

DOI: <https://doi.org/10.30749/2177-8337.v23n46p154-174>

O IDOSO E A PROBLEMÁTICA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

THE ELDERLY AND PROBLEM OF HEALTH JUDICIALIZATION IN BRAZIL

Maria Luiza Santos Costa^{*}

Reis Friede^{**}

Maria Geralda de Miranda^{***}

Resumo: A judicialização da saúde consiste na busca ao Poder Judiciária como última forma de garantir direitos. O idoso cada vez mais tem buscado auxílio no judiciário para garantir tratamento e fornecimento de medicamentos, porém, além da doença que lhe faz buscar a via judicial, como qualquer outro cidadão, ele está em situação de vulnerabilidade, justamente pela sua idade. Este estudo discute o aumento da judicialização no Brasil e o seu custo, as recomendações do TCU no que tange à matéria, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, RENAME e o *off label* e, por fim, a importância da proteção aos direitos.

Palavras-chave: Sistema de Saúde. Idoso. Medicamentos. Direito do idoso à saúde.

Abstract: The judicialization of health is the search for the judiciary as a last way to guarantee rights. The elderly are increasingly seeking help in the judiciary to ensure treatment and supply of medicines, but in addition to the disease that makes them seek the judicial path, like any other citizen, he is in a situation of vulnerability, precisely because of his age. This study discusses the increase in judicialization in Brazil and its cost; TCU recommendations on the subject, the National List of Essential Medicines, RENAME and the off label and, finally, the importance of protection of rights.

Keywords: Health System. Elderly. Medicines. Elderly right to health.

^{*}Mestre em Desenvolvimento Local pela UNISUAM. Advogada. Professora da Universidade Iguazu.

^{**} Reis Friede é Desembargador Federal. Mestre e Doutor em Direito e Professor e Pesquisador do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Local do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Correio eletrônico: reisfriede@hotmail.com.

^{***} Pós-doutora em políticas públicas pela UERJ e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local do Centro Universitário Augusto Motta, UNISUAM.

1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde como última forma de garantir fornecimento de medicamentos, seja por não estarem previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, RENAME, seja por não estarem disponíveis no Sistema Único de Saúde, ou por não possuírem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, ou por falta de condições financeiras para arcar com os valores da medicação, é um problema social importante que preocupa familiares, autoridades públicas e juristas.

De acordo com Barroso (2008), a judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo. A judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.

A Relação Nacional de Medicamentos, RENAME, conforme texto constante no site do Ministério da Saúde, é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, isto é, a universalidade, a equidade e a integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2017a).

Apesar dos princípios fundamentais do SUS, a lista elaborada com os medicamentos que são fornecidos não vem sendo suficiente, dando ensejo, conforme mencionado, às diversas ações judiciais contra os entes federativos na tentativa de proteger o bem maior de cada indivíduo, a vida. A Constituição Federal (CF) traz em seu artigo 23, inciso II, o dever comum entre União, Estados e Municípios em assegurar a proteção e defesa da saúde, cabendo a eles implementarem as políticas de saúde e delimitarem a atuação de cada um. A atuação

do judiciário é uma forma de tentar garantir o bem comum, pois caso não houvesse a judicialização dos direitos à saúde a falha estatal seria ainda maior do que a que já ocorre na saúde pública do país.

2 A JUDICIALIZAÇÃO E O SEU CUSTO

Em regra, a judicialização da saúde é feita de forma individual, mas pode ser também coletiva, onde o indivíduo que necessita de algum tratamento e não tem condições de arcar com ele, pede socorro ao judiciário, utilizando como base seus direitos fundamentais previstos na Carta Magna.

Conforme Ventura et al. (2010, p. 71), a alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete essa busca de aproximação, ou melhor, de efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance. No caso do Brasil, o Estado é o principal responsável e cumula deveres legais de proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo, e de prover os meios para o cuidado de todos os cidadãos.

O ministro do Supremo Tribunal de Justiça, Benedito Gonçalves, por força do Recurso Especial de nº 1.657.156 - RJ (2017/0025629-7), destaca alguns requisitos que devem ser cumpridos para que o pedido de fornecimento, não incorporado ao Sistema Único de Saúde – SUS, seja acolhido. Sendo eles: a demonstração que o medicamento é imprescindível ao tratamento, através de laudo fundamentado; a comprovação da hipossuficiência daquele que requer o medicamento, ou seja, que a sua aquisição implique o comprometimento da sua própria subsistência ou de seu grupo familiar e que o medicamento pretendido já tenha sido aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA (BRASIL, 2018a).

