribuir às pessoas idosas a garantia de seus direitos (VILAS BOAS, 2015). Para consolidar a tutela jurisdicional dos direitos dos idosos, se fez necessário a criação de um instituto jurídico que reunisse em uma única peça jurídica todos os direitos trazidos pelas leis preexistentes e incorporasse novos direitos para alcançar a tutela integral deste grupo populacional (EFING, 2014). Destarte, depois de grande mobilização e organização popular, contando com a participação de inúmeras entidades, como a Confederação dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), o Movimento de Servidores Aposentados Pensionistas (MOSAP), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) e pela Pastoral Nacional (atualmente existe a Pastoral da Pessoa Idosa) e outras lideranças e movimentos sociais, nasceu o Estatuto do Idoso (MENDONÇA, 2015).

O Estatuto do Idoso foi instituído pela Lei Federal nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, entrando em vigor em janeiro de 2004 (BRASIL, 2003). Ele constituiu um verdadeiro marco jurídico e político de modo a efetivar os direitos das pessoas idosas e acima de tudo reconhecendo-o como ser humano especial que deve ser respeitado em toda sua plenitude. Apesar do Estatuto do Idoso ser um divisor na proteção de direitos deve-se destacar que não foram observados alguns critérios simples, como o olhar homogêneo utilizado para definir o idoso brasileiro e seu respectivo processo de envelhecimento, como por exemplo, a diferença entre a terceira e quarta idade (EFING, 2014).

Vale destacar que a primeira redação do Estatuto do Idoso trouxe uma inovação em seu artigo 3º, que é a garantia de prioridade ao atendimento preferencial. Em 2017, foi sancionada a Lei Ordinária nº 13.466, alterando os arts. 3º, 15 e 71 do Estatuto do Idoso, dando preferência especial aos idosos com 80 anos ou mais, inclusive em processos judiciais (BRASIL, 2017d). Tal medida concedeu a prioridade aos maiores de oitenta anos por considerar que se trata de um grupo mais vulnerável em razão de suas condições decorrentes da idade, necessitando de um atendimento mais célere tanto nos processos judiciais bem como no atendimento a sua saúde, assim efetivando os direitos fundamentais. Ainda há, no entanto, consideráveis desafios a serem superados, pois a população está em ampla mudança na sociedade, e o idoso de hoje certamente não será o das próximas décadas, o que levará fatalmente a mais alterações em nossa legislação.

A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CIDOSO) foi criada através da Resolução nº 15 em 2016 (BRASIL, 2016), sendo uma das 25 Comissões Permanentes da Câmara dos Deputados. Trata-se de um órgão técnico da Casa e apoiada por consultores legislativos e servidores administrativos, composto por 22 membros e igual número de suplentes. O objetivo é contribuir para a formulação de políticas públicas que melhor atendam essa parcela da população que tende a quadruplicar até o ano de 2060 (BRASIL, [2016?]).

A CIDOSO recebeu em 17 de abril 2018 o Requerimento nº 84, que tem por objetivo a criação da Subcomissão Especial para reformar e atualizar o estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2018a). A presente Subcomissão foi aprovada pelo plenário da CIDOSO em reunião ordinária realizada em 18 de abril de 2018, iniciando seus trabalhos de instalação e eleição ordinária em 16 de maio de 2018 (BRASIL, 2019c).

Outro destaque na construção dos direitos dos idosos foi o projeto de Lei nº 9.357 de 2007, que posteriormente foi transformado na Lei Ordinária nº 13.646 de 2018. Esta lei institui o ano de valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa (BRASIL, 2018b), em alusão à ratificação pelo Brasil da Convenção Interamericana sobre proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, celebrada em Washington, em 15 de junho de 2015.

Destaca-se ainda o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), criado pelo decreto nº 4.227 de 13 de maio de 2002 (BRASIL, 2002b). Ele tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução. Trata-se de um órgão superior de natureza colegiada, permanente, paritária e deliberativa; integrante da estrutura regimental do Ministério dos Direitos Humanos (MDH) (BRASIL, 2017e). Em 2004, ele foi revogado pelo Decreto nº 5.109 (BRASIL, 2004b),

o qual dispunha sobre a composição, estruturação, competência e funcionamento do CNDI. Em 2018, o Decreto nº 9.494 alterou o Decreto anterior apresentando apenas algumas mudanças. Em 2019, o Decreto nº 9.893 efetivamente revogou o Decreto nº 5.109/2004 (BRASIL, 2019d), fato que gerou inúmeros inconformismos, pois para alguns esse recente decreto fere a Constituição e a legislação infraconstitucional. Em princípio, a lei mantém o CNDI no cenário brasileiro, mas evidentemente engessa e reduz a sua atuação. Isto se reflete através de algumas determinações, como a redução do número de conselheiros, passando de 28 (vinte e oito) para 06 (seis) e a ligação exclusiva a uma única pasta ministerial (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH); impedindo a atuação de outras pastas extremamente relevantes na busca da promoção dos direitos da pessoa Idosa, entre outros. Por essas razões, considera-se que esse decreto representa de forma disfarçada, o aniquilamento do CNDI, órgão esse que representa a democracia participativa, pois atua como Conselho de Direito e de Políticas Públicas, como dispõe na Constituição (BRASIL, 1988).

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - **participação da população**, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. [grifo nosso]

[...]

Merece ainda atenção o recente projeto de lei (PL) nº 5.383/19 (BRASIL, 2019e) que tem por objetivo alterar a legislação vigente para que as pessoas sejam consideradas idosas a partir dos 65 anos de idade, e não mais 60. Tal projeto, se aprovado alteraria o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a lei que trata sobre prioridade de atendimento (BRASIL, 2000). A proposta será analisada em caráter conclusivo pelas comissões de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CIDOSO) e da Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ). A última ação legislativa foi realizada em 06 de novembro de 2019, ficando determinado o encerramento do prazo de cinco sessões para apresentação de emendas ao projeto (de 24/10/2019 a 06/11/2019). Não foram apresentadas emendas.

4.3 A EFETIVIDADE

Neste capítulo são apresentados os diferentes conceitos de efetividade existente em algumas das diversas áreas, como destaque para saúde, administração pública e direito. A partir desses conceitos são analisados e identificados os pontos de interseção entre as respectivas definições.

4.3.1 Conceitos sobre Efetividade

O termo efetividade trata-se de uma palavra polissêmica, ou seja, utilizada por inúmeras áreas de conhecimento. Por isso, há necessidade de retomar ao seu conteúdo etimológico, a palavra em apreço é um substantivo feminino que deriva do latim *Effectivus*, “produzindo um resultado eficiente” (MERRIAM-WEBSTER, [entre 2013 e 2020b]), de *Efficere*, “cumprir, obter resultados”, e *Facere*, “fazer” (ORIGEM DA PALAVRA, 2011).

No âmbito da saúde, é possível encontrar diversas definições para efetividade, elaboradas a luz de cada autor, fato esse que traduz o caráter pluridimensional na acepção correta do termo. Donabedian (1980) na construção de uma teoria da qualidade da saúde apresentou um modelo que a ampliou, denominada Sete Pilares de Qualidade: Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade. O conceito de efetividade difere da eficácia, pois se trata da melhora da saúde alcançada nas práticas cotidianas, cujo nível máximo é estabelecido pela eficácia. Desta forma, para avaliar a qualidade da saúde, é necessário mensurar o quanto do cuidado real (Efetividade) se aproxima do cuidado ideal (Eficácia), buscando aperfeiçoá-la para que o real se aproxime o possível do ideal.

Nesse mesmo contexto, o médico finlandês Hannu Veikko Vuori considera que devem ser avaliadas na qualidade nos serviços de saúde as seguintes dimensões: Efetividade, Eficácia, Eficiência, Equidade, Qualidade Técnico- Científica, Acessibilidade, Adequação e Aceitação. Para esse pesquisador, o conceito de efetividade também se difere da eficácia, assim como eficiência. A efetividade é a relação entre os impactos da realidade com a potencialidade em uma situação dita como ideal, a eficácia, é a capacidade de produzir o efeito desejado, e a eficiência, é uma relação entre os custos de produção e o efeito real (VUORI, 1991, apud SILVA *et al.*, 2018).

No âmbito da administração pública existe uma diversidade de indicadores de resultados de ações públicas, mas a eficiência, eficácia e efetividade (“3 E’s”) são considerados os

principais critérios para a avaliação do desenvolvimento da gestão pública (SANO; MONTENEGRO FILHO, 2013). A eficiência dentro da administração pública guindou o patamar de Princípio Constitucional da Administração Pública, pois encontra-se expresso no caput, do art. 37 da Constituição (BRASIL, 1988). O núcleo desse conceito pode ser visto através de vários aspectos, entre eles, a procura pela produtividade, qualidade, economicidade, celeridade, entre outros, procurando atingir o máximo de resultados como o menor custo possível (CARVALHO FILHO, 2015). A eficácia é a concretização dos objetivos estabelecidos pelo Estado, sem haver preocupação com os meios e mecanismo utilizados para satisfazer tais metas. A efetividade é considerada o conceito mais complexo dos três, pois mensura a qualidade do resultado da ação do Estado, como também verifica a real necessidade e oportunidade destas ações (TORRES, 2004). Desta forma, é claramente perceptível a diferença entre eficiência e efetividade, a primeira possui relação direta com o custo – benefício, e a segunda está intimamente relacionada com a avaliação da qualidade do resultado, não possuindo nexos com questões econômicas.

Ainda nessa perspectiva, a efetividade deve ser determinada dentro de um lapso temporal, através da avaliação da relação entre resultados auferidos e escopos planejados, sendo o grau de qualidade do resultado. A efetividade, ainda, pode ser avaliada através de suas três dimensões básicas: adequação, equidade e propriedade política. A adequação examina se os resultados obtidos condizem com as exigências que originaram a ação pública, a equidade verifica se a referida ação e os resultados comportam uma distribuição justa dos benefícios e recursos públicos, por fim a propriedade vai averiguar o desempenho das necessidades e demandas da sociedade (MOTTA, 1990, apud SILVA *et al.*, 2018).

O conceito de efetividade também pode ser encontrado no Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU). O documento apresenta como dimensões de desempenho e características da auditoria operacional (ANOp): análise independente e objetiva da economicidade, eficiência, eficácia, e efetividade de programas e atividades das organizações governamentais (BRASIL, 2010). No que tange ao conceito e à abrangência, a efetividade visa atingir resultados planejados, dentro de um determinado prazo. Trata-se de uma relação entre impactos observados (resultados obtidos) e impactos esperados (objetivos pretendidos) sobre a população alvo (COHEN; FRANCO, 1993, apud, BRASIL, 2010). Ao examinar uma intervenção do governo a luz da efetividade, propõe-se alcançar amplamente o cumprimento de seus objetivos, tanto imediatos como específicos, normalmente materializado no exame da eficácia da gestão (BRASIL, 2010).

4.3.2 Efetividade no Direito

O Direito tem como uma de suas funções precípua o exercício do controle social e para isso cria normas jurídicas para regular as condutas sociais dos indivíduos e, os estudos dessas normas são de importância fundamental, pois é o elemento essencial do Direito objetivo⁶. O estudo das normas, portanto, jamais estaria completo se não estivesse acompanhado da reflexão dos atributos da vigência, eficácia, efetividade, legitimidade (NADER, 2010). Dentre esses atributos, a efetividade é considerada uma das mais complexas, além de ser sempre envolvida em questionamentos jurídicos, em virtude disso se faz necessário um breve sobrevôo sobre algumas áreas jurídicas para um melhor esclarecimento, pois trata-se de uma matéria controversa a começar pela própria confusão na aceção correta do termo, inclusive por existirem correntes que utilizam a efetividade e eficácia com o mesmo sentido.

Para a Sociologia Jurídica a vigência e a eficácia de uma norma jurídica se confundem, e o termo vigente abarca ambos. Vigente é o Direito que obtém aplicação eficaz na realidade, disciplinando a conduta humana em sociedade, e não apenas o que se encontra na letra fria da lei e desprovido de força normativa para se imposto aos indivíduos e grupos sociais (SILVA, 1998).

Para os normativistas jurídicos, a divergência conceitual entre vigência e eficácia é precisa. Para a teoria Kelsiniana, a vigência de uma norma se dá por sua existência específica, ficando assim adstrita a ordem do dever ser e não a ordem do ser, já a eficácia da norma ocorre quando essa é devidamente aplicada e seguida por parte de seus destinatários e assim obtendo sua configuração completa. Kelsen dá preferência à vigência em relação à eficácia, pois a considera como objeto do direito, mas conclui que o mínimo de eficácia é *conditio sine qua non* para que uma norma jurídica possa ser vigente, apesar da norma entrar em vigor antes mesmo de se tornar eficaz (KELSEN, 1998).

Para Filosofia Jurídica, os atributos vigência, eficácia, efetividade e legitimidade são estudadas, de forma genérica, através da validade do Direito, o qual promove um avanço no entendimento do fenômeno jurídico e de seu mecanismo de funcionamento. O termo

⁶**Direito Objetivo:** O Direito vigente pode ser analisado sob dois ângulos distintos: Objetivo e Subjetivo. O Direito Objetivo é a norma de organização social, chamada de *Jus norma agendi*. O Direito Subjetivo é a possibilidade ou poder de agir, que a ordem jurídica garante a alguém, é um direito personalizado, em que a norma, perdendo o seu caráter teórico, projeta-se na relação jurídica concreta, para permitir uma conduta ou estabelecer consequências jurídicas. **É a partir do conhecimento do Direito Objetivo que deduzimos os Direitos Subjetivos de cada parte dentro de uma relação jurídica** (NADER, 2010, p. 80-81, grifo nosso).

legitimidade pode ser caracterizado através de uma norma que obtém adesão por parte de seus destinatários e sua utilização pelos órgãos responsáveis pela sua aplicabilidade. Também existem autores que utilizam o referido atributo como sinônimo de eficácia, pois não identificam nenhuma distinção entre eles. A noção de efetividade, portanto, pode ser vista como um fenômeno social, pois perpassa pela observância da norma jurídica, e por ser suscetível ao descumprimento, muitas vezes não consegue atingir uma efetividade máxima. Cada norma jurídica apresenta graus de efetividade distintos, sendo confrontado através de estudos da sociologia, que buscam identificar os fatores de adesão e transgressão, e assim, diante dessas informações o legislador passa aperfeiçoar a norma ou substituí-la para sua devida adaptação social. Há de se registrar, ainda, que a Filosofia Jurídica trata a efetividade como um de seus mais nobres conceitos e uma vez auferida passa a ser o condutor de pensamentos e das ideias em relação a inúmeras questões (NADER, 2018).