Percebe-se que a pessoa deve comprovar a necessidade da utilização dos medicamentos, a negativa através das vias administrativas, ou a demora, que em muitos casos pode ser fatal, e comprovar também a sua hipossuficiência em financiar o tratamento, e só assim ingressar com a ação cabível.

Nos últimos anos a judicialização da saúde vem crescendo, haja vista o envelhecimento populacional, a conscientização sobre os direitos fundamentais e

sociais e a dificuldade dos entes governamentais em proverem esses tratamentos, havendo a necessidade de coerção através de uma decisão processual.

O Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou através de seu portal que foi realizado um estudo abrangendo União, estados e municípios, que são os entes responsáveis solidariamente pelo fornecimento de medicamentos, e foi detectado que os gastos com a judicialização da saúde pela União alcançaram em 2015 o valor de R\$ 1 bilhão e um aumento nas demandas em mais de 1.000% em sete anos. Conforme demonstrado pelo acórdão 1787/2017, que segue:

Auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada (FOC). judicialização da saúde. Identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do ministério da saúde para mitigar seus efeitos nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência à saúde. Constatação de ações individuais, de caráter curativo, com alta probabilidade de êxito. Gastos crescentes, que saltaram de R\$ 70 milhões em 2008 para R\$ 1 bilhão em 2015. Deficiências de controle. Pagamentos por fármacos sem registro na ANVISA ou já disponibilizados pelo SUS. Falta de adoção de recomendações do CNJ. Ausência de procedimentos de ressarcimento Inter federativo. Determinações e recomendações. Ciência e arquivamento. (BRASIL, 2017b, p. 1).

Em consequência do aumento da judicialização, os ministros do TCU acordaram nos termos abaixo, além de outras as seguintes recomendações:

Recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, c/c arts. 4º, 6º e 8º, II e III, da Resolução TCU 265/2014, que, em articulação com os demais órgãos envolvidos, avalie a conveniência e a oportunidade de adotar os seguintes procedimentos, com vistas à melhoria do controle administrativo sobre as ações judiciais referentes à saúde, bem como da eficiência, eficácia e economicidade dos procedimentos adotados para tratar o problema dos crescentes gastos com a judicialização da saúde. (BRASIL, 2017b, p. 1).

Para que o entendimento quanto às recomendações ficasse mais claro, optou-se por dividi-las em grupos, primeiramente seguem as recomendações feitas de modo a identificar o motivo para o aumento excessivo da judicialização da saúde, bem como apurar o gasto financeiro causado por ela.

- 9.1.1. Rotinas permanentes de coleta, processamento e análise de dados relativos às ações judiciais de saúde, bem como rotinas de detecção de indícios de fraude, por meio do cruzamento de dados e da observação de padrões e inconsistências, podendo usar como referência o Sistema de Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS (S-Codes), adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo;
- 9.1.2. Estabelecimento de objetivos e metas com o intuito de minimizar os impactos da crescente judicialização da saúde;
- 9.1.3. Criação de coordenação, núcleo ou congênere para centralizar todas as informações relativas aos processos judiciais e coordenar todas as ações que envolvam a judicialização da saúde, com atribuições, em especial, de:
 - 9.1.3.1. Auxiliar a formulação da defesa do ente público pela respectiva procuradoria;
 - 9.1.3.2. Produzir um diagnóstico preciso e consistente sobre o impacto da judicialização no orçamento e na gestão da política pública;
 - [...] 9.1.3.5. Detectar a ocorrência de fraudes cometidas no âmbito da judicialização da saúde;
 - [...] 9.1.3.9. Classificar os itens de saúde judicializados²⁷. (BRASIL, 2017c, p. 1-2).

As recomendações a seguir tratam das questões financeiras que envolvem a judicialização e meios para diminuir os custos trazidos com as demandas.