Para a Teoria Geral do Direito, a aplicação do Direito decorre do nexos com a eficácia, pois existe o entendimento que aplicar uma norma jurídica corresponde a assegurar sua eficácia, ou seja, a aplicação seria uma forma de eficácia. Essa ordem de estudo apresenta a utilização do termo eficácia em duas formas distintas, em eficácia jurídica e eficácia social. A eficácia jurídica é a capacidade ou qualidade de produzir efeitos jurídicos, pois regula fatos e relações sociais a que se refere. A eficácia social ou fática, entendida também como sinonímia jurídica da efetividade, refere-se ao cumprimento efetivo do Direito na sociedade, pois aferem se os destinatários estão se adaptando ou não a norma existente (GARCIA, 2015).

Nesse mesmo sentido, para o emérito Dr. José Afonso da Silva, a eficácia é uma expressão que também possui dois sentidos, sendo eficácia social ou efetividade definida como uma determinada conduta que esteja de acordo com a prevista na norma, ou seja, a norma deve ser obedecida e aplicada. Já a eficácia jurídica determina a qualidade de produzir efeitos jurídicos, em maior ou menor grau, ao regular os comportamentos e situações a que se propõe, ou seja, está relacionada diretamente com a possibilidade da aplicação jurídica (SILVA, 1998).

Hodiernamente, o Ministro Roberto Barroso sugere que por muito tempo definições sobre efetividade ou eficácia social da norma foram negligenciadas e, define a efetividade como ideia de cumprimento de uma norma através de uma conduta humana, ou seja, a realização de sua função social. Ademais, traz um conceito que se tornou clássico entre os estudiosos de efetividade, o qual diz que o termo em questão "representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o *dever-ser* normativo e o *ser* da realidade social" (BARROSO, 2018, p. 136).

Não obstante do que foi apresentado, é necessário destacar que a efetividade ainda pode ser entendida como um princípio processual, por vezes denominada como efetividade da jurisdição. Há também entendimento que a efetividade não seria um princípio, mas um objetivo do processo. Majoritariamente, contudo, tem sido apreciada como princípio, significando o respeito ao modelo processual estabelecido na Constituição, e assim atingindo um estado ideal em que o processo deve se encontrar. O princípio da efetividade, neste sentido, é quando um processo é instruído dentro de uma duração razoável com o menor custo possível, garantindo assim a Justiça (SANTOS 2012; BUENO, 2016). Ademais, a efetividade do processo encontra-se fundamentada na carta magna (BRASIL, 1988):

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;

[...]

LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o **devido processo legal**; [grifo nosso]

LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral é assegurada o **contraditório e ampla defesa**, com os meios e recursos a ela inerentes; [grifo nosso]

[...]

LXXVIII - a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a **razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação**. [grifo nosso]

Há também mecanismos positivados no atual Código de Processo Civil (CPC) que conferem maior efetividade às decisões judiciais e tutelas jurisdicionais. Assim, a noção de efetividade processual se baseia no argumento que o Judiciário deve oferecer sempre uma solução adequada, tempestiva e eficiente para seus demandantes (MEDEIROS NETO, 2019).

Assim, o conceito de efetividade é composto por um binômio: adesão (pelos destinatários) e aplicabilidade (pelos órgãos e aplicadores do direito) e, quando um desses requisitos não é cumprido à norma passa a ser uma letra morta da lei, não realizando o valor de segurança jurídica.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal descritivo, sobre as demandas judiciais de saúde que tramitaram na Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro.

5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Os processos sobre as demandas judiciais de saúde foram extraídos do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ/RJ), com distribuição no período de 01/01/2018 a 01/12/2019, na Comarca da Capital na 1ª instância.

Os processos foram acessados pelo nome da parte ré, sendo considerados os dois planos de saúde com maior número de beneficiários (AMIL e UNIMED) com vigência no município do Rio de Janeiro no período estudado (ANS, 2020), que tramitaram na competência Cível.

Foram excluídos os processos cuja parte autora for menor de 40 anos e as demandas não estavam relacionadas à assistência à saúde.

5.3 COLETA DE DADOS

Foram coletados os dados referentes às características dos idosos, dos processos e tipos de demanda. Em relação às características dos idosos foram avaliadas as variáveis: grupo etário (40 a 59 anos, 60 a 79 anos e ≥ 80 anos), sexo (masculino e feminino), estado civil (casado ou união consensual, solteiro, viúvo, divorciado, ignorado), nacionalidade, aposentado, município de residência (capital e demais municípios). Em relação às características do processo foram avaliadas as variáveis: preposto (advogado, defensor público), réu (AMIL, UNIRIO), distribuição da ação em plantão judiciário, tipo de ação (inicial ou tutela de urgência

antecipada⁷), vara de distribuição do processo, liminar⁸ (deferida e cumprida, deferida e não cumprida, indeferida, não solicitada), causa do óbito relacionada ao pedido, desfecho do processo (deferido, indeferido, processo não julgado ou mérito não julgado), causa do mérito não julgado (acordo entre as partes, resolvido administrativamente, desistência, abandono, óbito, erro processual), tipo de erro processual (declínio de competência⁹, não pagamento das custas, ausência de pressuposto processual¹⁰). Em relação ao tipo de demanda foram incluídas às relacionadas à assistência à saúde: internação hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames, fornecimento de insumos de saúde, realização de cirurgia, internação domiciliar (*home care*), entre outros. Os medicamentos solicitados também foram classificados quando a existência de registro na Anvisa, no rol da ANS e se para uso *off label*¹¹.

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Foi calculado o percentual de cada categoria das variáveis estudadas, estratificando por grupo etário. Foram comparados os adultos maduros (40 a 59 anos) com os idosos (60 anos ou mais), e pessoas com 80 anos ou mais com os demais idosos (60 a 79 anos). O teste qui-quadrado de Pearson foi calculado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os estratos, com correção de Yate quando necessário.

Também foi calculado o tempo mediano de tramitação do processo (entre distribuição e decisão judicial e entre decisão judicial e a publicação), utilizando o método de Kaplan Meier,

⁷ **Tutela de Urgência Antecipada:** A concessão da tutela de urgência pressupõe: (a) probabilidade do direito; e (b) perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo (Art. 300, caput, CPC/2015). São expressões redacionais do que é amplamente consagrado nas expressões latinas *fumus boni iures* e *periculum in mora*, respectivamente. A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente, isto é, no início processo e sem oitiva prévia da parte contrária, ou após justificativa prévia (Art. 300, § 2º). Se concedida, o autor deve aditar a petição inicial, completando sua argumentação, no prazo de 15 dias, salvo se o magistrado conceder prazo maior (art. 303, § 1º, I, CPC/2015), juntando, se for o caso, novos documentos e confirmando o pedido de “tutela final” (NEVES, 2016).

⁸ **Liminar:** Decisão interlocutória proferida no início do processo antes da citação do réu ou após a realização da audiência de justificação veiculadora de tutela jurisdicional, em geral provisória (NEVES, 2016).

⁹ **Declínio de Competência:** Quando o juiz declara não deter competência para julgar o processo, determinando a remessa dos autos ao Juízo competente (NEVES, 2016).

¹⁰ **Pressupostos processuais:** São requisitos de constituição e desenvolvimento válido, regular e eficaz do processo (Art. 485, IV, CPC/2015). Caso o juiz identifique a ausência dos pressupostos processuais, em seu nascedouro, deverá intimar a parte para o saneamento do vício e de extinção do processo sem resolução do mérito, na hipótese de omissão da parte (NEVES, 2016).

¹¹ **Material e Medicamento off-label:** é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta na bula. Já o material *off-label* é aquele cuja indicação de profissional assistente diverge do que consta no manual de uso do material (ANS, [2017?]).

estimação não paramétrica do tempo de ocorrência. Nessa análise foram excluídos os erros processuais. Os desfechos de interesse (ou falha) foram à decisão judicial e publicação da decisão judicial, sendo censurados os processos na data em que ocorreu o acordo entre as partes¹² ou resolução administrativa¹³, desistência¹⁴ ou abandono¹⁵ da ação, óbito anterior a decisão judicial. Os processos não julgados foram censurados em 31/12/2020. Adicionalmente, foram construídas curvas do tempo de tramitação do processo, estratificadas por grupo etário. O teste Log-rank foi calculado para comparar as curvas de tempo, sendo consideradas diferentes quando o respectivo valor de p foi $\leq 0,05$ (CARVALHO *et al.*, 2005).

A lei foi classificada em efetividade jurídica quando houve pedido do preposto de celeridade do processo em função da lei, ou se foi considerado pelo juiz de ofício, mesmo sem o preposto solicitar. Também foi classificada como efetividade social, ou seja, impacto da lei na sociedade, se o tempo de tramitação dos processos foi menor para as pessoas de 80 anos ou mais do que para os demais idosos; e para as pessoas idosas (≥ 60 anos) do que para os adultos maduros.

Os dados foram armazenados no programa Excel, versão 2013, e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

A interpretação dos resultados foi fundamentada nas normas da Lei dos Planos de Saúde, nas resoluções normativas e atribuições da ANS, na relação de consumo à luz do CDC, nos direitos fundamentais previstos na Carta Magna e nas decisões dos Tribunais brasileiros sobre ações em face dos planos de saúde, bem como súmulas e jurisprudências.

¹² **Acordo:** Em nosso ordenamento o acordo pode ocorrer extrajudicialmente ou judicialmente, isto é, antes da instauração do processo ou durante a sua pendência, sendo que, na segunda hipótese, haverá a extinção do processo sem resolução do mérito (PINHO, 2018).

¹³ **Resolução Administrativa:** Ocorre quando é demonstrado que o autor teve seu pedido atendido na esfera administrativa, concluindo-se que não há mais interesse em dar continuidade à ação processual. Fato que pode levar ao magistrado a extinguir o processo sem resolução do mérito (art. 485, VI, CPC/2015). Significa que houve superveniente perda de interesse processual devido à resolução da demanda (NEVES, 2016).

¹⁴ **Desistência da Ação:** é um instituto puramente processual e que, até o momento da prolação da sentença (art. 485, § 5º, CPC/2015), permite extinção sem resolução do mérito (NEVES, 2016), ou seja, é quando o autor comunica formalmente que desistiu do processo judicial.

¹⁵ **Abandono do Processo:** é a desídia do demandante que deixa de praticar atos ou cumprir diligências indispensáveis ao andamento do processo por prazo superior a 30 dias (art. 485, III, CPC/2015), permitindo a extinção sem resolução do mérito (NEVES, 2016).

6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo por ser uma pesquisa que utiliza apenas dados de acesso público no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, foi solicitada à dispensa da avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A dispensa de análise ética foi autorizada em 19 de março de 2020, processo número 04/2020.

7 RESULTADOS

No levantamento realizado foram identificados 1.044 processos judiciais (Figura 3). Desses, foram excluídos os processos com: data de decisão anterior ou posterior ao período da pesquisa (17,5%), impossibilidade de acesso (3,1%), autor não elegível (19,8%), réu não elegível (0,2%), direito médico e ações de indenização (9,8%) e, outras demandas não relacionadas ao objeto da pesquisa (26,6%).

Apenas 240 processos (23,0%) foram elegíveis para o estudo, sendo 58,3% contra o plano de saúde AMIL (Tabela 1). Os autores idosos foram 196 (81,7%), existindo 75 com 80 anos ou mais. Os adultos maduros ajuizaram um percentual maior de ações contra AMIL do que as pessoas idosas ($p = 0,049$), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre as pessoas idosas com 80 anos ou mais e demais pessoas idosas ($p = 0,213$).

A tabela 2 apresenta as características sociodemográficas dos autores dos processos analisados. Verificou-se que a maioria era do sexo feminino (55,4%), com residência fixa na capital (90,8%), casado ou com união consensual (42,0%), aposentado (77,9%) e brasileiro (93,8%). Dentre as pessoas idosas houve um maior percentual de viúvos, aposentados e brasileiros em relação aos adultos maduros ($p \leq 0,045$), com destaque para os com 80 anos ou mais que apresentaram percentual ainda maior de viúvos e aposentados do que as demais pessoas idosas ($p \leq 0,008$).

O número mediano de processos distribuídos foi de quatro, sendo que a 6ª. Vara recebeu dez (4,2%). Os processos dos autores com 80 anos ou mais entraram principalmente na 8ª. Vara (6,8%), das demais pessoas idosas na 20ª. (6,8%) e dos adultos maduros na 6ª. (13,6%) (Tabela 3).

A tabela 4 apresenta as características dos processos. Apenas 17,5% dos processos foram ajuizados pela defensoria pública. O plantão judiciário, que atende as demandas urgentes e fora do horário de expediente, recebeu 35,8% das postulações judiciais. A peça processual mais utilizada para instauração processual foi a Petição Inicial (96,7%). A maioria dos processos foi deferida (45,4%), mas a proporção de acordo ou resolução administrativa foi maior entre os adultos maduros (18,2%) do que entre as pessoas idosas (6,6%), enquanto os processos não julgados (23,0%) e os óbitos antes da decisão judicial (12,8%) foram proporcionalmente maior entre as pessoas idosas do que entre os adultos maduros (13,6% e 4,5%, respectivamente), mas não foi estatisticamente significativo ($p = 0,118$), provavelmente pelo pequeno tamanho da amostra em algumas categorias. Ademais, o óbito antes do

juízo foi proporcionalmente maior entre as pessoas de 80 anos ou mais (20,0%) do que entre os demais idosos (8,3%), embora também não estatisticamente significativo ($p=0,134$).

Apenas um autor de 75 anos não solicitou o pedido de liminar, pois obteve acordo administrativo para realização da cirurgia. Também ocorreram duas desistências da ação antes da decisão da liminar entre os adultos maduros, uma referia-se à solicitação de transferência hospitalar e a outra à realização de exames. Duas liminares de autores idosos foram suspensas, em um plano de saúde, em sede de contestação, provou que o autor cometia crime de fraude contra a instituição, sendo indiciado criminalmente; e a outra devido ao laudo pericial judicial comprovar que não havia necessidade da oferta do serviço de *home care*. Adicionalmente, ocorreram três óbitos em pessoas idosas antes da decisão da liminar, mas que não estavam relacionadas às demandas processuais.

Dentre as 232 liminares que foram avaliadas (Tabela 5), a maioria foi deferida e cumprida (66,8%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários ($p \geq 0,583$). Dentre as 36 liminares deferidas e não cumpridas, as demandas referiam-se principalmente a *home care* (38,9%); e das 41 liminares indeferidas 24,9% eram de cirurgia e *home care*).

Das 191 liminares que foram deferidas, os planos de saúde recorreram de 79 (41,4%), enquanto das 41 liminares indeferidas os autores recorreram de 20 ações (48,8%); interpondo recurso processual denominado agravo de instrumento, que é utilizado para alegação de improcedência de liminar.

A principal demanda foi *home care* (26,3%), seguida pela solicitação de cirurgias ou transplantes (18,6%) e medicamento (17,5%) (Tabela 6). Dentre os adultos maduros foi a solicitação de medicamento (25,0%) e cirurgia ou transplante (17,0%), entre as pessoas idosas de 80 anos ou mais predominou a solicitação de *home care* (54,7%), e entre os demais idosos, medicamento (23,1%) e cirurgia ou transplante (20,9%).

A tabela 7 apresenta as demandas por desfecho processual. A maioria foi deferida (45,4%) ou ainda não foi julgada (21,3%). Das nove ações indeferidas, três eram solicitações de *home care* para idosos de 80 anos ou mais, duas para tratamento de eletroconvulsoterapia e fisioterapia, uma cirurgia eletiva de reconstrução de mama e exérese de lesão de mama guiada por marcação estereotáxica, e um medicamento não registrado na Anvisa.

Em relação aos 42 medicamentos solicitados, dez (22,8%) tinham registro na Anvisa e pertenciam ao rol da ANS, sendo que um era para uso *off label* e foi obtido por acordo com o plano de saúde; 26 não pertenciam ao rol da ANS (61,9%), sendo cinco para uso *off label* em

que quatro foram deferidos e um o autor faleceu antes da decisão judicial; e seis não tinham registro na Anvisa (14,3%), mas três foram deferidos (Tabela 8).

Dos 21 medicamentos com registro na Anvisa, mas ainda não listados no rol da ANS, a maioria refere-se a novas drogas indicadas para tratamento de câncer, como oIbrance® (Palbociclib) utilizado para câncer de mama avançado ou metastático, oAlectinibe (Alecensa®) e oPemetrexede (Alimta®) para câncer de pulmão, oEregorafenibe (Stivarga®) para tumores estromais gastrintestinais (GIST) metastáticos ou não ressecáveis, carcinoma hepatocelular (CHC) e câncer colorretal (CCR) metastático.

A efetividade jurídica da lei de prioridade para pessoas idosas foi alta, sendo 86% para faixa etária de 60 a 79 anos e 97,3% para prioridade especial daqueles com 80 anos e mais. Ademais, em seis processos que o advogado não solicitou prioridade, o juiz deu de ofício, sendo cinco na faixa etária de 60 a 79 anos e um de 95 anos, aumentando a efetividade para 90,1% e 98,7%, respectivamente.

Em relação ao tempo de tramitação do processo, a mediana foi de 13 meses entre a distribuição e a decisão judicial. O tempo de tramitação do processo foi menor para os adultos maduros do que para as pessoas idosas ($p=0,020$), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre as pessoas com 80 anos ou mais e demais idosos ($p=0,400$) (Figura 4).

Das 118 decisões judiciais ocorridas no período, a maioria foi publicada no mesmo dia (86,4%). O tempo para publicação, no entanto, foi maior entre os idosos do que os adultos maduros ($p=0,500$) e entre as pessoas de 80 anos e mais do que os demais idosos ($p=0,700$), embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, provavelmente devido ao pequeno tamanho da amostra (Figura 5).

Figura 3 – Diagrama do procedimento para identificação dos processos judiciais relacionados à saúde dos adultos maduros e pessoas idosas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

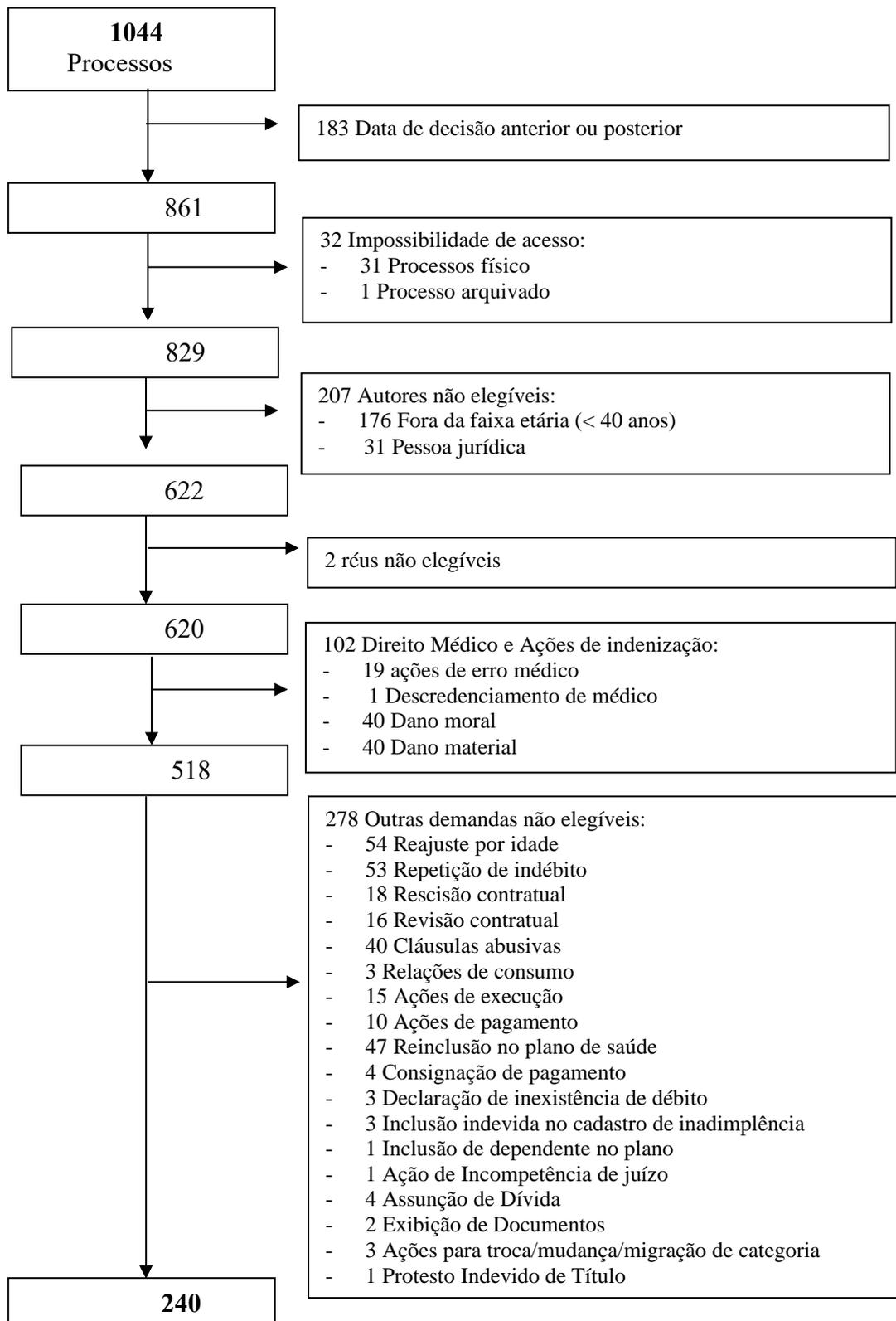


Tabela 1. Distribuição dos réus por grupo etário dos autores nos processos ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Planos de Saúde	Total		40 a 59 anos		60 anos e mais		p valor	60 a 79 anos		80 anos e mais		p valor
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
AMIL	140	58,3	31	70,5	109	55,6	0,049	72	59,5	37	49,3	0,213
UNIMED RIO	100	41,7	13	29,5	87	44,4		49	40,5	38	50,7	
Total	240	100,0	44	100,0	196	100,0	-	121	100,0	75	100,0	-

Tabela 2. Distribuição das características sociodemográficas por grupo etário dos autores dos processos ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Características do idoso	Total		40 a 59 anos		60 anos e mais		p valor	60 a 79 anos		80 anos e mais		p valor
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo												
Masculino	107	44,6	16	36,4	91	46,4	0,296	62	51,2	29	38,7	0,116
Feminino	133	55,4	28	63,6	105	53,6		59	48,8	46	61,3	
Município de residência												
Capital	218	90,8	36	81,8	182	92,9	0,045	111	91,7	71	94,7	0,624
Outros	22	9,2	8	18,2	14	7,1		10	8,3	4	5,3	
Estado Civil												
Solteiro	41	17,1	15	34,1	26	13,3	0,005	17	14,0	9	12,0	<0,001
Casado ou união consensual	101	42,0	17	38,6	84	42,9		61	50,4	23	30,7	
Divorciado	31	12,9	6	13,6	25	12,8		19	15,7	6	8,0	
Viúvo	51	21,3	3	6,8	48	24,5		19	15,7	29	38,7	
Ignorado	5	2,1	3	6,8	13	6,6		5	4,1	8	10,7	
Aposentado												
Sim	187	77,9	16	36,4	171	87,2	<0,001	99	81,8	72	96,0	0,008
Não	53	22,1	28	63,6	25	12,8		22	18,2	3	8,3	
Nacionalidade												
Brasileiro	225	93,8	43	97,7	182	92,9	0,389	116	95,9	66	88,0	0,073
Estrangeiro	15	6,3	1	2,3	14	7,1		5	4,1	9	12,0	

Tabela 3. Distribuição das varas dos processos por grupo etário dos autores ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019
(continua)

Vara	40 a 59 anos		60 a 79 anos		80 anos e mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1a.	1	2,3	5	4,1	1	1,4	7	2,9
2a.	1	2,3	4	3,3	3	4,1	8	3,3
3a.	1	2,3	4	3,3	4	5,4	9	3,8
4a.	4	9,1	1	0,8	1	1,4	6	2,5
5a.	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
6a.	6	13,6	2	1,7	2	2,7	10	4,2
7a.	0	0,0	4	3,3	3	4,1	7	2,9
8a.	0	0,0	3	2,5	5	6,8	8	3,3
9a.	1	2,3	1	0,8	1	1,4	3	1,3
10a.	0	0,0	0	0	3	4,1	3	1,3
11a.	1	2,3	3	2,5	1	1,4	5	2,1
12a.	0	0,0	2	1,7	0	0	2	0,8
13a.	2	4,5	3	2,5	2	2,7	7	2,9
14a.	0	0,0	5	4,1	2	2,7	7	2,9
15a.	1	2,3	2	1,7	2	2,7	5	2,1
16a.	1	2,3	4	3,3	2	2,7	7	2,9
17a.	2	4,5	3	2,5	0	0	5	2,1
18a.	0	0,0	1	0,8	2	2,7	3	1,3
19a.	0	0,0	5	4,1	2	2,7	7	2,9
20a.	0	0,0	8	6,6	0	0,0	8	3,3
21a.	2	4,5	2	1,7	2	2,7	6	2,5
22a.	0	0,0	0	0	2	2,7	2	0,8
23a.	1	2,3	3	2,5	0	0	4	1,7
24a.	2	4,5	2	1,7	0	0	4	1,7
25a.	2	4,5	3	2,5	3	4,1	8	3,3
26a.	0	0,0	4	3,3	2	2,7	6	2,5
27a.	0	0,0	0	0	3	4,1	3	1,3
28a.	0	0,0	5	4,1	0	0	5	2,1
29a.	0	0,0	3	2,5	2	2,7	5	2,1
30a.	1	2,3	1	0,8	0	0	2	0,8
31a.	0	0,0	1	0,8	2	2,7	3	1,3
32a.	0	0,0	1	0,8	0	0,0	1	0,4
33a.	1	2,3	2	1,7	1	1,4	4	1,7
34a.	0	0,0	0	0	1	1,4	1	0,4
35a.	1	2,3	1	0,8	1	1,4	3	1,3
36a.	0	0,0	3	2,5	4	5,4	7	2,9
37a.	1	2,3	2	1,7	1	1,4	4	1,7
38a.	0	0,0	3	2,5	0	0	3	1,3
39a.	3	6,8	1	0,8	2	2,7	6	2,5

Tabela 3. Distribuição das varas dos processos por grupo etário dos autores ajuizados na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019 (conclusão)

Vara	40 a 59 anos		60 a 79 anos		80 anos e mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
40a.	0	0,0	6	5,0	1	1,4	7	2,9
41a.	0	0,0	2	1,7	1	1,4	3	1,3
42a.	2	4,5	3	2,5	2	2,7	7	2,9
43a.	0	0,0	2	1,7	1	1,4	3	1,3
44a.	1	2,3	1	0,8	0	0	2	0,8
45a.	1	2,3	1	0,8	0	0	2	0,8
46a.	1	2,3	2	1,7	0	0	3	1,3
47a.	1	2,3	0	0	1	1,4	2	0,8
48a.	1	2,3	2	1,7	1	1,4	4	1,7
49a.	0	0,0	1	0,8	2	2,7	3	1,3
50a.	2	4,5	1	0,8	1	1,4	4	1,7
51a.	0	0,0	1	0,8	1	1,4	2	0,8
52a.	0	0,0	2	1,7	2	2,7	4	1,7
Total	44	100,0	121	100	75	101	240	100,0

Tabela 4. Distribuição das características dos processos por grupo etário dos autores ajuizados na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Características do processo	Total		40 a 59 anos		60 anos e mais		p valor	60 a 79 anos		80 anos e mais		p valor
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
Preposto												
Advogado	198	82,5	37	84,1	161	82,1	0,93	99	81,8	62	82,7	1,00
Defensoria Pública	42	17,5	7	15,9	35	17,9		22	18,2	13	17,3	
Plantão Judiciário												
Sim	86	35,8	17	38,6	69	35,2	0,799	44	36,4	25	33,3	0,781
Não	154	64,2	27	61,4	127	64,8		77	63,6	50	66,7	
Requerido formulado pelo autor												
Petição Inicial	232	96,7	42	95,5	190	96,9	0,975	117	96,7	73	97,3	1,00
Tutela de urgência antecipada	8	3,3	2	4,5	6	3,1		4	3,3	2	2,7	
Desfecho do processo												
Deferido	109	45,4	20	45,5	89	45,4		59	48,8	30	40,0	
Indeferido	9	3,8	2	4,5	7	3,6		3	2,5	4	5,3	
Mérito não julgado devido a um acordo ou resolvido administrativamente	21	8,8	8	18,2	13	6,6		11	9,1	2	2,7	
Mérito não julgado devido a desistência ou abandono	16	6,7	4	9,1	12	6,1	0,118	7	5,8	5	6,7	0,134
Mérito não julgado devido a óbito	27	11,3	2	4,5	25	12,8		10	8,3	15	20,0	
Mérito não julgado devido a erro processual	7	2,9	2	4,5	5	2,6		3	2,5	2	2,7	
Não julgado	51	21,3	6	13,6	45	23,0		28	23,1	17	22,7	