- 9.1.3.3. Tornar mais racional, eficiente e econômica a compra de medicamentos que deverão ser fornecidos por força de decisões judiciais;
- 9.1.3.4. Tornar mais racional, eficiente e econômica a prestação de serviços concernentes ao tratamento médico-hospitalar a ser fornecido por força de decisões judiciais;
- 9.1.3.6. Identificar duplicidades de pagamento por parte dos entes federativos;
- 9.1.3.7. Monitorar os pacientes beneficiários de decisões judiciais;
- 9.1.3.8. Realizar inspeções em processos e avaliações de pacientes, selecionados conforme critérios de risco e materialidade;
- 9.1.3.10. Identificar os itens incorporados ao SUS que são judicializados, de forma a reconhecer e corrigir eventuais falhas na gestão;
- 9.1.3.11. Auxiliar os magistrados na tomada de decisão por meio do fornecimento de informações técnicas, a serem disponibilizadas preferencialmente na internet, a fim de que possam alcançar as varas judiciais mais remotas, sobre medicamentos e tratamentos incorporados ao SUS, protocolos clínicos, medicamentos e

²⁷ Por exemplo: existência ou não de registro na ANVISA, apreciação ou não pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec, incorporados ou não às políticas do SUS e uso off-label.

tratamentos alternativos, medicamentos não registrados na Anvisa etc.;

9.1.3.12. Monitorar o atingimento dos objetivos e metas estabelecidos, propondo melhorias;

(...) 9.2. Recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, c/c arts. 4º, 6º e 8º, II e III, da Resolução TCU 265/2014, que, em articulação com os demais órgãos envolvidos, avalie a conveniência e a oportunidade de adotar os seguintes procedimentos, com vistas a diminuir gastos com medicamentos judicializados de alto custo não incorporados ao SUS, não registrados na Anvisa ou já regularmente fornecidos pelo SUS:

[...] 9.3.2. Controle e divulgação do ressarcimento dos valores acima descritos. (BRASIL, 2017c, p. 1-2).

As demais recomendações têm como fulcro melhorar a forma de atuação dos entes públicos como meio de evitar a judicialização e diminuir os gastos gerados por ela. Verifica-se através das recomendações a busca pela participação de todos os envolvidos nas causas que podem gerar a judicialização, como os médicos e os Conselhos Regionais de Medicina, inclusive trazendo recomendações aos magistrados.

9.2.1. Envio tempestivo das informações ao Ministério Público Federal, diante do indício de fraudes no âmbito da judicialização da saúde, como, por exemplo, a repetição sistemática de prescrições por parte dos mesmos profissionais de saúde e/ou de advogados e a existência de rede entre pacientes, associações, médicos e advogados que denotem ações articuladas objetivando benefícios indevidos;

9.2.2. Exame da possibilidade e da pertinência de concessão, de ofício, de licença compulsória para a exploração da patente, nos casos de emergência nacional ou interesse público, conforme disposto no art. 71 da Lei 9.279, de 14 de maio de 1996;

9.3. Recomendar ao Ministério da Saúde, nos termos do art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, c/c arts. 4º, 6º e 8º, II e III, da Resolução TCU 265/2014, que, em articulação com os demais órgãos e entidades envolvidos, avalie a conveniência e a oportunidade de adotar os seguintes procedimentos, com vistas à melhoria dos procedimentos de ressarcimento financeiro a estados e municípios que custeiam ações e serviços de saúde judicializados que são de competência federal:

9.3.1. Regulamentação do processo de ressarcimento de valores despendidos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde em face do cumprimento de decisões judiciais que imputam a estados, ao Distrito Federal e aos municípios obrigações diversas das estabelecidas nas políticas de saúde do SUS, considerando, inclusive, a glosa de valores despendidos pela União no cumprimento de decisões judiciais cujas ações e serviços de saúde são de competência de outro ente federativo;

9.4. Recomendar ao Conselho Federal de Medicina (CFM) , com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, c/c art.

6º da Resolução TCU 265/2014, que, com vistas a prevenir a emissão de prescrições em dissonância com o Parecer CFM 2/2016:

9.4.1. Conjuntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, fiscalize a emissão de prescrições médicas de medicamentos, procedimentos e outros itens de saúde que não tenham sido registrados pela Anvisa, inclusive os casos off-label, exigindo o registro das motivações, o acompanhamento do paciente e, nos casos off-label, o consentimento esclarecido do paciente ou, em razão de impedimento, do seu responsável legal, tendo em vista o disposto no Parecer CFM 2/2016;

9.4.2. Divulgue e alerte aos profissionais médicos que a prescrição de medicamento sem registro na Anvisa afronta a Lei 6.360/1976 e o Código de Ética Médica. (BRASIL, 2017c, p. 1-2).