Tabela 5. Distribuição das decisões das liminares por grupo etário ajuizadas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Resposta a demanda processual da liminar	Total		40 a 59 anos		60 anos e mais		p valor	60 a 79 anos		80 anos e mais		p valor
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
Deferida e cumprida	155	66,8	29	69,0	126	66,3		77	65,3	49	68,1	
Deferida e não cumprida	36	15,5	5	11,9	31	16,3	0,769	18	15,3	13	18,1	0,583
Indeferida	41	17,7	8	19,0	33	17,4		23	19,5	10	13,9	
Total	232	100,0	42	100,0	190	100,0	-	118	100,0	72	100,0	-

Tabela 6. Distribuição das demandas de saúde por grupo etário dos autores ajuizadas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Demanda	Total		40 a 59 anos		60 a 79 anos		80 anos e mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internação	22	9,2	5	11,4	11	9,1	6	8,0
Medicamento	42	17,5	11	25,0	28	23,1	3	4,0
Cirurgia e transplante	55	18,6	9	17,0	32	20,9	14	15,7
Realização de Exames	12	5,0	5	11,4	6	5,0	1	1,3
Transferência Hospitalar	4	1,7	2	4,5	1	0,8	1	1,3
<i>Home Care</i>	63	26,3	4	9,1	18	14,9	41	54,7
Fornecimento de insumos	6	2,5	1	2,3	3	2,5	2	2,7
Químico, radio e hemodiálise	7	2,8	0	0	5	4,0	2	2,6
Serviços	7	2,9	1	2,3	4	3,3	2	2,7
Tratamento médico	22	9,2	6	13,6	13	10,7	3	4,0
Total	240	100,0	44	100,0	121	100,0	75	100,0

Tabela 7. Distribuição das demandas de saúde por desfecho processual ajuizadas na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Demanda	Desfecho processual															
	Total		Deferido		Indeferido		Acordo ou resolução administrativa		Desistência Ou Abandono		Óbito antes julgamento		Erro processual		Não Julgado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Internação	22	9,2	5	22,7	0	0,0	4	18,2	5	22,7	2	9,1	2	9,1	4	18,2
Medicamento	42	17,5	29	69,0	1	2,4	4	9,5	1	2,4	3	7,1	1	2,4	3	7,1
Cirurgia	46	19,2	26	56,5	2	4,3	6	13,0	2	4,3	2	4,3	0	0,0	8	17,4
Realização de Exames	12	5,0	7	58,3	0	0,0	2	16,7	1	8,3	0	0,0	1	8,3	1	8,3
Transferência Hospitalar	4	1,7	2	50,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Home Care	63	26,3	17	27,0	3	4,8	0	0,0	4	6,3	15	23,8	2	3,2	22	34,9
Fornecimento de insumos	6	2,5	4	66,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
Quimioterapia	4	1,7	2	50,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hemodiálise	2	0,8	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Radioterapia	1	0,4	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Serviços	7	2,9	3	42,9	0	0,0	1	14,3	1	14,3	1	14,3	0	0,0	1	14,3
Tratamento médico	22	9,2	8	36,4	2	9,1	3	13,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5	8	36,4
Transplante	9	3,8	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	0	0,0	2	22,2
Total	240	100,0	109	45,4	9	3,8	21	8,8	16	6,7	27	11,3	7	2,9	51	21,3

Tabela 8. Distribuição das demandas de saúde referentes à solicitação de medicações e seus respectivos desfechos processuais na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, ajuizados no período de 2018 a 2019

Medicamento	Total		Desfecho processual						
	N	%	Deferido	Indeferido	Acordo	Desistência ou abandono	Óbito antes julgamento	Erro processual	Não Julgado
Registro na Anvisa e no Rol ANS	9	21,4	5	0	1	0	0	1	2
Registro na Anvisa, no Rol da ANS e para uso <i>off label</i>	1	2,4	0	0	1	0	0	0	0
Registro na Anvisa, mas ausente do Rol ANS	21	50,0	17	0	2	0	1	0	1
Registro na Anvisa, ausente do Rol ANS e para uso <i>off label</i>	5	11,9	4	0	0	0	1	0	0
Sem registro na Anvisa	6	14,3	3	1	0	1	1	0	0
Total	42	100,0	29	1	4	1	3	1	3

Figura 4. Curvas de tempo entre a distribuição do processo e a decisão judicial por grupo etário na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2018 – 2019.

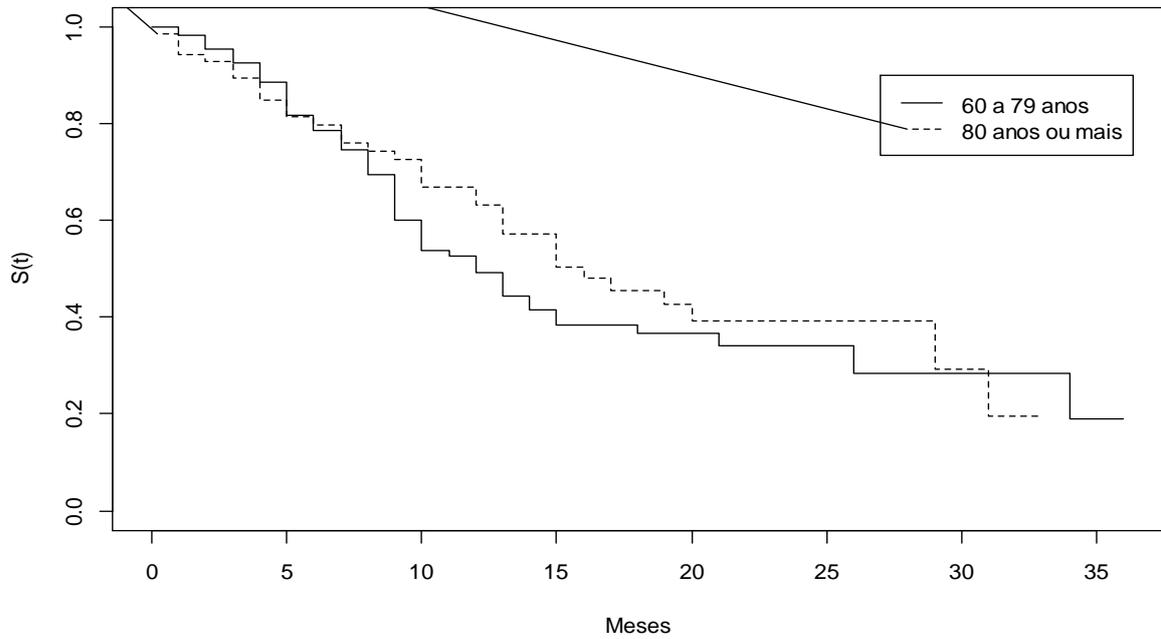
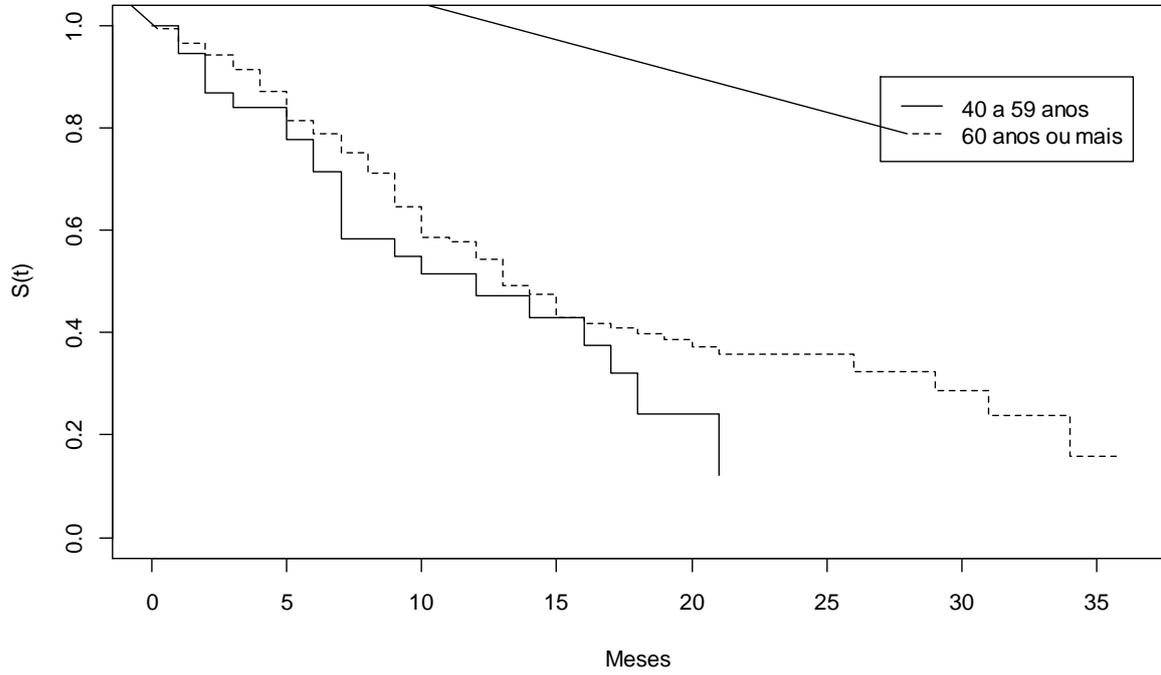
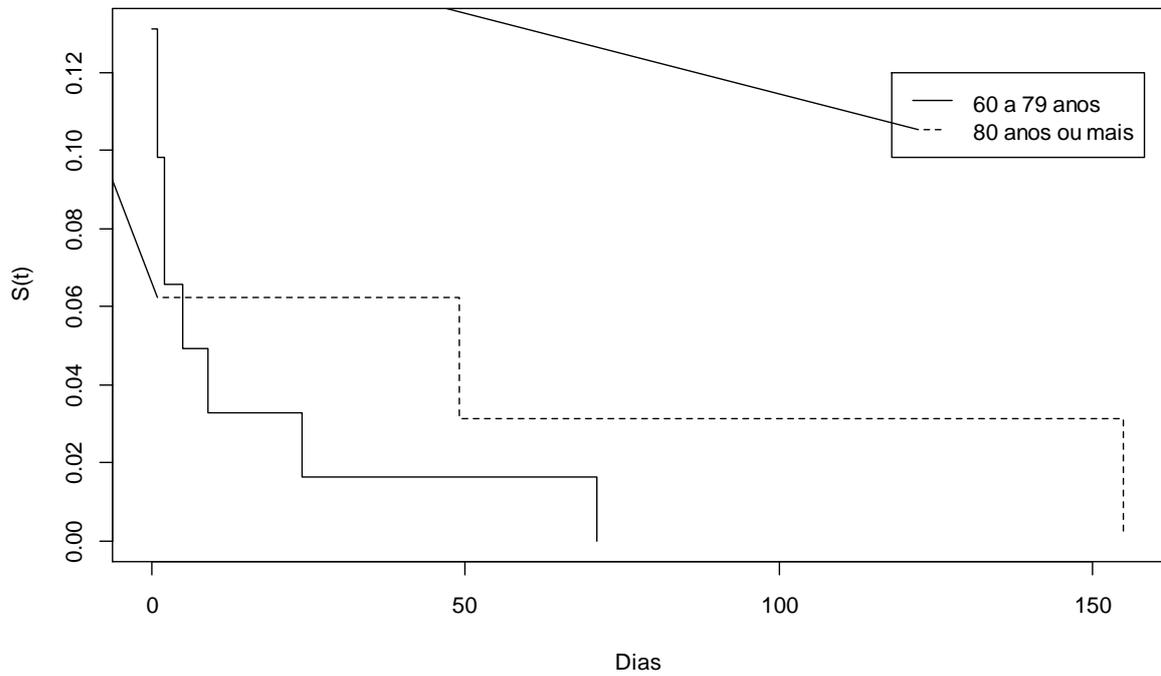
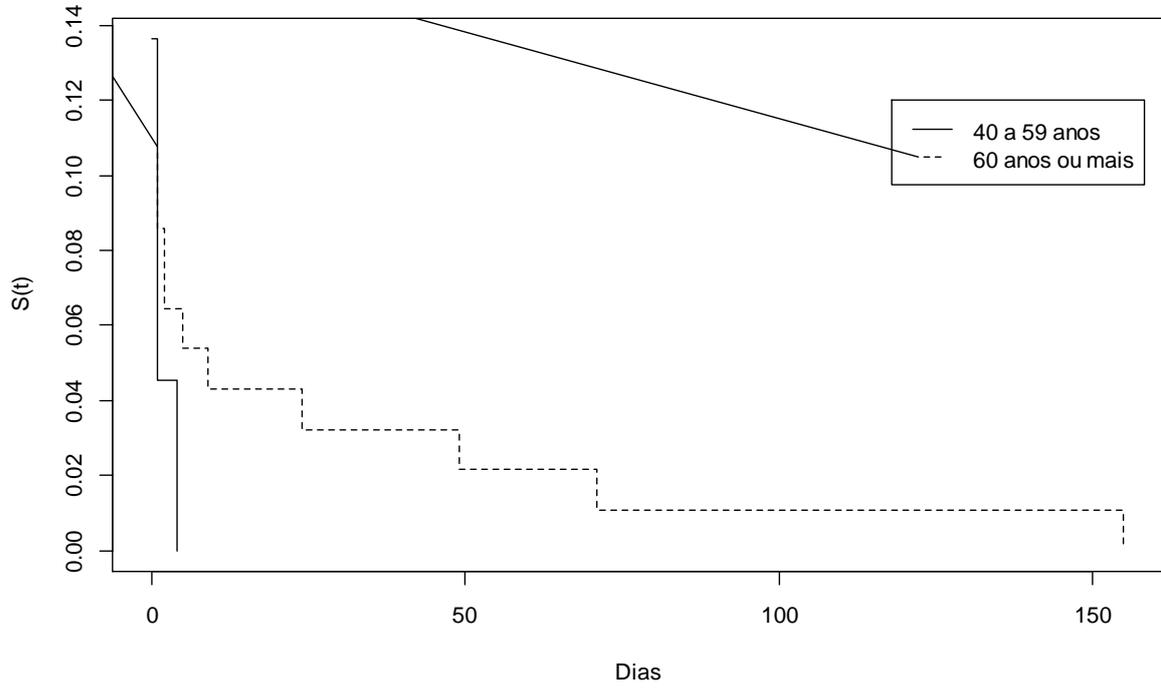


Figura 5. Curvas de tempo entre a decisão judicial e a publicação por grupo etário na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2018 – 2019



8 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou 1.044 processos judiciais na 1ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TRT/RJ), mas apenas 240 foram elegíveis (23,0%). O procedimento de identificação no sítio eletrônico da instituição ocorreu através da busca pelo nome da parte no processo, devido à inflexibilidade do sistema, que inviabiliza restrições de características e a exclusão de aspectos sem interesse para pesquisa, tornando-se um processo mais complexo e moroso. As pessoas idosas constituíram 81,7% dos autores, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários para a maioria das características socioeconômicas e processuais estudadas, exceto as relacionadas à idade como aposentadoria, viuvez e óbito durante o processo.

O serviço de internação domiciliar (*home care*)¹⁶ foi à principal demanda (26,3%), sendo maior entre as pessoas idosas com 80 anos ou mais (54,7%). A lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998), não inclui a assistência à saúde no ambiente domiciliar (*home care*) entre as coberturas obrigatórias, apenas garantindo o fornecimento alguns serviços, produtos e fornecimento medicamento específico. Os pacientes que necessitam desse serviço ainda encontram o entrave de não haver previsão no rol de coberturas obrigatórias da ANS, como também alguns planos de saúde o excluem das cláusulas contratuais o direito a cobertura de tal procedimento. A ANS (2018a) regulamentou esse serviço determinando que caso a operadora de saúde ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências da Anvisa e ao previsto na Lei dos Planos de Saúde (BRASIL, 1998). Ademais, quando ocorre direto o pedido de assistência domiciliar sem que seja em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Apesar desses obstáculos, as ações judiciais propostas com essa demanda, tem obtido êxito em sua maioria quando há indicação expressa do médico assistente. Nesse estudo apenas três foram indeferidas. Os tribunais, de forma geral, tendem a seguir o pedido do médico em relação à negativa do plano de saúde em fornecer o serviço. O Tribunal de Justiça de São Paulo tem sido referência para todos os outros tribunais do país, devido as suas súmulas 90 e 102, as quais são utilizadas para fundamentar o pedido de *home care* (SÃO PAULO, [2021?]):

¹⁶A expressão *home care* e suas outras variações - atendimento domiciliar, assistência domiciliar, tratamento domiciliar, internação domiciliar, enfermagem 24h e atenção domiciliar, que na área da saúde são por muitas vezes utilizadas de formas distintas, mas entre os juristas são consideradas expressões sinônimas, sem maior rigor semântico ou técnico como aplicado pelos profissionais de saúde (DAHINTEN; DAHINTEN, 2020).

Súmula 90: Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer.

[...]

Súmula 102: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

Além dessas súmulas, os prepostos têm utilizado para obter o serviço um o argumento financeiro, ou seja, os custos de manutenção de um paciente internado em seu domicílio são consideravelmente inferiores à de uma internação hospitalar, demonstrando que a escolha pelo serviço de *home care* é mais vantajosa economicamente para o próprio plano de saúde.

A segunda demanda mais frequente foi a cirurgia (19,2%), em que a maioria foi deferida (56,5%) ou atendida através de acordo entre as partes ou resolução administrativa com a própria operadora de saúde (13,0%), mas 30,4% ainda aguardavam decisão judicial.

Um dos aspectos a ser considerado é o tempo de carência estipulado no contrato, pois normalmente cada procedimento cirúrgico tem um tempo mínimo estipulado para sua realização, em geral, cirurgias eletivas podem ser realizadas após 180 dias da assinatura do contrato. Se a cirurgia for de urgência ou emergência, normalmente o prazo é de 24 horas ou imediato, quando a risco de morte (BRASIL, 1998), mas esses são os prazos máximos, podendo a operadora de saúde reduzi-los ou extingui-los como lhes convier, o que normalmente é usado como estratégia de mercado (ANS, [2000?]). Segundo o STJ (BRASIL, 2017f), em súmula anotada¹⁷ 597 diz que *a cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação*. Atualmente, contudo, encontram-se em tramitação na Câmara dos Deputados alguns projetos de lei apensados¹⁸, devido à correlação entre as matérias, que busca alterar a Lei dos Planos de Saúde com o objetivo de isentar o beneficiário do cumprimento de períodos

¹⁷ **Súmulas Anotadas:** São os enunciados das Súmulas do STJ anotados por excertos dos julgados que lhes deram origem. Além disso, são disponibilizados *links* para pesquisa, em tempo real, dos acórdãos posteriores ao enunciado sumular e para o acesso a outros produtos relacionados aos assuntos sumulados (BRASIL, 2021)

¹⁸ **Projetos de leis apensados:** Tramitação em conjunto. Propostas semelhantes são apensadas ao projeto mais antigo. Se um dos projetos semelhantes já tiver sido aprovado pelo Senado, este encabeça a lista, tendo prioridade sobre os da Câmara. O relator dá um parecer único, mas precisa se pronunciar sobre todos. Quando aprova mais de um projeto apensado, o relator faz um substitutivo ao projeto original. O relator pode também recomendar a aprovação de um projeto apensado e a rejeição dos demais (BRASIL, 2005)

de carência nos casos de urgência e emergência e para reduzir para cento e vinte dias o período de carência nas internações hospitalares (BRASIL, 2019f).

Já as cirurgias solicitadas em decorrências de lesões e/ou doenças preexistentes seguem outro critério, pois atualmente o plano de saúde realiza uma avaliação médica antes para o preenchimento de formulário sobre saúde, como também é dever do contratante informar se tem alguma doença ou lesão preexistente, isso não inviabiliza pedidos de cirurgias, mas o prazo para sua realização será maior, em geral, 24 meses. Contudo, há cirurgias que não possuem coberturas, como cirurgias meramente estéticas, experimentais, tratamentos e intervenções, invasivas ou não, sem comprovação científica.

Nenhuma solicitação de transplante foi indeferida, embora três óbitos tenham ocorridos antes do julgamento e dois ainda aguardam a decisão judicial. A ANS (2018b) determina a cobertura de alguns tipos de transplantes em seu rol de procedimentos e eventos em saúde, os planos que oferecem assistência hospitalar são obrigados a cobrir transplantes de rim, córnea e o de medula alogênico (feito com doador de medula óssea) e autólogo (realizado com a medula do próprio paciente, sem doador) e incluindo todas as despesas com o transplante, que vão muito além do próprio ato cirúrgico. Além disso, o paciente candidato ao transplante de rim ou córnea proveniente de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), integrando a fila única nacional, coordenada pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) (RIO GRANDE DO SUL, [2021?]).

A demanda por medicamentos correspondeu a 17,5% das solicitações. A obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos pelos planos de saúde, ainda é muito discutido pelos estudiosos, principalmente medicamentos que não fazem parte do rol da ANS e para uso *off label*.

No Brasil, todo medicamento para ser fabricado e vendido deve ter registro na Anvisa e para ser aprovado são realizados testes e análises que demonstrem sua qualidade, eficácia e segurança garantindo que a medicação tenha um impacto positivo na saúde da população (MANCINI, 2021). A ANS apresenta um rol de procedimentos e eventos em saúde, atualizado a cada dois anos, com a lista obrigatória de consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos que devem ser oferecidos aos beneficiários. Esse rol é destinado aos contratantes de planos novos, ou seja, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, mas se o plano tiver sido contratado antes de 01/01/1999 e não tiver sido adaptado à Lei, a cobertura será a que estiver determinada em seu contrato, podendo o beneficiário adaptar ou migrar para outro plano a qualquer momento, passando a ser considerado integrante dos planos novos (ANS, [2000?]).

Em seu último rol publicado (ANS, 2018b) ocorreram importantes incorporações, como por exemplo, oito medicamentos orais para o tratamento de cânceres, que são Afatinibe e Crizotinibe (câncer de pulmão), Dabrafenibe e Tramatinibe (melanoma), Enzalutamida (câncer de próstata), Everolimo (tumores neuroendócrinos), Ruxolitinibe (mielofibrose), Ibrutinibe (leucemia).

A discussão sobre o uso de medicamentos *off label* tem sido tema de relevância tanto para saúde pública quanto para suplementar. Medicamentos *off label* tem predominância em determinadas situações clínicas, como a oncologia e em determinadas faixas etárias, como idosos, gestantes e crianças, devido à dificuldade e/ou impossibilidade da realização de ensaios clínicos entre esses grupos (BRASIL, 2012).

A questão, contudo, é quando o pedido de medicação é negado pelo plano de saúde, pois apresenta graus de complexidades distintos entre esses tipos de demandas. A medicação que tem registro na Anvisa com cobertura no rol da ANS não terá a mesma dificuldade do que os demais para ser obtido, pois se enquadra nos critérios legais estabelecidos para sua solicitação. Desse tipo de medicação solicitada à maioria foi deferida, não havendo nenhum indeferimento. A medicação que tem registro na Anvisa sem cobertura no rol da ANS poderia ser interpretada como uma demanda com maior grau de dificuldade para sua obtenção, mas sobre essa questão encontramos distintos entendimentos nos tribunais. Alguns entendem que o plano de saúde tem o dever jurídico de tratar as enfermidades previstas no contrato, mesmo sem reconhecimento da ANS ou Anvisa. Outros, por sua vez, entendem que rol da ANS é meramente exemplificativo e não taxativo, não constituindo motivo idôneo para a negativa de sua cobertura. E na tentativa de pacificar a matéria, a quarta turma do STJ, adotou o entendimento que o rol da ANS não é meramente exemplificativo, tratando-se de um mínimo obrigatório para as operadoras de planos de saúde (BRASIL, 2019g). Apesar da terceira turma do mesmo Tribunal Superior apresentar entendimento em sentido contrário, ou seja, de que a lista da ANS seria meramente exemplificativa, o fato de um procedimento não constar da lista não desobriga o plano de custeá-lo, caso seja indicado pelo médico para tratar doença prevista no contrato.

No caso, de medicamentos sem registro na Anvisa, as controvérsias se acentuam. O estudo identificou seis pedidos de medicações que não possuíam o regular registro na agência reguladora, com um deferimento e um indeferimento, entre os demais desfechos. De forma geral, nem o Estado e nem as operadoras de saúde são obrigadas a fornecer medicamentos não registrados na Anvisa, pois seu registro constitui proteção à saúde pública, atestando a eficácia, segurança e qualidade dos fármacos comercializados no país. Tal registro sanitário não pode

ser considerado um procedimento meramente burocrático e dispensável, mas processo essencial para a tutela do direito à saúde de toda a coletividade. Para o Ministro Barroso, em fundamentação de seu voto sobre Recurso Extraordinário (657.718 /MG) as decisões judiciais que determinam o fornecimento de fármacos sem o devido registro sanitário, especialmente quando estes não foram submetidos aos testes e critérios técnicos mínimos exigidos, representam grave risco para a saúde pública. Diante da ausência de informações e conhecimentos científicos acerca de eventuais efeitos adversos de uma substância e da inexistência de atestação da segurança e eficácia de um fármaco pela Anvisa, a decisão judicial nunca deverá ser pela liberação de seu consumo (BARROSO, 2019). O plenário, por maioria de votos, ainda no julgamento do referido recurso, determinou uma tese com 03 itens para efeito de aplicação da repercussão geral¹⁹, destacamos o 3º e 4º:

3) É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos:

I – a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras;

II – a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior;

III – a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

4) As ações que demandem o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão ser necessariamente propostas em face da União.

Ainda sobre o tema, o julgamento cadastrado sob o número 990, como Recurso Repetitivo²⁰, o STJ definiu que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas a fornecer medicamentos não registrados pela Anvisa (BRASIL, 2018c). Contudo, caso haja a superveniência de registro na Anvisa no curso da demanda, a jurisprudência do STJ, firmou que, "*é legítima a recusa do operador de plano de saúde em custear medicamento importado, não nacionalizado, sem o devido registro na ANVISA*", mas, "*após o registro pela ANVISA, a*

¹⁹ **Repercussão Geral:** É 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 n. 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) (BRASIL, 2018e).

²⁰ **Recurso Repetitivo:** O art. 1.036 do Código de Processo Civil-CPC/2015 dispõe que, quando houver multiplicidade de recursos especiais com fundamento em idêntica controvérsia, a análise do mérito recursal pode ocorrer por amostragem, mediante a seleção de recursos que representem de maneira adequada, a controvérsia. Recurso repetitivo, portanto, é aquele que representa um grupo de recursos especiais que tenham teses idênticas, ou seja, que possuam fundamento em idêntica questão de direito (BRASIL, [2015?]).

operadora de plano de saúde não pode recusar o custeio do tratamento com o fármaco indicado pelo médico responsável pelo beneficiário".

No que se refere propriamente à juridicidade da prática médica consistente na prescrição *off label*, não existe nenhuma norma de natureza legislativa ou deontológica que autorize ou vede expressamente as referidas práticas no contexto nacional (SÁ; FERREIRA, 2019). A própria Anvisa apresenta um posicionamento relativizado em relação a prescrição *off label* quando informa que seu uso é de responsabilidade do médico que prescreve, e que pode incorrer eventualmente em um erro médico, mas reconhece que há prescrições *off label* essencialmente corretas, que apenas ainda não foram devidamente aprovadas. Ainda, acrescenta em seu entendimento a importância dessas prescrições em doenças raras, pois possivelmente nunca haverá indicações dessas doenças na bula do medicamento, pois jamais serão estudadas por ensaios clínicos (ANVISA, 2018), devido ao tamanho de amostra ser insuficiente para ter poder para realização do estudo.

Em STJ (BRASIL, 2018d), a quarta turma decidiu que planos têm de cobrir uso *off label* de medicamentos com registro na Anvisa. Essa decisão unifica o entendimento do tribunal sobre a questão, já que a terceira turma tinha se posicionando no mesmo sentido, ou seja, falta de indicação específica na bula não é motivo para a negativa de cobertura do tratamento. Os ministros entenderam que “*off label* corresponde ao uso essencialmente correto de medicação aprovada em ensaios clínicos e produzida sob controle estatal, apenas ainda não aprovado para determinada terapêutica”. Sobre o profissional responsável pela prescrição do uso *off label*, o ministro relator Luis Felipe Salomão, ratificou que a competência para editar normas que definem quando se trata de caráter experimental de um tratamento médico é privativa do CFM, razão pela qual não pode a ANS nem as operadoras de planos de saúde pretenderem tomar para si a referida atribuição. Deve-se ressaltar, no entanto, que medicamentos para uso experimental têm que estar inserido numa pesquisa, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e todos os insumos são de responsabilidade do patrocinador do estudo.