Percebe-se por meio das recomendações mencionadas que o Tribunal de Contas da União não trata apenas de medidas emergenciais, mas sim de todo o problema, de modo a identificar o perfil dos problemas que estão causando o volume excessivo das ações que clamam por saúde, além dos impactos causados. Demonstra-se que é necessário identificar o motivo de iniciar um processo relacionado à saúde e assim buscar resolver as falhas, minimizar os impactos, os gastos gerados e, dessa forma, voltar a concentrar os valores para o sistema público de saúde, atendendo cada vez mais pessoas sem a necessidade da busca pelo Poder Judiciário.

Entre o ano de 2008 e 2015 o gasto com a judicialização passou de R\$ 70 milhões para R\$ 1 bilhão. O TCU divulgou ainda que as ações que visam o fornecimento de medicamentos equivalem a 80% das ações propostas.

No mês de maio de 2017 o número de ações distribuídas em relação à saúde já era superior ao número de ações cadastradas em todo ano de 2016, conforme a divulgação feita pelo Ministério da Saúde. Nos cinco primeiros meses de 2017 foram cadastradas 18.678 contra 17.893 durante os 12 meses de 2016.

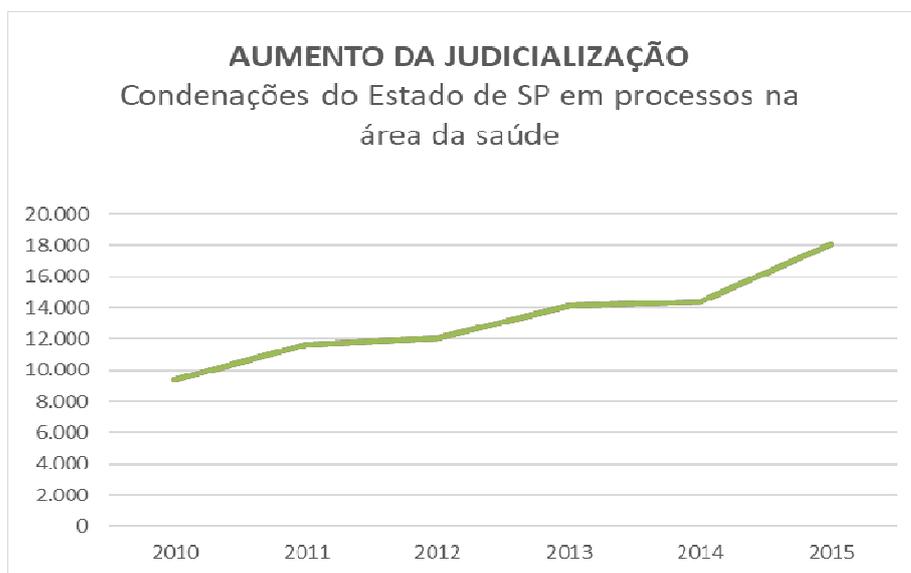
Figura 1 - Número de ações sobre saúde cadastradas em 2017 nos estados brasileiros



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, entre 2010 e 2015 as condenações do Estado de São Paulo sobre processos de saúde passaram de 9.385 para 18.045, um aumento aproximado de 96%, conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico - Aumento da Judicialização



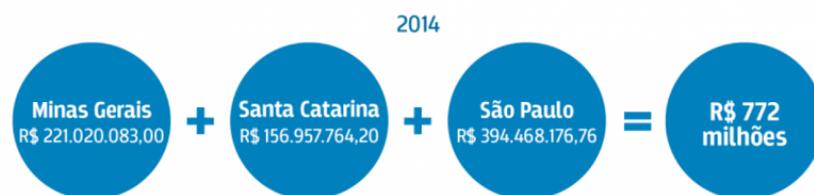
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em dados publicados pelo Jornal Folha online, 2015.

O acordo 1787/87, também já citado, além da judicialização tratou também de uma tentativa de diminuir seus impactos e gastos, visando meios de diminuir as despesas pelos entes federativos, conforme pode-se perceber através do relatório do próprio acordo.

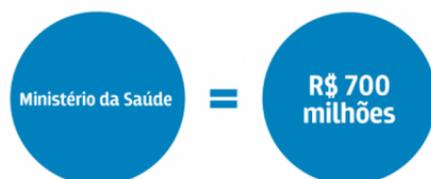
Cuidam os autos de auditoria operacional (registro Fiscais 142/2015) realizada com o objetivo de identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar os efeitos negativos da judicialização nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência à saúde. (BRASIL, 2018).

Figura 2 - Estados com maiores gastos com a judicialização

Maiores gastos estaduais com judicialização da saúde



Gastos da União com judicialização da saúde



Fonte: TCU

Mathheus Durães / Arte DU

Fonte: BRASIL, 2017.

Além das centenas de processos que são distribuídos por ano para discutir o fornecimento de medicamentos, conforme já demonstrado, o que ocasiona também a sobrecarga do judiciário.

3 A RENAME E O OFF LABEL

A Portaria 3.916/98 determina que é responsabilidade do município definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, cabendo ao

estado, de acordo com o artigo 17 da lei 8.080/90, de forma suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Todos os produtos constantes das listas deverão ter sido registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Mas muitas vezes alguns medicamentos indicados por médicos para tratamentos de seus pacientes não possuem esse registro, caracterizando o uso *off label* do medicamento.

O uso *off label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico, mas na maioria das vezes trata-se de uso correto, apenas ainda não aprovado. Há casos mesmo em que esta indicação nunca será aprovada por uma agência reguladora, como em doenças raras cujo tratamento medicamentoso só é respaldado por séries de casos. Tais indicações possivelmente nunca constarão da bula do medicamento porque jamais serão estudadas por ensaios clínicos (BRASIL, [2018]).

O uso *off label* consiste no fato do medicamento indicado e utilizado não ser aprovado pela agência reguladora, mas não corresponde a ideia que o uso esteja incorreto, e isso resulta em mais demandas judiciais, pois o requerente do medicamento deseja o tratamento, deseja continuar a viver e assim fundamenta seu pedido na Constituição Federal, utilizando como base os direitos sociais nela previstos e por outro lado, existem os entes públicos que argumentam que tais medicamentos não podem ser entregues ao consumo sem que antes seja registrado no Ministério da Saúde, conforme prevê o artigo 12 da Lei 6.360 de 1976: "Art. 12 - Nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde".

O Ministério da Saúde divulgou no ano de 2017 a lista com os 10 remédios mais solicitados na Justiça pelo SUS e os seus gastos anuais. Nessa lista 8 medicamentos não faziam parte dos que são fornecidos pelo SUS e três não eram registrados pela ANVISA.

Figura 3 - 10 remédios mais solicitados na Justiça

10 remédios mais pedidos na Justiça para o SUS



	Nome comercial	Gasto anual	Indicação
1º	Procysby	R\$ 6,06 milhões 	tratamento da cistinose nefropática (doença renal rara e genética)
2º	Translarna	R\$ 45,4 milhões 	distrofia muscular de Duchenne
3º	Pirfenex	R\$ 170,5 mil 	fibrose pulmonar idiopática
4º	Naglazyme	R\$ 127,1 milhões 	terapia de reposição enzimática para doença rara e hereditária
5º	Vimizim	R\$ 94 milhões 	mucopolissacaridose tipo IVA
6º	Mimpara	R\$ 455 mil 	hiperparatireoidismo secundário em pacientes com doença grave no rim
7º	Soliris	R\$ 613 milhões 	HPN*, que é uma forma rara de anemia; e SHUA**
8º	Zytiga	R\$ 1,3 milhão 	câncer de próstata avançado ou com metástase
9º	Replagal	R\$ 70,5 milhão 	doença de Fabry, distúrbio hereditário
10º	Gabapentina	R\$ 21,7 mil 	dor crônica

*Himunoglobulinúria Paroxística Noturna
** Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica

Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Com a atualização do RENAME o medicamento que aparece em décimo lugar foi introduzido na lista.

4 A PROTEÇÃO AO IDOSO

O envelhecimento é um desafio que precisa ser enfrentado, não apenas por quem está passando pelo processo, mas por todos que têm o dever de cuidado com o idoso. Em razão da idade ocorre uma redução das atividades funcionais e conforme

já mencionado é comum que algumas doenças apareçam. O envelhecimento é um processo natural e universal, gerando a necessidade de construção de políticas públicas voltadas para atender esses idosos e se adequar às necessidades que virão junto com a necessidade da realidade da população.

No século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, apesar de na maioria das vezes serem ignorados, os idosos deveriam ser considerados essenciais para a estrutura das sociedades. (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016, p. 507-519).

De acordo com o IBGE e a sua projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação a população de idosos está e continuará em crescimento. De acordo com o Instituto, a população idosa é a única que se manterá crescente até o ano de 2030, ao contrário da população de jovens e da PIA (população em idade ativa), que conforme os dados apresentados, aparecem em porcentagem menor, levando em consideração o período entre os anos 2000 – 2030.