Adicionalmente, entre as diversas práticas mercantilistas que a indústria farmacêutica utiliza para obter lucro, sem dúvida a utilização do profissional médico é o principal instrumento para o sucesso, principalmente porque no Brasil não é permitida a divulgação de fármacos de forma livre ao público leigo. É evidente, portanto, que esse grupo profissional acaba por alavancar, de forma direta ou indireta, o crescimento financeiro desse mercado, já que eles detêm o poder de prescrever medicamentos. Logo, a indústria farmacêutica assedia o profissional médico para persuadi-lo a prescrever uma determinada medicação e em contrapartida podem oferecer algumas vantagens (FAGUNDES, 2007). Obviamente, podemos

encontrar profissionais que sucumbem a essas vantagens, e assim, passam a prescrever medicamentos mesmo tendo outras alternativas de uso ou de efeito similar ou de custo apropriado.

Em relação à efetividade da lei de prioridade das pessoas idosas no âmbito jurídico, principal objetivo deste estudo, constatou que houve efetividade jurídica da lei de prioridade para as pessoas idosas, bem como, da lei de prioridade especial para os idosos com 80 anos ou mais, mas não houve efetividade social. Os operadores do direito foram obedientes a norma jurídica, mas o objetivo da norma que é dar prioridade processual aos idosos, tornando-a mais célere não foi alcançada. Neste estudo os adultos maduros apresentaram um tempo de tramitação processual mais célere do que os idosos.

Em estudo anterior (AZEVEDO; GIRIANELLI; BONFATTI, 2020), foi observado que não houve nem efetividade jurídica e nem efetividade social na lei de prioridade especial para os idosos com 80 anos ou mais, pois além da norma não ser observada pelos operadores do direito, o tempo de tramitação dos processos dos idosos com 80 anos ou mais em relação aos demais idosos não apresentou nenhuma diferença. Os autores, desse estudo, ressaltaram que o resultado encontrado provavelmente ocorreu devido ao pouco tempo o qual a lei encontrava-se em vigor e pelo fato do sistema do TJRJ, no período da pesquisa, disponibilizar apenas a alternativa de prioridade para idoso durante protocolo de uma ação, sem fazer distinção entre as faixas etárias dos idosos.

O alcance da efetividade jurídica, portanto, pode ser considerada uma grande conquista, pois os operadores passaram solicitar essa prioridade que é tão importante para os idosos, que estão ajuizando demandas de saúde. Uma pessoa idosa, principalmente com 80 anos ou mais, necessitando de algum produto ou serviço de saúde, não pode ficar à mercê da morosidade do sistema judiciário, o direito a prioridade foi devidamente consagrado no Estatuto do Idoso.

Ainda, assim, pode-se refletir sobre como esse pedido de prioridade deve ser realizado, pois encontramos posicionamentos distintos. O direito a prioridade dos idosos com 80 anos ou mais encontra-se bem delimitado no Estatuto do Idoso, mas a forma que ele deve ser exercido encontra-se no artigo do CPC (2015) e esse apresenta interpretações distintas no mundo jurídico. Além do mais, ainda temos o próprio sistema do Tribunal de Justiça que não apresenta de forma clara como essa prioridade ocorre, pois apenas informa que o processo tem prioridade, nada mais, sendo impossível ao preposto ou ao interessado, saber a prioridade realmente está sendo exercida.

Para alguns juristas (NEVES, 2016) o artigo do CPC, que determina de que forma o pedido de prioridade deve ser realizado, deverá ser interpretado de forma simples, ou seja, basta

que seja anexado um documento que comprove a idade do autor para que o mesmo obtenha de forma automática o direito a prioridade. Para outros, o direito a prioridade deve ser solicitado pelo preposto e concedido pelo magistrado após a comprovação que faz jus a tal benefício. Na prática, a maioria dos prepostos, costumam solicitar no corpo de suas ações iniciais o pedido de prioridade de tramitação processual de forma fundamentada. Além dessa fundamentação também é muito comum encontrar no início da ação a sinalização desse direito. Logo, pode-se imaginar que se o direito a prioridade fosse determinado apenas pelo simples anexo do documento do autor, não haveria essa insistência dos prepostos que tanto almejam conseguir a prioridade para os idosos. Tal comportamento não é exclusivo dos advogados, também encontramos as peças processuais da Defensoria Pública com o mesmo formato de solicitação. Ademais, o sistema do TJRJ tinha como alternativa a possibilidade de indicar a solicitação de prioridade dos idosos sem priorizar os idosos com 80 anos ou mais, atualmente tal prioridade é solicitada durante o protocolo da ação processual através do preenchimento apenas da data de nascimento, além do anexo de documentos de requisitos obrigatórios para propositura da ação. Não apresenta nenhuma transparência em relação de como se procede à tramitação processual dos idosos. Não cabendo outra alternativa ao preposto a não ser solicitar por inúmeras vias um direito já reconhecido.

A inefetividade social da lei de prioridade, conhecida como super prioridade, suscitada nas demandas de saúde, se mostrou totalmente artificial, pois não apresentou materialidade na sociedade, apesar de existir e ser válida, não atingiu a finalidade social para qual foi produzida. O Direito deve ser criado à imagem de sua sociedade, revelando seus valores e anseios, logo a criação de uma norma que dá uma prioridade extremamente necessária aos idosos, que teve respeitado seu período de adaptação social e mesmo assim não consegue corresponder ao seu objetivo de sua criação, demonstra nada mais ser uma mera criação teórica e abstrata, tendo sua eficácia social totalmente comprometida.

Adicionalmente, o pequeno tamanho da amostra impossibilitou a realização de estratificação do tempo de tramitação por tipo de demanda e desfechos processuais. Também as situações de urgência e emergência poderiam influenciar o tempo de tramitação, apesar de serem apreciadas nas liminares. Um maior percentual de acordo entre as partes ou resolução administrativa foi realizado pelos adultos maduros do que pelas pessoas idosas, o que de certa forma reduz o trâmite processual.

Apesar dessas limitações, o estudo contribuiu para a maior compreensão da efetividade da lei, porque são raras as pesquisas que realizam esse tipo de avaliação tão relevante para a sociedade. É de fundamental importância, portanto, que a academia cumpra esse papel social e

de certa forma acabam divulgando o comportamento da lei na sociedade, e assim, contribuindo para seu aperfeiçoamento e sua aplicabilidade. Por ora, os resultados dessa pesquisa reforçam a necessidade de maiores análises que compreendam o efeito produzido pelas normas, pois apesar da lei de prioridade ser uma importante vitória na luta pelos direitos da pessoa idosa, em uma sociedade dominada pela ideologia *ageista*²¹ e preconceituosa, ainda há equívocos no entendimento do tema em epígrafe.

²¹**Ageismo**, também chamado de etarismo, refere-se essencialmente às atitudes que os indivíduos e a sociedade têm frequentemente com os demais em função da idade. Apesar de qualquer idade estar suscetível a esse tipo de preconceito, é mais comum na população idosa (GOLDANI, 2010).

9 CONCLUSÃO

O Brasil é um país considerado jovem, mas tem uma significativa população em processo de envelhecimento acelerado. E esse envelhecimento populacional traz consigo algumas implicações nas esferas socioeconômica do país, principalmente no sistema de saúde, tanto público quanto privado, pois apesar do envelhecimento não ser sinônimo de adoecimento, tal processo pode ocasionar algumas fragilidades e doenças. Para tanto, a importância na construção de leis que consigam efetivamente corresponder o real anseio da sociedade, pois a lei que é mera criação teórica não irá corresponder à vontade social.

As legislações voltadas para as pessoas idosas, em especial a de prioridade tem extrema relevância, não podendo ser apenas uma lei fantasia, mas instrumento de proteção voltado para esse contingente populacional. A pessoa idosa necessita da garantia ao direito a prioridade que foi consagrada legalmente, pois se encontra em uma fase da vida em que a questão temporal tem um peso fundamental, que se agravam ainda mais quando apresenta algum problema relacionado com a saúde. Com o advento de leis que trazem direitos específicos podemos buscar equalizar as desigualdades sociais tão comuns na sociedade, por isso a importância de sua efetividade jurídica e social ser devidamente concretizada.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018a. Cobertura: Assistência domiciliar (home care).**

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/_PARECER_05-2018_ASSISTNCIA%20DOMICILIAR%20-%20HOME%20CARE_VERSO%20FINAL_21122017.pdf. Acesso em: 06 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Resolução normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. DO: 02 jan. 2018b. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>. Acesso em: 06 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **ANS Tabnet. Informações em Saúde**

Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em: 14 dez. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Carência: período para começar a usar o plano.** [2000?]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia>. Acesso em: 06 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Qual é o tema da sua dúvida.** O que é material ou medicamento off-label? Pode ser realizada junta para medicamento ou material classificado como off-label? (art. 3º da RN 424/2017). [2017?]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&rsposta=1696&historico=27109513. Acesso em: 20 abr. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Dados e Indicadores do Setor. Beneficiário por municípios, 2020.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 26 jan. 2020

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medicamentos: Registro de novos medicamentos: saiba o que é preciso.** Publicado em: 01 nov. 2018c.

Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts.action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=5062720&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=registro-de-novos-medicamentos-saiba-o-que-e-preciso&inheritRedirect=true. Acesso em: 08 fev. 2021.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Censo AMIB 2010: Relatório de Unidades de Terapia Intensiva.** Disponível em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/abril/23/CensoAMIB2010.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020.

ALVES, José Eustáquio Diniz; VASCONCELO, Daniel de Santana; Carvalho, Angelita Alves de. *et al.* **Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho.** F: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2010. (Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 10).36p.Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1528.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

ALVES. José Eustáquio Diniz. **Apesar da Covid-19 as tendências do envelhecimento populacional permanecem.** Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2020/05/22/apesar-da-covid-19-as-tendencias-do-envelhecimento-populacional-permanecem-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 31 jan. 2021.

ANJOS FILHO, Robério Nunes dos. **Minorias e grupos vulneráveis: uma proposta de distinção.** In: ANJOS FILHO, Robério Nunesdos; BOITEUX, Elza Antonia Pereira Cunha (org.). *Direitos humanos: estudos em homenagem ao professor Fábio Konder Comparato.* Salvador: Juspodivm, 2010. p. 405-432. V. 1

AZEVEDO, Aldilene Abreu de; GIRIANELLI, Vania Reis; BONFATTI, Renato José. **A efetividade da lei de prioridade especial quanto às demandas judiciais de saúde na 2ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2020;23(4):e200212. Disponível em: https://www.rbgg.com.br/edicoes/v23n4/RBGG%20v23n4%20PORT_2020-0212.pdf. Acesso em: 08 fev. 2021.

BALEEIRO, Aliomar. **Constituições brasileiras 1891.** 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 103 p. (Coleção Constituições brasileiras; v. 2). Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137570/Constituicoes_Brasileiras_v2_1891.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 03 jan. 2020.

BALEEIRO, Aliomar; LIMA SOBRINHO, Barbosa. **Constituições brasileiras 1946.** 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 121 p. (Coleção Constituições brasileiras; v. 5). Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/139953/Constituicoes_Brasileiras_v5_1946.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em: 26 jan. 2020.

BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para a reconstrução e desenvolvimento. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços.** 2011. Washington, D.C., USA. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/gersonsouza2016/envelhecendo-em-um-brasil-mais-velho>. Acesso em: 03 fev. 2021

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes *et al.* **Envelhecimento e Vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 2, e2700015, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jan. 2020.

BARRETO, Francisca Sandra Cardoso. **As situações geradoras de “vulnerabilidade” em pesquisa e a resolução 196/96.** Revista FACID: Ciência & Vida, Teresina, v. 6, n. 1, maio 2010. Disponível em: http://imagens.devrybrasil.edu.br/wp-content/uploads/sites/63/2014/12/23144038/Vol_6_N_1_mai_2010_Revista_Facid.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

BARROSO, Áurea Soares; HOYOS, Arnoldo; SILVA, Henrique Salmazoda; FORTUNATO, Ivan (Org.). **Diálogos Interdisciplinares do Envelhecimento.** – São Paulo: Edições Hipótese, 2019. 482p. Disponível em: https://www.pucsp.br/catedraignacysachs/downloads/dialogos_envelhecimento_editora_hipotese_2019.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **A efetividade das normas constitucionais revisitada.** Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 197, p. 30-60, jul. 1994. ISSN 2238-5177. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/46330/46902>>. Acesso em: 24 Jan. 2020.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** 7. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. 592 p.