Tabela – Percentual de jovens (idade de 10 a 64 anos) e idosos (65 anos ou mais)

	Jovens (10-14 anos)	PIA (15-64 anos)	Idosos (65 anos ou mais)
2000	30,04%	64,35%	5,61%
2001	29,56%	64,76%	5,68%
2002	29,10%	65,12%	5,78%
2003	28,66%	65,46%	5,88%
2004	28,23%	65,78%	5,99%
2005	27,79%	66,11%	6,10%
2006	27,34%	66,44%	6,22%
2007	26,90%	66,76%	6,34%
2008	26,45%	67,08%	6,47%
2009	26,00%	67,39%	6,61%
2010	25,54%	67,68%	6,78%
2011	25,08%	67,95%	6,97%
2012	24,61%	68,21%	7,17%
2013	24,14%	68,46%	7,40%
2014	23,66%	68,70%	7,64%
2015	23,19%	68,92%	7,90%
2016	22,69%	69,14%	8,17%

2017	22,22%	69,32%	8,46%
2018	21,76%	69,47%	8,77%
2019	21,32%	69,59%	9,09%
2020	20,90%	69,68%	9,42%
2021	20,49%	69,74%	9,77%
2022	20,11%	69,76%	10,13%
2023	19,74%	69,75%	10,51%
2024	19,39%	69,71%	10,90%
2025	19,05%	69,65%	11,30%
2026	18,73%	69,55%	11,72%
2027	18,43%	69,43%	12,14%
2028	18,14%	69,28%	12,58%
2029	17,86%	69,13%	13,01%
2030	17,59%	68,97%	13,44%

Fonte: IBGE, 2018.

O idoso enfrenta e protagoniza os mesmos problemas que qualquer cidadão que busca auxílio no judiciário para garantir algum tratamento e o fornecimento de medicamentos, porém, além da doença que lhe faz buscar a via judicial, o que já lhe coloca em posição de vulnerabilidade, o idoso está em posição ainda mais desfavorável, justamente pela sua idade, pelo seu tempo, o que o torna ainda mais frágil.

Com isso, é necessário que além das proteções previstas a todos, os idosos tenham um maior amparo, para tanto, tornam-se essenciais as políticas públicas em favor dos idosos e as legislações especiais que cuidam deles. Como afirma Bahia (2017), os idosos encontram hoje algumas facilidades para enfrentar a vida cotidiana nas cidades, mas nenhuma tranquilidade sobre futuros ou atuais atendimentos a problemas de saúde. Os cuidados à saúde e as tecnologias contribuem para o aumento da expectativa e qualidade da vida, mas pressionam orçamentos públicos e privados. Minimizar direitos ou o impacto de gastos crescentes com saúde é antidemocrático e inspira concepções sombrias ou irrealistas. (BAHIA, 2017).

No Censo 2010, o IBGE divulgou que o Brasil caminha para um envelhecimento populacional. O índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos.

Um exame das estruturas etárias projetadas mostra, também, a transformação nas relações entre pessoas que ingressam (e permanecem) nas idades ativas e aquelas que atingem as chamadas idades potencialmente inativas. Em 2000, para cada pessoa (1) com 65 anos ou mais de idade, aproximadamente 12 estavam na faixa etária chamada de potencialmente ativa (15 a 64 anos). Já em 2050, para cada pessoa (1) com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de 3 estarão na faixa etária potencialmente ativa. No tocante às crianças e jovens, existirão cada vez mais pessoas em idade potencialmente ativas destinadas a suprir suas necessidades (IBGE, 2008).

O envelhecimento da população está relacionada ao desenvolvimento do país, o que é positivo, mas o cuidado com o idoso é essencial nessa fase da vida. Sendo a saúde um cuidado que merece atenção do poder público.

Sancionada em 2003, a Lei 10.741, o Estatuto do Idoso assegura direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, trazendo ainda, prioridades para os idosos que possuem mais de 80 (oitenta) anos, conforme alteração realizada através da Lei 13.466 de 12 de julho de 2017. Decorre a lei de um desdobramento da Constituição Federal de 1988, como uma lei dirigida especificamente àqueles que estão em uma fase da vida que requer maiores cuidados, que merece mais atenção, uma lei voltada ao idoso para fins de promover a autonomia, integração e no tocante do processo saúde-doença²⁸.

O Estatuto do idoso é destinado a regulamentar os direitos das pessoas idosas, como forma de complementar e ampliar direitos já previstos na CF e também a Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso), órgão criado no ano de 2002 e que teve suas atribuições definidas através do Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004.

A lei representa um marco em relação ao tratamento da velhice na sociedade, pois trouxe mudanças significativas e uma série de obrigações de ordem pública, "reflete a influência de atuação de especialistas, políticos e segmentos da sociedade organizada." (NÉRI, 2005, p. 7).

²⁸ Processo saúde-doença é uma expressão que trata das variáveis que envolvem a saúde e a doença de uma população.

Nos mais de 100 (cem) artigos previstos no estatuto, alguns vêm fortalecer a importância da facilitação da saúde ao idoso e trata da vulnerabilidade do idoso quanto às demais pessoas.

O artigo 2º da Lei traz expressamente a proteção à saúde física e mental do idoso. Art. 2º: O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, “assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, não paginado).

O artigo 3º do mesmo Estatuto impõe também à família, além do Poder público, o dever de assegurar ao idoso o direito à vida e à saúde, este artigo, além de outros dois, sofreu alteração em julho de 2017 e passou a dar prioridade especial para idosos com mais de 80 (oitenta) anos. Art. 3º: É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º A garantia de prioridade compreende: (Redação dada pela Lei nº 13.466, de 2017)

(...)

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – **garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social local.**

IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda. (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

§ 2º Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos. (Grifo dos autores. Incluído pela Lei nº 13.466, de 2017). (BRASIL, 2003, não paginado).

O Estatuto que visa à proteção do idoso traz ainda em seu artigo 15, o direito do idoso quanto à saúde e ao acesso ao Sistema Único de Saúde, conforme abaixo:

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

§ 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

- I - Cadastramento da população idosa embase territorial;
- II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
- III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- IV - Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
- V - Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

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

Conforme Ventura (2010, p. 77), os trabalhos empíricos apontam que a demanda judicial brasileira mais recorrente no âmbito da saúde é constituída por pedidos, individuais e coletivos, de medicamentos. Os pedidos judiciais se respaldam numa prescrição médica e na suposta urgência de obter aquele insumo, ou de realizar um exame diagnóstico ou procedimento, considerados capazes de solucionar determinada "necessidade" ou "problema de saúde".

A escolha da via judicial para o pedido pode ser dar pela pressão para a incorporação do medicamento/procedimento no SUS ou pela ausência ou deficiência da prestação estatal na rede de serviços públicos (VENTURA, 2010, p. 77-100).

A via judicial é a forma de compelir o estado a solucionar sua deficiência. Não se pode deixar de levar em consideração que a crescente judicialização, apesar de fazer com que, muitas das vezes, os cidadãos consigam garantir seus direitos, causam também uma desestruturação em relação ao sistema de medicamentos fornecidos pelo Estado.

É notório que o Estatuto do Idoso trouxe um marco de proteção a homens e mulheres acima de 60 (sessenta) anos, garantindo direitos, sem que pareçam aos demais, favores, entretanto, sabe-se ainda que apesar da importância do Estatuto, a cada dia a Justiça recebe mais ações impetradas por idoso ou por seus familiares, em busca sobretudo de medições que faltam no Sistema Único de Saúde. Isso demonstra, por um lado, que a proteção do Estatuto, e de outras legislações, é fundamental, mas que é necessário construir uma cidadania do acesso a todas as pessoas idosas, porque as que não entram com ações na justiça acabam ficando sem atendimento de suas necessidades.

Daí também se infere que é necessário que os próprios beneficiados pela lei, ou seja, os idosos estejam conscientes dos próprios direitos, para que estes sejam exercidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial de Saúde, OMS, define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”.

A definição trazida pela organização mundial de saúde nem sempre está de acordo com a vida das pessoas, tal equilíbrio de bem-estar apontado pode não ser a realidade de muitas pessoas, principalmente quando estivermos tratando de idosos.

Com o passar da vida, parece que alguns problemas e doenças decidem aparecer comprometendo a saúde, o bem-estar e a vida financeira de muitos idosos, já que muitas vezes eles não podem pagar pelo tratamento necessário e adequado. Nesse momento surge o dever do Estado como garantidor do direito à saúde, à vida e à dignidade da pessoa humana.

Não que envelhecimento esteja diretamente associado a doenças, existem diversos idosos com uma vida saudável, apesar das limitações próprias da idade. De acordo com Ordacgy (2009, p. 16), a saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a

atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais.

É fato que o direito à saúde no Brasil vem passando por uma evolução, embora ainda esteja longe de ser considerado o ideal para a sua população. Conforme demonstrado, o conceito de saúde vai muito além de um laudo médico, está ligado também ao bem-estar de cada indivíduo.