BARROSO, Luís Roberto. **Jurisdição Constitucional e Debates Públicos.** Disponível em: <http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/10/RE-657718-Medicamentos-sem-registro-Anvisa-versa%CC%83o-final.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde.** In: Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D'Andrea Corbo. (Org.). O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. , p. 51-86. Disponível em: http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos_dihsadmin/Batistella,_Carlos_-_Abordagens_Contempor%C3%A2neas_do_Conceito_de_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1934)]. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934.** Diário Oficial da União: 16 jul. de 1934 - Suplemento e republicado em 19 de dez. de 1935. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937.** Diário Oficial da União: 10 de Nov. de 1937. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1946)]. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946.** Diário Oficial da União: 24 de jan. de 1967, P.1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1967)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967.** Diário Oficial da União: 24 de jan. de 1967, P. 1. Disponível:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969**. Diário Oficial da União: 20 de out. de 1969, P. 8865. Disponível:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974**. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Diário Oficial: 12 de dez. de 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6179.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 05, de 1983**. Dispões sobre a eleição direta para Presidente e Vice-Presidente da República. Data de Leitura: 18/04/1983. Último estado: 25/04/1984 (REJEITADA). Disponível em:

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/18035/pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 26, de 1985**. Convoca Assembléia Nacional Constituinte e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 de 28 de Nov. de 1985. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1980-1987/emendaconstitucional-26-27-novembro-1985-364971-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 03 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília**. Anais [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: 191- A de 05 de out. de 1988, P. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, de 20 de set. de 1990a, p. 18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 12 de set. de 1990b, P.1 (Suplemento). 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Diário Oficial: Brasília, DF, 08 dez. 1993, P. 18769. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 05 jan. 1994, P. 77. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996.** Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 04 jul. 1996, P. 12277. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 04 jun. 1998, P. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, Seção 1 - Eletrônico - 9/11/2000, P. 1 (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10048-8-novembro-2000-376937-norma-pl.html>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 27 de ago. 2001, P. 38. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002.** Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 14 maio 2002b. P. 5. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4227.htm. Acesso em: 04 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.101, de 2 de junho de 2002.** Que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, 2002a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 03 out. 2003. P. 1. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 06 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004.** Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 18

jun. 2004b. P. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5109.htm#art16. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pequenos Hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento**. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://200.214.130.94/hpp/documentos/projeto_hpp_29_abril.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Apensação**. Última atualização: 30/06/2005. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/67516-apensacao/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **Recurso Especial (REsp) 586.316/MG (2003/0161208-5)**, Rel. Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 17/04/2007, DJe19/03/2009. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/pls/portal/docs/1/2008885.PDF>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **Recurso Especial (REsp) 931513 RS(2007/0045162-7)**, Relator: Ministro Carlos Fernando Mathias (Juiz Federal convocado do TRF), R.P/ Acórdão: Ministro Hermam Benjamim, Data de Julgamento: 25/11/2009, S1-Primeira Seção, Data de Publicação: DJe 27/09/2010). Disponível em: Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **Manual de Auditoria Operacional**. 3. Ed. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo (Seprog), 2010. 71 p. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/controle-externo/normas-e-orientacoes/normas-de-fiscalizacao/auditoria-operacional.htm>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 07 de jul. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso off label: erro ou necessidade?**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 395-397, Apr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200026. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Catálogo da exposição Constituições Brasileiras: vinte e cinco anos da Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Projetos Especiais, 2013. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/512784>. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Sobre **Recursos Repetitivos**. [2015?]. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portals/Processos/Repetitivos-e-IACs/Saiba-mais/Sobre-Recursos-Repetitivos>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1, 2015a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 mar. 2015b, P.1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. **Resolução da Câmara dos Deputados nº 15, de 2016**. Cria a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher e a Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa; altera o Regimento Interno da Câmara dos Deputados; e dá outras providências. Diário da Câmara dos Deputados: Brasília, DF, 28 abr. 2016. P. 709. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescad/2016/resolucaodacamaradosdeputados-15-28-abril-2016-782949-publicacaooriginal-150191-pl.html>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Histórico e Atribuições**. Câmara dos Deputados: Brasília, DF, [2016 ?]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidoso/conheca-a-comissao/historico>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: suplemento nº 190, de 3 de outubro de 2017a, Seção 1, páginas 1 a 192. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde**. Programa Mais Médicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Cartilha-SGTES-2017-Digital.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Defensoria Pública da União (DPU). **Aumento da população de idosos traz desafios no acesso à Justiça: Poder Público não acompanha crescimento da demanda**, 2017c. Texto Marcelo Camargo. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-10/aumento-da-populacao-de-idosos-traz-desafios-no-acesso-justica>. Acesso em: 14 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **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 União: Brasília, DF, 13 jul. 2017d. P. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Direitos Do Idoso – CNDI**. Publicado em: 29 de junho de 2017e. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/810-pessoa-idosa/40831-conselho-nacional-de-direitos-do-idoso-cndi>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **Súmula 597**. A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de

emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação. Brasília, DF: Superior tribunal de Justiça, 2017f. Diário da Justiça Eletrônico: 20 nov. 2017. Disponível em:

[https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=\(sumula%20adj1%20%27597%27\).sub](https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=(sumula%20adj1%20%27597%27).sub).

Acesso em: 03 fev. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **REQ 84/2018 CIDOSO**. Requer a Criação de Subcomissão Especial, no âmbito desta comissão, para reformular e atualizar o Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 1º de Outubro de 2003) e a Política Nacional do Idoso. Apresentação: 17 de abril de 2018a. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=115C7EF97573790A37301A3B63CD8C03.proposicoesWebExterno2?codteor=1652798&filename=REQ+84/2018+CIDOSO. Acesso em: 04 jan. 2020

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.646, de 09 de abril de 2018**. Institui o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 10 abr. 2018b, P. 1. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13646.htm. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **Notícias: Repetitivo desobriga planos de fornecer medicamento não registrado pela Anvisa**. Publicação em: 13 nov. 2018c.

Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-11-13_08-05_Repetitivo-desobriga-planos-de-fornecer-medicamento-nao-registrado-pela-Anvisa.aspx. Acesso em: 03 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **Notícia: Quarta Turma decide que planos têm de cobrir uso off label de medicamentos com registro na Anvisa**. Publicação em: 05 out. 2018d. Disponível em:

https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-10-05_06-57_Quarta-Turma-decide-que-planos-tem-de-cobrir-uso-off-label-de-medicamentos-com-registro-na-Anvisa.aspx. Acesso em: 08 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). Estatísticas do STF. **Entenda: Repercussão geral**. Última atualização: 04/09/2018e. Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=estatistica&pagina=entendarg>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI): Os Desafios de Envelhecer no século XXI e o Papel das Políticas Públicas, 2019a. Eixo 3: **Enfrentamento da violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa** Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cndi/conferencias-1/Eixo_3_EnfrentamentoViolao_Consultora_Jurilza_Mendonca.pdf.

Acesso em: 28 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19 jul. 2019b, P. 6. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm#art48. Acesso em: 03 jan. 2020

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. **Relatório Final da Subcomissão Especial para reformar e atualizar o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso**. Câmara dos Deputados: Brasília, DF, dez. 2019c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidoso/conheca-a-comissao/subcomissoes>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 jun. 2019d, P. 27. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9893.htm#art9. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Projeto de Lei 5383/2019**. Altera as Leis nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 e 10.048, de 08 de novembro de 2000, para mudar de 60 (sessenta) para 65 (sessenta e cinco) anos a idade da pessoa idosa. Autor da proposta: Deputado João Campos. Apresentação em: 03 out. 2019e. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1816208&filename=PL+5383/2019. Acesso em: 27 jan. 2020

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 3657/2019**. Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para isentar o beneficiário do cumprimento de períodos de carência nos casos de urgência e emergência e para reduzir para cento e vinte dias o período de carência nas internações hospitalares. Autor da proposta: Senadora Rose Freitas. Apresentação em: 19 jun. 2019f. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0d10orz3uyqxz1o1sf6adsspqm3068736.node0?codteor=1767155&filename=PL+3657/2019. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **Notícia: Para Quarta Turma, lista de procedimentos obrigatórios da ANS não é apenas exemplificativa**. Publicação em: 13 dez. 2019g. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalt/Paginas/Comunicacao/Noticias/Para-Quarta-Turma--lista-de-procedimentos-obrigatorios-da-ANS-nao-e-apenas-exemplificativa.aspx>. Acesso em: 03 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). **Súmulas Anotadas**. Última atualização: 19/04/2021. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BUENO, Cassio Scarpinella. **Manual de Direito Processual Civil: inteiramente estruturado à luz do novo CPC, de acordo com a lei n. 13.256, de 4-2-2016**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Menos de 10% dos municípios brasileiros possuem leito de UTI**, publicado em 12 de setembro de 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27828:2018-09-04-19-31-41&catid=3. Acesso em: 26 jan. 2020.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2014. 658 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2020.

CARVALHO, M.S.; ANDREOZZI V.L.; CODEÇO C.T.; BARBOSA, M.T.; SHIMAKURA, S.E. Estimacão não paramétrica: estimador de Kaplan-Meier. In: Carvalho MS, Andreozzi VL, Codeço CT, Barbosa MT, Shimakura SE (Ed.). **Análise de Sobrevida: teoria e aplicações em saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 93-152.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo.** 28. Ed. Ver., ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2015.

CAVALCANTI, Themístocles Brandão; BRITO; Luiz Navarro de; BALEEIRO, Aliomar. **Constituições brasileiras 1967.** 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 206 p. — (Coleção Constituições brasileiras; v. 6). Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137603/Constituicoes_Brasileiras_v6_1967.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em: 03 de janeiro de 2020.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos.** 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares em dez anos.** Nota Técnica (2018). Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudo-tecnico-Leitos%20hospitalares-2018.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.

DAHINTEN, A. F.; DAHINTEN, B. F. **Os planos de saúde e a cobertura de home care.** Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 177-195, 2020. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i2p177-195. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/169664>. Acesso em: 28 jan. 2021.

DONABEDIAN, Avedis. **Exploration Quality Assessment and Monitoring: Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.** Editora: Health Administration Press; Edição: None (1 de janeiro de 1980). Volume 1. 163 pg.

EFING, Antônio Carlos (org.). **Direitos dos idosos: tutela jurídica do idoso no Brasil.** São Paulo: LTr. 2014. 133 p.

ERVATTI, Leia Regina; BORGES, Gabriel Mendes; JARDIM, Antonio de Ponte (Org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica.** Número 3. Rio

de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FAGUNDES, Maria José Delgado et al . Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 221-229, Mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100025. Acesso em: 20 abr. 2021.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa (org). **Gerontologia: Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (FENASAÚDE). **Fundamentos dos Planos e Seguros de Saúde: Mutualismo, Pacto Intergeracional, Risco Moral e Seleção**, 2016. Disponível em: <http://midias.cnseg.org.br/data/files/38/86/04/E8/B0899510FF859895A88AA8A8/Cartilha%20FenaSaude%20-%20Mutualismo%20-%20NOVA%20ARTE.pdf>. Acesso em: 14 dez 2019.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (FENASAÚDE). **Envelhecimento da população brasileira impacta em aumento de despesas para os planos de saúde, 2018**. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/noticias/envelhecimento-da-populacao-brasileira-impacta-em-aumento-de-despesas-para-os-planos-de-saude.html>. Acesso em: 14 dez. 2019.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do Sistema Único de Saúde**. Orientador: Aluísio Jardim Dornellas de Barros. 2017. 157 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade Medicina. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017. Disponível em: <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Tese%202017-10-23.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nota técnica nº 01 GISE/LIS/ICICT/Fiocruz. O Excesso de Óbitos de idosos no município do Rio de Janeiro analisado segundo o local de ocorrência**. Publicado em 14 set. 2020. Disponível em: https://www.iciet.fiocruz.br/sites/www.iciet.fiocruz.br/files/nota_tecnica_001_gise-iciet.pdf. Acesso em: 03 fev. 2021

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. **Introdução ao estudo do direito: teoria geral do direito**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense: São Paulo: MÉTODO, 2015.

GAUDENCIO, Aldo Cesar Filgueiras. **Da vulnerabilidade à hipervulnerabilidade: proteção contratual dos consumidores nos direitos da União Europeia, Portugal e Brasil**. Dissertação (conducente ao grau de Mestre, na Área de Especialização em Ciências Jurídico-Civilísticas /Menção em Direito Civil). Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (UFDC). Coimbra, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30146/1/Da%20vulnerabilidade%20a%20hipervulnerabilidade.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GOLDANI, Ana Maria. "Ageism" in Brazil: what is it? who does it? what to do with it?. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 27, n. 2, p. 385-405, Dec. 2010 . Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982010000200009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 abr. 2021.

GRAMANI, Maria Cristina. **Inter-regional performance of the public health system in a high-inequality country**. Plo Sone vol. 9,1 e86687. 21 Jan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3897738/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

HUMAN RIGHTS OF OLDER PERSONS (HROP). International Expert-Conference on Human Rights of older Persons (ICHROP). **Draft Declaration Adopted During the International Expert- Conference on the Human Rights of Older Persons**, Held on 12 & 13 november 2018 in Vienna, Austria. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/ichrop_conference_declaration_final_0.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios. Resultados do Universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: 30 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). **Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.17270-pnad-continua.?=&t=downloads>. Acesso em: 30 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2019**, il. color. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

ISTOE, Rosalee Santos Crespo; MANHÃES, Fernanda Castro; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de (Org.). **Envelhecimento humano em processo**. Campos dos Goytacazes, RJ : Brasil Multicultural, 2018. 376 p. Disponível em: http://www.pgcl.uenf.br/arquivos/ebookenvelhecimentohumano_050320192114.pdf. Acesso em: 14 dez. 2019.

INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Textos para Discussão n°57-2016. Atualização das projeções para a saúde suplementar dos gastos com saúde divulgados no relatório “Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde do brasileiro”**. Autora: Amanda Reis. Coordenação Acadêmica: Antonio Campino. Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro. São Paulo: IESS, 2016. Disponível em: <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/46m3sbtwzk5kfi0p.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.

INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Análise Especial: Caracterização dos beneficiários de alto custo assistencial - Um estudo de caso**. 2017a. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/estudo_especial_gastos.pdf. Acesso em: 14 dez. 2019.

INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Saúde Suplementar em Números. Data base: Março de 2017. Edição nº 15 – 2017b**. Pesquisadores: Amanda Reis A. Silva, Natalia Lara, Bruno Minami. Disponível em: <https://iess.org.br/cms/rep/ssn1q17.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2019.

INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). TD 70 - **Projeção das despesas assistenciais da Saúde Suplementar (2018-2030), 2018**. Autora: Amanda Reis. Superintendente Executivo: Luiz Carneiro. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/TD_Projecao_dos_gastosFinal.pdf. Acesso em: 14 dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEA). **Usuários de planos novos ficam sem assistência em diversas situações**, [entre 2006 e 2019]. Disponível em: <https://idec.org.br/planos-de-saude/planos-novos>. Acesso em: 10 dez. 2019.

JORNAL GAZETA DO BAIRO. A “**Velhinha**” de 42 anos, 2018. In: Jornal do Commercio, em 04 de agosto de 1960, il. p& b. Disponível em: <http://gazetadobairro.com.br/velhinha-de-42-anos/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

KELSEN, HANS. **Teoria pura do direito**. Tradução João Baptista Machado. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. Título original: Reine Reehtslehre. Disponível em: <https://portalconservador.com/livros/Hans-Kelsen-Teoria-Pura-do-Direito.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

LEBRÃO, Maria Lúcia. **O Envelhecimento no Brasil: Aspectos da Transição Demográfica e Epidemiológica**. Saúde Coletiva, 2007. In: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. São Paulo: Editorial Bolina. v. 4, n. 017, p. 135-140, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2019.

LUZ, Laércio Lima *et al* .**Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 621-628, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2020.

MAIA, Flávia de Oliveira Motta *et al* .**Cross-cultural adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): helping in the identification of vulnerable older people**. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 116-122, Out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2020.

MALHEIRO, Emerson. **Curso de Direitos Humanos**. 3. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2016.

MANCINI, Natália. Revista Abrale. Associação Brasileira de linfoma e Leucemia. **Como funciona o registro de medicamentos no Brasil**. Publicação em 21 de julho de 2020. Disponível em: <https://revista.abrale.org.br/registro-de-medicamentos-anvisa/>. Acesso em: 03 de fev. 2021.