É notório que o Estatuto do Idoso trouxe um marco de proteção a homens e mulheres acima de 60 (sessenta) anos, garantindo direitos, sem que pareçam aos demais, favores, entretanto, sabe-se ainda que apesar da importância do Estatuto, a cada dia a Justiça recebe mais ações impetradas por idoso ou por seus familiares, em busca sobretudo de medições que faltam no Sistema Único de Saúde. Isso demonstra, por um lado, que a proteção do Estatuto, e de outras legislações, é fundamental, mas que é necessário construir uma cidadania do acesso a todas as pessoas idosas, porque as que não entram com ações na justiça acabam ficando sem atendimento de suas necessidades.

Daí também se infere que é necessário que os próprios beneficiados pela lei, ou seja, os idosos estejam conscientes dos próprios direitos, para que estes sejam exercidos.

REFERÊNCIAS

BAHIA, Ligia. O seguro morreu de velho. **O Globo**, [S.l.], 2017. Disponível em: <http://noblato.globo.com/geral/noticia/2017/10/seguro-morreu-de-velho.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Ano do STF: Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. **Conjur**, [S.l.], 2008. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica?pagina=2. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 23 maio 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Uso off label de medicamentos**. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 1657156/RJ (2017/0025629-7)**. Rel. e Voto. Relator: Ministro Benedito Gonçalves, 25 de abril de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/574252474/recurso-especial-resp-1657156-rj-2017-0025629-7/inteiro-teor-574252509?ref=juris-tabs>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1787/2017**. Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas, 16 de agosto de 2017c. Disponível em: http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/auditoria_operacional/aops/Anexo_2.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **TC 016.264/2017-7**. Relatório. Relator: Ministro August0 Nardes, 2017b. Disponível em: <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/551783727/relatorio-de-auditoria-ra-ra-1626420177/inteiro-teor-551783773>. Acesso em: 20 jun. 2018.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 30 abr. 2018.

IBGE. População brasileira envelhece em ritmo acelerado. **Censo 2010**, notícias, Rio de Janeiro, 27 nov. 2008. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=1272&t=ibge-populacao-brasileira-envelhece-ritmo-acelerad&view=noticia>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **TCU e Estados apontam aumento dos gastos com a judicialização da saúde**. Brasília, DF: CNJ, 2017a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/tcu-e-estados-apontam-aumento-dos-gastos-com-a-judicializacao-da-saude/>. Acesso em: 30 mai. 2018.

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. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, maio./jun. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>. Acesso em: 03 abr.2018.

NÉRI, Anita Liberalesso. As Políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa no Estatuto do Idoso. **A terceira idade**, São Paulo, v. 16, n. 34, out. 2005. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I40088.E10.T6032.D6AP.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

ORDACGY, André da Silva. O direito humano fundamental à saúde pública. **Revista da Defensoria Pública da União**, Brasília: DPU, n. 1, p. 16-35, jan./jun. 2009.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000100006&script=sci_abstract&tIng=es. Acesso em: 12 maio 2018.

FONTES CONSULTADAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Art. 129 da Constituição Federal de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso: 5 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L6360.htm. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 03 jun.2018.

BRASIL. Ministerio da Saude. **Ministério da Saúde vai disponibilizar software para controlar ações judiciais**. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/28/1-a-27-07-2017-S-Codes_judicializacao_com-edicao.pdf. Acesso: 22 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saude. **Ministério da Saúde pública nova lista de medicamentos essenciais para o SUS**. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/ultimas-noticias/1727-ministerio-da-saude-publica-nova-lista-de-medicamentos-essenciais-para-o-sus>. Acesso 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.577 de 27 de outubro de 2006**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577_27_10_2006_comp.htm. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. **Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**. Disponível em:
<http://www4.tjrj.jus.br/ConsultaUnificada/consulta.do#tabs-nome-indice1>. Acesso
em: 2 fev.2018.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2ª Região TRF-2. **Agravo De Instrumento:
AG 200502010014980 RJ 2005.02.01.001498-0**. Relator Desembargador
Federal Antônio Cruz Netto. Sessão 19/12/2007. Disponível em: [https://trf-
2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/6595202/agravo-de-instrumento-ag-
200502010014980-rj-20050201001498-0?ref=juris-tabs](https://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/6595202/agravo-de-instrumento-ag-200502010014980-rj-20050201001498-0?ref=juris-tabs). Acesso em: 22 abr. 2018.

Recebido em 22/10/2019.

Aceito em 30/10/2019.