MARTINS, Josiane de Jesus *et al*. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300371&lang=pt. Acesso em: 12 dez. 2019.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de direitos humanos**. 5. ed., rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2018.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de. **Políticas Públicas para idosos no Brasil: Análise à luz da influência das Normativas Internacionais**. Orientadora: Prof. Dra. Potyara Amazoneida Pereira Pereira. 2015. 172 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, UNB, Brasília, 2015. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18823/1/2015_JurilzaMariaBarrosMendonca.pdf. Acesso em: 03 jan. 2020.

MELO-SILVA, Alexandre Moreira de *et al*. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, supl. 2, 3s, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s2/pt_0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000639.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

MERRIAM-WEBSTER. **The Merriam-Webster.com Dictionary**, [entre 2013 e 2020a]. The History of Vulnerable. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/vulnerablenesses#other-words>. Acesso em: 25 jan. 2020.

MERRIAM-WEBSTER. **The Merriam -Webster.com Dictionary**, [entre 2013 e 2020b]. History and Etymology for effective. Merriam-Webster Inc. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/effective>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MEDEIROS NETO, Elias Marques de. **O STJ e o princípio da efetividade**. Revista do Advogado, da AASP, ano XXXIX, nº 141, de abril de 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI301643,91041-O+STJ+e+o+principio+da+efetividade>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de; MONTEIRO, Pedro Sadi. **Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética**. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 311-319, Ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200311&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2020.

SILVA, Fernando Sabino; AMORIM, Pedro Henrique Muller; KREUTZ, Rafael Rudolfo; MASTELLA, Mauro. **Eficiência, Eficácia e Efetividade na Administração Pública: uma**

análise bibliométrica sobre as publicações em periódicos científicos. In: II Congresso Internacional de desempenho do Setor Público (CIDESP). 27 a 29 de agosto de 2018. Florianópolis (SC). Anais. Disponível em: <http://cidesp.com.br/index.php/Icidesp/2cidesp/paper/view/431>. Acesso em: 11 jan. 2020.

NADER, Paulo. **Introdução ao estudo do Direito.** Rio de Janeiro: Forense, 2010, p.422.

NADER, Paulo. **Filosofia do Direito.** 25. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

NARVAI, Paulo Carpel; PEDRO, Paulo Frazão São. **Práticas de saúde pública.** In: Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

NEVES, Daniel Amorim Assumpção. Novo Código de Processo Civil: comentado artigo por artigo. Salvador: JusPodivm; 2016.

NOGUEIRA, Octaciano. **Constituições brasileiras 1824.** 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 105 p. — (Coleção Constituições brasileiras; v. 1). Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/137569>. Acesso em: 03 de janeiro de 2020.

NUNES, Bruno Pereira *et al*. **Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 52, supl. 2, 10s, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300509&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jan. 2020.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. **Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde . / Financial sustainability of the Brazilian Health System and health-related tax expenditures.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, Jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Panorama de la santé 2017** - Les indicateurs de l'OCDE, 2017. Disponível em: https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2017_Chartset.pdf. Acesso em: 11 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015.** Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=FFD691C457A9F51EF512370B804448B2?sequence=1. Acesso em: 07 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH).** Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Asamblea General. **Cuestión del envejecimiento. Resolución 37/51.** AG Index: [A/RES/37/51](https://undocs.org/es/A/RES/37/51), de 03 de dezembro de 1982b. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/RES/37/51>. Acesso em: 22 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento**, 1982a. Resolução 39/125. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>. Disponível em: 27 jan. 2020.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). General Assembly. **Implementation of the International Plan of Action on Ageing and related activities, 1991. Resolução 46/91**. AG Index: A/RES/46/91, de 16 de dezembro de 1991. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/RES/46/91>. Acesso em: 22 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Asamblea General. **Año Internacional de las Personas de Edad: hacia una sociedad para todas las edades**. AG Index: [A/RES/52/80](https://undocs.org/es/A/RES/52/80), de 12 de dezembro de 1997. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/RES/52/80>. Acesso em: 22 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Asamblea General. **Año Internacional de las Personas de Edad, 1999**. AG Index: [A/RES/53/109](https://undocs.org/es/A/RES/53/109), em 09 de diciembre de 1998. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/RES/53/109>. Acesso em: 22 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). **Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002**. A/CONF.197/9: Nueva York, 2002. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>. Acesso em: 28 de dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). **Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, 2003**. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/node/35005>. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). **Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, 2007a**. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/node/40478>. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). **Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos**. Declaração de Brasília, 2007b. Disponível em: <http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Bras%C3%ADlia%202008.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). **Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, 2012**. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/node/40958>. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). **Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de eda**, [entre 2014-2019]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.aspx>. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). **Informe de Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de Las Personas Mayores em América Latina y El Caribe, Asunción, 27 a 30 de junio de 2017c.** Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42238/S1700921_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). **Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores, 2017d.** Disponível em: <https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/>. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). **Reunion Regional de Sociedad Civil Sobre EnvejecimientoMadri +15: Los Derechos Humanos de Las Personas Mayores Aquí y Ahor. Declaración de Ypacarai: Desde la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe sobre los derechos humanos de las Personas Mayores.** Casa de la Familia Salesiana – CAFASA. Ypacarai, Paraguay, 25 al 27 de junio de 2017e. Disponível em: http://www.sesc.com.br/downloads/DeclaracionYpacarai_27-06-2017.pdf. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Asamblea General. **Los derechos humanos de las personas de edad. Resolución 42/12.** AG Index: A/HRC/RES/42/12, de 26 de setembro de 2019. Disponível em: https://spinternet.ohchr.org/_Layouts/15/SpecialProceduresInternet/Download.aspx?SymbolNo=A%2fHRC%2fRES%2f42%2f12&Lang=es. Acesso em: 28 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos (Capítulo 1)**, [2017?]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt. Acesso em: 25 de nov. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores / Clinical guide for primary attention to the greater adult people.** 3. ed. Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud; 2003. 405 p. ilus.

ORIGEM DA PALAVRA. **Etimologia: Qual a origem do nome efetividade?** Publicado em: 22 de abril de 2011. Disponível em: <https://origemdapalavra.com.br/palavras/efetividade/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

PINHO, Humberto Dalla Bernardina de. **Direito Processual Civil Contemporâneo: teoria geral do Processo.** -8. Ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional Descomplicado.** 7. ed. São Paulo: MÉTODO, 2011.

POLETTI, Ronaldo. **Constituições brasileiras 1934.** 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 162 p. — (Coleção Constituições brasileiras; v. 3).

Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137602/Constituicoes_Brasileiras_v3_1934.pdf?sequence=10&isAllowed=y. Acesso em: 03 jan. 2020.

PORTO, Walter Costa. **Constituições brasileiras 1937**. 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 120 p. — (Coleção Constituições brasileiras; v. 4).

Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137571/Constituicoes_Brasileiras_v4_1937.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em: 03 jan. 2020.

PROJETO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DE SAÚDE (PROADESS).

Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Boletim Informativo do PROADESS, nº 04, fev. 2019. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict /Fiocruz). Disponível em:

https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. 936 p.

RIO DE JANEIRO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. **Lei nº 7.916, de 16 de março de 2018**. Regulamenta no Estado do Rio de Janeiro a idade do idoso. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro: 19 de março de 2018a. Disponível em:

http://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?session=VWtScmQwNXFaek5SYTFGMFVsUnJlbEpwTURCTIZHaERURIJyTIUwdIdYUIJhMGt5VVdwSmQwNXFRWHBPUkdONQ==&p=Mw==&tb=bGVpIDc5MTYmIzAxMzs=. Acesso em: 14 jan. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ). **ADI nº 0026870-53.2018.8.19.0000**. Relator: Des. (a) Odete Knaack de Souza, data do julgamento: 03/12/2018, OE- Secretaria do tribunal Pleno e Órgão Especial.2018b. Disponível em: <http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?=&=201800700134>. Acesso em: 24 jan. 2020

RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPRJ). **Justiça condena Estado e Município do Rio a ampliar oferta de leitos**. Texto Bruno Cunha.

Publicado em: 10 de dezembro de 2019. Disponível em:

<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/9774-Justica-condena-Estado-e-Municipio-do-Rio-a-ampliar-oferta-de-leitos>. Acesso em: 14 dez. 2019.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria de Saúde. **Entenda o Sistema Nacional de Transplantes**. [2021?]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/entenda-o-sistema-nacional-de-transplantes>. Acesso em: 06 fev. 2021.

ROBBA, Rafael. **Os reajustes por sinistralidade e as suas distorções**. In: Migalhas, publicado em 12 de maio de 2017. Disponível em:

<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI258683,81042->

[Os+reajustes+por+sinistralidade+e+as+suas+distorcoes](https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI258683,81042-Os+reajustes+por+sinistralidade+e+as+suas+distorcoes). Acesso em: 26 jan. 2020

ROSA, Maria João Valente. **Envelhecimento Demográfico em Fase de COVID-19.**

Medicina Interna, Lisboa, v. 27, supl. 1, p. 26-29, maio 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v27s1/v27s1a10.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2021.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; FERREIRA, Pedro Henrique Menezes. **A prescrição off label de medicamentos: análise do entendimento do Superior Tribunal de Justiça por ocasião do julgamento dos recursos especiais nº 1.721.705/SP e nº 1.729.566/SP.** Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil, Belo Horizonte, v. 21, p. 147-161, jul./set. 201

SANO, Hironobu; MONTENEGRO FILHO, Mário Jorge França. **As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão Pública e sua relevância para o**

Desenvolvimento social e das ações Públicas. Desenvolvimento em Questão. Editora:

Unijuí. V. 11, n. 22, p. 35-61, jan./ abr. 2013. Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/186>.

Acesso em: 11 jan. 2020.

SANTOS, Eduardo Rodrigues dos. **Os Princípios da Celeridade e da Efetividade**

Processual à luz do Modelo Constitucional do Processo, 2012. In: Diritto brasiliano.

Disponível em: <https://www.diritto.it/os-principios-da-celeridade-e-da-efetividade-processual-a-luz-do-modelo-constitucional-do-processo/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro (TJSP). **Súmulas do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo [2021?].** Disponível em:

<https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf>.

Acesso em: 18 jan. 2021

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade *et al*. **Transição epidemiológica e o estudo de**

carga de doença no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908. Dez.

2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2019.

SCHRAMM. Fermin Roland. **A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde**

pública. Revista Brasileira de Bioética, Brasília, v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7969/6541>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estud.

psicol.(Campinas). Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, Dec. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Acesso em: 07 dez. 2019.

SILVA. José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais.** 3. ed., rev., amp.e atualizada. São Paulo: Malheiros Editores, 1998. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4565043/mod_resource/content/1/1.%20SILVA%2C%20Jos%C3%A9%20Afonso%20da.%20Aplicabilidade%20das%20Normas%20Constitutionais.%20p.%2063-87.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.

SILVA, Maria da Graça. **A vivência do envelhecer: sentido e significados para a prática de enfermagem.** Orientador: Prof^a. Dr.^a Magali Roseira Boemer. 2007. 173 f. Tese

(Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08102007-114238/publico/Mariadagracadasilva.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.

SILVA, M. DO R. DE F. E; YAZBEK, M. C. **Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil**. Revista Katálysis, v. 17, n. 1, p. 102–110, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n1/a11v17n1.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SILVA, Anna Cruz de Araujo Pereira da. **Vulnerabilidade humana e envelhecimento: o que temos a ver com isso**. 1. ed. São Paulo: Portal Edições: Envelhecimento, 2015.

SILVA, Fernando Sabino; AMORIM, Pedro Henrique Muller; KREUTZ, Rafael Rudolfo; MASTELLA, Mauro. **Eficiência, Eficácia e Efetividade na Administração Pública: uma análise bibliométrica sobre as publicações em periódicos científicos**. In: II Congresso Internacional de desempenho do Setor Público (CIDESP). 27 a 29 de agosto de 2018. Florianópolis (SC). Anais. Disponível em: <http://cidesp.com.br/index.php/Icidesp/2cidesp/paper/view/431>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14613.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2019.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2016. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Brasil ultrapassa 100 mil óbitos por COVID-19 – idosos são 75% das vítimas**. Publicado em: 10 ago. de 2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/brasil-ultrapassa-100-mil-obitos-por-covid-19-idosos-sao-75-das-vitimas/>. Acesso em: 31 jan. 2021.

SOTERO, Marília. **Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão de ética**. Revista Bioética, Brasília, v. 19, n. 3, p.799-817, 2011. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677. Acesso em: 25 jan. 2020.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. 224 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=jvDrA9D6vSAC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=efetividade&f=false. Acesso em: 10 jan. 2020.

UNITED NATIONS (UN). General Assembly. **World Assembly on the Elderly. Resolução 33/52**. AG Index: [A/RES/33/52](https://undocs.org/es/A/RES/33/52), de 14 de dezembro de 1978. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/RES/33/52>. Acesso em: 22 dez. 2019.

UNITED NATIONS (UN). General Assembly. **Proclamation on Ageing. Resolução 47/5.** AG Index: [A/RES/47/5](#), de 16 de outubro de 1992. Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/47/5>. Acesso em: 22 dez. 2019.

UNITED NATIONS (UN). **Department of Economic and Social Affairs Ageing**, [2001?] Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/iyop-at-a-glance.html>. Acesso em: 28 dez. 2019.

UNITED NATIONS (UN). General Assembly. **The human rights of older persons. Resolução 24/20.** AG Index: A/HRC/RES/24/20, de 27 de setembro de 2013. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/179/50/PDF/G1317950.pdf?OpenElement>. Acesso em: 04 jan. 2020.

UNITED NATIONS (UN). **World Population Prospects. The 2017 Revision Key Findings and Advance Tables.** Department of Economic and Social Affairs Population Division. ESA/P/WP/248. Nova York, 2017. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

UNITED NATIONS (UN). **Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights** (ST/ESA/SER.A/423). New York, 2019. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf. Acesso em: 24 jan. 2020.

VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relumê Dumará: UERJ, 1994.

VILAS BOAS, Marco Antonio. **Estatuto do idoso comentado.** 5. ed. São Paulo: Grupo Gen - Editora Forense, 2015. 216 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Título original inglês: Active ageing: a policy framework. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 07 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-156558-5. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/EN_WHS2018_TOC.pdf?ua=1. Acesso em: 26 jan. 2020.

ZINN, Gabriela Rodrigues; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados semi-intensivos.** Revista Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 79-93, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/6949/4217>. Acesso em: 24 jan. 2020.